

**U.**PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO  
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

## Farmácia de Gondarém

Rodrigo Andrade Faria

**M**

2015-16

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto  
Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

# **Relatório de Estágio Profissionalizante**

Farmácia de Gondarém

**Setembro de 2015 a Março de 2016**

**Rodrigo Andrade Faria**

Orientadora: Dra. Sofia Dias

---

Tutor FFUP: Prof. Paulo Lobão

---

Abril 2016

## Declaração de Integridade

Eu, Rodrigo Andrade Faria, abaixo assinado, nº 201204415, aluno do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

Nesse sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Agradecimentos**

Aos meus pais por todo o esforço e dedicação e por me proporcionarem a oportunidade de prosseguir estudos no ensino superior.

Ao meu irmão pela motivação nos momentos mais difíceis.

À Daniela pela sua paciência e por estar sempre do meu lado.

A toda a equipa da FG, um muito obrigado pelo acompanhamento ao longo do estágio, por todo o apoio, simpatia e pelos conhecimentos transmitidos.

## RESUMO

O estágio curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas surge como uma oportunidade de o estudante estabelecer um primeiro contato com a realidade da atividade farmacêutica profissional, promovendo assim uma ponte entre os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos cinco anos de curso com os conhecimentos práticos adquiridos ao longo do estágio, representando uma ajuda preciosa na preparação técnica e deontológica para o futuro desempenho da profissão farmacêutica.

O presente relatório de estágio tem como principal objetivo descrever as atividades desenvolvidas e os conhecimentos adquiridos ao longo dos seis meses de estágio na Farmácia de Gondarém.

A primeira parte serve como introdução à farmácia comunitária, nomeadamente às tarefas que fazem parte da sua rotina, fulcrais ao seu bom funcionamento e que na sua grande maioria tive a oportunidade de participar. Por outro lado, apresenta um resumo de todos os grupos de produtos que a farmácia disponibiliza aos seus utentes e as leis que abrangem os mesmos.

A segunda parte descreve as atividades desenvolvidas em conjunto com a equipa da Farmácia de Gondarém. As duas primeiras visaram a promoção de saúde e de hábitos de vida saudáveis, através da elaboração de um trabalho sobre a cessação tabágica e a realização de um rastreio de saúde aberto a toda a população. A terceira iniciativa visou o tema de marketing na farmácia comunitária e a sua importância nos dias de hoje, a qual culminou com a elaboração de uma iniciativa promocional para o dia do pai.

**ÍNDICE**

ÍNDICE DE ABREVIATURAS .....	IX
ÍNDICE DE IMAGENS .....	X
ÍNDICE DE TABELAS.....	X
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XI
I - Introdução à Farmácia Comunitária.....	1
1. Organização da Farmácia de Gondarém.....	1
1.1 Localização, Horário de Funcionamento e Utentes .....	1
1.2 Recursos Humanos.....	1
1.3 Espaço Físico .....	2
1.3.1 Espaço exterior .....	2
1.3.2 Espaço interior .....	2
1.3.2.1 Zona de Atendimento ao Público .....	3
1.3.2.2 Zona de Atendimento personalizado .....	3
1.3.2.3 Zona de apoio ao atendimento ao público .....	3
1.3.2.4 Laboratório .....	4
1.3.2.5 Zona de receção de encomendas.....	4
1.3.2.6 Armazém .....	4
1.3.2.7 Escritório .....	4
2. Sistema Informático.....	5
3. Gestão da Farmácia de Gondarém .....	5
3.1 Gestão de <i>Stocks</i> .....	5
3.2 Encomendas .....	5
3.3 Receção de encomendas.....	6
3.4 Devoluções .....	7
3.5 Controlo prazos de validade.....	7
3.6 Reservas.....	7
4. Preparação de Medicamentos Manipulados.....	8
5. Dispensa de Medicamentos .....	8
5.1 Dispensa de MSRM .....	9
5.1.1 A Receita Médica .....	9
5.1.2 Medicamentos sujeitos a legislação especial: Psicotrópicos e estupefacientes.....	12
5.1.3 Sistema de comparticipação de Medicamentos .....	12
5.1.4 Faturação do Receituário .....	13

5.2	Dispensa de MNSRM.....	14
5.3	Produtos Homeopáticos .....	14
6.	Dispensa de outros Produtos Farmacêuticos .....	15
6.1	Produtos cosméticos e de higiene corporal (PCHC).....	15
6.2	Produtos fitoterapêuticos.....	15
6.3	Produtos dietéticos alimentação especial.....	15
6.4	Suplementos Alimentares .....	16
6.5	Produtos de Puericultura.....	16
6.6	Medicamentos e Produtos de uso Veterinário .....	16
6.7	Dispositivos médicos.....	17
7.	Serviços Farmacêuticos prestados na Farmácia de Gondarém .....	17
7.1	Medição da Pressão Arterial .....	17
7.2	Determinação do Índice de Glicemia.....	17
7.3	Determinação do colesterol total e triglicerídeos .....	18
7.4	Determinação do peso, altura e IMC .....	18
7.5	Administração de Injetáveis e vacinas.....	18
7.6	Outros serviços .....	18
7.7	VALORMED.....	18
II	Iniciativas Realizadas ao longo do Estágio .....	19
I	Promoção da Cessão Tabágica .....	19
1.	Prevalência em Portugal.....	19
2.	Risco para a Saúde .....	20
3.	Medidas Farmacológicas.....	20
3.1	Teste de Fagerström .....	21
3.1.1	Resultados/Discussão .....	22
4	Medidas não farmacológicas .....	24
4.1	Exercício Físico .....	24
4.2	Motivação Financeira.....	25
5.	Conclusão .....	25
II	Rastreio de saúde .....	26
1.	Índice de Massa Corporal .....	26
2.	Perímetro Abdominal .....	26
3.	Diabetes Mellitus .....	27
4.	Pressão arterial .....	29
5.	Resultados/Discussão .....	30
6.	Conclusão .....	33

III	Dia do Pai .....	34
1.	Uso de cosméticos no mundo masculino.....	34
2.	Marketing na Farmácia Comunitária .....	35
4.	Resultados/Discussão .....	37
5.	Conclusão .....	38
III	BIBLIOGRAFIA.....	39
IV	ANEXOS.....	46

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

ANF - Associação Nacional de Farmácias

ARS - Administração Regional de Saúde

CNP - Código Nacional Português

DCI - Denominação Comum Internacional

DL - Decreto-Lei

DM - Diabetes Mellitus

FG - Farmácia Gondarém

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IMC - Índice de massa corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

MM - Medicamentos Manipulados

MNSRM - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM - Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

NOF - Normas de Orientação Farmacêuticas

OND - Observatório Nacional da Diabetes

PCHC - Produtos cosméticos e de higiene corporal

RSP – Receita sem Papel

PVF - Preço de Venda à Farmácia

PVP - Preço de Venda ao Público

SA - Substância Ativa

SI - Sistema informático

SNS – Sistema Nacional de Saúde

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão arterial diastólica

PAS - Pressão arterial sistólica

TFDN - Teste de Fagerström para a dependência de nicotina

TSN - Terapêutica de substituição da nicotina

## ÍNDICE DE IMAGENS

Figura 1 – Localização da Farmácia de Gondarém.....	1
Figura 2 - Fachada Principal da FG .....	1
Figura 3 - Zona de Atendimento ao Público.....	3
Figura 4 - Aumento da concentração de nicotina no plasma depois de fumar um cigarro e depois de usar diferentes formulações de TSN .....	22
Figura 5 - Prevalência da Diabetes em Portugal no ano de 2014 – População 20-79 Anos .....	28
Figura 6 - Prevalência da Diabetes em Portugal por escalão etário no ano de 2014 ...	29
Figura 7 - Prevalência da Diabetes em Portugal por escalão de IMC no ano de 2014	29
Figura 8 - Classificação do IMC da população da FG.....	30
Figura 9 - Classificação do Perímetro Abdominal da população da FG quanto ao risco metabólico .....	30
Figura 10 - Resultados da determinação da pressão Arterial.....	31
Figura 11 - Valores de Glicemia em Jejum .....	32
Figura 12 - Valores de Glicemia pós-prandial.....	32
Figura 13 - Espessura da Pele masculina vs feminina <sup>53</sup> .....	34
Figura 14 - Cartaz de Apresentação da Ação Promocional .....	36

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência (%) do consumo de tabaco ao Longo da Vida, Último Ano e Último Mês, por sexo, em 2012.....	19
Tabela 2 - Prevalência (%) do consumo de tabaco ao Longo da Vida, Último Ano e Último Mês, por sexo e grupos decenais de idade, em 2012 .....	19
Tabela 3 - Formulações de TSN disponíveis em Portugal .....	21
Tabela 4 - Resultados do TFDN - N= Número de Individuos; % = Percentagem de Individuos.....	23
Tabela 5 - Classificação nutricional de acordo com o IMC.....	26
Tabela 6 - Distribuição da população residente em Portugal com 18 ou mais anos por classes do IMC em 2014.....	26
Tabela 7 - Classificação do Risco metabólico associado ao valor de Perímetro Abdominal.....	27
Tabela 8 - Produtos vendidos durante a ação promocional do dia do Pai.....	37

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo I - Cartão de Fidelidade da Farmácia de Gondarém .....	46
Anexo II - Folheto informativo sobre a cessação tabágica .....	46
Anexo III - Teste de Fagerström para a dependência de nicotina (TFDN).....	48
Anexo IV - Cartaz de divulgação do Rastreio de Saúde.....	49

## I - Introdução à Farmácia Comunitária

### 1. Organização da Farmácia de Gondarém

#### 1.1 Localização, Horário de Funcionamento e Utentes

Localizada na zona da foz do concelho do Porto, mais concretamente na Rua de Gondarém nº 356-360 da freguesia de Nevogilde (**Figura 1**), a Farmácia de Gondarém

(FG) (**Figura 2**) encontra-se aberta ao público todos os dias das 9h às 20h, com exceção de domingos e feriados, cumprindo adicionalmente os serviços noturnos obrigatórios, conforme está previsto na Alínea a) do Artigo 11.º, do Decreto-Lei (DL) n.º 172/2012, de 1 de Agosto<sup>1</sup>. Abrangida por uma zona residencial e uma zona turística, os seus utentes são na sua grande maioria de classe média a classe média alta, sendo que grande



**Figura 1 – Localização da Farmácia de Gondarém**

parte encontra-se fidelizada à farmácia, por diversas razões, das quais destaco duas, a proximidade ao local de residência e a existência de um cartão de fidelidade (**Anexo I**), que para além de permitir aceder com maior facilidade aos dados do utente apresenta a vantagem de o cliente poder acumular pontos através das suas compras que o podem conferir descontos futuros. Dada a proximidade a algumas zonas comerciais e a proximidade à foz do Porto, diariamente aparecem utentes esporádicos, diversificando um pouco o tipo de atendimento e obrigando muitas vezes o contacto com línguas estrangeiras e outras culturas.

Durante o meu estágio cumpri um horário semanal das 11h às 19h, com uma hora de almoço, exceto Nos dias que por diversos motivos justificáveis apresentei-me em horário diferente.



**Figura 2 - Fachada Principal da FG**

Em nenhuma semana foi-me solicitado trabalhar durante o sábado ou fazer serviços noturnos.

#### 1.2 Recursos Humanos

Adquirida em 1993 por trespasse ao anterior proprietário pela Dr.ª Maria João Serrenho, atual proprietária e antiga Diretora técnica, a FG é composta por uma equipa qualificada que tem como principal foco a satisfação do utente. Constituída praticamente

por farmacêuticos, o quadro encontra-se conforme o Artigo 28.º do DL n.º 307/2007, de 31 de Agosto<sup>2</sup>:

- Diretora Técnica: Dr.ª Sofia Dias
- Farmacêutica Substituta: Dr.ª Sílvia Portugal
- Farmacêutica Adjunta: Dr.ª Mariana Allegro
- Farmacêutico: Dr. João Moutinho
- Farmacêutico: Dr. Fábio Bezerra
- Farmacêutica: Dr.ª Joana Vaz
- Auxiliar: D. Branca Neves
- Contabilista: Sr. Lima

### **1.3 Espaço Físico**

#### **1.3.1 Espaço exterior**

Encontra-se de acordo com o artigo 28 do DL nº172/2012 de 1 de Agosto, sendo visível<sup>1</sup>:

- Nome do diretor técnico
- Horário de funcionamento
- Escalas de turnos das farmácias do município
- Serviços Farmacêuticos prestados e respetivos preços
- Inscrição de Farmácia na parede exterior, bem como a presença da “cruz verde”

Em concordância com o mesmo artigo do DL anterior, sempre que a farmácia se encontra de serviço noturno a cruz verde tem que estar iluminada durante a noite. De realçar a presença de duas montras de exposição que dão ênfase a produtos de venda livre como são os casos de dermocosméticos e dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), que são constantemente alterados de acordo com a época do ano e com as promoções em vigor. De modo a facilitar o acesso a pessoas com deficiência motora, a farmácia dispõe de uma rampa de metal na sua entrada.

#### **1.3.2 Espaço interior**

As instalações da FG estão divididas em dois pisos. O piso inferior é onde se encontra a zona de atendimento ao público, o gabinete de atendimento personalizado, uma zona de apoio ao atendimento, o armazém e as instalações sanitárias destinada aos utentes. No piso superior é onde se encontra o robot e a respetiva zona de receção de encomendas, o laboratório, um escritório e por fim uma sala onde são realizadas as consultas de nutrição, de podologia e o serviço de fisioterapia. As instalações garantem

todas as condições aos utentes, aos empregados e um bom acondicionamento dos produtos, respeitando o artigo 29 do DL nº171/2012 de 1 de Agosto<sup>1</sup>.

### 1.3.2.1 Zona de Atendimento ao Público

É o local mais importante numa farmácia comunitária, uma vez que é aqui que se dá o primeiro contacto entre o farmacêutico e o utente. A zona de atendimento da FG (**Figura 3**) é constituída por quatro balcões de atendimento, envolvidos por diversas prateleiras e lineares onde se encontram expostos produtos de venda livre, como são os casos dos MNSRM, produtos cosméticos, suplementos vitamínicos, produtos de puericultura, de higiene oral, entre outros. De destacar também a presença de uma balança que permite ao utente obter o seu peso, altura e o seu índice de massa corporal (IMC), assim como uma zona lúdica dedicada às crianças, de modo a contornar o tempo de espera a que estes ficam sujeitos.



Figura 3 - Zona de Atendimento ao Público

### 1.3.2.2 Zona de Atendimento personalizado

Junto da zona de atendimento ao público encontra-se uma sala de atendimento personalizado que para além de permitir um diálogo em privado e confidencial com o utente é o local onde ocorre a prestação dos serviços farmacêuticos disponíveis na FG, como é o caso da medição da pressão arterial, determinação do índice de glicémia, determinação dos níveis de colesterol e de triglicérideos, administração de injetáveis, realização de testes de gravidez e a pesagem recém-nascidos através de uma balança apropriada para o efeito.

### 1.3.2.3 Zona de apoio ao atendimento ao público

É uma das zonas onde se concentra grande parte das atividades da FG, nomeadamente, a realização de encomendas, receção de encomendas de menor dimensão, atualizações de *stocks*, devoluções e quebras, entre outras. Nesta zona encontra-se dois sistemas *kardex pharmatriever* que armazenam de forma organizada produtos cujas dimensões ou formatos não permitem o seu acondicionamento no robot, como são os casos dos xaropes, produtos veterinários, medicamentos homeopáticos,

produtos ginecológicos, suplementos alimentares, ampolas bebíveis, leites, entre outros. É neste local que existe um frigorífico, destinado aos produtos que necessitam de acondicionamento a temperatura entre 2 – 8º C, como são exemplos as insulinas, determinados colírios e vacinas.

#### **1.3.2.4 Laboratório**

Zona de temperatura e humidade controlada onde se encontra acondicionada todas as matérias-primas, bem como balança analítica e o restante material indispensável à preparação de medicamentos manipulados e a reconstituição de suspensões orais.

#### **1.3.2.5 Zona de receção de encomendas**

Na FG existem dois locais de receção de encomendas, situados em ambos os pisos. No piso inferior a zona de encomendas é destinada aos produtos de venda livre negociados diretamente com o laboratório, como são os casos dos produtos dermocosméticos, suplementos alimentares e produtos de puericultura. No piso superior é onde se dá entrada das encomendas vindas do distribuidor ou as negociadas diretamente com os laboratórios de genéricos, uma vez que são as que dispensem acondicionamento no robot (apresenta uma capacidade de armazenar 15000 caixas de medicamentos). Deste modo, aquando da receção de encomendas, os produtos vão sendo armazenados diretamente no robot e simultaneamente o *Sifarma2000*® vai atualizando o número de produtos da encomenda.

#### **1.3.2.6 Armazém**

É o local onde são armazenados os produtos excedentes que não cabem nos restantes locais de acondicionamento da farmácia, produtos de baixa rotatividade, produtos sazonais e produto de grandes dimensões. O armazém apresenta temperatura e humidade controladas e é de fácil acesso uma vez que se encontra anexado à farmácia.

#### **1.3.2.7 Escritório**

É aqui que se realizam as reuniões com os delegados de informação médica, com colaboradores e outros representantes dos fornecedores. É também onde se realizam as tarefas de faturação, conferência de receituário e armazenamento de lotes, assim como o registo da entrada e saída de psicotrópicos e estupefacientes. Todos os documentos referentes a estas tarefas são arquivados neste local.

## **2. Sistema Informático**

A FG utiliza como sistema informático (SI) o *Sifarma 2000@*, desenvolvido pela empresa *Glintt@*. Este sistema é fulcral nas atividades desenvolvidas numa farmácia comunitária e na sua gestão diária, permitindo o registo de entrada e saída dos produtos e auxiliando em várias tarefas, como na geração e receção de encomendas, na faturação do receituário, na gestão do inventário, entre outras.

Ao longo do meu estágio, esta ferramenta auxiliou-me em várias tarefas, como por exemplo na receção de encomendas, no registo do número de entrada dos psicotrópicos e estupefacientes, na gestão de devoluções e principalmente no atendimento ao público, uma vez que em caso de dúvida permite sempre a consulta de informações adicionais sobre o medicamento quanto à sua finalidade terapêutica, posologias e doses, interações medicamentosas, precauções e advertências ou no que respeita à sua árvore terapêutica comum.

## **3. Gestão da Farmácia de Gondarém**

### **3.1 Gestão de Stocks**

Uma vez que a maioria das farmácias comunitárias é propriedade de pessoa singular sem ligação a grupos de empresas, apresenta uma estrutura económica e um poder de negociação menos favorável. Deste modo é essencial que a gestão e atualização dos seus níveis de *stock* seja realizada de forma regular, para que não ocorra rutura nem se crie excedentes. A rutura de *stock* põe em causa a capacidade de resposta em relação à procura, o que pode originar um feedback negativo por parte dos clientes da farmácia. Por outro lado, um produto que apresenta um *stock* maior que a sua procura, origina um empate ou mesmo a perda de capital nos casos em que é inviável a devolução após terminar o seu prazo de validade.

### **3.2 Encomendas**

A maioria dos produtos com rotatividade significativa apresenta na sua ficha do *sifarma2000@* um *stock* mínimo e máximo de modo a que o sistema informática consiga gerar automaticamente uma proposta de encomenda diária de acordo com os movimentos de *stock*. Esta encomenda é posteriormente analisada pelo farmacêutico responsável antes de ser validada e enviada via *modem* ao fornecedor. Diariamente são realizadas três encomendas diárias, duas ao seu principal fornecedor da FG, a *Aliance Healthcare* e uma à COOPROFAR. Os produtos sem ou de baixa rotatividade são encomendados instantaneamente ao fornecedor via *Sifarma2000@* ou por telefone conforme as necessidades pontuais ao longo do dia. Frequentemente, através de acordos realizados com delegados de informação médica a FG realiza encomendas

diretamente ao laboratório ou aos representantes de marca. Estas encomendas são sujeitas à compra de quantidades significativas, mas apresentam vantagens como descontos e bonificações, sendo na maior parte das situações, produtos cosméticos, suplementos alimentares, puericultura, MNSRM ou medicamentos genéricos.

De modo a combater situações frequentes de produtos em falta, são revistos os seus *stocks* mínimos e máximos. No caso de produtos rateados e que frequentemente se encontram esgotados no mercado, a FG tenta contornar a situação ao fazer todos os meses pedidos extraordinários dos produtos mais sensíveis a estas situações, seja aos fornecedores habituais, a outros fornecedores e até mesmo ao próprio laboratório.

### **3.3 Receção de encomendas**

O processo de receção de encomendas começa aquando da chegada à farmácia das balsas vindas do distribuidor que contém os respetivos produtos encomendados assim como a respetiva fatura, em original e em duplicado. Através do *Sifarma2000* é selecionada o número externo da encomenda gerada que consta na fatura, dando início à validação dos produtos por leitura ótica do código nacional português (CNP) ou do código de barras, verificando a sua data de validade e o estado da embalagem. Os produtos que se encontram armazenados no robot são colocados diretamente no mesmo aquando do processo de entrada, ficando os restantes produtos para reposição nos seus respetivos locais de armazenamento. Em todos estes locais, os produtos são armazenados de acordo com o seu prazo de validade (PV), de modo a que no momento da dispensa seja dispensada a embalagem com menor PV, seguindo assim a regra "*first expired, first out*". Após conferir as quantidades e o respetivo preço de venda à farmácia (PVF), a encomenda é finalizada e o *stock* é atualizado. Durante o meu estágio deparei-me com várias discrepâncias nas encomendas, entre as quais, a falta de produtos faturados, a existência de produtos não faturados, situações de embalagem danificada ou de PVF acima do estipulado. Nestes casos é realizada uma reclamação por telefone ao fornecedor, anotando o número da reclamação e o motivo numa cópia da fatura que é guardada até ser enviado o produto em falta ou o ser emitida uma nota de crédito à farmácia por parte do fornecedor.

Sempre que a encomenda contém medicamentos do grupo das benzodiazepinas ou psicotrópicos, deverá registar-se na fotocópia da fatura ou na requisição (caso seja fornecida pela fornecedor) o número correspondente às embalagens rececionadas.

Ao longo do meu estágio fui o principal responsável pela execução desta tarefa, o que me permitiu estar frequentemente em contato com a grande variedade de produtos existentes numa farmácia, facilitando assim a minha experiência ao balcão. Por outro lado, permitiu-me ficar a par das margens de lucro que são aplicadas no preço

de venda ao público (PVP) e as respetivas variações de padrão no que respeita a diferentes tipos de produto.

### **3.4 Devoluções**

A devolução de um produto é realizada por diversas razões: sempre que se aproxima o fim do prazo de validade; quando embalagem se encontra danificada; produto enviado por engano; produto sujeito a recolha por parte da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED). Nestas situações é emitida uma nota de devolução em triplicado, sendo que duas das cópias são enviadas juntamente com o produto para o fornecedor e a terceira é arquivada na farmácia. Sempre que o fornecedor aceita a devolução é emitida uma nota de crédito, caso contrário o produto é reenviado à farmácia, entrando nas quebras anuais de modo a ser recuperado o valor monetário do IVA. Ao longo do meu estágio executei devoluções nos casos em que a embalagem encontrava-se danificada ou quando o produto era enviado por engano.

### **3.5 Controlo prazos de validade**

Constitui um processo de extrema importância, uma vez que evita que sejam dispensados produtos fora do prazo aos utentes e por outro lado, que atempadamente, sejam realizadas estratégias promocionais de modo a escoar o produto, evitando perda de capital.

Na FG o controlo é realizado principalmente durante a receção de encomendas, e mensalmente, através de uma lista emitida pelo *Sifarma2000@* que contém os produtos que terminam o prazo dentro dos três meses seguintes. Por diversas vezes, tive a oportunidade de acompanhar o farmacêutico responsável na realização desta tarefa.

### **3.6 Reservas**

Uma reserva é realizada maioritariamente em duas situações: durante um atendimento, quando existe falta do produto pretendido pelo utente e este aceita que se faça uma encomenda para posterior levantamento; quando solicitado pelo utente ao telefone.

O sistema de reservas é gerido através das funcionalidades do *sifarma2000@* que armazena o produto reservado em *stock* próprio. Assim, aquando da receção da encomenda, o SI cria um aviso de reserva de produto de forma a que seja separado para local apropriado, facilitando a sua dispensa. Os utentes podem optar por realizar o pagamento antes ou depois da chegada do produto, sendo que a última opção implica que o utente proceda ao seu levantamento nas 48 horas seguintes à sua chegada, para

que em caso de desistência seja devolvido ao fornecedor, se obviamente se tratar de um produto de baixa rotatividade.

Durante o meu estágio, aquando da receção de encomendas, era da minha responsabilidade, sempre que necessário, avisar os utentes da chegada do produto reservado e separar o mesmo.

#### **4. Preparação de Medicamentos Manipulados**

Considera-se medicamento manipulado (MM) qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico, que tem a obrigatoriedade de garantir a qualidade do mesmo e verificar a sua segurança no que respeita às doses da(s) substância(s) ativa(s) (SA) e à existência de interações que ponham em causa a ação do medicamento ou a segurança do utente.<sup>3</sup>

Uma vez que a FG recebe poucas prescrições de MM, sempre que é necessário este é requerido a outra farmácia. No entanto, quando se tratam de tratamentos prolongados, a FG assegura a sua execução, como é o caso da “Solução de minoxidil a 5%”, usada como tratamento da queda de cabelo e a qual tive a oportunidade de manipular sob supervisão da farmacêutica responsável. Todos os procedimentos executados ao longo do processo devem ser registadas na ficha de preparação, e no final deve ser impresso uma etiqueta onde é incluído o nome da farmácia e do fármaco, a dosagem da sa e o modo de administração, assim como a data de preparação e de validade.

O PVP dos medicamentos manipulados é calculado tendo por base 5 fatores que se encontram descritos na portaria nº769/2004 de 1 de Julho: valor dos honorários, valor das matérias-primas, valor dos materiais da embalagem, margem da farmácia e taxa de IVA em vigor.<sup>4</sup>

#### **5. Dispensa de Medicamentos**

A dispensa de medicamentos engloba todos os atos profissionais em que o farmacêutico mediante avaliação da medicação, cede medicamentos ou substâncias medicamentosas através de prescrição médica, em regime de medicação crónica ou por indicação do próprio farmacêutico, que tem a obrigatoriedade de identificar e resolver problemas relacionados com os medicamentos, protegendo o doente de possíveis efeitos negativos associados à medicação.<sup>5</sup>

De acordo com o artigo 113º do DL nº176/2006, os medicamentos podem ser classificados em dois grupos: Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) e MNSRM.<sup>6</sup>

## 5.1 Dispensa de MSRM

Para um medicamento ser classificado como sujeito a receita médica tem que respeitar os seguintes pontos descritos no artigo 114º do DL nº176/2006<sup>6</sup>:

- a) Possibilidade de constituir um risco para a saúde do doente, de forma direta ou indireta, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, nos casos onde não há vigilância médica;
- b) Possibilidade de constituir um risco para a saúde, de forma direta ou indireta, quando utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;
- c) Conttenham substâncias ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- d) Destinem-se a ser administrados por via parentérica.

### 5.1.1 A Receita Médica

A dispensa de MSRM implica sempre a apresentação de uma receita médica por parte do utente. O seu modelo encontra-se aprovado pelo despacho 15700/2012 de 30 de Novembro e deverá ser utilizado em Hospitais e Centros de saúde, bem como por profissionais e unidades de saúde privadas.<sup>7</sup>

De acordo com o artigo 5º da portaria nº137 – A/2012, de 11 de Maio, a prescrição de um medicamento inclui obrigatoriamente a respetiva Denominação Comum Internacional (DCI) da SA, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação e a respetiva posologia. A prescrição é realizada por via eletrónica, com excepção dos casos que por motivos de falência do SI, inadaptação fundamentada do prescriptor, prescrição ao domicílio ou outras situações num máximo de quarenta receitas médicas por mês, poderá ser realizada por via manual. Por cada receita médica podem ser prescritos um limite de quatro embalagens, até um máximo de quatro medicamentos distintos e por cada medicamento podem ser prescritas até duas embalagens, excetuando os casos em que o medicamento se apresenta sob a forma unitária (uma unidade de forma farmacêutica na dosagem média usual para uma administração), sendo possível nesta situação serem prescritas até quatro embalagens iguais por receita.<sup>8</sup> Para a validação da receita eletrónica têm que ser cumpridos os seguintes elementos descritos no artigo 9º da anterior portaria<sup>9</sup>:

- a) Número da receita;
- b) Local de prescrição;
- c) Identificação do médico prescriptor;
- d) Nome e número de utente ou de beneficiário de subsistema;
- e) Entidade financeira responsável

- f) Se aplicável, referência ao regime especial de comparticipação de medicamentos;
- g) Denominação comum internacional da substância ativa;
- h) Dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem, número de embalagens;
- i) Se aplicável, designação comercial do medicamento
- j) Se aplicável, identificação do despacho que estabelece o regime especial de comparticipação de medicamentos;
- k) Data de prescrição;
- l) Assinatura do prescriptor.

Para além dos pontos referidos anteriormente para receita eletrónica, a receita manual inclui outros elementos obrigatórios para a sua validação, que se encontram descritos no artigo 11º da portaria anterior<sup>8</sup>:

- a) Se aplicável, vinheta identificativa do local de prescrição;
- b) Vinheta identificativa do médico prescriptor;
- c) Identificação da especialidade médica, se aplicável, e contacto telefónico do prescriptor;

De realçar que, de acordo com o artigo 6º da presente portaria, a prescrição, poderá, excepcionalmente incluir a denominação comercial do medicamento, por marca ou por indicação do nome do titular da autorização de introdução no mercado, em situações em que não exista medicamento genérico comparticipado ou para a qual só exista original de marca e licenças, ou em situações em que exista uma justificação técnica do prescriptor quanto à insusceptibilidade de substituição do medicamento prescrito. Esta justificação traduz-se em três exceções que são assinaladas obrigatoriamente pelo prescriptor em local próprio da receita, com as seguintes menções<sup>9</sup>:

Alínea a) - Medicamentos com margem ou índice terapêutico estreito. Na receita tem que constar a menção “Exceção a) do n.º 3 do art.6.º”

Alínea b) - Intolerância ou reação adversa prévia. Na receita tem que constar a menção “Exceção b) do n.º 3 do art. 6.º”

Alínea c) - Continuação do tratamento superior a 28 dias. Na receita tem que constar a menção “Exceção c) do n.º 3 do art.6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias”

No que diz respeito às exceções a) e b), o medicamento dispensado tem que ser, obrigatoriamente, o que consta na receita. Relativamente à exceção c) os utentes apenas podem optar por um medicamento que seja mais barato que o prescrito.<sup>9</sup>

Pode-se considerar que existem quatro modelos de receitas médicas em vigor: a primeira corresponde a uma **receita médica não renovável**, que corresponde a um tratamento de curta duração, apresentando por isso apenas uma via com validade de 30 dias. O segundo modelo corresponde a uma modalidade de **receita médica renovável**, cuja validade é de 6 meses, sendo composta por um original e duas vias autocopiáveis.<sup>9</sup> A receita médica renovável permite assim que os doentes têm acesso aos medicamentos que necessitam para tratamentos prolongados. O terceiro modelo é o da **receita médica especial**, que compreende os medicamentos uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico, no termos do Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de janeiro.<sup>9</sup> E que, por outro lado possam, em caso de utilização anormal, originar riscos importantes de abuso medicamentoso, criar toxicod dependência ou ser utilizados para fins ilegais. O último modelo corresponde à **receita médica restrita** e engloba os medicamentos cuja utilização é reservada a certos meios especializados, mediante uma das seguintes condições<sup>9</sup>:

- a) Devido às suas características farmacológicas, à sua novidade, ou por razões de saúde pública destinarem-se a uso exclusivo hospitalar;
- b) Destinarem-se a patologias cujo diagnóstico seja efetuado exclusivamente em meio hospitalar ou em estabelecimentos com meios diagnóstico adequados, ainda que a sua administração e acompanhamento dos paciente possa ser realizado fora desses meios;
- c) A sua utilização seja suscetível de causar efeitos secundários muito graves, requerendo a prescrição de uma receita médica, se necessário emitida por especialista e que carecem de uma vigilância especial durante o período do tratamento do paciente em ambulatório

Relativamente à prescrição de medicamentos manipulados a receita impressa deverá identificar que é do tipo MM – receita de medicamentos manipulados e têm que ser prescritos isoladamente, ou seja, a receita médica não pode conter outros medicamentos/produtos. <sup>9</sup> No que respeita aos produtos destinados ao autocontrolo de diabetes (tiras-teste, lancetas, seringas, agulhas), estes têm que ser prescritos isoladamente e a receita impressa deverá identificar que é do tipo MDB – receita de produtos para autocontrolo da diabetes mellitus.<sup>9</sup> Por fim, a prescrição de outros produtos (MNSRM, produtos cosméticos, fraldas, sacos de ostomia, entre outros) devem ser prescritos isoladamente e a receita deverá identificar que é do tipo OUT – Receita de Outro Produtos.<sup>9</sup>

A partir do dia 1 de Abril de 2016 todas as entidades do Sistema nacional de saúde (SNS) estão obrigadas a prescrever eletronicamente através do novo modelo de

receita, a **Receita sem papel** (RSP).<sup>10</sup> Este novo modelo eletrónico e todo o seu circuito (Prescrição, dispensa e faturação) encontra-se regulamentado pela portaria nº224/2015 de 27 de julho, apresentando como vantagens o facto de permitir a prescrição, em simultâneo, de diferentes tipos de medicamentos, ficando todos os produtos incluídos num único receituário. O utente poderá optar por aviar todos os produtos prescritos ou parte destes, podendo levantar os restantes em diferentes estabelecimentos e em datas distintas. Para além das vantagens que acarreta para os utentes, na farmácia a RSP vai diminuir os erros relacionados com a dispensa dos medicamentos e facilitar as tarefas de faturação mensal do receituário, havendo também a possibilidade de aceder a toda a informação clínica do utente por parte do médico.<sup>11</sup> Uma vez que o meu estágio terminou no dia 31 de Março, não tive contacto direto com a RSP, no entanto, ao longo do estágio fui sendo informado a par da restante equipa da FG das alterações decorrentes da implementação deste novo modelo de receita médica.

### **5.1.2 Medicamentos sujeitos a legislação especial: Psicotrópicos e estupefacientes**

Apesar dos seus efeitos benéficos em diversas situações clínicas, como por exemplo em doenças psiquiátricas ou oncológicas, estas substâncias apresentam alguns riscos que podem induzir habituação, e até, dependência física e psíquica.<sup>12</sup> Deste modo, existe um regime jurídico de controlo a estas substâncias, que se encontra descrito no DL nº15/93 de 22 janeiro.<sup>13</sup> Como já foi referido anteriormente, a prescrição destas substâncias requer uma receita médica especial, sendo que no momento da sua dispensa é necessário mediante a apresentação dos respetivos documentos de identificação preencher no SI os dados do utente, do adquirente, bem como o nome do médico prescriptor e do local da prescrição. Mensalmente, até ao dia 8 do mês seguinte, têm de ser enviadas as cópias de receitas manuais aviadas e o registo das saídas ao INFARMED. Anualmente até dia 31 de Janeiro do ano seguinte é enviado o balanço de psicotrópicos e de benzodiazepinas. A farmácia tem a obrigatoriedade de manter arquivo de todos os documentos durante três anos.<sup>14</sup>

### **5.1.3 Sistema de comparticipação de Medicamentos**

O sistema de comparticipação de medicamentos por parte do estado depende do tipo de regime que o utente se insere – Regime Geral ou Regime Especial.<sup>15</sup>

A comparticipação do regime geral é realizada através de um sistema de escalões, de acordo com o definido no DL nº106 – A/2010:<sup>15</sup>

- Escalão A: 90% do PVP
- Escalão B: 69% do PVP
- Escalão C: 37% do PVP

- Escalão D: 15% do PVP

A distribuição dos medicamentos neste sistema de escalões encontra-se descrita na portaria nº994 – A/2010 de 29 Setembro, variando de acordo com a sua classificação farmacoterapêutica. Esta distribuição é organizada de forma a que os medicamentos destinados a patologias mais incapacitantes ou crónicas apresentem uma comparticipação mais elevada.<sup>16</sup>

O regime especial abrange pensionistas cujo rendimento anual não exceda 14 vezes o salário mínimo nacional; indivíduos com doenças profissionais; indivíduos com doenças crónicas como Lúpus, Psoríase, Doença de Alzheimer, entre outras. Por exemplo, no caso dos pensionistas a comparticipação do estado no preço dos medicamentos integrados no escalão A é acrescida de 5% e nos escalões B, C, e D é acrescida de 15%.<sup>15</sup> Outro exemplo prende-se com os dispositivos médicos de controlo da diabetes, que são comparticipados segundo um organismo específico (DS), por se encontrarem abrangidos pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo de diabetes segundo Portaria nº364/2010, de 23 de Junho.<sup>17</sup> No caso das doenças crónicas referidas anteriormente a comparticipação contempla portarias/despachos.<sup>15</sup>

Para além da comparticipação através do SNS, os utentes podem beneficiar de comparticipações complementares, por pertencerem a outros sistemas ou subsistemas de saúde privados.

#### **5.1.4 Faturação do Receituário**

Todos os meses, as receitas aviadas na farmácia necessitam de ser enviadas aos respetivos organismos responsáveis pela comparticipação, de modo seja efetuado o reembolso dos valores correspondentes. Esta ação implica um conjunto de tarefas que são realizadas ao longo do mês e que fazem parte da rotina numa farmácia comunitária.

À medida que as receitas são aviadas, o SI cria lotes separados para cada um dos organismos responsáveis. Cada lote tem 30 receitas, que são organizadas por ordem crescente. Diariamente, na FG, o farmacêutico responsável confere se as receitas aviadas durante o dia apresentam algum tipo de erro. Estes erros são na sua grande maioria erros de prescrição, fim do prazo de validade, falta do carimbo da farmácia ou assinatura do farmacêutico responsável. Por vezes para solucionar o erro é necessário contactar o utente ou o médico prescritor. Após serem conferidas as receitas são assim, organizadas por entidade, lote e número da receita.

Assim que cada lote se encontra completo procede-se à emissão de lotes através do SI, bem como a respetiva impressão do “Verbete de identificação do Lote” que segue anexado com as receitas do respetivo lote. Este documento apresenta a

identificação da farmácia, identificação do organismo responsável pela comparticipação, e discrimina o número de receitas que contém, bem como as importâncias totais no que diz respeito ao PVP, ao valor pago pelos utentes e ao valor da comparticipação. A fim de facilitar o trabalho, esta tarefa é realizada diariamente, para que no final do mês sejam enviados para a entidade juntamente com o documento “Resumo de Lotes” e com a “fatura em triplicado, carimbada e rubricada”. No caso do organismo em questão ser o SNS, a receita é enviada para a Administração Regional de Saúde (ARS), no caso de ser outros organismos a receita segue para a Associação Nacional de Farmácias (ANF).

As receitas que apresentam erros não detetados pela farmácia são devolvidas. Na maioria das situações estes erros são passíveis de correção, sendo possível reaver o dinheiro correspondente à comparticipação.

## **5.2 Dispensa de MNSRM**

De acordo com o artigo 114º do DL nº176/2006 estão incluídos todos os medicamentos que não preenchem qualquer tipo de condições exigidas pelos MSRM.<sup>6</sup>

A seleção e dispensa deste tipo de medicamentos requer o máximo de responsabilidade por parte do farmacêutico, a fim de combater ou tratar um problema de saúde de carácter não grave (transtorno menor ou sintoma menor; autolimitante; de curta duração) de modo a não criar interação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente, e portanto, deverá ter em conta a situação fisiológica do doente, alergias medicamentosas, historial clínico e terapêutico. Aquando da seleção do tratamento, o farmacêutico deve guiar-se Normas de Orientação Farmacêuticas (NOF), protocolos de indicação, guias clínicas e farmacoterapêuticas, de modo a garantir a qualidade, eficácia e segurança do medicamento.<sup>18</sup>

## **5.3 Produtos Homeopáticos**

O DL nº176/2006, de 30 de Agosto estabelece os medicamentos homeopáticos como um medicamento que é obtido a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios.<sup>6</sup>

Estes produtos apresentam uma grande saída na FG, não só através de prescrição médica, mas também pela presença de profissionais com grande qualificação no aconselhamento de homeopáticos na equipa da FG, o que permitiu a fidelização de alguns clientes a estes produtos. Deste modo, há uma grande aposta da FG neste mercado, existindo um trabalho direto com o laboratório Boiron®. Ao longo do meu estágio dispensei por várias vezes este tipo de produtos e verifiquei que a sua procura é cada vez maior.

## **6. Dispensa de outros Produtos Farmacêuticos**

### **6.1 Produtos cosméticos e de higiene corporal (PCHC)**

Segundo o INFARMED um PCHC é “qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contato com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistema piloso e capilar, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir odores corporais.”<sup>19</sup> A sua qualidade e segurança para a saúde do consumidor estão assegurados pelo DL nº 63/2012, de 15 de Março.<sup>20</sup>

Dado o perfil dos seus clientes, a FG apresenta um serviço de excelência no que respeita à aposta nestes produtos, não só pela diversidade de marcas que são trabalhadas diretamente com o laboratório e que se encontram expostas no *front office* (Bioderma®, Filorga®, La Roche-Posay®, Uriage®, Vichy®, Lierac®, Phyto®, Caudalie®, Roc®, Avène®, René Furterer®), mas também pela formação e segurança que os seus funcionários demonstram na área, conseguindo responder às necessidades específicas de cada cliente.

Ao longo do ano são realizadas na FG várias ações de formação dirigidas por formadores das respetivas marcas, contribuindo assim para a atualização e introdução de novos produtos e de novos conceitos. Durante o meu estágio tive a oportunidade de assistir a várias formações do tipo. Este facto, aliado ao perfil e dinâmica dos funcionários da FG, contribuiu para o enriquecimento dos meus conhecimentos na área.

### **6.2 Produtos fitoterapêuticos**

Segundo o estabelecido pelo DL nº176/2006, de 30 de Agosto, um produto fitoterápico é aquele que apresenta de forma exclusiva uma ou mais substância ativa derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas.<sup>6</sup>

Na FG, os produtos fitoterapêuticos mais procurados são aqueles que se destinam a transtornos de ansiedade (ex:Valdispert®) e a problemas digestivos (ex: Bekunis®).

### **6.3 Produtos dietéticos alimentação especial**

De acordo com o DL nº227/99 de 22 de Junho, considera-se alimentação especial a que apresenta resposta a diversas necessidades nutricionais, nomeadamente, em indivíduos cujo processo de assimilação ou metabolismo encontra-se perturbado; em indivíduos que dada as suas condições fisiológicas especiais podem

apresentar benefícios da ingestão controlada de certas substâncias contidas nos alimentos; e por fim em lactentes ou crianças saudáveis dos 1 aos 3 anos.<sup>21</sup> A segurança destes produtos está regulamentada no DL nº136/2003, de 28 de Junho.<sup>22</sup> Durante o estágio fiquei a par de vários produtos da gama Aptamil® e da marca Nutriben® destinados a alimentação infantil, assim como produtos hipercalóricos e hiperproteicos da gama Resource® e Fortimel®.

#### **6.4 Suplementos Alimentares**

O DL nº136/2003 de 28 de junho define suplementos alimentares como géneros alimentícios que têm por objetivo complementar uma dieta alimentar equilibrada, sendo constituídos por concentrações de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico, como vitaminas, aminoácidos, fibras, minerais, ácidos gordos essenciais, bem como vários extratos de plantas e ervas.<sup>22</sup>

Dada a elevada procura destes produtos na FG, por várias vezes realizei atendimentos que visavam o aconselhamento de suplementos alimentares. Nestas situações, tentava sempre perceber se o utente adotava um estilo de vida saudável e para que fim desejava o suplemento, de forma a por um lado alertar para o facto de estes produtos não substituíram um regime alimentar equilibrado, e por outro lado perceber qual seria o produto mais indicado para cada caso em específico.

#### **6.5 Produtos de Puericultura**

Segundo o artigo 2º do DL nº10/2007, de 18 de Janeiro, um artigo de puericultura é definido como qualquer produto a facilitar o sono, o relaxamento, a higiene, a alimentação e a sucção das crianças, como são exemplos as fraldas, chupetas, mordedores, entre outros<sup>23</sup>.

#### **6.6 Medicamentos e Produtos de uso Veterinário**

De acordo com o DL nº232/99, de 24 de Junho, entende-se por produto de uso veterinário todo aquele que apresente uma substância ou mistura de substâncias destinadas aos animais, quer seja no tratamento ou prevenção de patologias, no manuseamento zootécnico, na promoção do bem-estar e da prática de um bom estado higiene-sanitário, na correção ou alteração das funções orgânicas, bem como auxílio no diagnóstico médico. Também são considerados os produtos que se destinam às instalações dos animais, ao ambiente que os rodeia e às suas atividades, assim como os produtos de origem animal.<sup>24</sup>

Durante o meu estágio adquiri vários conhecimentos na área, que facilitaram o posterior aconselhamento e dispensa ao público deste tipo de produtos. Na FG os

produtos de uso veterinário mais procurados são os antiparasitários internos e externos, assim como os medicamentos para patologias auriculares e oculares.

### **6.7 Dispositivos médicos**

O DL nº145/2009, de 17 de junho, estabelece os dispositivos médicos como qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo destinados especificamente para fins de diagnóstico e terapêutica. Requerem que o principal efeito pretendido não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora estes últimos possam servir de apoio. Apresentam como principais objetivos o diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença, lesão ou de uma deficiência. Existem também dispositivos médicos destinados ao controlo da concepção.<sup>25</sup>

Ao longo do meu estágio apercebi-me da vasta gama de dispositivos médicos existentes numa farmácia, desde pensos impregnados com cicatrizantes e antissépticos, sacos de urina, material de ostomia assim como meias de descanso e de compressão.

## **7. Serviços Farmacêuticos prestados na Farmácia de Gondarém**

### **7.1 Medição da Pressão Arterial**

É o serviço com maior adesão na FG, não tem qualquer custo para o cliente e torna-se essencial por necessitar de um controlo regular em indivíduos com risco cardiovascular. A medição é realizada através de um tensiómetro automático e é importante que o utente repouse durante uns minutos antes da medição, que se apresente de bexiga vazia e que não tenha fumado nem ingerido estimulantes na hora anterior de modo a obter resultados fiáveis. A medição deve ser realizada sistematicamente no membro superior em que foram detetados valores mais elevados da pressão arterial (PA) na primeira consulta.<sup>26</sup>

Tive a oportunidade de realizar várias medições ao longo do meu estágio, questionando os utentes sempre que os resultados se encontravam fora dos valores de referência (140mmhg; 90mmhg) para obter um feedback sobre o estilo de vida e terapêutica, de modo a incentivar o utente a adotar hábitos que lhe permitissem controlar a pressão arterial.

### **7.2 Determinação do Índice de Glicemia**

É realizada através do aparelho semiautomático glicosímetro, após a aplicação de uma gota de sangue na tira de teste que é obtida por punção capilar com a lanceta. Idealmente a medição é realizada em jejum ou duas horas após a última refeição e os valores de referência são respetivamente, 70-100 mg/dl e  $\leq 200$  mg/dl.

### **7.3 Determinação do colesterol total e triglicérides**

A determinação do colesterol pode ser realizada sem necessidade do utente estar em jejum, ao contrário dos triglicérides que implicam um jejum de 12 horas. É utilizado o aparelho *Accutrend colesterol*, cujas tiras reativas variam de acordo com o tipo de medição. Idealmente os valores do colesterol total devem estar abaixo dos 190mg/dl e os triglicérides abaixo dos 150mg/dl.

### **7.4 Determinação do peso, altura e IMC**

Como já foi referido anteriormente na zona de atendimento ao público existe uma balança eletrónica que automaticamente determina estes parâmetros.

### **7.5 Administração de Injetáveis e vacinas**

Na FG todos os farmacêuticos têm habilitação para esta tarefa, permitindo que a qualquer hora do dia seja possível a administração de injetáveis e vacinas com a máxima segurança e rigor.

### **7.6 Outros serviços**

Para além dos serviços referidos anteriormente, a FG disponibiliza mediante marcação, de sessões de fisioterapia e quinzenalmente, consultas de nutrição e de podologia com profissionais habilitados para o efeito.

### **7.7 VALORMED**

Criada em 1999 como Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos, a VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos e licenciada pelos Ministérios do Ambiente e Ministério da Economia que tem como principal objetivo gerir um sistema que leve a uma cada vez maior recolha e valorização energética de embalagens de medicamentos fora de uso. Assim, os utentes entregam na farmácia as embalagens de medicamentos fora do prazo ou que já não são utilizados, sendo posteriormente recolhida pelo distribuidor de modo a ser objeto de um processo de triagem sendo reencaminhado para sistemas de reciclagem e tratamento adequados para valorização energética.<sup>27</sup>

## II Iniciativas Realizadas ao longo do Estágio

### I Promoção da Cessão Tabágica

O processo de cessação tabágica, é na maior parte das situações, um processo difícil, uma vez que está sujeito a múltiplas recaídas derivadas da síndrome de abstinência. A sua promoção é, portanto, um dos principais meios para obter a diminuição da prevalência de fumadores a curto prazo. Neste sentido decidi proceder à realização de um folheto informativo (**Anexo II**), com o objetivo de promover a cessação tabágica junto dos utentes fumadores da Farmácia de Gondarém. A iniciativa teve início nos primeiros dias do novo ano, altura sempre propícia a resoluções, que no caso dos fumadores são maioritariamente centradas na cessação tabágica.

#### 1. Prevalência em Portugal

De acordo com dados recolhidos pelo III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, referentes ao ano de 2012 e realizado a uma população dos 15 aos 64 anos, verificou-se que mais de um quarto da população consumiu tabaco no último mês e no último ano, conforme é perceptível na **Tabela 1**. Dos respondentes fumadores que fumaram no último ano, cerca de 91,8% admitiu o consumo diário de tabaco.<sup>28</sup>

**Tabela 1 - Prevalência (%) do consumo de tabaco ao Longo da Vida, Último Ano e Último Mês, por sexo, em 2012**

	PLV	12M	30D
Masculino	60,2	36,9	35,1
Feminino	32,8	19,9	18,0
Total	46,2	28,2	26,3

Relativamente ao sexo masculino, no último mês, o consumo mais elevado observou-se no grupo etário dos 25-34 anos (45,4%), enquanto que no sexo feminino

**Tabela 2 - Prevalência (%) do consumo de tabaco ao Longo da Vida, Último Ano e Último Mês, por sexo e grupos decenais de idade, em 2012**

Grupo etário (anos)	PLV			12M			30D		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
15-24	48,5	35,8	42,3	33,5	22,9	28,3	31,8	18,9	25,5
25-34	63,1	40,7	51,7	49,0	25,9	37,2	45,4	21,6	33,3
35-44	63,4	40,8	51,8	43,0	25,5	34,0	41,3	24,5	32,6
45-54	60,6	29,5	44,5	32,7	17,1	24,6	31,9	16,3	23,8
55-64	63,4	16,5	38,7	23,5	7,5	15,1	22,8	7,5	14,8

este parâmetro pertenceu ao grupo dos 35-44 anos (24,5%, conforme os dados da **tabela 2**.<sup>28</sup>

Ainda no que diz respeito ao consumo de tabaco no último mês, cerca de 15,1% dos respondentes fumadores afirmaram consumir diariamente entre 1 a 5 cigarros,

34,1% entre 6 a 10 cigarros, 15,7% entre 16 a 20 cigarros e 7,7% mais de vinte cigarros. Em média, o número de cigarros consumidos no último mês foi de 14 cigarros.<sup>28</sup>

## **2. Risco para a Saúde**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, fumar corresponde à primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos. No nosso país, o tabaco tem um papel preponderante de uma a cada dez mortes ocorridas na população adulta e de cerca de uma em cada quatro mortes verificadas na população dos 45 aos 59 anos.<sup>29</sup>

Os riscos associados ao seu consumo são conhecidos por todos, mas nunca é de mais lembrar que o tabaco é responsável mundialmente por 25 a 30% da totalidade dos cancros (incluindo cancro do aparelho respiratório superior (lábio, língua, boca, faringe e laringe), 80% dos casos de doença pulmonar obstrutiva crónica, 75 a 80% dos casos de bronquite crónica, 90% dos casos de cancro do pulmão e 20% da mortalidade por doença. Assim, a supressão do consumo do tabaco apresenta grandes vantagens para a saúde dos fumadores, uma vez que após o último cigarro, o ritmo cardíaco baixa logo após os primeiros 20 minutos, em doze horas o nível de monóxido de carbono no sangue regressa aos valores normais e a partir das duas primeiras semanas o risco de ocorrência de enfarte do miocárdio desce, regista-se um aumento da função pulmonar e a partir do primeiro mês a ocorrência de tosse e dispneia diminui. Bem mais acentuadas são as vantagens a longo prazo, uma vez que um ano depois da cessação tabágica o risco de doença cardíaca coronária é metade da de um fumador, estabelecendo-se igual ao risco de um não fumador ao fim de 15 anos. O risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não fumador ao fim de 5 anos, e a partir dos dez anos o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador, diminuindo também o risco de cancro da boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas.<sup>30</sup>

## **3. Medidas Farmacológicas**

As medidas farmacológicas apresentam um papel preponderante no apoio à cessação tabágica, permitindo promover a manutenção continuada da abstenção, o impedimento de recidivas, a redução dos sintomas de abstinência decorrentes da supressão do tabaco e a diminuição do prazer associado ao ato de fumar.<sup>31</sup> Os fármacos usados na cessação tabágica podem ser classificados como de primeira linha, a qual inclui as diferentes formulações da terapêutica de substituição da nicotina (TSN), assim como a vareniclina, um antagonista dos recetores nicotínicos, e o antidepressivo bupropiona. Os de segunda linha compreendem o antidepressivo nortriptilina e o anti hipertensor clonidina. Inserido no contexto de farmácia comunitária, abordei a TSN, uma vez que é a única não sujeita a receita médica. A TSN tem como objetivo a substituição

parcial da nicotina que era fornecida através do tabaco, reduzindo os efeitos negativos da diminuição dos seus níveis. No total existem 5 formulações de TSN: sistemas transdérmicos, gomas medicamentosas, inalador bucal, spray nasal e comprimidos sublinguais, com diferentes características farmacocinéticas e dosagens, oferecendo aos fumadores diferentes opções na via de administração, o que pode influenciar positivamente a adesão à terapêutica. Por exemplo o sistema transdérmico disponibiliza uma libertação prolongada de nicotina por mais de 16h ou 24h, enquanto que as restantes formulações permitem que a dose seja ajustada devido à sua ação de curta duração.<sup>31</sup> Em Portugal estão disponíveis quatro das cinco formulações, que se encontram resumidas na **Tabela 3**.<sup>32</sup>

**Tabela 3 - Formulações de TSN disponíveis em Portugal**

<b>Forma/Dose</b>	<b>Principais Vantagens</b>	<b>Principais Efeitos Secundários</b>
<b>Goma</b> 2mg/4mg	Administração fácil e prática; permite ajuste doses	Irritação da mucosa oral e faríngea; dor e hipertrofia dos músculos masseteriano; indigestão; soluços
<b>Pastilha</b> 1mg/1,5mg/ 2mg/4mg	Administração fácil e prática, não adere à mucosa nem aos dentes; Liberta + 25% de nicotina que a goma; permite ajuste de doses	Irritação local; complicações digestivas; soluços; aumento da salivação
<b>Comprimido Sublingual</b> 2mg/4mg	Administração fácil e prática; maior biodisponibilidade	Irritação local; boca seca; desconforto gastrointestinal; aumento da salivação
<b>Sistema Transdérmico</b> 16h(15/10/5mg) 24h (21/14/7mg)	Evita síndrome de abstinência durante a noite, aporte prolongado; Administração fácil e prática, não interagindo com alimentos	Irritação cutânea, prurido, cefaleias; náuseas, insónias, mialgias

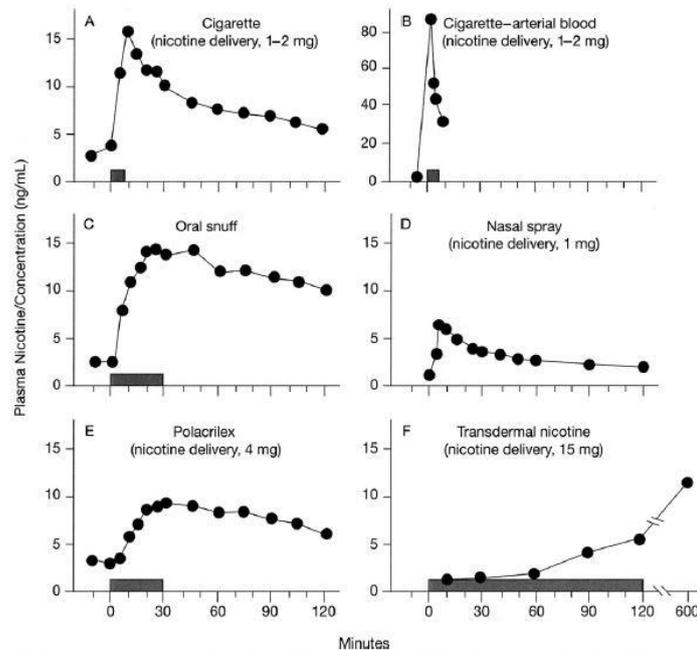
No entanto TSN por si só não elimina completamente a síndrome de abstinência, uma vez que nenhuma das formulações disponíveis apresenta capacidade de reproduzir os rápidos níveis de nicotina alcançados através da inalação ou fumo do tabaco, como é possível verificar na **Figura 4**.<sup>31</sup>

Apesar de todas as limitações que a farmacoterapia apresenta no combate à cessação tabágica e aos sintomas de abstinência, os fumadores que tentam deixar de fumar com apoio farmacológico têm uma probabilidade de êxito de abstinência tabágica três vezes maior do que os fumadores que tentam deixar de fumar sem apoio<sup>33</sup>

### **3.1 Teste de Fagerström**

Sugerido inicialmente como Questionário de Tolerância de Fagerström, apresentava como principal objetivo a medição do grau de dependência física à

nicotina.<sup>34</sup> Este questionário foi modificado anos mais tarde pelo próprio autor e por um grupo de colaboradores, passando a ser denominado como Teste de Fagerström para a dependência de nicotina (TFDN), não sofrendo mais modificações até aos dias de hoje.<sup>35</sup>



**Figura 4 - Aumento da concentração de nicotina no plasma depois de fumar um cigarro e depois de usar diferentes formulações de TSN**

O teste é constituído por uma escala de pontos (0 a 10) divididos por seis questões (**Anexo III**) e o grau de dependência é dado pela soma de cada item, sendo classificado da seguinte forma: [0-2] muito baixa; [3-4] baixa; [5] média; [6,7] forte; [8-10] muito forte.<sup>36</sup>

Deste modo, aos utentes que mostraram interesse no aconselhamento farmacêutico, foi realizado este teste de forma a analisar o tipo de intervenção necessária para cada caso.

### 3.1.1 Resultados/Discussão

Um total de 13 utentes participou no TFDN. A **Tabela 4** apresenta os respetivos resultados. Dos utentes inquiridos na FG, os números revelam que a maioria apresenta um nível de dependência de nicotina muito alto (38,4%). Após a realização do TFDN, fiz um aconselhamento farmacêutico a todos os inquiridos a fim de promover a cessação tabágica junto destes. Para além de esclarecer todas as vantagens da TSN e de relembrar os benefícios graduais para a saúde do não tabagismo, apresentei várias estratégias a fim de motivar os utentes. No entanto apenas 4 indivíduos apresentarem

desejo de deixar fumar, 1 destes comprometeu-se a usar a TSN e os restantes 3 foram reencaminhados para a consulta de cessação tabágica junto do seu médico de família.

**Tabela 4 - Resultados do TFDN - N= Número de Indivíduos; % = Percentagem de Indivíduos**

	N	%
<b>1. Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?</b>		
• Nos primeiros 5 minutos	4	30,8
• Após 6-30 minutos	5	38,5
• Após 31-60 minutos	1	7,7
• Após 60 minutos	3	23
<b>2. Sente necessidade de fumar em zonas onde é proibido fumar?</b>		
• Sim	11	84,6
• Não	2	15,4
<b>3. Qual o cigarro do dia que tem mais dificuldade em deixar?</b>		
• O primeiro da manhã	8	61,5
• Outros	5	38,5
<b>4. Quantos cigarros fuma por dia?</b>		
• ≤ de 10 cigarros por dia	1	7,7
• Entre 11 a 20 cigarros	6	46,2
• Entre 21 a 30 cigarros	4	30,8
• > de 30 cigarros	2	15,4
<b>5. Fuma com mais frequência nas primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?</b>		
• Sim	4	30,8
• Não	9	69,2
<b>6. Fuma mesmo quando está doente?</b>		
• Sim	6	46,2
• Não	7	53,8
<b>Nível de Dependência de Nicotina</b>		
• [0-2] Muito baixo;	4	30,8
• [3-4] Baixo	1	7,7
• [5] Médio;	2	15,4
• [6,7] Alto;	1	7,7
• [8-10] Muito alto	5	38,4

## **4 Medidas não farmacológicas**

### **4.1 Exercício Físico**

Vários estudos apontam que a prática de exercício físico apresenta vantagens na redução da vontade de fumar e no alívio dos sintomas de abstinência.

De modo a avaliar a vontade de fumar e os sintomas de abstinência antes e depois da prática de uma sessão de 10 minutos de exercício de intensidade moderada, Usher et al, levaram a cabo um estudo que envolveu uma população de 78 fumadores, divididos em 3 grupos: 1 grupo experimental e 2 grupos controlo, que se encontravam em abstinência tabágica nas 15 horas que antecederam o estudo. Mediante os resultados, os autores concluíram que o desejo de fumar e os sintomas de abstinência foram significativamente mais baixos no grupo experimental em relação ao grupo controlo. Este efeito foi evidente em todos os pontos de medição e perdurou pelo menos mais 10 minutos após a prática do exercício físico.<sup>37</sup>

Num estudo similar, desenvolvido em 2005 por Taylor et al, avaliou-se em 15 fumadores a influência de uma caminhada de 1,60 km sob a vontade de fumar e nos sintomas de abstinência em 15 fumadores. Os indivíduos mantiveram-se em abstinência tabágica durante 15 horas, sendo realizadas 2 sessões para a mesma população em dias diferentes. A primeira consistia na sessão experimental, em que os indivíduos percorreram 1,60km num tapete rolante, permanecendo sentados por mais 20 minutos. A segunda sessão, serviu como controlo, ficando os indivíduos sentados durante 40 minutos. O desejo de fumar era avaliado antes, durante e logo após o fim das sessões. Os resultados revelaram que a vontade de fumar e os sintomas de abstinência foi maior na sessão controlo do que na sessão experimental, sendo evidente em todos os pontos de medição e manteve-se pelo menos 10 minutos após a caminhada. Relativamente ao final de cada sessão, os valores referentes ao desejo de fumar foram menores no grupo experimental, apesar de não haver uma diferença estatisticamente significativa.<sup>38</sup>

Num estudo levado a cabo por *Taylor A, Katomeri M*, 60 fumadores foram submetidos a duas horas de abstinência seguido de uma caminhada de intensidade baixa a moderada com duração de 15 minutos. Os resultados sugerem que houve uma redução no desejo de fumar e nos sintomas de abstinência, bem como um aumento no tempo entre os cigarros fumados.<sup>39</sup>

A fim de perceber o mecanismo responsável por diminuir o desejo de fumar e os sintomas de abstinência Daniel et al, formularam a hipótese de ser a distração cognitiva causada pelo exercício que justifica esta diminuição. Apesar dos seus resultados revelarem que a distração cognitiva, por si só, não acarreta diferenças no desejo de

fumar e sintomas de abstinência, os autores não colocam de parte a possibilidade da distração cognitiva apresentar um papel parcial nos efeitos do exercício físico.<sup>40</sup>

#### **4.2 Motivação Financeira**

Com o aumento sucessivo do preço dos cigarros, a generalidade dos fumadores que decide deixar de fumar, encontra nos benefícios financeiros um dos grandes fatores de motivação. Se um maço de tabaco em Portugal custa cerca de 4€, e tendo em conta que um fumador português fuma em média 14 cigarros por dia, como já foi referido anteriormente, semanalmente poderá poupar aproximadamente 20€, o que anualmente dá uma quantia de cerca de 1022€.<sup>41</sup>

#### **5. Conclusão**

Durante a iniciativa foram distribuídos cerca de 70 panfletos, na maioria das vezes eram levados de forma voluntária por parte dos utentes, uma vez que estes encontravam-se divididos por todos os balcões. No que respeita ao número de aconselhamentos farmacêuticos este ficou um pouco abaixo das expetativas, uma vez que só 13 utentes mostraram interesse em realizar o TFDN, situação que pode ser justificada pelo facto da maior parte dos utentes que levou o panfleto não ser fumador e este destinar-se a familiares ou amigos fumadores. Outra situação que podia enriquecer o estudo era o acompanhamento do utente que aderiu à TSN, mas este não foi autorizado pelo indivíduo.

No global, e apesar de todas as limitações referidas anteriormente, acho que a iniciativa teve impacto na população da FG, uma vez que o objetivo principal de promover a cessação tabágica foi cumprido.

## II Rastreio de saúde

Durante a semana de 15 a 19 de Fevereiro foi organizado um *check-up* de saúde aberto a todos os utentes da Farmácia de Gondarém (**Anexo IV**), durante o qual calculei o índice de massa corporal (IMC), efetuei a medição do perímetro abdominal, bem como a medição da pressão arterial e do índice de glicémia. O objetivo desta iniciativa prendeu-se com a sinalização de utentes que estivessem com um risco metabólico acrescido.

### 1. Índice de Massa Corporal

O Índice de massa corporal (IMC) é uma medida que permite relacionar o peso com a altura, sendo comumente utilizada na classificação nutricional em adultos. É calculada através do quociente entre o peso (kg) e o quadrado da altura (m). A sua classificação é estabelecida conforme o indicado na **Tabela 5**.<sup>42</sup>

**Tabela 5 - Classificação nutricional de acordo com o IMC**

Classificação	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Baixo Peso	<18,50
Peso Normal	18,50 – 24,99
Excesso de Peso	25 – 29,99
Obesidade de Classe I	30 -34,99
Obesidade de Classe II	35 -39,99
Obesidade de Classe III	≥ 40

De acordo com Inquérito Nacional de Saúde efetuado em 2014 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, apurou-se que 52,8% da população residente com 18 ou mais anos referiu ter um peso e altura compatível com um IMC correspondente a excesso de peso e obesidade.<sup>43</sup> Os dados relativos ao estudo encontram-se na **tabela 6**.

**Tabela 6 - Distribuição da população residente em Portugal com 18 ou mais anos por classes do IMC em 2014**

	Baixo Peso	Peso Normal	Excesso de Peso		Obesidade
	IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup>	IMC ≥ 18,5 Kg/m <sup>2</sup> e < 25 kg/m <sup>2</sup>	Grau I: IMC ≥ 25 Kg/m <sup>2</sup> e < 27 kg/m <sup>2</sup>	Grau II: IMC ≥ 27 Kg/m <sup>2</sup> e < 30 kg/m <sup>2</sup>	IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>
<b>2014</b>					
Total	1,8	44,0	18,0	18,4	16,4
Homens	x	41,0	21,5	20,5	15,1
Mulheres	2,5	46,5	14,9	16,7	17,5

### 2. Perímetro Abdominal

A determinação do perímetro abdominal trata-se de uma medida antropométrica

que visa avaliar a distribuição do tecido adiposo na região abdominal em adultos, funcionando como um indicador de risco metabólico. Um excesso de gordura abdominal pode estar associado a diversas morbidades, como: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão arterial.<sup>44</sup>

A sua medição é realizada com o auxílio de uma fita métrica, entre o rebordo inferior da última costela e a crista ilíaca (zona correspondente à cintura). Os valores de referência relativamente ao risco metabólico encontram-se na tabela seguinte (**Tabela 7**):<sup>44</sup>

**Tabela 7 - Classificação do Risco metabólico associado ao valor de Perímetro Abdominal**

Nível de Risco	Masculino	Feminino
Risco Aumentado	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Risco Muito Aumentado	≥ 102 cm	≥ 88 cm

### 3. Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus (DM) é definida como uma hiperglicemia crónica, caracterizada por distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas que resultam de deficiências na secreção ou na ação da insulina. A diabetes pode ser classificada nas seguintes categorias gerais:<sup>45</sup>

- Diabetes Tipo 1 (caraterizada pela destruição da células B, levando geralmente à deficiência absoluta de insulina)
- Diabetes Tipo 2 (caraterizada pela produção insuficiente de insulina, com ou sem resistência do organismo)
- Diabetes Gestacional (Diagnosticado no segundo ou terceiro trimestre da gravidez)
- Outros tipos de Diabetes (Devido a outras causas como por exemplo as síndromes monogénicas como é o caso da diabetes neonatal; doenças exócrinas do pâncreas (fibrose cística); utilização de glucocorticoides, em situações de vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou em caso de transplante).

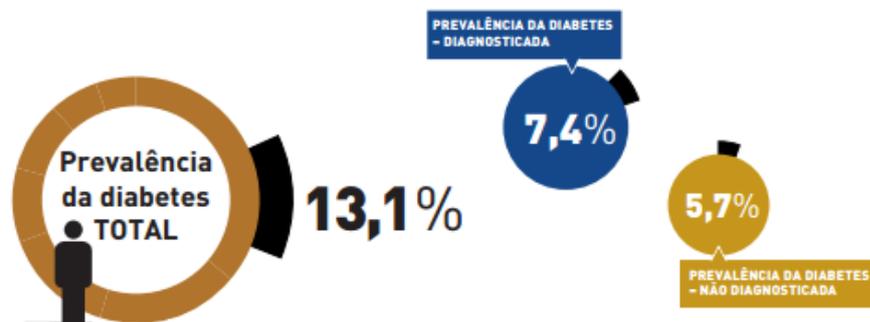
A diabetes apresenta sintomas caraterísticos como a sede, poliúria, visão turva e perda de peso, que na maioria das vezes não são graves, podendo até estar ausentes. A longo prazo os efeitos desta patologia podem incluir situações em que ocorra danos, disfunção, ou mesmo, falência de vários órgãos, dos quais são exemplos a retinopatia, (que nos casos mais extremos podem conduzir a cegueira), riscos de neuropatia (que se podem traduzir nas ulcerações nos pés que caraterizam o pé diabético, ou em amputações). Por outro lado, os diabéticos apresentam maior risco de sofrer de uma doença cardiovascular vascular periférica e cerebrovascular. Os casos mais graves

podem originar situações como cetoacidose, ou um estado hiperosmolar não-cetónico, que na ausência de tratamento adequado pode provocar letargia, situações de coma ou a morte do doente.<sup>45</sup>

O diagnóstico de diabetes pode ser realizado através de várias determinações: valores da glicemia em jejum  $\geq 126\text{mg/dl}$ ; valores de glicemia  $\geq 200\text{mg/l}$  às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; avaliação da Hemoglobina A1c (HbA1c) quando esta é  $\geq 6,5\%$ ; pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia e com um valor de glicemia ocasional  $\geq 200\text{mg/dl}$ . Quando os valores de glicemia em jejum encontram-se entre  $\geq 100\text{ mg/dl}$  e  $<126\text{mg/dl}$ , ou quando existe uma tolerância diminuída à glicose: PTGO  $\geq 140\text{mg/dl}$  e  $<200\text{mg/dl}$  pode-se considerar uma situação de risco aumentado para a diabetes (pré-diabetes).<sup>46</sup>

Para um valor de glicemia em jejum estar dentro dos parâmetros normais este deve-se encontrar entre  $70\text{mg/dl}$  e  $99\text{ mg/dl}$ , considerando-se abaixo de  $70\text{mg/dl}$  uma situação de hipoglicemia. Relativamente aos valores pós-prandiais estes devem-se encontrar entre  $70\text{mg/dl}$  e  $<140\text{ mg/dl}$ , duas horas após a última refeição.<sup>47</sup>

Segundo os dados recolhidos pelo estudo PREVADIAB – SPD, e tratados pelo Observatório Nacional da Diabetes (OND) estima-se que no ano de 2014 a prevalência de diabetes em Portugal para a população portuguesa com faixa etária entre os 20 e 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) tenha sido de 13,1%, ou seja, mais de 1 milhão de portugueses tem diabetes. Destes indivíduos prevalentes, 56% já haviam sido diagnosticados ao contrário dos restantes 44%.<sup>48</sup> (Figura 5)

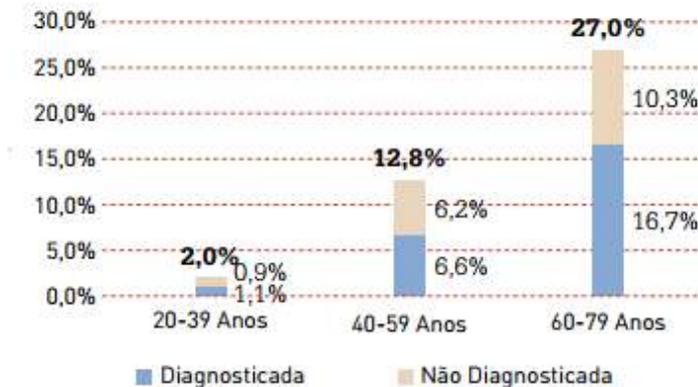


**Figura 5 - Prevalência da Diabetes em Portugal no ano de 2014 – População 20-79 Anos**

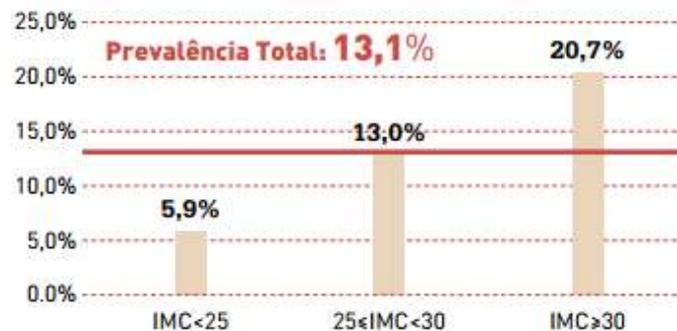
De acordo com os mesmos dados, verifica-se que há um aumento significativo da prevalência com a idade, afetando cerca de um quarto dos indivíduos entre os 60-79 anos como é possível verificar na **figura 6**.<sup>48</sup>

De acordo com as evidências estatísticas do estudo verifica-se que existe uma relação entre o IMC e diabetes, uma vez que aproximadamente 90% da população com

diabetes apresenta excesso de peso (49,2%) ou obesidade (39,2%), sendo que a prevalência nas pessoas obesas (IMC  $\geq 30$ ) é cerca de quatro vezes maior em comparação com indivíduos com IMC dentro dos parâmetros normais (IMC  $\leq 25$ ), como é perceptível na **figura 7**.



**Figura 6 - Prevalência da Diabetes em Portugal por escalão etário no ano de 2014**



**Figura 7 - Prevalência da Diabetes em Portugal por escalão de IMC no ano de 2014**

#### 4. Pressão arterial

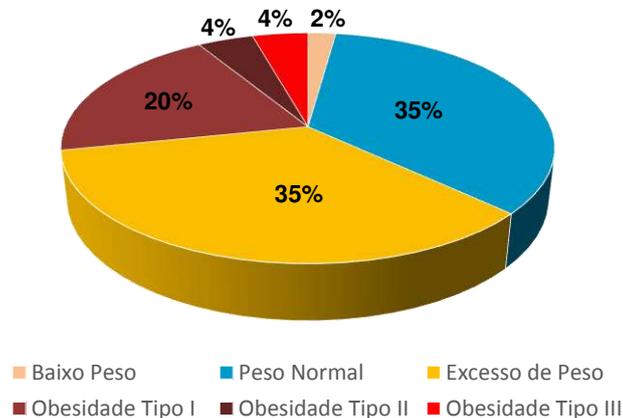
A hipertensão aumenta o risco de complicações renais e cardiovasculares (doença cardíaca coronária, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica), principalmente na presença de doenças concomitantes.<sup>49</sup>

O diagnóstico da pressão arterial é realizado em consultório médico, e é definida pela elevação persistente dos valores da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90mmHg, registados em várias medições e, em diferentes ocasiões.<sup>50</sup>

As estatísticas revelam que em Portugal cerca de dois milhões de indivíduos sofrem de hipertensão, sendo que deste número, apenas 50% sabe que sofre desta patologia, 25% faz controlo com medicação e 11% tem a tensão efetivamente controlada. Precisamente por existir uma percentagem tão elevada de doentes cuja hipertensão não é controlada, ou corrigida, é que a HTA é um dos principais fatores de risco no aparecimento de doenças cardiovasculares.<sup>50</sup>

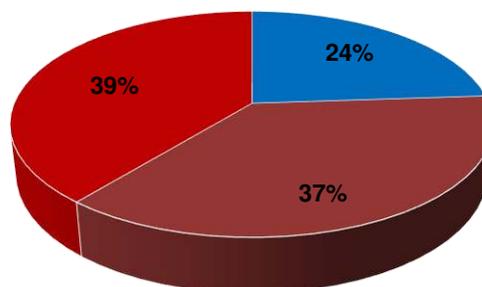
## 5. Resultados/Discussão

O rastreio contou com um total de 46 utentes com idades compreendidas entre os 20 e os 88 anos: 28 eram do sexo feminino e os restantes do sexo masculino, sendo que apenas 10 indivíduos se apresentaram em jejum. Os resultados referentes aos vários parâmetros analisados encontram-se nos gráficos seguintes:



**Figura 8 - Classificação do IMC da população da FG**

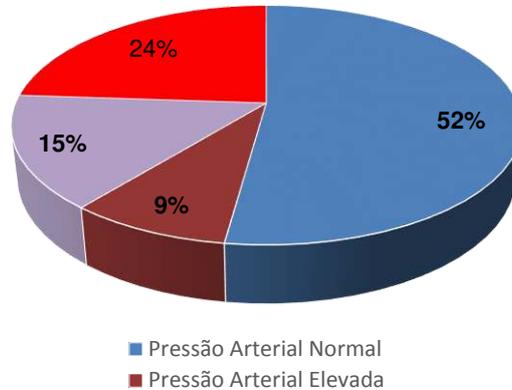
De acordo com os dados revelados no gráfico da **figura 8**, 63% dos utentes que participaram no rastreio apresentavam um IMC superior ao valor ideal. Deste valor, 35% apresentava excesso de peso, 20% encontrava-se com obesidade do tipo I, 4% com obesidade do tipo II e os restantes 4% com obesidade do tipo III. De modo combater o excesso de peso, foi sugerido a estes utentes que marcassem uma consulta na nutricionista da FG a fim de terem um acompanhamento mais especializado para o efeito. Do total destes utentes, 6 pessoas aceitaram a sugestão, aos restantes foi aconselhado um conjunto de medidas que visavam um estilo de vida saudável, como a prática de atividade física de forma regular e da implementação de hábitos alimentares equilibrados.



**Figura 9 - Classificação do Perímetro Abdominal da população da FG quanto ao risco metabólico**

Dos 76% dos utentes que apresentavam um perímetro abdominal superior ao desejável, apenas 13% não se encontravam com excesso de peso. Destes 13%, nenhum apresentou níveis elevados de PA ou de glicemia, portanto em princípio não

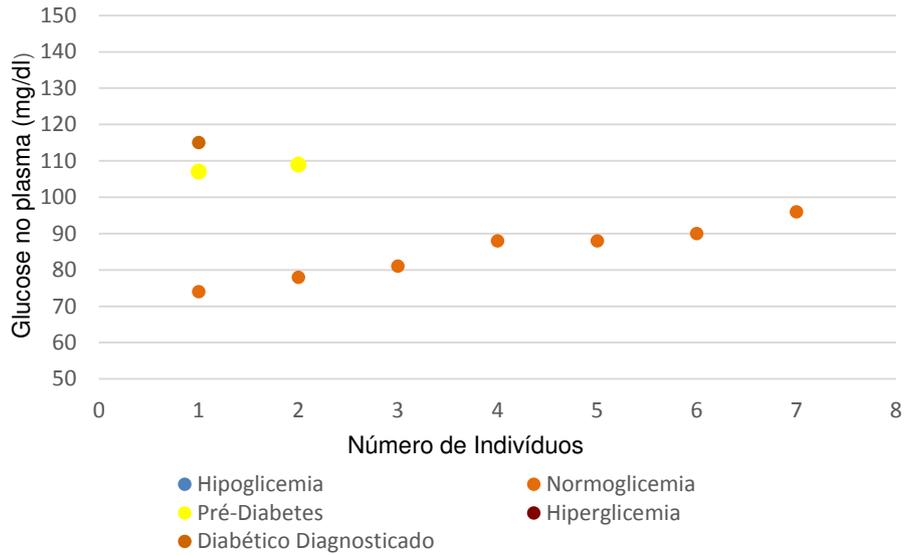
havia ligação com outro elemento de risco metabólico. Aos restantes 63% foram sugeridos o conjunto de medidas referidas anteriormente no caso dos utentes que apresentavam excesso de peso. (**Figura 9**)



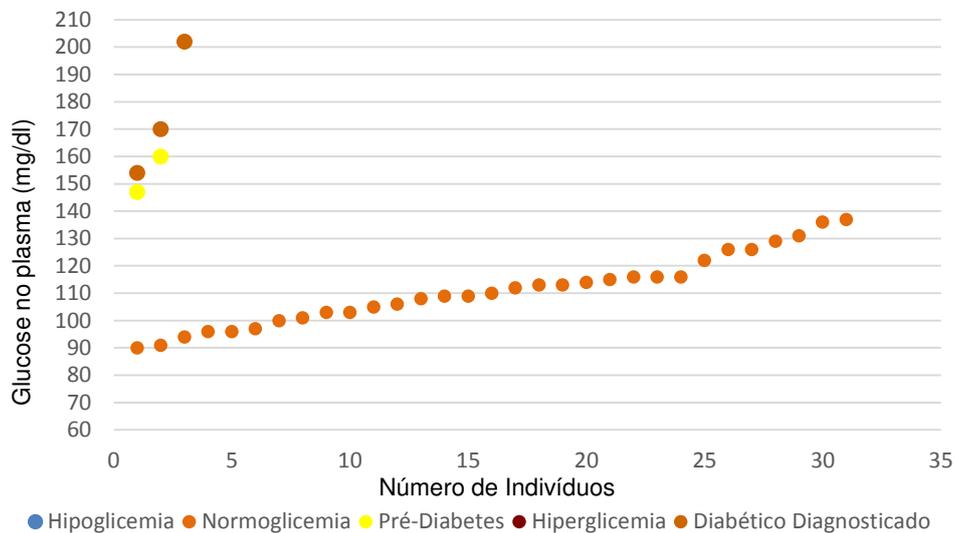
**Figura 10 - Resultados da determinação da pressão Arterial**

Como é perceptível no gráfico da **figura 10**, a maioria da população da FG que aderiu ao rastreio apresentava os valores de pressão arterial dentro do padrão normal. No entanto cerca de 15% dos indivíduos apresentou valores acima do normal, sendo sugerido a estes utentes que iniciassem um controlo regular dos seus valores no dia a dia, a fim de perceber se tratou-se de uma situação periódica ou se necessitava de um acompanhamento médico. Relativamente aos 39% dos utentes diagnosticados com hipertensão, 15% destes encontravam-se com a situação controlada, uma vez que 4 destes indivíduos apresentaram valores inferiores a 140mmHg para a PAS e inferiores a 90mmHg para a PAD. Para os restantes 3 indivíduos foi considerado um valor de PAS <150mmHg e de PAD <90mmHg, de acordo com as Guidelines de 2013 da ESH/ESC, uma vez que se tratavam de idosos saudáveis com menos de 80 anos.<sup>50</sup>

Da percentagem de indivíduos hipertensos que não se encontrava com a PA controlada foi analisado individualmente os factores que podiam estar na sua origem. No geral foram sugeridas mudanças de estilo de vida capazes de reduzir a PA e adequadas para cada situação em concreto, nomeadamente a restrição de sal, a moderação no consumo de álcool, o aumento da ingestão frutas e legumes, a implementação de dietas com baixo teor de gordura, a redução de peso e a prática de atividade física regular.<sup>51</sup> No caso dos fumadores, houve a advertência para a obrigatoriedade da cessação tabágica, não só para reduzir o risco Cardiovascular, mas por o tabaco ter um efeito vasoconstritor agudo capaz de aumentar a PA diurna.<sup>52</sup>



**Figura 11 - Valores de Glicemia em Jejum**



**Figura 12 - Valores de Glicemia pós-prandial**

Relativamente aos valores do índice de glicemia, 83% dos utentes apresentou um valor dentro dos parâmetros normais. Em relação ao gráfico da **figura 11**, há que realçar a presença de 2 valores indicativos de uma situação de pré-diabetes (Indivíduo 1 – 107mg/dl; Indivíduo 2 – 109 mg/dl). O primeiro indivíduo, com 62 anos e do sexo feminino encontrava-se numa situação de risco metabólico, uma vez que apresentava um valor de IMC correspondente a obesidade do tipo I (30,72), um perímetro abdominal classificado como de risco muito elevado (106 cm) e com pressão arterial alta (140mmHg; 77mmHg). A utente foi advertida e aconselhada a procurar aconselhamento médico. No caso do segundo indivíduo, igualmente do sexo feminino e com 47 anos, a situação era mais favorável, uma vez que a pressão arterial estava dentro dos valores normais (132mmHg; 76mmHg), o IMC encontrava-se no limiar entre o peso ideal e

excesso de peso (24,8), sendo que o perímetro abdominal estava um pouco acima do ideal (84cm). Nesta situação a utente foi aconselhada a realizar novas medições, de modo a analisar a situação de risco e a necessidade de ser encaminhada para o médico. Outro dado relevante, relaciona-se com um utente, de 55 anos e do sexo masculino, diagnosticado com diabetes mellitus do tipo 2 e que apresentava um valor de glicemia em jejum dentro do objetivo (115mg/dl), assim como a pressão arterial (132mmHg; 84 mmHg).<sup>46</sup>

No que diz respeito ao gráfico da **figura 12**, há que realçar a presença de dois valores correspondentes a uma situação de risco diabético (PAS: 147mg/dl; PAD: 160 mg/dl). Uma vez que em ambas as situações os indivíduos apresentavam valores ideais de IMC, pressão arterial e de perímetro abdominal foi sugerido que repetissem a medição em jejum. No gráfico estão destacados 3 valores correspondentes a 2 utentes diagnosticados com diabetes do tipo II (glicemia pós-prandial: 160mg/dl; 202 mg/dl) e 1 utente diagnosticado com diabetes do tipo I (glicemia pós-prandial 147mg/dl). No caso do utente que não apresentou um valor de glicemia controlado, foi feita questões relativamente à adesão à terapêutica e ao estilo de vida, tendo-se constatado que estes não eram os melhores, uma vez que o utente apresentava um IMC correspondente a obesidade do tipo I (30,6), e a pressão arterial não se encontrava controlada (PAS: 156mmHg; PAD: 84mmHg). O utente foi advertido para os riscos metabólicos associados a uma glicemia não controlada e foi discutido um conjunto de medidas a fim de reverter a situação.<sup>46</sup>

## 6. Conclusão

No geral o rastreio de saúde foi bem recebido pelos utentes da FG, destacando assim a importância de iniciativas relacionadas com a promoção de saúde e que servem de incentivo para a adoção de hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividade física de forma regular e a implementação de uma dieta equilibrada. No final de cada rastreio os utentes realçaram a importância deste tipo de iniciativas para a comunidade, a fim de prevenir e combater patologias que apresentam uma grande prevalência na população portuguesa. Para haver uma maior precisão na avaliação do risco metabólico, faltou incluir testes como o teste do Colesterol Total e dos Triglicéridos.

### III Dia do Pai

#### 1. Uso de cosméticos no mundo masculino

A panorâmica masculina face ao uso de cosméticos tem vindo a sofrer demarcadas alterações ao longo das últimas décadas. Cada vez mais o público masculino cultiva a sua imagem, essencialmente em busca de aumentar a sua autoconfiança, tendo um impacto direto na indústria, que por sua vez investiu em produtos especificamente destinados a este tipo de público, constituindo um segmento de mercado cada vez mais promissor e competitivo.<sup>53</sup> Perante esta situação a pergunta que se coloca é: existe realmente a necessidade de produtos cosméticos adaptados ao homem ou, trata-se apenas de mais um segmento para dar rentabilidade à indústria?

É interessante analisar como as diferenças entre a fisiologia masculina e feminina acarreta diferentes preocupações relativamente ao avançar da idade. O facto da pele masculina ser mais espessa e firme (**Figura 13**), aliado à presença de pêlo facial, que por si só apresenta um efeito fotoprotetor, diminui a suscetibilidade às consequências do envelhecimento despoletado pela exposição à radiação UV. Esta particularidade explica o baixo interesse dos homens face aos produtos anti idade, mas determina a necessidade de os cosméticos masculinos apresentarem uma textura ligeira e serem de absorção rápida. Por outro lado, os homens apresentam menos celulite comparativamente às mulheres, o que justifica a abundância de anti-celulíticos no sexo feminino.<sup>54</sup>

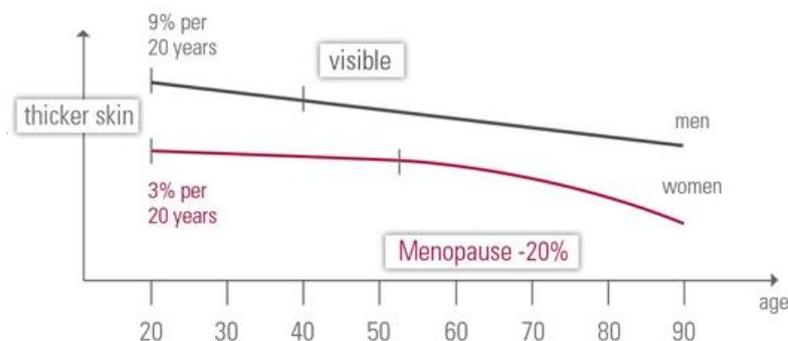


Figura 13 - Espessura da Pele masculina vs feminina<sup>55</sup>

No que respeita aos aspetos bioquímicos, estes são representados pela produção de suor e de sebo.

Existem dois tipos de suor: o écrino e o apócrino. O primeiro é estéril e produzido em resposta a estimulações térmicas, emocionais e em situações de stress, e tem o objetivo de manter a homeostase da temperatura corporal. Por outro lado, o suor apócrino contém substâncias que podem promover crescimento bacteriano e, conseqüentemente a presença de odor corporal. Os homens produzem mais suor em

relação às mulheres, o que posiciona o odor como um dos maiores problemas para o sexo masculino.<sup>56,57</sup>

Também no que respeita à produção de sebo, constata-se que ela é maior no homem, devido à existência de maior quantidade de glândulas sebáceas, determinadas pela testosterona. Como o sebo é a fonte nutritiva para a bactéria *Propionibacterium acnes*, responsável pela acne, e para o fungo *Pityrosporum ovale* que causa dermatite seborreica, pode-se afirmar que estes são problemas mais comuns no sexo masculino.

58

Considero que a rotina de limpeza facial já está relativamente enraizada na cultura masculina, de qualquer das formas fui enfatizando a necessidade de selecionar um produto de limpeza adequado ao tipo de pele, para limpar, desobstruir os poros, eliminar o excesso de oleosidade e, eventualmente atuar em sinergia com outros produtos numa situação patológica.

Em contrapartida, a pele masculina parece ser mais hidratada que a feminina, o que pode ser justificado pelo excesso de transpiração e pela produção de ácido láctico, um humectante natural responsável pelo nível de hidratação da pele.<sup>59</sup>

O ato de barbear é uma forma física de exfoliação que pode ter impacto negativo na pele (borbulhas, pêlos encravados, queimaduras e inflamação), uma vez que pode comprometer a barreira lipídica, com a agravante de se recorrer com frequência ao uso de *after shaves* com uma composição maioritariamente alcoólica. A proteção da epiderme depende da integridade dessa barreira, sendo responsável por manter a humidade nos tecidos e, controlar a entrada de compostos externos nas camadas mais profundas da pele. A partir do momento que esta barreira fica comprometida verifica-se um aumento da perda transepidérmica de água, o que se reflete numa desidratação da pele e suscetibilidade à entrada dos compostos externos, podendo induzir o aumento da sensibilidade e da irritação cutânea. Assim sendo, deve-se aconselhar sempre a aplicação de um creme com propriedades calmantes, hidratantes e reestruturantes.<sup>59</sup>

Importa também referir que para os homens o valor prático sobrepõe-se à ligação emocional que possam estabelecer com os cosméticos, então valorizam a aplicação rápida e embalagens práticas, o que se traduz em embalagem com doseador e, quase sempre, galénicas ligeiras desprovidas de perfume.

## **2. Marketing na Farmácia Comunitária**

O marketing é atualmente uma valência fundamental que as empresas dispõem para aumentar a sua atratividade e notoriedade junto dos seus clientes habituais e uma tentativa de conquistar novos. Num mundo empresarial tão mutável e competitivo como o das farmácias torna-se essencial identificar as oportunidades, bem como as ameaças,

traçando um plano na busca da maior rentabilidade, para isso tenta-se criar hábitos de consumo e facilitar a interação entre o cliente e o produto, segundo uma série de estratégias. Por outro lado, as farmácias têm a vantagem de não terem estratégias agressivas de comunicação disseminadas nos mais variados meios de comunicação, o que faz com o "espaço farmácia" ganhe um papel ainda mais relevante, uma vez que constitui o principal canal de comunicação.<sup>60,61</sup>

Na nossa realidade torna-se cada vez mais uma necessidade investir no potencial dos MNSRM e dos produtos cosméticos e de higiene pessoal. Na FG têm-se em conta vários fatores, uma vez que de acordo com a pesquisa de 2003 estima-se que cerca de 85 % da decisão de compra seja feita na farmácia, nomeadamente o fato da visão ser o sentido primordial no processo de seleção de um produto, então há uma preocupação constante na forma como os produtos são dispostos nas prateleiras e vitrines, por forma a apelar da melhor forma a todos os sentidos, proporcionando maiores hipóteses de dar lugar a uma compra compulsiva. Por outro lado, é importante potenciar a visão da farmácia como prestadora de serviços e, superar a concorrência, não só com preços competitivos, como também com um serviço de qualidade, daí a necessidade de todos os elementos da equipa estarem envolvidos nas diversas ações de dinamização, conhecendo o mercado, por forma a poder diferenciar um determinado produto. Nenhuma ferramenta de comunicação no ponto de venda será suficiente se for tratada de forma isolada.<sup>61,62</sup>

### 3. Ação de Marketing do dia do Pai

No culminar desta iniciativa foi realizada uma ação promocional para o dia do pai, que incluía 25% de desconto em cartão em produtos cosméticos masculinos da marca Lierac® e Vichy® (**Figura 14**). Para tal recorri a material promocional, dei destaque aos produtos abrangidos pela campanha, por forma a motivar, facilitar e influenciar a decisão de compra dos utentes.



Figura 14 - Cartaz de Apresentação da Ação Promocional

#### 4. Resultados/Discussão

A **tabela 8** faz um resumo dos produtos vendidos ao longo dos três dias em que ocorreu a ação promocional do dia do Pai, indicando o respetivo número de vendas de cada produto e a percentagem de aumento em relação ao *sell out* dos seis meses anteriores.

**Tabela 8 - Produtos vendidos durante a ação promocional do dia do Pai**

Produto	Período de Tempo	Vendas
 <b>Lierac® Homme - Bálsamo Pós-Barba 75ml</b>	Agosto 2015 – Fevereiro 2016	3
	17, 18, 19 de Março 2016	3
	Aumento do número de vendas	<b>5924 %</b>
 <b>Lierac® Homme – Gel Rasage Confort 150 ml</b>	Agosto 2015 – Fevereiro 2016	4
	17, 18, 19 de Março 2016	2
	Aumento do número de vendas	<b>2900 %</b>
 <b>Lierac® Homme – Deo 24h. Roll-On 50 ml</b>	Agosto 2015 – Fevereiro 2016	8
	17, 18, 19 de Março 2016	3
	Aumento do número de vendas	<b>2171%</b>
 <b>Vichy® Homme Gel Sensi Shave 150ml</b>	Agosto 2015 – Fevereiro 2016	3
	17, 18, 19 de Março 2016	2
	Aumento do número de vendas	<b>3902%</b>
 <b>Vichy® Homme Mousse Sensi Shave 150ml</b>	Agosto 2015 – Fevereiro 2016	1
	17, 18, 19 de Março 2016	3
	Aumento do número de vendas	<b>17900%</b>
 <b>Vichy® Homme Deo Roll On Ps 48h 50ml</b>	Agosto 2015 – Fevereiro 2016	12
	17, 18, 19 de Março 2016	2
	Aumento do número de vendas	<b>899%</b>

A ação promocional resultou na venda de um total de 15 produtos que se encontravam inseridos na campanha do dia do Pai, havendo desta forma um aumento

significante no que respeita à sua percentagem do número de vendas em relação aos últimos seis meses, traduzindo-se num aumento da rotação de *stocks* e em rentabilidade para a FG.

## **5. Conclusão**

A ação promocional foi bem-sucedida de acordo com os resultados obtidos, provando assim que uma ação promocional centrada em boas práticas de marketing é capaz de não só melhorar a imagem da farmácia perante os seus clientes, assim como aumentar a sua rentabilidade económica.

Seguindo sempre as regras deontológicas da profissão farmacêutica, o farmacêutico, como profissional de vasto conhecimento em diversas áreas, deve aproveitar a sua capacidade para explorar ao máximo os diversos produtos de venda livre que hoje em dia representam a grande parte dos lucros de uma farmácia comunitária. Deste modo há necessidade de transmitir aos clientes a ideia de farmácia como um espaço integral de saúde e não só como um local de dispensa de MSRM.

### III BIBLIOGRAFIA

- 1 Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de Agosto. Horário de funcionamento das farmácias de oficina. Diário da República, n.º 142
- 2 Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto. Regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, n.º 168
- 3 INFARMED: Inspeção de medicamentos manipulados. Acessível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/INSPECCAO/MEDICAMENTOS\\_MANIPULADOS](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/INSPECCAO/MEDICAMENTOS_MANIPULADOS) [acedido em 13 de fevereiro de 2016]
- 4 Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho. Estabelece que o cálculo do preço de venda ao público dos medicamentos manipulados por parte das farmácias é efetuado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem. Diário da República; 1ª série; nº211
- 5 Ordem dos Farmacêuticos: Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária, 3ª Edição. Acessível em: [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/Doc3082.pdf](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3082.pdf). [acedido em 13 de fevereiro de 2016].
- 6 Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto. Estatuto do Medicamento. Diário da República
- 7 Despacho n.º 15700/2012, de 30 de novembro (DR, 2.ª série, n.º 238, de 10 de dezembro de 2012). Aprova os modelos de receita médica, no âmbito da regulamentação da Portaria n.º 137-A/2012, *de 11 de maio*;
- 8 Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio. Regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos. Ministério da Saúde
- 9 INFARMED: Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde, 13/02/2014. Acessível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS\\_NOVIDADES/2013\\_0117\\_NORMAS\\_DISPENSA\\_vFinal.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_NOVIDADES/2013_0117_NORMAS_DISPENSA_vFinal.pdf). [Acedido em 21 fevereiro de 2016]

- 10** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: Receita em papel obrigatória a partir de 1 de abril , 1/4/2016 . Acessível em: <http://spms.min-saude.pt/2016/04/receita-sem-papel-obrigatoria-a-partir-de-1-de-abril/> [Acedido em 15 de abril de 2016]
- 11** Portaria nº 224/2015, de 27 de julho. Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde e define as obrigações de informação a prestar aos utentes.
- 12** INFARMED: Psicotrópicos e Estupefacientes, 22/4/2010. Acessível em: [https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA\\_MAISSOBRE/SAIBA\\_MAISSOBRE\\_ARQUIVO/22\\_Psicotropicos\\_Estupefacientes.pdf](https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAISSOBRE/SAIBA_MAISSOBRE_ARQUIVO/22_Psicotropicos_Estupefacientes.pdf) [Acedido em 21 fevereiro de 2016]
- 13** INFARMED – Gabinete Jurídico e Contencioso: Decreto-Lei n.º15/93, de 22 de Janeiro: Regime Jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos.
- 14** Ordem dos Farmacêuticos: Circular Informativa nº 166/CD/100.20.200, 18/9/15. Acessível em:[http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=9957](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=9957). [Acedido em 21 fevereiro de 2016]
- 15** Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro. Estabelece a adoção de medidas relativas ao acesso aos medicamentos, combate à fraude e ao abuso na comparticipação de medicamentos e de racionalização da política do medicamento no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, n.º 192
- 16** Portaria n.º 994-A/2010, de 29 de Setembro. Aprova os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Gabinete jurídico e contencioso Infarmed.
- 17** Portaria n.º 364/2010, de 23 de junho. Define o regime de preços e comparticipações a que ficam sujeitos os reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e as agulhas, seringas e lancetas destinadas a pessoas com diabetes;

- 18** Ordem dos Farmacêuticos: Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária, 2009. Acessível em:  
[http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/Doc3082.pdf](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3082.pdf). [Acedido em 21 fevereiro de 2016]
- 19** INFARMED: Produtos cosméticos e de Higiene Corporal, 8/2/2009. Acessível em:  
[https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA\\_MAISSOBRE/SAIBA\\_MAISSOBRE\\_ARQUIVO/8%20P\\_Cosm%20E9ticos\\_Hig\\_Corporal.pdf](https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAISSOBRE/SAIBA_MAISSOBRE_ARQUIVO/8%20P_Cosm%20E9ticos_Hig_Corporal.pdf). [Acedido em 29 fevereiro de 2016]
- 20** Decreto-Lei n.º 63/2012, de 15 de Março. Procede à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro, que estabelece o regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal, transpondo a Diretiva n.º 2011/59/UE, da Comissão, de 13 de maio, que altera a Diretiva n.º 76/768/CEE, do Conselho, de 27 de julho, relativa a produtos cosméticos. Diário da República
- 21** Decreto-Lei n.º 227/99, de 22 de junho. Estabelece o regime jurídico aplicável aos géneros alimentícios destinado a uma alimentação especial; Diário da República
- 22** Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de Junho. Regime jurídico de fabrico e comercialização de suplementos alimentares. Diário da República
- 23** Decreto-Lei n.º 10/2007, de 18 de Janeiro. Regime jurídico dos artigos de puericultura. Diário da República
- 24** Decreto-Lei n.º 232/1999, de 24 de Junho. Estabelece as normas relativas ao fabrico, autorização de introdução no mercado, armazenamento, transporte, comercialização e utilização de produtos de uso veterinário. Diário da República
- 25** Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho. Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respetivos acessórios. Diário da República
- 26** Direção-Geral de Saúde: Norma n.º 020/2011 de 28/09/2011.

- 27** Associação de Grossistas de Produtos Químicos e Farmacêuticos: VALORMED. Acessível em: [http://www.groquifar.pt/divisao\\_artigo.php?id=21](http://www.groquifar.pt/divisao_artigo.php?id=21). [Acedido em 29 fevereiro de 2016]
- 28** Balsa C, Vital C, Urbano C. III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. CESNOVA – Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/SICAD, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2014. Coleção Estudos.
- 29** Direção-Geral da Saúde: Portugal - Prevenção e Controlo do Tabagismo em números – 2013. Acessível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2013.aspx> [Acedido em 12 dezembro de 2015]
- 30** Direção-Geral da Saúde: Circular Normativa Nº: 26/DSPPS - Programa-tipo de actuação em cessação tabágica, 28/12/07. Acessível em: <http://www.sppneumologia.pt/uploads/files/comissoestrabalho/ct%20tabagismo/tabagismo1.pdf>. [Acedido em 12 dezembro de 2015]
- 31** Nides M. Update on Pharmacologic Options for Smoking Cessation Treatment. *The American Journal of Medicine* 121.4A (2008):S20–S31
- 32** Ordem dos Farmacêuticos: Farmacoterapia da Cessação Tabágica. Acessível em: [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/doc6259.pdf](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc6259.pdf) [Acedido em 12 de dezembro de 2015]
- 33** Santos HJ, Cunha IN, Iglésias-Ferreira P. Cuidados Farmacêuticos no Tabagismo: *Manual de Actuação Farmacêutica*. Lisboa: AJE/health in loc; 2008
- 34** FAGERSTROM, K.-O. (1978) Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, pp. 235-24
- 35** Heatherton TF, Kozlowski, LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119-27

- 36** Heatherton TF, Kozlowski, LT, Frecker RC, Fagerström KO. Nicotine Addiction and Its Assessment, 1990. Acessível em:  
[http://www.dartmouth.edu/~thlab/pubs/90\\_Fagerstrom\\_etal\\_ENTJ.pdf](http://www.dartmouth.edu/~thlab/pubs/90_Fagerstrom_etal_ENTJ.pdf) [Acedido em 13 de dezembro de 2015]
- 37** Ussher, M. et al. Effect of a short bout of exercise on tobacco withdrawal symptoms and desire to smoke. *Psychopharmacology, New York*, v. 72, p. 158-166, 2001
- 38** Taylor, A. H.; Katomeri, M.; Ussher, M. Acute effects of self-paced walking on urges to smoke during temporary smoking abstinence. *Psychopharmacology, New York*, v. 181, p. 1-7, 200
- 39** Taylor A, Katomeri M. Walking reduces cue-elicited cigarette cravings and withdrawal symptoms, and delays ad libitum smoking. *Nicotine Tob Res.* 2007 Nov;9(11):1183-90.
- 40** Daniel, J. Z.; Cropley, M.; Fife-scha, W. C. The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction. *Addiction, Oxfordshire*, v. 101, n. 8, p. 1187-1192, 2006
- 41** NIQUITIN: Deixe de fumar, comece a poupar. Acessível em:  
[http://www.niquitin.pt/o\\_dinheiro\\_conta/deixe\\_de\\_fumar\\_comece\\_a\\_poupar.aspx](http://www.niquitin.pt/o_dinheiro_conta/deixe_de_fumar_comece_a_poupar.aspx) [Acedido em 13 de dezembro de 2015]
- 42** World Health Organization: BMI Classification. Acessível em:  
[http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html&](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html&). [Acedido em 23 de janeiro de 2016]
- 43** Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Acessível em:  
<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Novembro/11INS2014.pdf> [Acedido em 23 de janeiro de 2016]
- 44** Direção-Geral da Saúde: Indicador de risco metabólico (Perímetro abdominal). Acessível em:  
<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/calculadores.aspx?menuid=161&exmenuid=159&calc=2>. [Acedido em 24 de janeiro de 2016]

- 45** Sociedade Portuguesa Diabetologia. Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Acessível em: <http://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/classificacao-da-diabetes-mellitus-mainmenu-175>. [Acedido em 31 de janeiro de 2016]
- 46** American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes – 2016. *Journal of Clinical and Applied Research and Education*, v.39. 2016
- 47** Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Valores de Referência. Acessível em: <http://www.apdp.pt/a-diabetes/a-pessoa-com-diabetes/valores-de-referencia>. [Acedido em 31 de janeiro de 2016]
- 48** Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes, Factos e Números – o Ano de 2014. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Edição de 2015. Acessível em: [http://spd.pt/images/ond\\_2015.pdf](http://spd.pt/images/ond_2015.pdf) [Acedido em 31 de janeiro de 2016]
- 49** Fundação Portuguesa de Cardiologia. Hipertensão. Acessível em: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/>. [Acedido em 31 de janeiro de 2016]
- 50** Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Tradução Portuguesa das *Guidelines* de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial, Fevereiro 2014. Acessível em: [http://www.sphta.org.pt/files/guidelines\\_31janeiro2014-final.pdf](http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf) [Acedido em 31 de janeiro de 2016]
- 51** Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2006; 24:215–233.
- 52** Mann SJ, James GD, Wang RS, Pickering TG. Elevation of ambulatory systolic blood pressure in hypertensive smokers. A casecontrol study. *JAMA* 1991; 265:2226–2228.
- 53** *Cosmética em foco*, Leandro Krause(2012). Mercado cosmético masculino: cobertura do Men's Beauty Show. Acessível em: <http://www.cosmeticaemfoco.com.br/2012/12/mercado-cosmetico-masculino-cobertura-do-mens-besuty-show.html#ixzz428mEVHUR>. [Acedido em 5 de março de 2016]

- 54** Skin Care Forum, Zoe Diana Draelos (2014). Male skin care in the U.S. market. Acessível em: <http://www.skin-care-forum.basf.com/en/articles/skin/male-skin-care-in-the-u.s.-market/2014/06/20?id=7ea8a2cd-f87f-6a2e-9f6c-ff00000b5c72&mode=Detail> [Acedido em 5 de março de 2016]
- 55** Eucerin. How does male and female skin differ?. Acessível em: <http://int.eucerin.com/about-skin/basic-skin-knowledge/male-and-female-skin>. [Acedido em 5 de março de 2016]
- 56** Knip A. Measurement and regional distribution of functioning sweat glands in male and female Caucasians. *Human Biology* 1969,41(3):380-387
- 57** Leyden JJ, McGinley KJ, Holzle E, Labows JN, Kligman AM. The microbiology of the human axilla and its relationship to axillary odor. *Journal of Investigative Dermatology* 1981,77:413-416
- 58** STEINER, D. Dermatite seborréica. *Cosmetics & Toiletries*, v.10, mai/jun., p. 26, 1998.
- 59** The International Dermal Institute, Diana Howard. When Razor Meets Skin: A Scientific Approach to Shaving. Acessível em: [http://www.dermalinstitute.com/us/library/16\\_article\\_When\\_Razor\\_Meets\\_Skin\\_A\\_Scientific\\_Approach\\_to\\_Shaving.html](http://www.dermalinstitute.com/us/library/16_article_When_Razor_Meets_Skin_A_Scientific_Approach_to_Shaving.html). [Acedido em 6 de março de 2016]
- 60** Zenone, L. (2005). Marketing da promoção e Merchandising: conceitos e estratégias para acções bem sucedidas. São Paulo, Thomson Learning
- 61** Silva, H. (2004). O Papel da Farmácia nas Estratégias de Marketing Farmacêutico. Acessível em: [http://jmarketing.iscap.ipp.pt/V\\_Edicao/Mkt\\_Farmaceutico\\_Henrique\\_Silva.pdf](http://jmarketing.iscap.ipp.pt/V_Edicao/Mkt_Farmaceutico_Henrique_Silva.pdf) [Acedido em 6 de março de 2016]
- 62** Blessa, R. (2003). Merchandising no ponto de venda. São Paulo, Atlas.

## IV ANEXOS

### Anexo I - Cartão de Fidelidade da Farmácia de Gondarém



### Anexo II - Folheto informativo sobre a cessação tabágica

*Ao tabaco surgem associadas anualmente cerca de 4.9 milhões de vítimas mortais em todo o mundo, conheça o seu real potencial...*



*Ofereça a si mesmo um novo recomeço, nós oferecemos-lhe o melhor acompanhamento!*

Farmácia Gondarém: Rua de Gondarém nº 356 / 360, 4150-371 - Porto  
Telefone: 226197589 / E-mail: gondarem.360@gmail.com



 Siga-nos no facebook

**Farmácia Gondarém**

*Em 2016 liberte-se do tabaco e assuma as rédeas de uma vida melhor*



*Trabalho realizado por Rodrigo Andrade Faria no âmbito do estágio curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas*



**O consumo de tabaco é a principal causa de morte evitável...**

Deixe de fumar e experiencie no imediato de efeitos benéficos na sua saúde e no seu bem-estar:



**Medidas Farmacológicas**

⇒ Visam promover:



**Terapêutica de Substituição da Nicotina**

- Fornece ao cérebro a nicotina de uma forma mais saudável que o cigarro
- Pode ser dispensada sem necessidade de receita médica
- Disponível na sua farmácia em quatro diferentes formulações:

Forma/Dose	Principais Vantagens
<b>Goma</b> 2mg/4mg	Administração fácil e prática; permite ajuste doses
<b>Pastilha</b> 1mg/1,5mg/ 2mg/4mg	Administração fácil e prática; não adere à mucosa nem aos dentes; Liberta + 25% de nicotina que a goma; permite ajuste de doses
<b>Comprimido Sublingual</b> 2mg/4mg	Administração fácil e prática; maior biodisponibilidade
<b>Sistema Transdérmico</b> 16h (15/10/5mg) 24h (21/14/7mg)	Evita síndrome de abstinência durante a noite; aporte prolongado; Administração fácil e prática, não interagindo com alimentos

**Medidas Não Farmacológicas**

**1- Exercício Físico**

- Ajuda a controlar a ansiedade
- Atenua os sintomas de abstinência
- Evita o ganho de peso



**2- Motivação Financeira**

- Em média, sabe quanto pode poupar ao deixar de fumar?



Tempo	Número Cigarros	Preço (p/ cigarro)	Custo (total)
Dia	14	0,20 €	2,80 €
Semana	98	0,20 €	19,60 €
Mês	420	0,20 €	84 €
Ano	5110	0,20 €	1022 €

Faça as suas contas com o número de cigarros que fuma por dia!

Os fumadores que tentam deixar de fumar através de apoio farmacológico têm uma capacidade de sucesso **TRÊS** vezes superior aos restantes...



**A decisão está nas suas mãos!**

**Anexo VI - Teste de Fagerström para a dependência de nicotina (TFDN)**

**1. Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?**

- Nos primeiros 5 minutos [3]       Após 6-30 minutos [2]  
 Após 31-60 minutos [1]       Após 60 minutos [0]

**2. Sente necessidade de fumar em zonas onde é proibido fumar?**

- Sim [1]       Não [0]

**3. Qual o cigarro do dia que tem mais dificuldade em deixar?**

- O primeiro da manhã [3]       Outros [2]

**4. Quantos cigarros fuma por dia?**

- ≤ de 10 cigarros por dia [3]       Entre 11 a 20 cigarros [2]  
 Entre 21 a 30 cigarros [1]       > de 30 cigarros [0]

**5. Fuma com mais frequência nas primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?**

- Sim [1]       Não [0]

**6. Fuma mesmo quando está doente?**

- Sim [1]       Não [0]

**Grau de dependência** \_\_\_\_\_

0-3 pontos – Pouco dependente da nicotina

4-6 pontos – Moderadamente dependente da nicotina

7-10 pontos – Fortemente dependente da nicotina

Anexo VII - Cartaz de divulgação do Rastreio de Saúde



**Anexo VIII** - Cartão de registo dos valores relativos ao Rastreo de Saúde



Utente: _____		Idade: _____	
IMC		Desejável <b>18,5 a 24,9</b>	
PERIMETRO ABDOMINAL		♀ <80 cm	♂ <94 cm
	<b>SISTÓLICA</b>	<b>DIASTÓLICA</b>	
PRESSÃO ARTERIAL	mmHg	mmHg	
PULSAÇÃO	bpm		
	<b>JEJUM</b>	<b>PÓS-PRANDIAL</b>	
ÍNDICE DE GLICÉMIA	mg/dl	mg/dl	
<b>NORMAL</b>	<b>80 – 99</b> mg/dl	<b>&lt; 140</b> mg/dl	



**RELATÓRIO  
DE ESTÁGIO  
2015-16**

RUA DE JORGE VIEIRA FERREIRA  
N.º 126, 4610-113 FONTO - PORTUGAL  
[www.ff.up.pt](http://www.ff.up.pt)