



**U. PORTO**



FACULDADE DE FARMÁCIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado  
em Ciências Farmacêuticas

Farmácia Santo António

Ana Isabel Pimenta da Mota

2014

A orientadora de estágio,

---

(Dr.<sup>a</sup> Virgínia Almeida)

Guimarães, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

A tutora de estágio,

---

(Dr.<sup>a</sup> Glória Queiroz)

Guimarães, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

A estagiária,

---

(Ana Mota)

Guimarães, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Ana Isabel Pimenta da Mota, abaixo assinado, nº 200902369, 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**

Em primeiro lugar, à Dr.<sup>a</sup> Virgínia por me ter proporcionado as condições necessárias ao estágio, apoio e simpatia.

A toda a equipa técnica da Farmácia Santo António, Dr.<sup>a</sup> Joana Pereira, Sara Pereira e aos técnicos Arminda Pinheiro e Guilherme Costa, por toda a paciência, boa disposição e auxílio ao longo do estágio. À Carminho pela excelência de pessoa que é, pelos ensinamentos de vida que me transmitiu. À Helena Mendes, minha grande companheira de estágio, que ouviu as minhas queixas e teorias, dando-me sempre o seu apoio e amizade durante estes 3 meses.

À minha orientadora de estágio, Professora Glória Queiroz, pela paciência e disponibilidade dispensada nesta última etapa de curso.

À Professora Marcela Segundo e ao Dr. Luís Magalhães, os meus orientadores de todo o curso, aos quais deixo o meu mais profundo agradecimento, pelo seu apoio, auxílio e preocupação ao longo do mesmo.

Aos meus amigos, principalmente às minhas grandes amigas Tânia Soares e Paula Cunha, pelo apoio incondicional, pela sua amizade e pela sua simples presença quando mais precisei.

Aos meus pais, à minha irmã Ângela, à minha avó Maria Augusta e ao resto da minha família, que sempre se mostraram disponíveis para me apoiar e ajudar no que fosse necessário.

Por fim e não menos importantes, ao meu avô Alberto e à minha tia Céu, que infelizmente já não estão comigo para verem os frutos do meu trabalho, mas que sei que estariam orgulhosos com o meu feito.

## RESUMO

A profissão farmacêutica encontra-se entre as profissões em que os Portugueses confiam. Nesse sentido, é necessário fomentar um relacionamento farmácia-utente que permita a dispensa e aconselhamento, não só de medicamentos e serviços, como também de produtos de proteção solar e higiene.

A pele é o maior órgão do corpo humano, sofrendo várias alterações anatómicas e funcionais ao longo da vida. Neste sentido, os fabricantes devem efetuar uma rigorosa seleção de ingredientes utilizados nas formulações. A indução de conceito de proteção solar em crianças pode fomentar práticas saudáveis ao longo da vida.

Para a higiene oral, a Organização Mundial de Saúde recomenda um mínimo de 2 lavagens diárias, uma delas antes de deitar. A higiene das mãos é um dos meios mais eficazes de prevenção de patologias, tais como doenças diarreicas.

A vacinação reduz a morbilidade e mortalidade causadas por doenças infecciosas, tendo elevado grau de eficácia, segurança e qualidade. As vacinas integrantes do Programa Nacional de Vacinação são gratuitas a todos os residentes em Portugal.

Neste sentido, o objetivo do trabalho foi o estudo dos hábitos infantis relativos à proteção solar, higiene oral e das mãos, presença de alergias/intolerâncias e cumprimento do Programa Nacional de Vacinação. Foram estudadas 14 crianças, sendo 21,4% raparigas. Da população estudada, 28,6% relatam o uso conjunto de protetor solar com outros meios de proteção solar e 71,4% relatam refúgio da exposição solar nas horas de maior intensidade de radiação. Relativamente à higiene oral, 71,4% referem o uso de creme dentífrico com escova e 14,3% revelaram usar apenas escova. Todos confirmaram a toma de vacinas conforme o Programa Nacional de Vacinação.

O estudo revelou um deficiente conhecimento da comunidade estudantil na proteção solar e higiene oral. Nomeadamente, no que diz respeito a horas de exposição, reaplicação do protetor solar e roupa de proteção.

## **ABSTRACT**

The pharmacist career is among of them professions that over the Portuguese trust. Therefore, it is necessary to foster a pharmacy-user relationship that allows dispensing and counseling, not only of drugs and services, as well as sun protection products and hygiene.

The skin is the largest organ of the human body, suffering several anatomical and functional changes throughout life. In this sense, manufacturers must make a rigorous selection of ingredients used in the formulations. The induction of concept of sunscreen in children can foster healthy practices throughout life.

For oral hygiene, World Health Organization recommends a minimum of 2 washes daily, one before bedtime. Hand hygiene is one of the most effective ways to prevent diseases, such as diarrheal diseases.

Vaccination reduces the morbidity and mortality caused by infectious diseases, with high efficiency, safety and quality. The vaccines are free to all residents in Portugal.

In this sense, the objective of this work was to study children's behavior regarding sun protection, oral hygiene and hand washing, presence of allergies / intolerances and fulfillment of the National Immunization Program. 14 children were studied, 21.4% were girls. In the study population, 28.6% reported the use of sunscreen together with other means of sun protection, and 71.4% reported refuge sun exposure at hours of peak radiation intensity. Regarding oral hygiene, 71.4% reported using toothpaste cream with brush and 14.3% reported using only brush. All confirmed taking vaccines according to the National Immunization Program.

The study revealed a poor knowledge of the student community in sunscreen and oral hygiene. Particular with regard to hours of exposure, reapplication of sunscreen and protective clothing.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AIM – Autorização de Introdução no Mercado;

ANF – Associação Nacional de Farmácias;

CNP – Código nacional de produto;

DCI – Denominação Comum Internacional;

FEFO – *First-expire-First-out*;

FIFO – *First-in-First-out*;

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P;

IPD – Immediate Pigment-Darkening;

IVA – Imposto de valor acrescentado;

MNSRM – Medicamentos não sujeitos a receita médica;

MSRM – Medicamentos sujeitos a receita médica;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PNV – Programa Nacional de Vacinação;

PPD – Persistent Pigment Darkening;

PVF – Preço de venda à farmácia;

PVP – Preço de venda ao público;

UNICEF – United Nations Children's Foundation.

## **LISTA DE TABELAS**

### **Parte I**

**Tabela 1.** Equipa de trabalho da Farmácia Santo António.

**Tabela 2.** Escalões de comparticipação e respetiva percentagem de comparticipação.

**Tabela 3.** Exemplos de grupos em cada escalão.

### **Parte II – Cuidados na Criança**

**Tabela 1.** Características das crianças estudadas.

**Tabela 2.** Avaliação dos conhecimentos em questões relativas a higiene oral, de mãos, proteção solar, alergia alimentar e vacinação.

## ÍNDICE

### Estágio Profissional – Farmácia Santo António

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. OBJETIVO .....</b>                                                          | <b>1</b>  |
| <b>2. INTRODUÇÃO .....</b>                                                        | <b>1</b>  |
| <b>3. ORGNIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E FUNCIONAL DA FARMÁCIA SANTO ANTÓNIO .....</b> | <b>2</b>  |
| 3.1. Propriedade e direção .....                                                  | 2         |
| 3.2. Localização, horário de funcionamento e descrição do espaço físico .....     | 2         |
| 3.3. Recursos humanos .....                                                       | 4         |
| 3.4. Sistema informático .....                                                    | 4         |
| <b>4. APROVISIONAMENTO E ARMAZENAMENTO .....</b>                                  | <b>5</b>  |
| 4.1. Gestão de <i>stocks</i> .....                                                | 5         |
| 4.2. Critérios de aquisição e fornecedores .....                                  | 6         |
| 4.3. Realização, conferência e receção de encomendas .....                        | 6         |
| 4.4. Marcação de preços .....                                                     | 8         |
| 4.5. Devoluções .....                                                             | 9         |
| 4.6. Armazenamento .....                                                          | 10        |
| 4.7. Inventário e controlo dos prazos de validade .....                           | 10        |
| <b>5. DISPENSAÇÃO .....</b>                                                       | <b>11</b> |
| 5.1.1. Medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) .....                        | 11        |
| 5.1.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) .....                   | 12        |
| 5.1.3. Produtos cosméticos e dermofarmacêuticos .....                             | 13        |
| 5.1.4. Produtos dietéticos e de alimentação especial .....                        | 14        |
| 5.1.5. Produtos e medicamentos de uso veterinário .....                           | 14        |
| 5.1.6. Dispositivos médicos .....                                                 | 15        |
| 5.2. Validação e interpretação da prescrição médica .....                         | 15        |
| 5.3. Prescrição de medicamentos comparticipados .....                             | 16        |
| <b>6. ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO .....</b>                                       | <b>18</b> |
| 6.1. Automedicação e dispensa de MNSRM .....                                      | 18        |
| 6.2. Medição de parâmetros bioquímicos .....                                      | 19        |
| <b>7. CONTABILIDADE E GESTÃO .....</b>                                            | <b>19</b> |
| <b>8. FORMAÇÕES .....</b>                                                         | <b>20</b> |

## **Casos Práticos – Cuidados na Criança**

|                                                         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>                              | <b>21</b> |
| 1.1. A Pele .....                                       | 21        |
| 1.1.1. Cosmética Infantil .....                         | 22        |
| 1.1.2. Cancro da pele e proteção solar .....            | 23        |
| 1.2. Higiene Oral .....                                 | 26        |
| 1.3. Higiene das mãos .....                             | 27        |
| 1.4. Vacinação .....                                    | 28        |
| 1.4.1. Gripe .....                                      | 29        |
| 1.4.2. Rotavírus .....                                  | 29        |
| 1.4.3. Varicela .....                                   | 30        |
| 1.4.4. Hepatite A .....                                 | 31        |
| 1.5. Alergia, intolerância e alimentação infantil ..... | 32        |
| 1.5.1. Alergia alimentar .....                          | 32        |
| 1.5.2. Intolerância alimentar .....                     | 34        |
| <b>2. OBJETIVOS .....</b>                               | <b>35</b> |
| <b>3. MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>                     | <b>35</b> |
| <b>4. RESULTADOS .....</b>                              | <b>36</b> |
| <b>5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>                 | <b>37</b> |
| <b>6. CONCLUSÃO .....</b>                               | <b>40</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA .....</b>                               | <b>42</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                     | <b>48</b> |

#### 1. OBJETIVO

O presente relatório tem o objetivo de descrever o funcionamento da Farmácia Santo António em Guimarães. Fazendo uma referência crítica ao meu desempenho, pretendo detalhar experiências e tarefas vivenciadas, bem como conhecimentos adquiridos no âmbito de uma farmácia comunitária.

#### 2. INTRODUÇÃO

O curso de Ciências Farmacêuticas de 5 anos culmina em estágios profissionalizantes, com o objetivo de colocar em prática os conhecimentos teóricos e práticos, bem como um contato profundo com a realidade farmacêutica em Portugal. A atividade farmacêutica congrega diversas áreas de atuação como é o caso da farmácia comunitária, hospitalar, industrial, análises clínicas, ensino e investigação.

A componente em farmácia comunitária representa um peso importante em saúde dada a posição privilegiada em que se colocam os farmacêuticos. Em 2009, um estudo realizado pela revista *Reader's Digest* coloca os farmacêuticos entre as profissões mais confiáveis em Portugal, com a preferência de 9 em cada 10 pessoas incluídas no estudo [1]. Esta prova de confiança no setor farmacêutico deve-se ao próximo contato entre utente e o farmacêutico, permitindo um esclarecimento e aconselhamento direcionado para a fácil compreensão do utente. Como tive a oportunidade de vivenciar, a proximidade entre a farmácia e o seu público permite ao utente recorrer ao farmacêutico em caso de dúvidas relativas à sua terapêutica, automedicação e rápidos diagnósticos, fazendo do farmacêutico um importante agente de saúde.

O objetivo do estágio profissionalizante tem como objetivo, proporcionar ao estudante, o contato com a atividade farmacêuticas realizada numa farmácia comunitária, bem como um contato entre utente e entidades de saúde. O meu estágio realizou-se entre os dias **02/05/2014** e **01/08/2014** na **Farmácia Santo António**, com um período mais curto que os usuais 4 meses.

Neste período, tive o melhor acompanhamento e seguimento de toda a equipa da Farmácia Santo António, o que permitiu para a minha fácil integração na equipa e permitiu que tirasse um máximo partido do meu estágio.

### **3. ORGNIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E FUNCIONAL DA FARMÁCIA SANTO ANTÓNIO**

#### **3.1. Propriedade e direção**

Do ponto de vista legal, o estatuto da propriedade das farmácias segue o Decreto-lei em vigor (artigo 14º, capítulo II do DL nº 307/2007 de 31 de Agosto), podendo ser proprietários de farmácia “pessoas singulares ou sociedades comerciais” [2]. Na Farmácia Santo António, a propriedade é partilhada pela Dr.<sup>a</sup> La Salete Santos, Dr. António Rocha e Costa e pela Dr.<sup>a</sup> Virgínia Almeida. Relativamente à direção técnica (artigo 20º, capítulo III, do mesmo decreto), esta é assegurada em permanência e exclusividade, durante o horário de trabalho, por um farmacêutico diretor técnico, sendo este cargo ocupado pela Dr.<sup>a</sup> Virgínia Almeida. Sendo esta, responsável por todas as atividades relacionadas ao setor farmacêutico, descritas no artigo 21º, capítulo III.

#### **3.2. Localização, horário de funcionamento e descrição do espaço físico**

A Farmácia Santo António possui uma excelente localização na freguesia de Urgezes (Guimarães). Nas suas imediações encontram-se a Unidade de Saúde Familiar Vimaranes (US Afonso Henriques), o Agrupamento de Escolas Gil Vicente e o apeadeiro de caminho-de-ferro “Covas”.

A farmácia efetua o horário de funcionamento de segunda a sexta das 9h às 20h, sábados das 9h às 19h e domingos das 9h às 13h. Durante os meses de Verão (Julho, Agosto e Setembro), o horário de fim-de-semana fica reduzido a sábado das 9h às 13h.

Relativamente ao espaço físico da farmácia, esta apresenta as características que garantem por um lado a segurança e conservação do medicamento e a acessibilidade, comodidade e privacidade do utente por outro (artigo 29º), em conformidade com o INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Assim sendo, a farmácia dispõe de 4 pisos.

Na cave (**piso -1**) encontram-se 2 frigoríficos, os quais estão a uma temperatura de 2ºC a 8ºC e onde se guardam produtos como vacinas, insulina e colírios (como o Xalatan®). É, ainda, neste piso que são guardados os excedentes dos produtos que chegam em grandes quantidades. Contém também algumas estantes onde se armazenam algumas marcas de dermocosmética (como ATL®),

chás (Moreno<sup>®</sup>), produtos para cuidado de feridas (Betadine<sup>®</sup>), colutórios e leites que não cabem no expositor exterior, entre outros. O **piso 0** corresponde à área de atendimento ao público, devidamente iluminada e climatizada. Dispõe de cadeiras para utentes e/ou acompanhantes. Apresenta um painel onde é possível a visualização da equipa de trabalho da farmácia. Esta área contém 5 postos de trabalho equipados com o material necessário ao atendimento do utente, bem como de panfletos para a elucidação do mesmo. Ainda nesta área, em destaque, estão dispostos os produtos das marcas Lierac<sup>®</sup> e Phyto<sup>®</sup>. Para além de uma zona atrás dos balcões de atendimento, onde estão dispostos produtos de higiene dentária, cuidados de pés, área de veterinária, produtos de higiene nasal (Rhinomer<sup>®</sup>), produtos de cuidado da pele (Avène<sup>®</sup> e Serum 7<sup>®</sup>) e, ainda, uma secção dedicada a suplementos (Arko<sup>®</sup>, Advancis<sup>®</sup> e Absorvit<sup>®</sup>). Há ainda a secção dedicada ao cuidado infantil, com a gama de produtos Klorane<sup>®</sup>, Mustela<sup>®</sup> e Nutriben<sup>®</sup>. O piso 0 contém ainda um gabinete de atendimento individual e medição de parâmetros sanguíneos, um contentor ValorMed e, ainda, uma zona onde se dispõe (em gavetas) por ordem alfabética os diferentes tipos de medicamentos.

O **piso 1** corresponde à zona de armazenagem de excedentes do piso 0, bem como de produtos com preço distinto ao preço de venda em vigor. Contém uma zona de receção, realização e gestão de encomendas, bem como da logística envolvente das mesmas. Existe também uma instalação sanitária e um laboratório. No **piso 2**, situa-se o escritório pessoal do Dr. Rocha, onde se realiza a gestão e contabilidade da farmácia. Possui uma sala destinada a vestuário e cacifos e, ainda, outra instalação sanitária. Há também uma sala destinada a reuniões e consultas de nutrição e massagem, onde também se encontra uma maca, bem como a bibliografia essencial a uma farmácia.

Relativamente ao espaço exterior, destaca-se um conjunto de lugares de estacionamento, que permitem uma maior acessibilidade dos utentes à farmácia. Possui também uma grande montra, que ocupa toda a frente da farmácia, renovada periodicamente consoante a época do ano.

### 3.3. Recursos humanos

O trabalho realizado numa farmácia comunitária não era possível sem um bom funcionamento dos funcionários e uma boa interação entre estes e os utentes. Dado o historial da farmácia, os utentes são atendidos num ambiente familiar proporcionado pela simpatia e profissionalismo da equipa de trabalho. A tabela 1 indica a equipa técnica da farmácia.

**Tabela 1.** Equipa de trabalho da Farmácia Santo António

| CARGO                                 | COLABORADOR                              |
|---------------------------------------|------------------------------------------|
| Diretora técnica                      | Dr. <sup>a</sup> Virgínia Almeida        |
| Farmacêutica adjunta substituta       | Dr. <sup>a</sup> Joana Pereira           |
| Farmacêutica em estágio profissional  | Dr. <sup>a</sup> Helena Mendes           |
| Licenciada em Farmácia                | Sara Pereira                             |
| Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica | D. Arminda Pinheiro; Sr. Guilherme Costa |
| Auxiliar                              | D. Maria do Carmo Oliveira               |

### 3.4. Sistema informático

Hoje em dia, praticamente todas as atividades inerentes à atividade farmacêutica num farmácia comunitária, estão dependentes da componente informática proporcionada pela utilização de um gestor informático. O *software* em uso na Farmácia Santo António é o *Sifarma 2000*. Neste sistema, cada utilizador tem uma palavra-chave de acesso, que permite o acesso à secção de vendas, encomendas, faturação e inventários.

Tendo em vista uma gestão diária de uma farmácia, o *Sifarma 2000* faz a gestão desde a entrada até à saída de determinado produto, cria fichas de produto, gera *stocks* mínimos e máximos e propõe encomendas segundo as saídas de produtos, efetua devoluções e emite lotes de receitas. Também é possível efetuar a gestão dos prazos de validade, efetuar etiquetas de produtos de venda livre, a fim de facilitar a leitura ótica no momento da venda, verificar sazonalidade de produtos, verificar produtos mais vendidos e vendas por empregado. É também possível efetuar a dispensação de várias receitas na mesma venda. Na altura da venda, é possível a diferenciação de venda consoante o tipo de organismo ao qual pertence o utente e a verificação de interações ou contraindicações da venda que estamos a efetuar [3]. Isto ganha

particular importância quando o utente tem 2 prescrições diferentes (por exemplo, fluoxetina e diazepam) em receitas diferentes, o sistema gera um aviso de modo a que possamos alertar o utente desta situação de interação. Uma gestão deste tipo de situações é relativamente importante, já que a conjugação de antidepressivos pode ter efeitos antagónicos ou sinérgicos, podendo favorecer reações adversas de diferentes gravidades [4].

- ✓ Genericamente trata-se de um programa bastante intuitivo, podendo ser manuseado tanto pelo teclado como pelo rato. A título de exemplo, **F3** corresponde a uma “venda com comparticipação”, **F9** corresponde a “planos” e **F2** corresponde a “fim de atendimento”. Nestes 3 meses contactei com praticamente todas as funções do *Sifarma 2000* e aprendi a manuseá-lo nas diferentes situações com que me deparei (efetuação e receção de encomendas, diferentes tipos de comparticipação, pesquisa por princípio ativo e marca, entre outras);
- ✓ O grande entrave era, no meu ponto de vista, a lentidão do programa, principalmente após leitura do cartão das Farmácias Portuguesas, e não conter árvore de classificação e informação científica para alguns produtos, como suplementos alimentícios e produtos de emagrecimento.

## 4. APROVISIONAMENTO E ARMAZENAMENTO

### 4.1. Gestão de stocks

Uma correta gestão de *stocks* é essencial para suprir a demanda de produtos por parte do utente. Na gestão de *stocks* temos 3 fatores a considerar: a procura, custos e os prazos. Ou seja, quando e quanto encomendar e o custo despendido na encomenda de produtos [5]. De forma a evitar a falta do produto é necessária a definição de um ponto de encomenda, determinando-se a quantidade mínima para cada produto. Quando essa quantidade mínima é atingida, é realizada uma encomenda automática. O caso contrário (excesso de produto) também deve ser evitado, pois significa investimento em produtos com pouco escoamento. Este processo é efetuado recorrendo ao *Sifarma 2000*, o qual possibilita a consulta do total de compras e vendas e define a quantidade máxima e mínima de produto [6].

Para além de uma gestão correta do nível de *stocks*, é necessário ter em conta a época do ano em que nos encontramos. Por exemplo, o Rhinomer<sup>®</sup> é um produto mais procurado durante os meses mais quentes (Abril a Setembro), enquanto a Mebocaína<sup>®</sup> é maioritariamente procurada nos meses mais frios (Outubro a Março).

Aquando a receção de encomendas, é enviado uma lista dos produtos em falta ou esgotados para o INFARMED, via *Sifarma 2000*.

#### **4.2. Critérios de aquisição e fornecedores**

A Farmácia Santo António efetua, de modo diário e periódico, diversas encomendas de forma a cobrir as necessidades dos utentes. Assim sendo, são efetuadas encomendas tanto a armazenistas como a laboratórios.

As encomendas realizadas diretamente aos laboratórios correspondem a encomendas de volume superior, de forma a suprir a farmácia por longos períodos de tempo. É de salientar que estas encomendas originam, normalmente, bonificações, que é vantajoso em produtos de grande saída. Estas encomendas são efetuadas pela Dr.<sup>a</sup> Virgínia e são entregues por um armazenista à escolha. Certos delegados dirigem-se à farmácia a fim de efetuar a encomenda e dar a conhecer certas campanhas a decorrer, nomeadamente, da Sandoz, Alter, Bluepharma, Generis, ToLife, Novartis, Pierre Fabre e Distriga.

Por outro lado, as encomendas diárias (de menor quantidade) são efetuadas aos armazenistas. Os armazenistas da Farmácia Santo António são: Plural, OCP, Alliance Healthcare, Cooprofar e Medicanorte. São encomendas entregues com maior rapidez que as efetuadas aos laboratórios.

Existem diversos aspetos a ter em conta na escolha do fornecedor, nomeadamente, as condições financeiras (bonificações, descontos e acessibilidade de pagamento), a disponibilidade do produto em questão, condições de devolução, capacidade financeira da farmácia e, claro, o espaço físico disponível na farmácia.

#### **4.3. Realização, conferência e receção de encomendas**

As encomendas podem ser realizadas de 2 formas: via *modem* e via telefone. Por vezes, o produto encontra-se indisponível para encomenda

instantânea, pelo *Sifarma 2000*, e é possível encontra-lo em um armazenista por via telefónica. Uma das vantagens da via telefónica é ter a garantia da disponibilidade do produto, de forma a poder informar o utente. Relativamente às encomendas efetuadas através do *modem*, a disponibilidade dos diferentes produtos é indicada por um sistema de cores: **verde** significa que o produto está disponível para entrega e, **vermelho** significa que o produto se encontra esgotado, foi retirado do mercado, ou está rateado.

Após as encomendas, são entregues na farmácia os produtos encomendados, seja em caixas de cartão ou em contentores específicos, sempre acompanhados de uma fatura e uma cópia e, se for o caso, de um documento de requisição de psicotrópicos, estupefacientes ou benzodiazepinas (este deve ser assinado e conservado na farmácia durante 3 anos [7]). Os produtos que necessitam de uma conservação especial (vacinas, insulina e colírios, como o Xalatan<sup>®</sup>) vêm acondicionados em contentores de esferovite.

As faturas vêm identificadas com o nome do fornecedor, número de fatura, nome e morada do destinatário. Segue-se a lista de produtos encomendados, com os respetivos códigos nacionais de produto (CNP), quantidades encomendadas e fornecidas, preço de venda ao público (PVP), preço unitário e preço de venda à farmácia (PVF), imposto de valor acrescentado (IVA) e preço total. Com exceção de alguns produtos de venda livre, todos os produtos vêm acompanhados de PVP.

Os pedidos efetuados aos laboratórios vêm acompanhados por uma guia de remessa e as faturas são enviadas posteriormente.

A **receção** da encomenda é efetuada por via informática, recorrendo à leitura ótica. Os produtos são colocados por ordem alfabética em cima do balcão, dando-se prioridade à introdução no sistema dos produtos de conservação no frio. Inicia-se a receção com a colocação do número da fatura e do seu valor total. No processo de receção é importante ter em conta alguns parâmetros, nomeadamente, estado físico da embalagem, quantidade enviada, prazo de validade, PVP marcado, margens de comercialização e IVA (no caso de produtos de venda livre). Na eventualidade de algum produto ser enviado com um PVP diferente do PVP faturado, deve-se proceder-se à reclamação junto ao fornecedor, podendo ser acordado o produto ser devolvido ou ser emitida uma

nota de crédito. Posto isto, se o valor final da encomenda coincidir com o valor da fatura, finaliza-se a encomenda e procede-se ao aquivo das faturas. É possível o envio dos esgotados da encomenda para outro fornecedor. Quando a entrega dos psicotrópicos ou estupefacientes vêm acompanhados de um documento de requisição, deve ser introduzido o número de documento no sistema.

- ✓ A Farmácia Santo António efetua 2 grandes encomendas diárias, uma para a tarde do próprio dia e outra para o dia seguinte;
- ✓ A escolha do fornecedor do produto varia consoante a disponibilidade do produto e necessidade do produto;
- ✓ Realizei várias encomendas instantâneas através do *Sifarma 2000* e, quando não conseguia realizá-las por essa via, efetuava os pedidos por telefone;
- ✓ Contactei com as diversas etapas das encomendas, desde a sua realização à entrega das mesmas;
- ✓ Apercebi-me da importância de uma boa receção das encomendas, pois diversas vezes eram enviados produtos trocados, produtos com PVP diferente entre si, embalagens danificadas, produtos com prazo de validade muito curto, entre outros.

#### 4.4. Marcação de preços

A partir de 2011 (Lei nº 25/2011 de 16 de Junho), passa a ser obrigatório a presença do PVP no rótulo do medicamento [8]. O DL nº 19/2014 de 5 de Fevereiro estabelece o regime de formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos não sujeitos comparticipados [9]. O DL nº 65/2007 de 14 de Março define que o PVP do medicamento é composto por PVA, margem de comercialização do distribuidor grossista, margem de comercialização do retalhista, taxa de comercialização e IVA [10]. Os produtos sem PVP marcado, incluem os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) não comparticipados e outros de venda livre (por exemplo, suplementos e dermocosmética), cujos preços são definidos pela farmácia recorrendo ao tipo de IVA correspondente ao produto (IVA de 6% corresponde a uma margem de 23% e IVA de 23% corresponde a uma margem de 27%). Relativamente aos produtos

com PVP marcado, estes incluem os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e os MNSRM comparticipados.

- ✓ Desde o início do estágio que me apercebi da importância de uma boa etiquetagem. Em uma ocasião foi encontrado um óleo de calêndula mal etiquetado, não só com um preço demasiado elevado relativamente ao produto em questão, mas também com um código que nada lhe dizia respeito;
- ✓ Outro parâmetro importante eram as margens dos produtos, principalmente nas encomendas diretas para cliente, pois era necessária uma análise cuidada das saídas do produto, a fim de decidir um aumento ou baixa quando o produto chegava com um preço diferente do anterior.

#### 4.5. Devoluções

Por vezes, é necessário proceder à devolução de produtos aos fornecedores. As principais razões são: embalagem danificada e conteúdo alterado, produto trocado ou não pedido, aproximação do prazo de validade ou mesmo fora de validade, PVP trocado (PVP impresso diferir do PVP da fatura), produtos ou lotes de produtos retirados através de circulares do INFARMED ou, mesmo, pelo detentor da autorização de introdução no mercado (AIM).

O procedimento de devolução é realizado através do *Sifarma 2000* (função “Gestão de devoluções”), emitindo uma nota de devolução, onde consta o nome e código do produto, motivo de devolução, número de fatura, fornecedor, identificação da farmácia, preços de custo e PVP. O fornecedor em causa pode optar por enviar o produto correspondente ou, então, emitir uma nota de crédito. As notas de devolução são impressas em triplicado, 2 para o fornecedor e 1 para a farmácia, caso haja produto a transportar. Caso não haja produtos a transportar, apenas se emite um.

- ✓ No decorrer do meu estágio deparei-me com devoluções de produtos que tinham prazos de validade demasiado curtos e, um caso, em que o prazo tinha expirado em 2013;
- ✓ Houve ainda diversas circulares do INFARMED a fim de retirar certos lotes de produtos, como por exemplo, o Relmus<sup>®</sup> de 8 mg;

- ✓ Tive a oportunidade de visualizar diversas devoluções e a sua regularização.

#### 4.6. Armazenamento

Após a receção de uma encomenda, procede-se ao seu armazenamento, o qual é essencial na eficiência do atendimento. Os medicamentos que exigem conservação especial, são armazenados no frigorífico, em temperaturas entre 2 a 8°C. Os psicotrópicos são armazenados no cofre (como o Palexia<sup>®</sup>), que se encontra em local a não identificar.

Os MRSM e MNRSM são armazenados em locais adequados, com temperaturas inferiores a 25°C, humidade inferior a 60%, luminosidade e ventilação apropriadas [11]. No piso 0, encontram-se em gavetas deslizantes, onde são organizados por ordem alfabética. Na parte superior encontram-se os genéricos, os quais incluem cremes, colírios e soluções de nebulização. Na parte inferior estão dispostos os medicamentos de marca. Há uma fila para o armazenamento de xaropes. Numa coluna oposta, há ainda uma zona de armazenamento de colírios, cremes e pomadas, saquetas, preparações vaginais e retais (de marca). O excedente das gavetas vai para o armazém.

Dentro das gavetas, os produtos são colocados seguindo certos princípios: cedendo primeiro o de menor prazo de validade ou *First-expire-First-out* (FEFO) e o produto que entrou primeiro deve ser o primeiro a sair ou *First-in-First-out* (FIFO), no caso de não terem prazo de validade.

- ✓ Durante o estágio, procedi ao armazenamento de todo o tipo de produtos, desde produtos de cofre aos de frigorífico;
- ✓ Esta fase foi deveras importante na fase de atendimento, pois possibilitou-me uma rápida localização dos produtos e reconhecimento das diferentes formas farmacêuticas do mesmo medicamento.

#### 4.7. Inventário e controlo dos prazos de validade

Durante o período do meu estágio não se procedeu à realização de um inventário anual. Contudo, quando em alguma receita não era clara a quantidade dispensada, procedia-se à contagem desse grupo e comparava-se com o *stock*.

Havia também uma lista onde se anotavam erros de *stock*, após minuciosa procura do produto.

Mensalmente era emitida uma listagem de produtos que irão caducar nos 3 meses seguintes. Esses mesmos produtos são colocados numa gaveta, separados por mês de caducidade. Para produtos de protocolo da diabetes, veterinários, psicotrópicos e estupefacientes, a listagem inclui os 6 meses seguintes. Estes produtos, caso não sejam vendidos, são recolhidos e enviados para os devidos fornecedores, com uma nota de devolução, ficando a farmácia a aguardar a nota de crédito ou um produto de igual valor.

Durante o meu estágio, apercebi-me da importância da correção de *stocks*. Onde as diferenças podem ser devidas a:

- ✓ Erros na dispensação do medicamento e na receção de encomenda;
- ✓ Ainda na dispensação, apenas faturar um produto quando na realidade se dispensam 2 ao utente;
- ✓ Erros de marcação de produtos de venda livre, nomeadamente troca de etiquetas.

## 5. DISPENSAÇÃO

A dispensação de medicamentos faz parte do processo de atenção à saúde e deve ser considerada como uma ação integrada, entre farmacêutico e médico [12]. É relevante o papel que o farmacêutico tem na disponibilização do medicamento e na prestação da respetiva informação relativa à sua utilização. Assim, durante o estágio, esforcei-me no reconhecimento dos produtos disponibilizados pela farmácia e nas suas utilidades.

### 5.1.1. Medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM)

Segundo o DL nº 176/2006 de 30 de Agosto, estão sujeitos a receita médica, os medicamentos que constituam um risco para a saúde do doente caso sejam utilizados sem vigilância médica, sejam utilizados para fins diferentes daquele a que se destinam, conter substâncias passíveis de reações adversas ou serem administrados por via parentérica. Assim sendo, estes medicamentos só podem ser vendidos nas farmácias, mediante apresentação de receita e terão de ter PVP [13].

Estes medicamentos podem ser classificados como sendo [13]:

- ✓ **Medicamentos de receita médica não renovável:** para medicamentos de tratamentos de curta duração, tendo a validade de 30 dias;
- ✓ **Medicamentos de receita médica renovável:** englobando doentes que necessitam de tratamentos prolongados, com duração de 6 meses, com 3 vias;
- ✓ **Medicamentos com receita médica especial:** englobam substâncias classificadas como estupefaciente ou psicotrópico (DL nº 15/93 de 22 de Janeiro), substâncias capazes de abuso medicamentoso ou uma substância, que pela novidade ou propriedade, se encontre, por precaução, neste parâmetro;
- ✓ **Medicamentos de receita médica restrita:** reservados a utilização a meios especializados, de uso exclusivo hospitalar, destinados a patologias de diagnóstico hospitalar ou estabelecimentos diferenciados com meios de diagnóstico e medicamentos destinados a tratamentos em ambulatório, cuja utilização pode causar efeitos adversos graves e vigilância especial durante o tratamento.

#### 5.1.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)

Qualquer medicamento que não preencha as condições dos MSRM é classificado como MNSRM. Estes têm que conter indicações terapêuticas que se incluam nos casos de automedicação [13].

Os MNSRM não comparticipados podem ser vendidos nas farmácias e nos locais de venda de MNSRM, estando o seu PVP sujeito ao regime de preços livre. Relativamente aos comparticipados, caso sejam dispensados nos locais de venda livre, não há lugar a comparticipação [13].

Em Maio de 2013, foi discutida, pela Ordem dos Farmacêuticos, a introdução de uma “terceira lista” de MNSRM, dispensados exclusivamente em farmácias. Assim sendo, o DL nº 128/2013 de 5 de Setembro, introduziu o estatuto de MNSRM de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-DEF), alterando o Estatuto do Medicamento aprovado pelo DL nº 176/2006 de 30 de Agosto [14].

### 5.1.3. Produtos cosméticos e dermofarmacêuticos

A preocupação dos utentes em seguir o aforismo latino *Mens sana in corpore sano* (“mente sã, corpo são”), é auxiliada pelo grande investimento farmacêutico na inovação deste tipo de produtos. Uma farmácia deixa de ser apenas um local de dispensa de medicamentos, para se afirmar como um local multifacetado, com a prestação de cuidados de saúde, centrados na necessidade do utente.

Os produtos introduzidos no mercado português estão obrigados a cumprir os requisitos do Regulamento (CE) nº 1223/2009 de 30 de Novembro, Deliberação nº 15/CD/2013 e DL nº 189/2008 de 24 de Setembro [15, 16].

A denominação de “produto cosmético” atribui-se a “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contato com as partes externas do corpo humano (epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos) ou com os dentes e as mucosas bucais, tendo em vista, exclusiva ou principalmente, limpá-los, perfumá-los, modificar-lhes o aspeto, protegê-los, mantê-los em bom estado ou de corrigir odores corporais” [16].

O INFARMED regula e supervisiona o mercado, tendo em atenção a proteção da saúde pública, garantindo a disponibilização de produtos seguros e com qualidade [16]. A fim de garantir a segurança do consumidor, as menções obrigatórias da rotulagem foram definidas no DL nº 296/98 de 25 de Setembro, onde consta: nome ou firma, conteúdo nominal, data de durabilidade mínima, precauções de utilização, lote ou referência de fabricação, função do produto, ingredientes e compostos odoríficos e aromáticos [17].

Um aconselhamento deve compreender a necessidade do utente e as suas preferências, bem como do enquadramento ao poder de compra, características corporais e estilo de vida. Por isso mesmo, é importante uma constante atualização de conhecimentos, a fim de proporcionar um melhor atendimento.

- ✓ A farmácia trabalha com várias marcas, tais como a Avène®, Lierac®, Phyto® e Serum7®;
- ✓ Foram solicitados conselhos nas diversas marcas, seja para acne, rugas, queimadura solar ou mesmo em anti-celulíticos;
- ✓ Durante o estágio fui aprofundando o meu conhecimento nesta área, seja pelo estudo dos diversos catálogos, pequenas palestras ministradas por

delegados de informação médica ou, mesmo, por colaboradores da farmácia.

#### **5.1.4. Produtos dietéticos e de alimentação especial**

Os alimentos dietéticos entendem-se como géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especial, que visa a satisfação das necessidades nutricionais de pacientes e para consumo sob supervisão médica. Estes são destinados à alimentação exclusiva ou parcial de pacientes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar certos componentes. E diferem dos alimentos de consumo corrente, estando adaptados às necessidades de determinadas pessoas [18, 19].

Segundo o DL 206/2008 de 11 de Novembro, os alimentos dietéticos destinados a fins específicos, são classificados como: produtos alimentantes nutricionalmente completos, os quais podem constituir a única fonte alimentar de quem se destina; produtos alimentares nutricionalmente completos adaptados a uma doença, anomalia ou situação sanitária específica; e, produtos alimentares nutricionalmente incompletos, os quais não são adaptados a uma utilização como fonte alimentar única [18].

Os suplementos eram, em geral, de via oral [20]. A sua procura tem vindo a ser potenciada pelo grande papel do *marketing* televisivo e o rápido acesso aos produtos. Estes podem conter diversos nutrientes como minerais, aminoácidos, vitaminas e extratos de ervas. Os suplementos devem ser seguros e conter um rótulo adequado, de forma a facilitar a escolha do consumidor, estando ao abrigo do DL nº 136/2003 de 28 de Junho [21].

- ✓ Dos mais vendidos destacam-se os da Absorvit®, Advancis® e Arkocapsulas® com gamas adaptadas a todas as faixas etárias, sendo importante disponibilizar a informação de que o suplemento não substitui uma alimentação equilibrada e saudável.

#### **5.1.5. Produtos e medicamentos de uso veterinário**

Os produtos de uso veterinário são regidos pelo DL nº 314/2009 de 28 de Outubro, entendendo-se como “toda a substância, ou associação de substâncias,

apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” [22].

- ✓ A farmácia disponibiliza essencialmente medicamentos para animais domésticos, como antiparasitários e anticoncecionais, por exemplo, Cazitel® e Pilucat®. Estes produtos encontram-se no mostrador por trás dos balcões de atendimento.

#### 5.1.6. Dispositivos médicos

Os dispositivos médicos seguem o DL nº 145/2009 de 17 de Junho. Segundo este decreto, dispositivo médico é “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o *software* destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de: diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença; diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; controlo da concepção” [23].

- ✓ Existe uma grande variedade de produtos na farmácia, nomeadamente, luvas de exame, seringas, testes de gravidez, medidores de tensão arterial e de glicémia, material de penso, entre outros.

#### 5.2. Validação e interpretação da prescrição médica

Cada farmácia tem um procedimento para a receção de prescrições com receita médica. Assim sendo, a fim de ser disponibilizada a medicação de forma eficiente e segura, sendo necessário um diálogo constante com o utente e ter em conta as seguintes medidas [24,25]:

- Identificação do médico, doente e entidade responsável pela comparticipação;
- Verificar data de validade e a sua autenticidade, nomeadamente presença das vinhetas de identificação; e,
- Identificar medicamento e confirmar forma farmacêutica, posologia e apresentação, modo de administração e duração do tratamento.

Depois de conferidos todos estes parâmetros, é necessário ter em consideração a necessidade do medicamento e se a relação risco/benefício é favorável ao utente [24]. Por vezes, a medicação prescrita corresponde a um medicamento esgotado e, nesse caso, é necessário ajudar o doente na resolução de falta de medicação. Qualquer dúvida ou questão menos esclarecida, deve ser contactado o médico prescritor.

De modo a incentivar a utilização de medicamentos genéricos, a prescrição inclui obrigatoriamente a denominação comum internacional (DCI). Seguem-se algumas particularidades das receitas [25]:

- Cada receita pode conter 4 medicamentos diferentes, não podendo o número de embalagens ultrapassar as 2 por medicamento nem o total de 4 embalagens. Exceto se a dispensa for em quantidade individualizada e com regulação própria;
- Em caso de embalagens unitárias, uma receita pode conter 4 embalagens do mesmo medicamento;
- A prescrição de estupefacientes ou psicotrópicos não pode constar em uma receita onde sejam prescritos outros medicamentos.

#### **5.2.1. Prescrição de medicamentos comparticipados**

Para além das condições já referidas, há aspetos a ter em conta. A prescrição deve incluir a denominação comercial se não houver genérico comparticipado ou, se a prescrição incluir, uma justificação técnica do prescritor quanto à insusceptibilidade da substituição do medicamento [25]. Para tal, a prescrição deve incluir uma das seguintes exceções [25]:

- a) Prescrição de medicamento com margem ou índice terapêutico estreito conforme informação prestada pelo INFARMED: **Exceção a) art. 6º;**

- b) Suspeita de intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial: **Exceção b) art. 6º - Reação adversa prévia;**
- c) Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada de 28 dias: **Exceção c) art. 6º - Continuidade de tratamento superior a 28 dias.**

Em suma, apenas a terceira exceção permite a troca de medicamento por um mais barato que o que foi prescrito.

A comparticipação do estado no preço do medicamento é fixada segundo escalões, os quais se encontram dispostos na tabela 2.

**Tabela 2.** Escalões de comparticipação e respetiva percentagem de comparticipação [26].

| Escalão   | Percentagem de comparticipação |
|-----------|--------------------------------|
| Escalão A | 90%                            |
| Escalão B | 69%                            |
| Escalão C | 37%                            |
| Escalão D | 15%                            |

Os diferentes escalões variam consoante as indicações terapêuticas, entidades prescritoras e ainda com o consumo por determinados utentes com certas patologias [26]. Assim sendo, dentro de cada escalão existem determinados grupos terapêuticos, alguns dos quais dispostos na tabela 3.

**Tabela 3.** Exemplos de grupos em cada escalão [26, 28].

| Escalão   | Grupo                                                      |
|-----------|------------------------------------------------------------|
| Escalão A | Grupo 16 – Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores |
| Escalão B | Grupo 1 – Medicamentos anti-infecciosos                    |
| Escalão C | Grupo 10 – Medicação antialérgica                          |

| Escalão D | Novos medicamentos |
|-----------|--------------------|
|-----------|--------------------|

A cada escalão pode ainda ser atribuído um regime de comparticipação de medicamentos: em função dos beneficiários e em função das patologias ou de grupos especiais de utentes [26]. Aos medicamentos integrados no escalão A, a comparticipação é acrescida de 5% e nos escalões B, C e D de 15% para pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida [26]. Este vem identificado com um “R” em regime de comparticipação. Há ainda subsistema de saúde, como é o caso do Sindicato dos Bancários do Norte (SAMS NORTE) e trabalhadores da função pública (ADSE), existindo ainda seguros de saúde, como por exemplo, Multicare.

Desde 1998, que o Ministério da Saúde colabora com os parceiros do setor do Programa de Controlo de Diabetes Mellitus. Assim sendo, existe uma comparticipação de 85% das tiras-teste e 100% das agulhas, lancetas e seringas, para utentes do SNS [29]. Para além deste, certas doenças, como asma, psoríase e a doença inflamatória intestinal, fazem menção a uma portaria ou despacho, a qual dá direito a uma comparticipação especial.

- ✓ Durante o meu estágio aprendi a identificar diversas entidades de comparticipação. A título de exemplo, Regime Geral (01), Regime especial (48), Controlo da Diabetes (DS), Regime Geral - Migrante (46), Savida (AA) e Regime Especial - Diplomas (49).

## 6. ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO

### 6.1. Automedicação e dispensa de MNSRM

A automedicação é a utilização de MNSRM de forma responsável, com aconselhamento de um profissional de saúde, de maneira a aliviar um mal-estar de saúde passageiro [30]. O conceito de automedicação não diz respeito apenas a MNSRM, mas também a suplementos naturais e por vezes MSRM, por exemplo. É de salientar o perigo oculto na automedicação, com duplicação de medicação ou mesmo efeitos antagónicos nas tomas.

- ✓ Durante o meu estágio foram imensas as vezes que fui chamada a aconselhar um MNSRM ou qualquer outro produto. Neste ponto, a equipa

da Farmácia Santo António foi essencial. O conhecimento dos clientes era, por vezes, essencial para a escolha de um produto;

- ✓ Pude aconselhar utentes com tosse com expetoração que pediam um antibiótico, a utilizar a acetilcisteína. Procurei incutir um uso racional dos anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), procurando saber se o utente fazia algum protetor gástrico ou aconselhar a sua toma após uma refeição. Aconselhei o uso de soro fisiológico para lavagem nasal e ocular em casos de rinite alérgica;
- ✓ Genericamente, era importante perguntar ao doente desde quando possuía determinado sintoma e qual a sua intensidade, colocando-o mais disponível a questões mais relevantes. A título de exemplo, foram várias as vezes que utentes se dirigiram à farmácia com uma dor de dentes e que solicitaram um antibiótico. Nestes casos, para além da informação pertinente ao doente que o antibiótico não lhe tiraria a dor, aconselhava outras medidas, como a toma de um AINE, a utilização de um colutório e uma escova mais suave.

#### **6.2. Medição de parâmetros bioquímicos**

Uma constante monitorização destes parâmetros pode evitar situações de risco, que poderiam por em causa o bem-estar e saúde do utente.

- ✓ Colaborei com a restante equipa, na monitorização da pressão arterial (PA), glicémia, colesterol e triglicerídeos. Procurei conhecer o estilo de vida do utente e aconselhar alterações, como a alimentação e exercício físico.

#### **7. CONTABILIDADE E GESTÃO**

No atendimento que seja vendido um medicamento participado, é impresso no verso da receita o documento de faturação. Este documento contém o preço total do medicamento, valor participado e pago pelo utente, data da dispensa, código e nome do medicamento, número de receita e lote e ainda identificação da farmácia. Por fim, deve conter assinatura e data do dispensador. Seguidamente são colocados em lotes de 30, organizados de forma ascendente, de forma a ser conferida a medicação prescrita e a dispensada. Neste processo, as receitas são carimbadas. Após conferência de um lote, emite-se um verbete de

identificação de lote, contendo a identificação do lote, das receitas, valor pago pelo utente e participado, valor monetário de lote correspondente ao PVP, organismo, quantidade de receitas e etiquetas, data e identificação da farmácia e código da Associação Nacional de Farmácias (ANF).

No final de cada mês a faturação é iniciada pelos lotes que ainda não tenham sido emitidos. No início do mês seguinte é enviada para o Centro de Conferência de Faturas do SNS (CCF), a relação das receitas com o verbete, relação do resumo de lotes e fatura mensal. Tendo a atenção de deixar uma cópia na farmácia e outra na contabilidade.

Seguidamente a ANF paga a respetiva parte à farmácia e a entidade participadora paga à ANF. Cada entidade faz a sua conferência de receitas e, em caso de incongruência, não participa a receita. Neste caso, as receitas são devolvidas juntamente com uma lista identificativa de devoluções e da relação de resumo de lotes. Corrigidos esses erros, a farmácia pode, no mês seguinte, enviar novamente para o CCF a fim de recuperar a participação.

## 8. FORMAÇÕES

Durante o meu estágio foi-me possibilitada a comparência a diversas apresentações, nomeadamente de “Animais de companhia”. Bem como de demonstrações de diversos produtos, por exemplo, gama anti-envelhecimento da Lierac<sup>®</sup>, cuidado íntimo da Saugella<sup>®</sup>, entre outras, as quais me proporcionaram elementos essenciais ao meu conhecimento.

#### 1. INTRODUÇÃO

Segundo a United Nations Children's Foundation (UNICEF), criança é “todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei (...) atingir a maioridade mais cedo” [31]. A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social [32]. Nesse sentido, é necessária a correção de atitudes prejudiciais e inculcar hábitos saudáveis, que possibilitem à criança uma melhor qualidade de vida [33].

Anualmente morrem cerca de 11 milhões de crianças antes de atingirem o primeiro ano de idade. Por esse motivo, nos anos 90 foi criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e UNICEF a Atenção Integrada às Doenças na Infância (AIDI), fundamentada na melhoria dos sistemas de saúde, práticas familiares e comunitárias [34]. O objetivo da AIDI centra-se no crescimento e prevenção das doenças nas crianças.

A saúde infantil está estritamente relacionada com a da mãe e do seu ambiente familiar. O grande problema coloca-se devido aos conhecimentos insuficientes das famílias para procurar assistência médica. Há ainda as crenças tradicionais que impedem melhores cuidados do recém-nascido ou criança, principalmente nos países da África Subsariana [34].

##### 1.1. A Pele

A pele é o maior órgão do corpo humano. Durante o desenvolvimento, a área da superfície aumenta em sete vezes e as diferentes estruturas cutâneas vão sofrendo alterações anatómicas e funcionais. A relação entre superfície corporal e peso é cinco vezes maior na criança que no adulto. Esta diferença confere uma maior permeabilidade a diversas substâncias, nomeadamente toxinas [35,37].

A pele da criança possui pH ligeiramente ácido (o que confere capacidade de defesa contra a flora bacteriana), menor conteúdo lipídico e maior conteúdo em água (devido à maior componente em proteoglicanos) que a pele de um adulto. A epiderme e a derme infantil são mais finas, tornando a pele mais macia. A utilização de fraldas e lenços de limpeza torna-a ainda mais fina e permeável [36-38]. A função mais importante é atuar como barreira, prevenindo a

desidratação, a entrada de elementos estranhos no organismo, participar na termorregulação, proporcionar proteção física e produzir vitamina D [35,38]. A produção de melanina encontra-se diminuída, não devendo ser exposta diretamente ao sol até ao primeiro ano de vida [35,37].

A pele infantil é estéril até ao momento do nascimento, ponto em que se inicia o desenvolvimento de um equilíbrio bacteriano, com a colonização por bactérias não-patogénicas. Apesar da pele ser a primeira linha defensiva contra agentes infecciosos (*Staphylococcus aureus* da mãe ou do pessoal de enfermagem), e como o sistema imunológico só se encontra totalmente desenvolvido aos 9 anos, a criança é mais suscetível a contrair infeções [35,37].

As glândulas sudoríparas na criança não são corretamente reguladas pelo sistema nervoso autónomo (SNA), por isso não é capaz de regular a sua temperatura corporal de modo eficaz [35,37]. A hipertermia é uma das causas do Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) e a primeira causa de morte no primeiro ano de vida, exceto no período neonatal [39].

#### 1.1.1. Cosmética Infantil

A cosmética nasceu com o objetivo de manter a pele visivelmente jovem, com o camuflar das imperfeições em vez de servir para a tratar e proteger [40]. Aliás, “cosmético” deriva do termo grego *kosmeticos* que significa embelezar. Neste sentido, cosmético é sinónimo de produto aplicável na pele com a função de limpar e proteger, não alterando a função nem a estrutura, de modo a promover a higiene cutânea e conferindo à pele um aspeto saudável [38].

Antes da seleção de algum produto de cuidado infantil, é importante caraterizar o tipo de pele da criança (seca, normal ou oleosa) e qual a função a que se destina [38]. Os fabricantes devem efetuar uma rigorosa seleção das substâncias a utilizar nas formulações de uso infantil, de forma a reduzir riscos de hipersensibilidade ou dermatite de contato. Para tornar os produtos mais apelativos ao consumidor são utilizadas diversas fragâncias, que causam a grande maioria das reações alérgicas [38].

#### 1.1.2. Cancro da pele e proteção solar

O cancro da pele é o cancro mais comum nos países desenvolvidos com população caucasiana significativa. De entre os diversos fatores de risco, incluem-se cabelo loiro e ruivo, olhos de cor clara, pele clara, historial de cancro familiar e excessiva exposição solar. A maioria dos cancros pode ser potenciada pelo excesso de exposição à radiação ultravioleta (UV), nomeadamente UVB (primariamente carcinogénica). Apesar de não haver uma relação clara entre a exposição solar na infância e a indução de cancro da pele, sabe-se que contribui para um maior risco de melanoma [41,42,45].

A introdução do conceito de proteção solar em crianças pode fomentar práticas saudáveis ao longo da vida. Estima-se que a percentagem de exposição solar em toda a vida é de 78%, causando respetivos danos que podem ser minorados se as crianças usarem protetor solar até aos 18 anos [42-44].

A população está exposta a grandes quantidades de radiação UV, devido à diminuição da camada de ozono, mas também por outras fontes, desporto ao ar livre, banhos de sol e dispositivos emissores de radiação UV de uso doméstico e industrial [45-46]. Apesar da consciencialização da população tem-se verificado um aumento da incidência de cancro da pele nas últimas décadas. Embora a taxa de mortalidade seja relativamente baixa, o impacto noutros aspetos da saúde é elevado [46].

A radiação UV pode causar uma sequência de eventos, como o rápido escurecimento do pigmento celular, ocorrência de eritema e bronzado, tendo também a capacidade de iniciar reações fotoquímicas na pele, produzindo vitamina D<sub>3</sub> [45]. A exposição diária de 15 minutos, da face, antebraços e mãos é suficiente para a manutenção da produção das quantidades necessárias de vitamina D [48]. A intensidade da radiação UV depende de diversos fatores, nomeadamente [49]:

- ✓ **Hora do dia:** intensidade é máxima ao meio dia;
- ✓ **Época do ano:** no solstício de verão, o Sol encontra-se mais próximo da Terra;
- ✓ **Latitude:** a radiação a nível do equador é mais intensa por incidir de forma vertical, sendo a absorção atmosférica menos intensa;

- ✓ **Altitude:** a cada 300 metros de altitude a radiação UVB aumenta cerca de 4%;
- ✓ **Nuvens e nível de poluição:** as nuvens retêm a radiação infravermelha (sensação de calor) mas não tem nenhum efeito a nível da UV, razão pela qual os cuidados devem ser iguais a um dia não nebulado;
- ✓ **Reflexão na superfície:** as diferentes superfícies têm diferentes graus de reflexão, a areia é capaz de refletir entre 15 a 25% da radiação, enquanto a neve reflete cerca de 80%.

A **proteção solar** pode ser definida como um conjunto de medidas destinadas a reduzir a exposição à radiação solar, diminuindo os seus efeitos nefastos. Há uma série de medidas a ser consideradas, como o uso de roupas e chapéus, permanecer na sombra de edifícios ou guarda-sóis e proteção com óculos apropriados, particularmente em crianças até aos 2 anos [47].

As medidas de proteção solar gerais devem seguir as seguintes normas [47-49]:

- ✓ **Limitar o tempo de exposição** entre as 10h e as 16h. Cerca de 50% da radiação incide entre as 11h30 e as 14h30 do sol *zenith* (horário solar real, sem interferências de fusos horários ou horário de verão). Uma das estratégias é a “regra da sombra”, onde as crianças devem ser orientadas a manter-se abrigadas do sol no período de tempo em que o tamanho da sombra refletida for menor que o do seu corpo;
- ✓ **Índice de UV (IUV):** é a medida do total de energia incidente sobre a Terra, sendo relevante na produção do eritema. O IUV pode variar entre 1 (nível baixo) e 14 (nível extremo) e serve de orientação na adoção de medidas de proteção solar que devem ser tidas em conta numa determinada hora e dia;
- ✓ **Fotótipo:** baseado na classificação de Fitzpatrick sobre a capacidade da pele bronzear ao ser exposta ao sol. Genericamente, os fotótipos I e II correspondem a pele clara que sofre uma queimadura com facilidade e os fotótipos V e VI correspondem a pele escura que bronzeia com facilidade [65];
- ✓ **Roupas de proteção.** O uso de roupas adequadas e chapéus são considerados um bom método protetor em crianças desde o primeiro ano

de vida a idades pré-escolar e escolar. A capacidade do tecido absorver ou refletir a radiação incidente depende das características do próprio tecido. Existem também roupas fabricadas em tecido impermeável que permitem a prática de atividades com segurança. Relativamente ao chapéu, deve ser circular, de trama intensa e aba de tamanho grande, de modo a proteger o segmento cefálico e região cervical da criança [50];

- ✓ **Óculos de sol.** O olho humano é capaz de absorver e transmitir a radiação UV. As crianças apresentam menor capacidade de transmissão, razão pela qual são mais sensíveis à radiação. Sem a devida proteção, a excessiva exposição solar pode levar a alterações patológicas, como cataratas. É recomendável a utilização de óculos escuros, os quais oferecem uma proteção de 99 a 100% contra radiações UVA e UVB, pelo menos até aos 14 anos;
- ✓ Utilização de **protetor solar** infantil com um elevado **fator de proteção solar (FPS)**, com resistência à água e proteção UVA balanceada. Aplicado 15 minutos antes da exposição, reaplicando de duas em duas horas, transpiração e após contato com água e toalhas. Os protetores solares são substâncias de aplicação cutânea com diferentes apresentações, que contém na sua composição componentes que interferem com a radiação solar. Ter em atenção que o eritema solar é causado por UVB, FPS refere-se unicamente à radiação UVB. A radiação UVA não deve ser esquecida pois é a responsável pelo envelhecimento, deve procurar-se na embalagem as siglas IPD ou PPD. A aplicação deve ser iniciada aos 6 meses de idade, antes disso, deve ser evitada a exposição solar, por não se verificar a segurança toxicológica dos protetores [50];
- ✓ **Evitar solários:** pois podem prejudicar a pele e olhos desprotegidos.

A proteção solar desde a infância assume particular importância por diversos motivos. Os dois principais mecanismos naturais de proteção contra a radiação solar, barreira epidérmica e melanina, apresentam diferentes características na infância e idade adulta. O estrato córneo da criança é mais imaturo e fino. A produção de melanina é limitada e há ausência de pigmentação facultativa, capaz de ter um efeito protetor adicional à radiação solar. Por essa razão, a radiação UV produz maior número de danos na criança de que no adulto. Este fator não é

incrementado pelo nível de atividade infantil, durante a qual as crianças expostas ao sol cerca de 2,5 a 3 horas diárias, apresentam uma dose anual próxima de 3 vezes à de um adulto [48]. Cerca de 47% dessa exposição é recebida em áreas ao ar livre no recreio das escolas [50].

Em caso de exposição solar excessiva é necessário considerar [49]:

- ✓ **Efeitos imediatos ou agudos:** eritema da pele em 15 a 20 minutos (ao meio dia) por um indivíduo de pele clara – queimadura solar de grau 1. Neste caso, a pele responde à agressão produzindo melanina, que atua como protetor solar. A agressão pode ser mais grave, consoante o tipo de pele e quantidade recebida – queimaduras de grau 2 e 3 – podendo originar, entre outros sintomas, confusão mental e cefaleias. Na criança, o episódio de queimadura representa um papel preponderante na patogénese do melanoma [47];
- ✓ **Efeitos tardios ou crónicos:** a exposição solar repetida e excessiva é responsável pelo fotoenvelhecimento da pele, tornando-a seca, rugosa e pouco flexível, para além de poder conduzir a cancro da pele. O melanoma maligno, potencialmente fatal, pode ser desencadeado quando ocorrem queimaduras solares [68].

### 1.2. Higiene Oral

A higiene oral deve ser iniciada quando se dá a erupção do primeiro dente, o que acontece por volta dos 6-8 meses [70]. Nessa altura deve ser usada uma escova macia ou gaze. Quando os restantes dentes vão nascendo (20 dentes), a higiene diária deve durar 3 minutos, escovando o dente em todas as frentes com uma escova macia pequena. A higiene infantil deve acompanhar o domínio da escrita e ser supervisionada pelos pais até aos 7 anos. A primeira consulta no dentista deve realizar-se aos 6 meses [51,67].

Segundo a OMS, devem ser efetuadas no mínimo 2 lavagens de dentes diárias, uma delas antes de deitar. A última lavagem deve ser a mais pormenorizada, a fim de manter uma elevada concentração de fluoretos na boca para evitar a formação da placa bacteriana e o mau hálito [51]. Deve ser utilizado também fio dentário, a fim de eliminar a placa bacteriana que se forma continuamente entre os dentes [51]. A sua iniciação deve ser feita quando existam

dois dentes incisivos com um ponto de contato entre eles, o que ocorre por volta dos 8 anos [67].

A cárie dentária é a doença dentária mais frequente em todos os grupos etários. A cárie precoce da infância (CPI) afeta a dentição temporária infantil, podendo desenvolver-se logo após a erupção dentária. Este problema é definido pela presença de um dente cariado, existência de uma obturação ou ausência de dente. As crianças em risco geralmente fazem parte de famílias pobres, sem instrução e sem seguros de saúde [51].

Para o sucesso do programa dentário é necessária a intervenção parental, seja para fomentar a ida ao dentista (controlando o medo infantil) ou para controlar a ingestão de alimentos açucarados ou adesivos, tendo em conta que estes não devem ser proibidos mas o seu consumo deve ser controlado. Outro aspeto importante é a sensibilização desde o nascimento, pelo consumo limitado de açúcares pelo bebé e o uso tópico de fluoretos cada vez mais cedo. O creme dentífrico fluoretado deve ter entre 1000 e 1500 ppm de flúor e a quantidade necessária é idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança até aos 6 anos, após isso, o tamanho de uma ervilha ou 1 centímetro [51-52,70].

### 1.3. Higiene das mãos

Quando em 1847, Ignaz Phillip Semmelweis constatou que a mortalidade no parto diminuía com a higienização das mãos, ainda não tinham sido esclarecidas as potencialidades dos microrganismos [53].

A higiene das mãos é um dos meios mais eficazes meios de prevenção de diarreia, juntamente com as melhorias no abastecimento de água e saneamento. Segundo a OMS, a diarreia e as infeções respiratórias correspondem a dois terços das mortes em crianças. A UNICEF estima que a diarreia mata uma criança a cada 30 segundos. Estes valores correspondem a populações de países com baixo índice de desenvolvimento [54].

A simples lavagem das mãos interrompe a propagação de agentes patogénicos, como por exemplo, de infeções gastrointestinais e febre tifoide. Neste sentido, o controlo de etapas de purificação de água e manipulação de alimentos tem um grande impacto, assim como a lavagem de mãos e o tratamento do saneamento funcionam como barreiras à propagação de doenças

após contaminação por material fecal. Algumas infeções do trato respiratório, incluindo as causadas por coronavírus (SARS-CoV), também são transmitidas pela via fecal-oral. Diversos estudos apontam para uma diminuição de 50% da taxa de diarreia em crianças através da promoção da lavagem de mãos com sabonete [54].

A lavagem das mãos deve ser efetuada com água e sabão pois os sabonetes antibacterianos ou outros modos de lavagem não trazem vantagens de limpeza adicionais [54]. O sabão comum possui um pH alcalino, sendo impróprio para a pele infantil que possui um pH ligeiramente ácido (por destruir a camada superficial lipídica) [35,38].

#### 1.4. Vacinação

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) entrou em vigor em 1965, tendo já reduzido significativamente a morbilidade e mortalidade causadas por doenças infecciosas. O PNV é universal e gratuito a todas as pessoas em Portugal, com o objetivo de promover a saúde pública, com recomendações especiais para os imunodeprimidos, profissionais de risco e viajantes para zonas de risco [55-56]. O programa aplica-se a todos os indivíduos menores de 18 anos e durante toda a vida para vacinas contra o tétano e difteria.

O PNV de 2012 inclui vacinas contra a tuberculose, difteria, tétano, poliomielite, rubéola e vírus do papiloma humano, entre outras. Uma das alterações ao antigo PNV foi a inclusão da vacina contra a doença provocada por *Neisseria meningitidis* do grupo C a aplicar aos 12 meses de idade [56].

As vacinas têm elevado grau de eficácia, segurança e qualidade. No entanto, a sua administração pode provocar reações adversas, como febre, edema local ou mesmo reações anafiláticas [56,58].

Apesar das vacinas permitirem a prevenção de doenças há um movimento contra a vacinação infantil. Um dos argumentos é a manifestação de autismo pelas crianças vacinadas. Em casos mais graves, deixa de haver capacidade de interação com a sociedade. Apesar de não ter cura pode haver um grau elevado de autonomia. Com o aumento da cobertura da vacinação, houve também um aumento do diagnóstico de autismo. Uma das relações encontradas relaciona-se com a administração da vacina tríplice (sarampo, papeira e rubéola) contendo

timerosal, o qual (supostamente) levaria a autismo. No entanto, até ao momento não há qualquer estudo claro que tenha relacionado a administração de vacinas com o desenvolvimento de um quadro de autismo, considerando-se esta observação apenas uma coincidência [57]. No seguimento do grupo de pessoas anti-vacinas ocorreu um aumento da incidência de doenças infecciosas, como o sarampo e rubéola, anteriormente quase extintas [59].

Para além do PNV e das respetivas vacinas, há uma série de vacinas não incluídas neste plano mas que pela sua importância na saúde pública devem ser consideradas. É por exemplo o caso das vacinas contra rotavírus, gripe, varicela e hepatite A.

#### 1.4.1. Gripe

A gripe é causada pelo vírus Influenza, podendo atingir qualquer grupo etário, particularmente as crianças com idade inferior aos 2 anos e outros grupos de risco. Estão disponíveis vacinas trivalentes, incluindo 2 subtipos de vírus Influenza A e Influenza B. A eficácia destas vacinas depende da idade, estado imunitário e grau de concordância da estirpe de vírus presente na vacina e em circulação. Por esse motivo, a vacinação foi recomendada pela Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), a partir dos 6 meses até aos 18 anos, com o objetivo de diminuir a transmissão da doença [58].

Em 2007, um estudo efetuado sobre o efeito preventivo das vacinas permitiu concluir que em crianças menores de 2 anos há pouca evidência da sua eficácia. Há, no entanto, outros grupos de risco, como o caso dos imunocomprometidos, diabéticos e doentes com patologia cardíaca e pulmonar [58]. O esquema anual de vacinação deve seguir a dupla dosagem, em crianças dos 6 meses aos 8 anos, devendo a vacinação ser aplicada na época de inverno (Dezembro a Março) [58].

#### 1.4.2. Rotavírus

A gastroenterite aguda (GEA) é uma patologia comum nos primeiros anos de vida, causada predominantemente pelos vírus: rotavírus, calicivírus, adenovírus e astrovírus. Apesar de grande parte dos casos de gastroenterite não necessitar de hospitalização nos países desenvolvidos, deve ter-se especial

atenção à faixa etária dos 6 aos 24 meses. No sentido da prevenção das infeções por rotavírus foram desenvolvidas duas vacinas, RotaTeq® e Rotarix®, a primeira com 3 doses e a segunda com 2 doses (iniciar antes das 12 semanas e completar até aos 6 meses). Apesar das vacinas serem seguras e eficazes, num estudo publicado foi analisado o genótipo dominante, o G1P[8], não permitindo avaliar o impacto sobre os outros genótipos [58].

Devem ser vacinadas todas as crianças saudáveis, podendo as duas vacinas serem administradas em conjunto ou separadamente com outras vacinas inativadas (ex: poliomielite), podendo, por isso, ser incluídas no PNV. Em Portugal está a ser considerada a sua comparticipação pelas autoridades competentes, a fim de proporcionar o acesso a todas as crianças [58].

#### 1.4.3. Varicela

O vírus Varicela-zoster (VVZ) é o agente causador da varicela e herpes-zoster. A varicela é uma doença frequente na infância, sendo altamente contagiosa. Podem associar-se complicações graves, associadas a infeções bacterianas (pneumonia e choque tóxico) ou decorrentes do VVZ (encefalite e cerebelite). Na grávida, em 40% dos casos pode ser fatal, pela maior incidência de pneumonite (sem tratamento). Pode ocorrer a síndrome de varicela congénita no feto e varicela grave no recém-nascido (5 dias antes ou 2 dias após o parto) [58]. Em idosos ou indivíduos imunocomprometidos pode ocorrer uma reativação em 10-30% dos casos, que se pode traduzir numa mortalidade e morbilidade elevadas [58].

A vacina é constituída pelo vírus vivo atenuado (estirpe Oka). No indivíduo imunocompetente é bastante segura mas nos imunocomprometidos não está assegurada a sua segurança, que poderá ser comprometida pela resistência ao aciclovir. Também é possível que a vacinação cause zona [58].

Verificou-se que a taxa anual de varicela em vacinados aumenta após a vacinação, provando a insuficiência de imunidade pela transmissão da estirpe selvagem do VVZ. Para contornar este facto, o esquema escolhido é de uma primeira dose administrada entre os 12 e os 15 meses e uma segunda dose a ser administrada dos 4 aos 6 anos. Ao contrário do sucesso de algumas vacinas,

como a da varíola (erradicada mundialmente em 1980 [59]), ainda não foi possível erradicar a varicela, mesmo com uma vacinação universal [58].

A vacinação mostra-se eficaz (82% dos casos) em crianças infetadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) sem imunossupressão grave. Em ambiente doméstico, a vacinação reduz a taxa de infeção e a sua gravidade [58].

Em Portugal estão disponíveis duas vacinas, a Varivax<sup>®</sup> e a Varilrix<sup>®</sup>, para administração de 2 doses após os 12 meses. Para maiores de 13 anos, a Varivax<sup>®</sup> deve ser administrada com um intervalo de 4 a 8 semanas e a Varilrix<sup>®</sup> de com um intervalo de 6 a 8 semanas [58].

#### 1.4.4. Hepatite A

O vírus da hepatite A (VHA) é a causa mais frequente de hepatite aguda. Na criança é geralmente assintomática e benigna mas no adulto e grupos de risco pode corresponder a uma taxa significativa de mortalidade e morbilidade. A sua transmissão efetua-se por via fecal-oral, pelo que uma melhoria das condições de higiene e tratamento de saneamento proporcionam uma redução dos casos. Há também a possibilidade de transmissão por contato com sangue e derivados, mas esta via é extremamente rara [58].

Portugal foi considerado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), um país de baixa endemicidade. A nível nacional estão disponíveis duas vacinas, a Epaxal<sup>®</sup> e a Havrix<sup>®</sup>, sendo que a primeira não contém alumínio (constituente sempre associado às reações adversas). As vacinas são recomendadas para crianças com mais de 12 meses (pois ainda existem anticorpos maternos que podem neutralizar a vacina), devendo ocorrer um intervalo de um ano entre a aplicação das doses. Podem ainda ser usadas com efeito profilático após exposição ao vírus [58].

Além das duas vacinas anteriormente referidas, existe uma vacina combinada anti-VHA e antivírus da hepatite B (Twinrix<sup>®</sup>), que é aplicada em 3 doses para imunização à nascença, ao fim de 1 mês e aos 6 meses [58].

#### 1.5. Alergia, intolerância e alimentação infantil

Segundo a OMS, a desnutrição é responsável por 60% das 10,9 milhões de mortes de crianças com idade inferior aos 5 anos. Apenas um terço dos casos não está associado a práticas alimentares inadequadas [60].

Cerca de 35% das crianças são amamentadas exclusivamente até ao quarto mês de vida. Esse período deveria ser prolongado até aos 6 meses [34]. Após esse período, é necessária a introdução por etapas de alimentos adequados e seguros, podendo a amamentação continuar até aos 2 anos. Contudo, uma introdução antecipada ou atrasada pode revelar-se um problema para a criança em crescimento.

A alimentação infantil constitui um problema de carácter económico e de saúde pública, seja por falta de meios de alimentação complementares, seja por uma deficiente ou excessiva alimentação. Os alimentos ditos complementares devem ser adequados (para fornecer os nutrientes necessários), seguros, consumidos de forma apropriada e diversificados [60]. Os alimentos complementares podem ser produzidos com ingredientes locais ou podem ser processados industrialmente, por exemplo, os conhecidos boiões. Em alternativa à impossibilidade de amamentação materna pode ser considerado o recurso a bancos de leite materno [60].

##### 1.5.1. Alergia alimentar

A alergia alimentar é um grave problema de saúde pública, afetando adultos e crianças em todo o mundo. Apesar de ter vindo a verificar-se um aumento da incidência destes casos, não há qualquer modo de evitar ou prevenir a sua ocorrência [61].

A alergia corresponde a uma resposta anormal do sistema imunitário, ao alimento, sendo produzida imunoglobulina E (IgE). Geralmente as reações são agudas e podem também não ser mediadas pela IgE, acreditando-se que possam ser reguladas pela resposta das células T. A ligação da IgE às moléculas específicas presentes no alimento irá desencadear a resposta imune. O grau de reação varia consoante o alimento, podendo ser uma reação leve ou mesmo originar uma resposta potencialmente fatal. Em caso de alergia alimentar, o

organismo vai responder ao alimento como se fosse um elemento ofensivo [62-63].

O processo inflamatório envolve a produção de anticorpos IgE específicos para determinado alérgeno aquando do seu primeiro contato com o organismo, juntando-se a mastócitos e basófilos. Os mastócitos são encontrados em locais tipicamente associados a reações alérgicas: nariz, garganta, pulmão, pele e sistema gastrointestinal (GI). Já os basófilos encontram-se no sangue e em tecidos onde ocorre inflamação. A segunda etapa do processo inflamatório corresponde a um segundo contato com o alérgeno. O alérgeno liga-se aos anticorpos IgE, ligados aos mastócitos e basófilos. Esta ligação ativa as células de modo a libertarem grandes quantidades de mensageiros, como a histamina. Dependendo do tecido onde são libertados, podem verificar-se vários sintomas de alergia. Esses sintomas poderão incluir anafilaxia [62].

As alergias alimentares são geralmente comuns em pessoas da mesma família. Quando os dois pais sofrem de alergia a um determinado alimento, as crianças são mais propensas a desenvolver alergias ao mesmo alimento. Estas não são, sempre, alergias alimentares, podendo ser outras doenças alérgicas, como a asma, dermatite atópica e rinite alérgica [62].

A reação pode surgir em poucos minutos até várias horas após contato com o alérgeno. Os sinais e sintomas da alergia alimentar mediada pelas IgE dão origem a alterações ao nível de diferentes sistemas [62-63]:

- ✓ Na **pele**: prurido, eritema, urticária aguda e angioedema agudo (lábios, face e no contorno dos olhos);
- ✓ No **sistema gastrointestinal**: angioedema dos lábios, língua e palato, prurido oral, náuseas, cólicas abdominais, vômitos, diarreia, entre outros;
- ✓ No **sistema respiratório**: prurido nasal, espirros, rinorreia ou congestão com ou sem conjuntivite (sintomas do trato respiratório superior), tosse, aperto no peito, pieira ou falta de ar (sintomas do trato respiratório inferior);
- ✓ **Reações sistémicas**: anafilaxia ou outras reações sistémicas;
- ✓ Relativamente aos sintomas associados a alergias que não envolvem a **IgE**, observa-se prurido, eritema e eczema atópico (na pele) e obstipação, dor abdominal, refluxo gastro esofágico.

Durante o processo inflamatório pode, ainda, haver reatividade cruzada. Isto acontece particularmente com alimentos como o marisco, se há histórico de alergia ao camarão, a pessoa será alérgica a outros crustáceos, como lagosta e caranguejo [62].

Existe uma lista de alimentos que mais frequentemente causam alergias em crianças, que incluem: ovo, leite, amendoim, frutos de casca rija, soja e trigo. As crianças costumam superar a alergia a alimentos como o ovo e o leite mas não ao amendoim [62].

### 1.5.2. Intolerância alimentar

A alergia alimentar pode ser confundida com intolerância alimentar, a qual corresponde a uma reação não imunológica, podendo ser causada por deficiências enzimáticas, agentes farmacológicos ou substâncias naturais. Existem vários tipos de intolerâncias conhecidas, como é o caso da [62]:

- ✓ **Intolerância à lactose.** A lactase é uma enzima que se encontra no revestimento do intestino, sendo responsável pela degradação da lactose. A intolerância surge quando a lactase está ausente. Como não há quebra do açúcar, as bactérias intestinais decompõem a lactose, formando gases, provocando sintomas como distensão, dor abdominal e diarreia. Este tipo de intolerância é muito comum em bebés e crianças até aos 5 anos. Como com o envelhecimento a quantidade de lactase é menor, a intolerância à lactose também pode ser comum em idosos;
- ✓ **Intolerância a aditivos alimentares.** Os aditivos alimentares são responsáveis pelo realce do sabor, coloração ou conservação dos alimentos. Vários aditivos como sulfitos ou glutamato, podem ser relacionados a reações passíveis de serem confundidas com uma alergia alimentar;
- ✓ **Intolerância ao glúten.** O glúten é um constituinte do trigo, cevada, aveia e centeio. A sua intolerância origina a doença celíaca. Trata-se de uma doença crónica em crianças e adultos predispostos geneticamente, em que o sistema imunitário responde anormalmente ao glúten. Esta resposta não envolve formação de anticorpos IgE. A doença causa atrofia das vilosidades intestinais, causando danos na absorção de água, sais

minerais, vitaminas e nutrientes. Os sintomas incluem diarreia, fadiga e crescimento deficitário em crianças [64].

## 2. OBJETIVOS

Os objetivos do presente trabalho foram:

- ✓ Avaliar os conhecimentos, atitudes e comportamentos de um grupo de crianças do ensino pré-escolar relativos a cuidados de higiene oral, mãos e proteção solar;
- ✓ Determinar o seu conhecimento relativo a intolerâncias e alergias alimentares;
- ✓ Averiguar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação;
- ✓ Importância do conhecimento técnico e a sua aplicação desde a infância;
- ✓ Verificar a integração dos seus conhecimentos na literatura disponível.

## 3. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado em crianças em idade pré-escolar com idades entre os 5 e os 6 anos, do Agrupamento de Escolas Gil Vicente. A escola situa-se na freguesia de Urgezes, Guimarães. A sua população é predominantemente de pele clara. De uma amostra de 14 crianças, 21,4% eram raparigas e 78,6% rapazes. Os resultados foram obtidos com o recurso de um questionário realizado. Algumas questões propostas não foram respondidas pelas crianças, no entanto, as respostas foram dadas pelos educadores e analisadas do mesmo modo. Os critérios de seleção do estudo foram: consentimento dos pais e educadores e estarem matriculados na escola. O consentimento dos pais está ao abrigo da autorização de recolha de dados assinada pelos mesmos no início do ano letivo. Foram recolhidas informações sobre as crianças, como sexo, cor da pele, cabelo e olhos, uso de protetor solar e hábitos de proteção solar. O questionário era constituído por um conjunto de perguntas adaptadas ao nível de conhecimento das crianças estudadas.

Dada a pequena dimensão da amostra, a análise estatística foi efetuada recorrendo ao Microsoft® Office Excel 2010 e os resultados expressos em valores absolutos e percentuais.

#### 4. RESULTADOS

Os dados recolhidos sobre as características infantis estão apresentados na tabela 1.

**Tabela 1.** Características das crianças estudadas.

| <i>n</i> = 14  |                       |            |
|----------------|-----------------------|------------|
| Caraterísticas |                       | Total (%)  |
| Género         | Masculino             | 11 (78,6%) |
|                | Feminino              | 3 (21,4%)  |
| Cor da pele    | Clara                 | 14 (100%)  |
|                | Outras                | 0 (0%)     |
| Cor do cabelo  | Loiro                 | 4 (28,6%)  |
|                | Castanho              | 7 (50%)    |
|                | Preto                 | 3 (21,4%)  |
| Cor dos olhos  | Claros (verde e azul) | 2 (14,3%)  |
|                | Castanhos             | 12 (85,7%) |

Em relação aos hábitos de exposição solar, 14,3% afirmou aplicar um protetor solar várias vezes ao longo do dia e 64,3% faz a sua aplicação nos trinta minutos que antecedem a exposição. A tabela 2 sintetiza os dados recolhidos sobre os hábitos de exposição solar, cuidados de higiene e vacinação.

**Tabela 2.** Avaliação dos conhecimentos em questões relativas a higiene oral, de mãos, proteção solar, alergia alimentar e vacinação.

| <i>n</i> = 14                                      |           |            |
|----------------------------------------------------|-----------|------------|
| Cuidados                                           |           | Total (%)  |
| Envolvimento parental na escolha do protetor solar | Mãe       | 9 (64,3%)  |
|                                                    | Pai       | 5 (35,7%)  |
| Compra com ou sem conselho profissional            | Sim       | 1 (7,1%)   |
|                                                    | Não       | 13 (92,9%) |
| Frequência de aplicação do protetor solar          | 1-2 vezes | 7 (50,0%)  |
|                                                    | 3-4 vezes | 5 (35,7%)  |
|                                                    | 5 ou mais | 2 (14,3%)  |
| Aplicação do protetor solar                        | Praia     | 5 (35,7%)  |
|                                                    | Casa      | 9 (64,3%)  |
| Proteção na hora de almoço em dia de praia         | Nenhuma   | 4 (28,6%)  |
|                                                    | Casa      | 10 (71,4%) |

|                                               |                            |                       |
|-----------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Proteção na praia                             | Protetor + roupa + chapéu  | 4 (28,6%)             |
|                                               | Só protetor                | 10 (71,4%)            |
| Proteção na escola                            | Sim                        | 0 (0%)                |
|                                               | Não                        | 14 (100%)             |
| Historial de queimadura solar                 | Sim                        | 1 (7,1%)              |
|                                               | Não                        | 13 (92,9)             |
| Lavagem diária de dentes                      | Escova + creme dentífrico  | 10 (71,4%)            |
|                                               | Escova + creme + colutório | 2 (14,3%)             |
|                                               | Só escova                  | 2 (14,3%)             |
| Visita ao dentista (anual)                    | 1-2 vezes                  | 6 (42,9%)             |
|                                               | 3 ou mais                  | 0 (0,0%) <sup>a</sup> |
| Escolha da escova                             | Macia                      | 0 (0%)                |
|                                               | Média ou Dura              | 14 (100%)             |
| Alergias alimentares ou intolerância          | Sim                        | 1 (7,1%)              |
|                                               | Não                        | 13 (92,9%)            |
| Lavagem de mãos (escola)                      | 1-2 vezes                  | 0 (0,0%)              |
|                                               | 3-4 vezes                  | 10 (71,4%)            |
|                                               | 5 ou mais                  | 4 (28,6%)             |
| Calendário de vacinas atualizado <sup>b</sup> | Sim                        | 14 (100,0%)           |
|                                               | Não                        | 0 (0,0%)              |

<sup>a</sup> Ausência de resposta.

<sup>b</sup> Dada a complexidade da questão, a resposta foi recolhida junto à professora, já que é obrigatória a apresentação do boletim de vacinas atualizado no ato de inscrição na escola.

## 5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Uma boa consciencialização dos pais é essencial para a aquisição de hábitos saudáveis pelas crianças. É de extrema importância que as crianças percebam o perigo escondido na exposição ao sol, do contacto com objetos (como escadas rolantes, botões de elevadores e pegadores de porta), a importância da lavagem dos dentes e da vacinação. É também importante que as crianças e pais entendam a importância que um aconselhamento médico ou farmacêutico pode ter na escolha do protetor solar, escova de dentes, creme dentífrico, os quais deverão ser escolhidos consoante a sua faixa etária e não

como para um adulto. A pele infantil deve ser alvo de uma constante preocupação e cuidado, pois a maior parte dos produtos desenvolvidos para adulto apresentam perfumes, que são a causa da maioria das reações nas crianças.

Dentro das crianças estudadas, apenas 7,1% procuravam uma opinião profissional para a escolha do seu protetor solar. Das 14 crianças, 28,6% estavam informadas do uso de chapéu e roupa de proteção, para além do uso do protetor solar, preocupação incutida pelos pais. Igual percentagem de crianças estava sujeita a exposição solar na hora de almoço, revelando uma falta de orientação parental ou médica para procurar abrigo nessas horas do dia. Do grupo analisado, nenhuma das crianças usava diariamente protetor solar na escola, não tendo o hábito de o usar no dia-a-dia, talvez devido ao elevado preço de alguns protetores solares.

Relativamente à reaplicação do protetor na praia, 14,3% tem por hábito aplicarem após banho ou contato com toalhas. Apesar da pouca adesão à reaplicação do protetor, apenas 7,1% relataram episódios de queimaduras, com um episódio de pele seca, quente e vermelha. Como Portugal é um país a sul da Europa e, encontrando-se mais próximo do equador que outros países europeus, os efeitos nocivos do sol são mais preocupantes. Para além de que, o cancro da pele é o tipo de cancro mais frequente nos indivíduos de pele branca [68]. Um fator a realçar relaciona-se com o facto de todas as crianças possuírem pele clara, 28,6% possuírem cabelo loiro e 14,3% olhos claros, todos fatores de risco de desenvolvimento de cancro cutâneo. Mas, de um modo geral, as crianças conseguiram descrever as consequências negativas da exposição solar excessiva e descrever os métodos de proteção, que do ponto de vista infantil, é o protetor solar. Este permite a exposição à radiação UV, por maiores períodos de tempo, sem a sensação de queimadura, mas que pode (paradoxalmente), aumentar o risco de cancro [43].

Relativamente à higiene oral, 14,3% das crianças utilizam apenas a escova de dentes como método de limpeza, geralmente por falta de meios económicos disponíveis no ambiente familiar. Apenas 42,9% efetuaram pelo menos uma visita ao dentista no último ano, constituindo assim outro dos problemas detetados.

Segundo o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), do qual derivam os conhecidos cheques-dentistas, o encaminhamento do médico de

família proporcionaria assistência tanto a jovens e crianças, como a grávidas, idosos e doentes com HIV [66]. A desvalorização da ida ao dentista pode refletir o baixo nível de escolaridade dos pais, ou mesmo a falta de informação disponível. No entanto, não é possível encontrar uma correlação entre os dois fatores.

Entre as crianças analisadas, todas revelavam um fraco conhecimento sobre qual o tipo de escova e creme dentífrico a usar. Segundo os dados recolhidos, 100% relataram a utilização de uma escova dura, afirmando que era necessária uma escova dura para a lavagem ser eficiente.

As escovas utilizadas devem ser escovas infantis, com cerdas macias e de pequeno tamanho, de forma a poderem ser utilizadas para treino das próprias crianças. Na faixa etária em que as crianças analisadas se encontravam, não se colocava o problema da deglutição do creme dentífrico, a qual poderá acontecer em idades inferiores a 3 anos. Uma ingestão prolongada de flúor pode provocar fluorose dentária [67].

A maioria das crianças (71,4%) revelou um bom conhecimento relativo à lavagem de mãos. Uma simples lavagem de mãos, com sabão e água corrente, mantém as mãos livres de microrganismos patogénicos, passíveis de causarem doença. É particularmente importante sensibilizar as crianças para este tipo de comportamento, pois estas tendem a “ver com as mãos” e seguidamente colocam a mão na boca, olhos e nariz, órgãos que funcionam como portas de entrada a microrganismos [69].

Relativamente à questão de presença de alergia ou intolerância alimentar, 7,1% relataram possuir intolerância ao leite, experimentando episódios de distensão abdominal e diarreia aquando a sua ingestão.

Outra informação a disponibilizar aos pais é a importância da vacinação infantil. O farmacêutico, como profissional de proximidade ao utente, deve fazer chegar ao adulto informação adequada sobre as vantagens da vacinação e, claro, as suas desvantagens, fazendo sempre referência aos casos de sucesso de vacinação, como foi o caso da varíola. É importante que o utente veja a vacinação como um meio de prevenção da doença já que as vacinas salvaram muitas vidas. As vacinas não integradas do PNV são igualmente importantes e devem, juntamente com a equipa de saúde, ser abordada a sua administração à criança.

Outro fator a relatar é que não é usado regularmente protetor solar nas escolas (seria um item a acrescentar na lista de material escolar, por exemplo), mas, em contrapartida, há utilização de colutório após a escovagem dos dentes efetuada depois do almoço.

Uma das limitações ao estudo foi o tamanho de amostra utilizada e o facto de serem crianças, as questões podem não ter sido bem interpretadas. Apesar das crianças serem, normalmente, boas na linguagem oral [40]. A amostra não foi escolhida aleatoriamente, pelo que os dados não são representativos da população. Outro tipo de limitação foi a não haver estudos suficientes relativos aos hábitos de proteção e higiene em crianças.

## 6. CONCLUSÃO

Apesar da curta duração do meu estágio, este foi, no sentido lato da palavra, enriquecedor. Foi-me possibilitada a visualização de todos os atos farmacêuticos inerentes à farmácia comunitária, desde a encomenda à dispensa do medicamento ao utente. Mas a farmácia não é só um local de dispensa de medicamentos, é um local multifacetado, centrado nas necessidades da população.

É com enorme orgulho que termino o estágio, com uma sensação de dever cumprido, pela evolução técnica, científica e de comunicação.

Relativamente aos casos desenvolvidos, dada a extensa possibilidade de temas à escolha, selecionei “Cuidados na criança”, pela sua complexidade e multidisciplinaridade proporcionada pelo tema.

Do estudo efetuado com crianças do ensino pré-escolar do Agrupamento de Escolas Gil Vicente obtive alguns dados sobre diversos temas, como higiene diária, proteção solar e vacinação.

Das 14 crianças estudadas, 28,6% relatam o uso conjunto de protetor solar com outros meios de proteção solar e 71,4% relatam refúgio fora da exposição solar nas horas de maior intensidade de radiação.

Relativamente à higiene oral, 71,4% relataram o uso de creme dentífrico com escova e apenas 14,3% revelaram usar apenas escova. É de salientar também, a falta de impacto dos cheques-dentista na comunidade, não tendo grande parte da população estudada usufruído do programa.

Em relação à lavagem diária dos dentes, 28,6% das crianças revelou preocupação numa boa higiene, a fim de eliminar germes.

Por fim, foi com prazer que verifiquei o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, um dos critérios para inscrição na escola.

O meu estudo revelou um deficiente conhecimento da comunidade estudantil na proteção solar e higiene oral. Nomeadamente, no que diz respeito a horas de exposição, reaplicação do protetor solar e roupa de proteção.

#### BIBLIOGRAFIA

- [1] Ordem dos Farmacêuticos: Farmacêuticos entre as profissões em que os portugueses mais confiam. Acessível em: <http://www.ordemdosfarmaceuticos.pt/> [acedido em 13 de junho de 2014];
- [2] – Ministério da Saúde: Decreto-Lei nº 307/2007 de 31 de Agosto – Regime Jurídico das Farmácias de Oficina. Acessível em: <http://dre.pt/> [acedido em 13 de junho de 2014];
- [3] – Universidade do Minho: Análise de Aplicação Informática: SIFARMA. Acessível em: <http://www.dsi.uminho.pt/> [acedido em 15 de junho de 2014];
- [4] – Campigotto K, Teixeira J, Cano F, Sanches A, Cano M, Guimarães S (2008). Interaction risk between antidepressant and associated drugs prescribed for adult patients. *Revista de Psiquiatria Clínica*; 35: 1-5;
- [5] – Ministério da Segurança Social e do Trabalho: Aprovisionamento e Gestão de Stocks. Acessível em: <http://212.55.162.100/matcexp/informatica/> [acedido em 5 de julho de 2014];
- [6] – Instituto Politécnico da Guarda: Relatório de Estágio Profissional. Acessível em: <http://bdigital.ipg.pt/> [acedido em 5 de julho de 2014];
- [7] – INFARMED: Decreto Regulamentar nº 61/94 de 12 de Outubro – Legislação do Combate à droga. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/> [acedido em 12 de julho de 2014];
- [8] – Diário da República: Lei nº 25/2011 de 16 de Junho – Obrigatoriedade da indicação do preço de venda ao público (PVP) na rotulagem dos medicamentos. Acessível em <http://dre.pt/> [acedido em 13 de julho de 2014];
- [9] – Ministério da Saúde: Decreto-Lei nº 19/2014 de 5 de Fevereiro – Regime de formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos não sujeitos comparticipados. Acessível em: <http://www.dre.pt/> [acedido em 13 de julho de 2014];
- [10] – Ministério da Saúde: Decreto-Lei nº 65/2007 de 14 de Março – Regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados. Acessível em: <http://www.dre.pt/> [acedido em 13 de julho de 2014];

- [11] – Ordem dos Farmacêuticos: Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária. Acessível em: <http://www.ordemfarmaceuticos.pt/> [acedido em 19 de julho de 2014];
- [12] – Galato D, Alano G, Trauthman S, Vieira A (2008). A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*; 44 (3): 465-475;
- [13] – INFARMED: Classificação quanto a dispensa ao público. Acessível em: <http://www.infarmed.pt/> [acedido em 19 de julho de 2014];
- [14] – INFARMED: Deliberação nº 24/CD/2014 – Regulamento dos medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia. Acessível em: <http://www.infarmed.pt/> [acedido em 19 de julho de 2014];
- [15] – União Europeia: Regulamento (CE) nº 1223/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho de 30 de Novembro de 2009 relativo aos produtos cosméticos. Acessível em: <http://eur-lex.europa.eu/> [acedido em 20 de julho de 2014];
- [16] – INFARMED: Produtos Cosméticos. Acessível em: <http://www.infarmed.pt/> [acedido em 20 de julho de 2014];
- [17] – INFARMED: Decreto-Lei nº 296/98, de 25 de Setembro – Regras que disciplinam o mercado de produtos cosméticos e de higiene corporal. Acessível em: <http://www.infarmed.pt/> [acedido em 20 de julho de 2014];
- [18] – Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas: Decreto-Lei nº 216/2008 – Regime específico aplicável a alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos. Acessível em: <http://www.dre.pt/> [acedido em 20 de julho de 2014];
- [19] – Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas: Decreto-Lei nº 74/2010 de 21 de Junho – Géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial. Acessível em: <http://www.confagri.pt/> [acedido em 20 de julho de 2014];
- [20] – INFARMED: Suplementos dietéticos orais. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/> [acedido em 20 de julho de 2014];
- [21] – Diário da República: Decreto-Lei nº 136/2003 de 28 de Junho – Suplementos alimentares. Acessível em: <http://dre.pt/> [acedido em 20 de julho de 2014];

- [22] – Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas: Decreto-Lei nº 314/2009 de 28 de Outubro – Medicamentos Veterinários. Acessível em: <http://dre.pt/> [acedido em 20 de julho de 2014];
- [23] – Ministério da Saúde: Decreto-Lei nº 145/2009 de 17 de Junho – Dispositivos médicos implantáveis ativos. Acessível em: <http://www.dre.pt/> [acedido em 20 de julho de 2014];
- [24] – Ordem dos Farmacêuticos: Boas Práticas Farmacêuticas (BPF). Acessível em: <http://www.ordemfarmaceuticos.pt/> [acedido em 21 de julho de 2014];
- [25] – Ministério da Saúde: Portaria nº 137-A/2012 de 11 de maio – Promoção da prescrição por denominação comum internacional (DCI). Acessível em: <http://dre.pt/> [acedido em 21 de julho de 2014];
- [26] – Ministério da Saúde: Comparticipação de Medicamentos. Acessível em: <http://www.portaldasaude.pt/> [acedido em 21 de julho de 2014];
- [27] – INFARMED: Despacho nº 4631/2013 de 22 de março – Comparticipações do Estado na compra de medicamentos dispensados pela Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE). Acessível em: <http://www.infarmed.pt/> [acedido em 22 de julho de 2014];
- [28] – Ministério da Saúde: Portaria nº 1474/2004 de 21 de Dezembro – Grupos e subgrupos farmacoterapêuticos comparticipáveis de acordo com os escalões de comparticipação. Acessível em: <http://www.dre.pt/> [acedido em 22 de julho de 2014];
- [29] – INFARMED: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Acessível em: <http://www.infarmed.pt/> [acedido em 22 de julho de 2014];
- [30] – INFARMED: Automedicação. Acessível em: <http://www.infarmed.pt/> [acedido em 22 de julho de 2014];
- [31] – UNICEF: A Convenção sobre os Direitos da Criança. Acessível em: <https://www.unicef.pt/> [acedido em 23 de julho de 2014];
- [32] – Ministério da Saúde: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Acessível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) [acedido em 23 de julho de 2014];
- [33] – Rocha H (2003). Educação escolar e Higienização da Infância. *Cadernos CEDES*; 23: 39-56;
- [34] – Ketsela T, Habimana P, Martines J, Mbewe A, William A, Nseungwa J, Thiam S, Narayanan I, Bahl R (2006). Atenção Integrada às Doenças da Infância

- (AIDI). In: Lawn J, Kerber K, eds. *Oportunidades para os recém-nascidos em África*. 1st ed. The Partnership, Cape Town, 91-100;
- [35] – Cestari S (2010). Fisiologia da Pele Infantil. In: Johnson & Johnson, eds. *Cuidados com a Pele Infantil*; 25-26 Novembro; São Paulo, Brasil, Limay Editora; p. 8-16;
- [36] – Meireles C, Hergy F, Mousinho M, Afonso S, Rosado C (2007). Characteristics of Infantile Skin and of the Cosmetic Products Formulated for this Age Group. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*; (4) 1: 73-80;
- [37] – Sarkar R, Basu S, Arawal RK, Gupta P (2010). Skin Care for the Newborn. *Indian Pediatrics*; 47: 593-598;
- [38] – Pinheiro L, Pinheiro A (2007). A pele da criança: A cosmética infantil será um mito?. *Acta Pediátrica Portuguesa*; 38 (5): 200-208;
- [39] Nunes M, Pinho A, Aerts D, Sant'Anna A, Martins M, Costa J (2001). Sudden infant death syndrome: clinical aspects of an underdiagnosed disease. *Jornal de Pediatria*; 77 (1): 29-34;
- [40] – Sena J, Oliveira G (2012). A Evolução da Estética e Cosmética através do tempo. In: Santos F, Vivan R, eds. *Enigmas da Dor - Ação Multiprofissional em Saúde*; 18-22 Junho; Londrina, Brasil, UniFil Editora; p. 213-216;
- [41] – Wright C, Reeder A, Gray A, Cox B (2008). Child sun protection: Sun-related attitudes mediate the association between children's knowledge and behaviours. *Journal of Paediatrics and Child Health*; 44: 692-698;
- [42] – Stanton W, Janda M, Baade P, Anderson P (2004). Primary prevention of skin cancer: a review of sun protection in Australia and internationally. *Health Promotion International*; 19 (3): 369-378;
- [43] – Boyett T, Davy L, Weathers L, Campbell R, Van Durme D, Roetzheim G (2002). Sun Protection of Children at the Beach. *The Journal of the American Board of Family Medicine*; 15: 112-117;
- [44] – Olson A, Dietrich A, Sox C, Stevens M, Winchell C, Ahles T (1997). Solar Protection of Children at the Beach. *Pediatrics*; 99: 1-5;
- [45] – Juchem P, Hochberg J, Winogron A, Ardenghy M, English R (1998). Riscos à Saúde da Radiação Ultravioleta. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*; 13 (2): 31-60;

- [46] – Yurtseven E, Ulus T, Vehid S, Köksal S, Bosat M, Akkoyun K (2012). Assessment of Knowledge, Behaviour and Sun Protection Practices among Health Services Vocational School Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 9: 2378-2385;
- [47] – Schalka S (2010). Fotoproteção. In: Johnson & Johnson, eds. Cuidados com a Pele Infantil; 25-26 Novembro; São Paulo, Brasil, Limay Editora; p. 4-20;
- [48] – Organização Mundial de Saúde: Sun Protection – A Primary Teaching Resource. Acessível em: <http://www.who.int/phe/uv> [acedido em 20 de julho de 2014];
- [49] – Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.: O Sol e a Pele. Acessível em: [www.ipolisboa.min-saude.pt](http://www.ipolisboa.min-saude.pt) [acedido em 21 de julho de 2014];
- [50] – Criado P, Melo J, Oliveira Z (2012). Topical photoprotection in childhood and adolescence. *Jornal de Pediatria*; 88 (3): 203-210;
- [51] – Areias C, Macho V, Raggio D, Melo P, Guimarães H, Andrade C (2010). Cária precoce da infância – o estado da arte. *Acta Pediátrica Portuguesa*; 41(5): 217-221;
- [52] – Sociedade Portuguesa de Pediatria: Saúde Oral. Acessível em: <http://www.spp.pt/> [acedido em 3 de agosto de 2014];
- [53] – Fontane R (2006). As infeções hospitalares e a evolução histórica das infeções. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 59 (5): 703-706;
- [54] – The Global Public Private Partnership for Handwashing: The Handwashing Handbook. Acessível em: [www.globalhandwashing.org](http://www.globalhandwashing.org) [acedido em 20 de julho de 2014];
- [55] – Ministério da Saúde: Despacho nº 17067/2011 – Programa Nacional de Vacinação. Acessível em: <http://dre.pt/> [acedido em 22 de julho de 2014];
- [56] – Ministério da Saúde: Programa Nacional de Vacinação 2012. Acessível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) [acedido em 24 de julho de 2014];
- [57] – Ministério da Saúde: Mito “A Vacinação pode causar autismo nas crianças”. Acessível em: <http://www.cembe.org> [acedido em 24 de julho de 2014];
- [58] – Sociedade Portuguesa de Pediatria: Recomendações sobre Vacinas. Acessível em: [www.spp.pt](http://www.spp.pt) [acedido em 24 de julho de 2014];

- [59] – Ordem dos Enfermeiros: Parecer nº 11/2011 – Vacinação. Acessível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt) [acedido em 24 de julho de 2014];
- [60] – Organização Mundial de Saúde: Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância. Acedido em: <http://www.ibfan.org.br/> [acedido em 25 de julho de 2014];
- [61] – Boyce J, Assa'ad A, Burks A, Jones S, Sampson H, Wood R, Plaut M, Cooper S, Fenton M (2010). Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Report of the NIAID-Sponsored Expert Panel. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*; 126 (6): 1-57;
- [62] – National Institute of Allergy and Infectious Diseases: Food Allergy. Acessível em: [www.niaid.nih.gov](http://www.niaid.nih.gov) [acedido em 27 de julho de 2014];
- [63] – National Institute for Health and Clinical Excellence: Food allergy in children and young people. Acessível em: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) [acedido em 25 de julho de 2014];
- [64] – Bai J, Fried M, Roberto G, Schuppan D, Farthing M, Catassi C, Greco L, Cohen H, Ciacci C, Fasano A, González A, Krabshuis J, LeMair A (2012). Celiac disease. *World Gastroenterology Organisation Global*: 3-25;
- [65] – Pereira E, Passadouro R, Moleiro P (2013). Sun protection in Portuguese adolescents. *Adolescência & Saúde*; 10 (3): 14-21;
- [66] – Ministério da Saúde: Cheques-dentista. Acessível em: <http://www.portaldasaude.pt/> [acedido em 3 de agosto de 2014].
- [67] – Stuari A, Stuari A, Freitas A, Silva F, Queiroz A (2007). How to perform oral health care in infants. *Pediatrics*; 29 (3): 200-207;
- [68] –Hospital CUF Descobertas: Após exposição solar no verão faça rastreio ao cancro da pele. Acessível em: [www.hospitalcufdescobertas.pt](http://www.hospitalcufdescobertas.pt) [acedido em 3 de agosto de 2014];
- [69] – Centers for Disease Control and Prevention: Handwashing: Clean Hands save Lives. Acessível em: <http://www.cdc.gov/> [acedido em 3 de agosto de 2014];
- [70] – Ordem dos Médicos Dentistas: Saúde Oral em Crianças. Acessível em: <http://www.ond.pt/> [acedido em 4 de agosto de 2014].

### ANEXOS

Anexo 1 – Apresentação e respetivo questionário destinados à exposição aos alunos do Agrupamento de Escolas Gil Vicente.





## LAVAGEM DAS MÃOS

2

### Lavagem das mãos



3

## Lavagem das mãos

- Água e sabonete  
- Solução alcoólica



Molhe as mãos com água.



Aplique a quantidade suficiente de sabonete para ensaboar as mãos.



Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa.



Entrelace os dedos e fricção os espaços interdigitais.



Esfregue o dorso dos dedos de uma das mãos com a palma da mão oposta, com movimentos de vai e vem, segurando os dedos, e vice-versa.



Esfregue o polegar esquerdo, utilizando-se de movimento circular, com o auxílio da palma da mão direita, e vice-versa.



Fricção, fazendo movimento circular, as polpas digitais e as unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, e vice-versa.



Enxague bem as mãos com água.



Seque as mãos com papel toalha descartável.



Utilize sempre o papel toalha para fechar a torneira e jogue-o no lixo após o uso.



Agora, as suas mãos estão limpas.

4

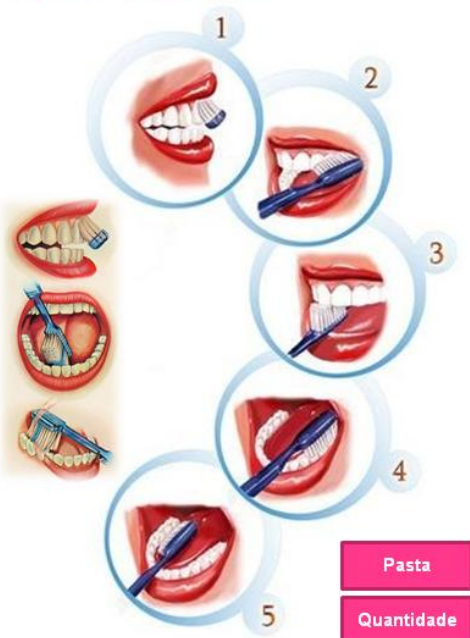


## HIGIENE DENTÁRIA

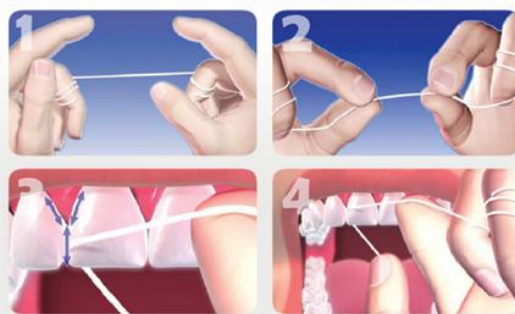
5

## Higiene dentária

### Passo 1 – Escovagem



### Passo 2 – Fio dental (após os 8 anos)



### Passo 3 – Colutório



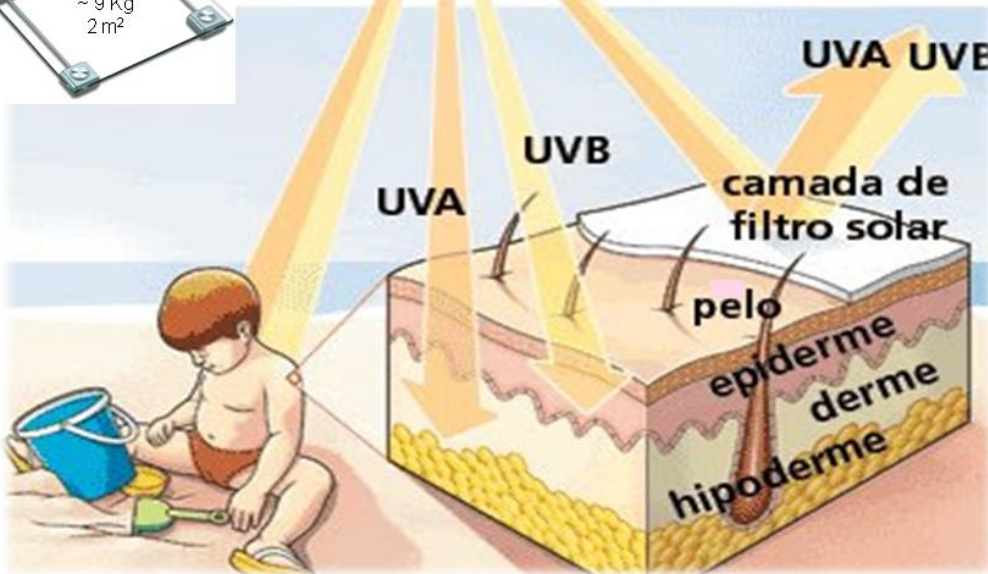
6



PELE

7

### Pele



- Barreira
- Proteção mecânica
- Termorregulação
- Evitar secura

- Menor espessura
- Secura

8

### Pele da criança



Spray

Proteção solar  
FPS 50+



Chapéu, óculos de  
sol e roupa de  
proteção



Regra da Sombra

Evitar até 1 ano



Beber água, mesmo  
se não tiver sede

9

### Pele da criança

**❌**



**✅**



**Loção pós-solar**

Exposição ao sol

↓

Pele seca e quente

↓

- Hidratação  
- Efeito refrescante



**!**

O protetor solar não se aplica só à praia

10

### Cuidados gerais

Vitamina D



- ☀ Dias encobertos ou sombra;
- ☀ Evitar exposição solar das 11h às 17h;
- ☀ Aplicar protetor solar 30 minutos antes da exposição ao sol e repetir quando necessário – incluindo lábios, mãos, pescoço, orelhas, nariz e nuca;
- ☀ Chapéu de abas largas e roupas claras e leves;
- ☀ Óculos com proteção UV;
- ☀ Beber água regularmente;
- ☀ Evitar refrigerantes;
- ☀ Protetor solar apropriado ao tipo de pele.



↓

**Queimaduras**

**!**

11



## ALERGIAS

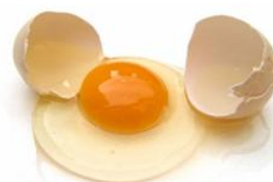
12

### Alergias



Sem tratamento

- Diarreia
- Falta de ar
- Espirros
- Vômito
- Tosse



13



VACINAS

14

Questões

15

#### 1. De quanto em quanto tempo deve repassar o protetor solar?

De 2h em 2h, contato com toalhas e água.



#### 2. O que fazer após uma queimadura solar.

Hidratação. Consultar médico ou farmacêutico.

#### 3. O que deve ser usado na lavagem das mãos? E dos dentes?

- 1 – Água e sabão ou solução alcoólica;
- 2 – Pasta de dentes, fio dental e colutório.

#### 4. Que acessórios devo levar num dia de sol para a escola? E para a praia?

- 1 – Chapéu e óculos de sol;
- 2 – O mesmo.

#### 5. Quando o dia está nublado, devo ou não ter iguais precauções a um dia e sol?

Iguais.

16

#### 7. Que informação colocar no protetor solar?



17



1. Quem escolhe o protetor solar?
2. Quem o recomenda?
3. Com que frequência o aplicam?
4. O protetor é aplicado em casa ou na praia/piscina?
5. A que horas saem da praia na hora do almoço? Ou não saem?
6. O que costumam usar em um dia de praia? E na escola?
7. Alguma vez tiveram uma queimadura?
8. O que usam diariamente (não só na escola) para lavar os dentes?
9. Com que frequência consultam o dentista?
10. Que tipo de escova escolhem?
11. Tem alergias ou intolerâncias a algum alimento?
12. Com que frequência lavam as mãos durante o dia de escola?
13. Tem as vacinas em dia?

Anexo 2 – Panfleto com orientações de higiene, proteção solar e alergias, dirigido a crianças e pais.

### ABC da Saúde Infantil

#### Dentes

- Lavagem 2 vezes ao dia, pelo menos;
- Escovar todas as frentes do dente;
- Deve durar 3 minutos, pelo menos;
- Vigilância pelos pais;
- Escovar a língua no final;
- Visitar o dentista, pelo menos 1 vez por ano;
- Evitar doces;
- Escova adequada: tamanho certo, macia e bem conservada.



#### Mãos



- Esfregar toda a mão, incluindo as unhas;
- Lavar com água e sabão;
- Evitar contato com objetos como corrimões de escadas;
- Lavar as mãos várias vezes ao dia.

#### Pele

- Aplicar protetor solar todos os dias;
- Evitar exposição na hora do almoço;
- Usar acessórios de proteção: óculos, roupa e chapéu;
- Reaplicar protetor após o banho, contato com toalhas e areia.



#### Alergias

- Evitar os alimentos que as provocam: leite, ovos, amendoim ou marisco, por exemplo;
- Estar atento aos sinais e sintomas.

Ana Mota

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

**U. PORTO**



**FACULDADE DE FARMÁCIA**  
**UNIVERSIDADE DO PORTO**

RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA  
N.º 228, 4050-313 PORTO - PORTUGAL

[www.ff.up.pt](http://www.ff.up.pt)



# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado  
em Ciências Farmacêuticas

Farmacia Puertas, Madrid

Prácticas, de 3 meses, en oficina de farmacia incluidas en el *Mestrado Integrado de Ciências Farmacéuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto*.

Local: Farmacia Puertas 85, calle Hermosilla 85, Madrid.

Período en prácticas: 27 de Enero a 28 de Abril de 2014.

---

Ana Isabel Pimenta da Mota

---

Valentín Puertas García

## INDICE

|                                                                                                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>DECLARACIÓN DE INTEGRIDAD .....</b>                                                              | <b>4</b>  |
| <b>AGRADECIMIENTOS .....</b>                                                                        | <b>5</b>  |
| <b>ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS .....</b>                                                             | <b>6</b>  |
| <b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>                                                                        | <b>7</b>  |
| <b>2. LA FARMACIA .....</b>                                                                         | <b>8</b>  |
| 2.1.1. Historia .....                                                                               | 8         |
| 2.1.2. Organización de la farmacia .....                                                            | 9         |
| 2.1.2.1. Área de servicio público.....                                                              | 9         |
| 2.1.2.2. Almacén .....                                                                              | 9         |
| 2.1.2.3. Laboratorio .....                                                                          | 9         |
| 2.1.2.4. Rebotica .....                                                                             | 10        |
| 2.1.2.5. Baño .....                                                                                 | 10        |
| 2.1.2.6. Recursos humanos.....                                                                      | 10        |
| <b>3. GESTIÓN DE STOCK, APROVISIONAMIENTO Y ALMACENAJE DE<br/>ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS.....</b> | <b>11</b> |
| 3.1. Gestión de stock.....                                                                          | 11        |
| 3.2. Sistema informático .....                                                                      | 11        |
| 3.3. Pedidos y recepción .....                                                                      | 11        |
| 3.3.1. Pedidos .....                                                                                | 12        |
| 3.3.2. Recepción .....                                                                              | 12        |
| 3.4. Almacenamiento.....                                                                            | 13        |
| 3.4.1. Control de temperaturas .....                                                                | 13        |

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.4.2. Incidencia .....                                                              | 13        |
| 3.4.3. Custodia .....                                                                | 13        |
| 3.4.4. Control de caducidad.....                                                     | 13        |
| 3.4.4.1. Devoluciones .....                                                          | 14        |
| <b>4. SÍMBOLOS, SIGLAS Y LEYENDAS EN CARTONAJE DE LAS ESPECIALIDADES</b><br>.....    | <b>14</b> |
| <b>5. PRODUCTOS EN LA FARMACIA: DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y LEGISLACIÓN</b><br>..... | <b>15</b> |
| <b>6. DISPENSACIÓN .....</b>                                                         | <b>15</b> |
| 6.1. Farmacovigilancia.....                                                          | 16        |
| 6.2. Dispensación y facturación.....                                                 | 16        |
| 6.2.1. Dispensación de estupefacientes y psicótopos .....                            | 19        |
| 6.2.2. Dispensación de medicamentos veterinarios.....                                | 20        |
| <b>7. FORMULACIÓN MAGISTRAL .....</b>                                                | <b>20</b> |
| <b>8. AUTOMEDICACIÓN.....</b>                                                        | <b>22</b> |
| <b>9. OTROS CUIDADOS DE SALUD EN LA FARMACIA.....</b>                                | <b>22</b> |
| <b>10. CONTABILIDAD Y GESTIÓN .....</b>                                              | <b>24</b> |
| <b>11. CALIDAD EN FARMACIA.....</b>                                                  | <b>25</b> |
| <b>12. RELACIÓN CON ENTIDADES Y PACIENTES .....</b>                                  | <b>25</b> |
| <b>13. CONCLUSIÓN.....</b>                                                           | <b>26</b> |
| <b>14. BIBLIOGRAFIA .....</b>                                                        | <b>27</b> |

## DECLARACIÓN DE INTEGRIDAD

Yo, Ana Isabel Pimenta da Mota (200902369), alumno de Mestrado Integrado en Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto declaro que he actuado con absoluta integridad en esta memoria.

En este sentido, se confirma que no incurro en plagio (el acto por el cual una persona, incluso por omisión, asume la autoría de una obra intelectual o partes de ellas).

Más se establece que todas las frases tomadas de trabajos anteriores se hacen referencia o se escriben con nuevas palabras, y en este caso se coloca la cita bibliográfica de la fuente.

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

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

## **AGRADECIMENTOS**

Valentín Puertas García, titular de la farmacia y mi tutor en las prácticas de taller en farmacia, la posibilidad de realizar este paso y la disponibilidad siempre demostrada. Paloma, Nancy, Viviana, José y Naiara el apoyo, la asistencia proporcionada, la confianza, el coraje, estímulo e interés en mis prácticas. Por su amabilidad, por su paciencia y dedicación y por haberme hecho sentir parte de su equipo.

## INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

**Figura 1.** Farmacia Puertas anteriormente.

**Figura 2.** Farmacia Puertas al día de hoy.

**Figura 3.** Siglas y símbolos del cartonaje y precinto.

**Figura 4.** Laboratorio.

**Figura 5.** Mostrador con los productos hechos en la farmacia.

**Figura 6.** Reflotron® Plus, donde se hacen las pruebas bioquímicas.

**Tabla 1.** Código del beneficiario y su aportación.

**Tabla 2.** Porcentaje de aportación sobre el precio del medicamento.

**Tabla 3.** Tipos de aportaciones atendiendo al tipo de receta.

**Tabla 4.** Tipos de IVA en los productos de la Oficina de Farmacia.

## 1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad trabajan en las oficinas de farmacia españolas más de 42 000 farmacéuticos, como titulares, copropietarios, adjuntos, regentes y sustitutos, siendo así, la práctica profesional en la que ejercen un gran número de farmacéuticos [1].

La Ley 16/1997, de 25 de abril, establece que las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público y deberán prestar servicios básicos a la población, como: dispensación de los medicamentos y productos sanitarios; la vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas; la garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia; y la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales [1].

La Ley 29/2006, de 27 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, incorpora el concepto de Atención Farmacéutica en su artículo, reconociendo así la labor del farmacéutico como agente de salud [1].

Para garantizar una perfecta distribución y un fácil acceso de todos los pacientes, las más de 21 000 oficinas de farmacia en España forman una red de establecimientos repartidos por todo el territorio. Cada día están de servicio de guardia en España, durante las 24 horas un número de farmacias suficiente para atender las urgencias de toda la España.

La ratio media de habitantes por farmacia es una de las más bajas de Europa (2 192 habitantes/farmacia), lo que permite que el 99% de la población disponga de una farmacia en su población de residencia, frente a países como Suecia con más de 10.000 habitantes por oficina de farmacia [1].

Esta memoria es una descripción de mi experiencia profesional como practicante en la oficina de Farmacia Puertas 85.

Mis prácticas tuvieron lugar entre enero y abril de 2014 en Farmacia Puertas y me permitieron conocer la esencia de la actividad farmacéutica en España.

## 2. LA FARMACIA

### 2.1.1. Historia

La Farmacia Puertas fue fundada en 1912 con el nombre de Farmacia San Agustín, en la calle Hermosilla 69 (Figura 1). El fundador D. Matias de Puertas Barquín que tuvo 10 hijos, 3 de los cuales se dedicaron a la farmacia: Rafael, Pepe y Luis. A la muerte de D. Matias, su hijo Luis pasó a tener la titularidad de la farmacia y la consolidó por más de 60 años. Después su hijo, Valentín (actual titular) y su hija, Paloma. Hoy trabajan en la farmacia que continua en su emplazamiento de la calle Hermosilla 85 (Figura 2) [2].



**Figura 1.** Farmacia Puertas anteriormente [2].



**Figura 2.** Farmacia Puertas al día de hoy [2].

## **2.1.2. Organización de la farmacia**

### **2.1.2.1. Área de servicio público**

Para la comodidad del paciente, la farmacia tiene dos ordenadores para el servicio, así como una selección de productos destacados, tales como gamas de productos cosméticos y productos a base de hierbas. Para facilitar el proceso de recolección de medicamentos caducados en la entrada hay un contenedor del Sistema Integrado de Gestión y Recogida de Envases (SIGRE). Al lado del contenedor SIGRE hay una balanza, donde el usuario puede, además del peso, conocer su índice de masa corporal (IMC).

Detrás del mostrador, hay productos de higiene oral (como pastas dentífricas), higiene íntima, pérdida de peso, higiene ocular y nasal, desodorantes y también una línea de productos producidos en la farmacia, dispuestas por marcas para facilitar su visualización por el cliente. También hay una sección con productos curativos como Betadine®, apósitos, Compeed®, algodón, entre otros.

Teniendo en cuenta la época del año, además hay productos son como medicinas para el resfriado (Frenadol® e Ilvico®) y suplementos (Redoxon®).

También existe la posibilidad de la medición de la presión arterial (PA) y análisis de sangre (glucosa, transaminasas, colesterol, ácido úrico y creatinina y también los grupos sanguíneos).

### **2.1.2.2. Almacén**

Los productos que son muy buscados por los clientes (por ejemplo, Frenadol®, Ilvico® y Omeprazol) se ordenan en grandes cantidades para evitar el desabastecimiento. Cuando en el lugar de almacenamiento primario no hay espacio suficiente, los excedentes de estos productos van a un almacén que se encuentra en el sótano.

### **2.1.2.3. Laboratorio**

La farmacia tiene su propio laboratorio. Además de elaborar para sí misma, elabora fórmulas para otras 20 farmacias (oficina y hospital). Además de las formulaciones orales (tales como capsulas y jarabes) también se hacen cremas, lociones y pastas.

El mismo tiene un armario de almacenamiento de materias primas, ordenadas alfabéticamente.

En el almacén se encuentra el material de acondicionamiento. También en el almacén hay los productos con fecha de retest, a los cuales se emite un certificado de utilización si está conforme.

#### **2.1.2.4. Rebotica**

Esta zona funciona como área de gestión de entrega de pedidos. La rebotica está conectada directamente con el área de servicio público. Todos los medicamentos se encuentran dispuestos en cajoneras. Algunos productos cosméticos, medicamentos fitoterapéuticos y homeopáticos están también dispuestos en esta zona.

También hay una nevera, que está entre 2-8 °C, que se utiliza para preservar la insulina, vacunas, entre otros.

Es aquí donde se realiza la verificación de las recetas y hace su organización en lotes.

En esta zona hay un armario donde se disponen, entre otros, la bibliografía obligatoria (Libro recetario, Libro oficial de contabilidad de estupefacientes, Real Farmacopea Española y Europea y Formulario Nacional).

#### **2.1.2.5. Baño**

Previsto para el trabajo en equipo de la farmacia.

#### **2.1.2.6. Recursos humanos**

En la farmacia, el equipo consta de uno farmacéutico titular, Valentín Puertas García, una farmacéutica adjunta, Nancy Parra, dos farmacéuticas, Paloma Puertas García y Viviana Giuffre, un técnico de farmacia, José Domínguez Sánchez, y una empleada de limpieza, Cecília.

### **3. GESTIÓN DE STOCK, APROVISIONAMIENTO Y ALMACENAJE DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS**

#### **3.1. Gestión de *stock***

Sin olvidar la misión social de la farmacia, esta se basa en la venta de productos, teniendo en vista objetivos comerciales. La gestión de *stocks* permite a la farmacia atender las necesidades de la comunidad, mejorar el valor de la farmacia y aprovechar los recursos disponibles. Una buena gestión asegura la disposición de los productos en las mejores condiciones económicas para satisfacer las necesidades de venta. El problema se centra en la necesidad de determinar cuál debe ser la cantidad que se debe tener en la farmacia. Esta se basará en diversos factores como las unidades de venta, volumen de pedido y tiempo de aprovisionamiento.

Esta gestión requiere experiencia y conocimiento de los clientes, tipos de prescripción de los médicos, publicidad de las medicinas no sujetas a prescripción médica y la demanda estacional.

#### **3.2. Sistema informático**

En farmacia Puertas se utiliza el sistema FARMANAGER®. Es un sistema que simplifica de manera segura, intuitiva y fácil la gestión de la farmacia, optimizando sus recursos [3]. El sistema permite que disponga de links directos a sus proveedores y garantiza la seguridad integral tanto en el acceso como en la integridad de los datos [3].

El sistema permite que se cree una ficha de producto (con la identificación, indicaciones y otra información como el *stock* mínimo y máximo) y el proveedor a quien se pide.

#### **3.3. Pedidos y recepción**

Se llevan a cabo todos los días dos órdenes: una en el final de la mañana y otra en final de la tarde. La recepción de la orden incluye recepción física y informática, este último que se hace por un farmacéutico y no por los alumnos en prácticas.

### 3.3.1. Pedidos

Los pedidos se hacen directamente al laboratorio o a los almacenes mayoristas. La farmacia trabaja con Cofares, Hermandad Farmaceutica del Mediterraneo (HEFAME) y Centro Farmacéutico Nacional (CFN).

Existen dos modalidades de pedidos:

- Reposición diaria, en función de las ventas, niveles de stock definidos y encargos realizados; y,
- Compra a laboratorios, que se puede pedir directamente al laboratorio o por transfer del laboratorio al almacén con el que nosotros trabajemos.

Estos últimos suponen una ventaja económica y tener *stock* suficiente para atender la demanda sin pedir diariamente [4]. Los laboratorios que más se venden en la farmacia son Laboratorios Normon y Kern Pharma, que tienen una gama completa de todos los tipos de medicamentos genéricos.

### 3.3.2. Recepción

El responsable tiene que verificar tres aspectos fundamentales: estado de los productos, si los productos recibidos son los solicitados y si los productos recibidos corresponden con el albarán. Los productos termolábiles son los primeros en ser revisados y son rápidamente guardados en la nevera [4].

Todas las facturas deben ser revisadas y guardadas para la contabilidad. Después se colocan los productos de forma ordenada y se dan entrada en el ordenador.

Los productos que no se encuentran en buen estado, no interesan o están cambiados por otros productos, se ponen en unas bolsas propias y se devuelven con el pedido siguiente. Hay 4 tipos de devoluciones: por toma, puesta, no recibido o defecto del producto.

### **3.4. Almacenamiento**

#### **3.4.1. Control de temperaturas**

Todos los días, por la mañana hay, que controlar la temperatura tanto de frigorífico como del local de la farmacia, que deberán estar entre 2-8 °C y 15-30 °C. Los datos se registran en anexos correspondientes, “Registro de la temperatura del local” y “Registro de temperatura del frigorífico” [4].

#### **3.4.2. Incidencias**

Cuando se registren temperaturas fuera de los rangos normales, se hace un análisis, para determinar el número de horas, los medicamentos afectados y las temperaturas a la que han sido expuestos. En ningún caso se dispensará un producto afectado [4].

#### **3.4.3. Custodia**

Los estupefacientes están almacenados bajo la rigurosa vigilancia del farmacéutico, de tal forma que no hay un fácil acceso a estos [4].

#### **3.4.4. Control de caducidades**

Cada mes se genera un listado de productos que se van a caducar durante el mes siguiente, los cuales serán separados de los otros. Los medicamentos que se retiran se disponen en una zona de productos no conformes para su posterior devolución y abono [4].

En el momento que se hace la recepción de los pedidos, siempre se mira las fechas de caducidad y se incorporan en el ordenador. Si hay productos con más de una fecha, debe registrarse la más cercana a caducar [4].

Como fuimos 3 alumnas en prácticas en la farmacia, hacíamos todo el control de las caducidades y *stocks* de la farmacia. Lo que era importante para saber los productos y su disposición en la farmacia.

#### 3.4.4.1. Devoluciones

Como ya mencioné anteriormente, los productos caducados se devuelven a través del proveedor habitual.

Los estupefacientes caducados se devuelven al laboratorio si han pasado menos de 6 meses desde la fecha de caducidad. Si han pasado más de 6 meses se dan al proveedor habitual para la devolución [4].

Cuando se retiran productos por baja o deterioro del producto, éstos se agregarán con los productos no conformes.

Hay también unos contenedores especiales para que las personas depositen los productos caducados o que no utilizan para que se manden a almacenes para destrucción controlada. Son los contenedores SIGRE.

### 4. SÍMBOLOS, SIGLAS Y LEYENDAS EN CARTONAJE DE LAS ESPECIALIDADES

El Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano. Así hay que tener en cuenta lo que lo aparece en lo envase (Figura 3) [4].

### SIGLAS Y SÍMBOLOS DEL CARTONAJE

|     |                                                       |
|-----|-------------------------------------------------------|
| ○   | Medicamento que necesita receta médica                |
| ●   | Psicotropo incluido en el listado Anexo I RD 2829/77  |
| ⓪   | Psicotropo incluido en el listado Anexo II RD 2829/77 |
| ●   | Receta de Estupefaciente                              |
| ☢   | Material radiactivo                                   |
| ⚠   | Gas medicinal comburente                              |
| ❄   | Conservar en frigorífico                              |
| ⌛   | Caducidad inferior a 5 años                           |
| ♻   | Reciclable por el Sigre                               |
| ☀   | Fotosensible                                          |
| ⚠   | Afecta a la conducción y el manejo de maquinaria      |
| ECP | Especial Control Médico                               |
| EFP | Especialidad Farmacéutica Publicitaria                |
| EFG | Genérico                                              |
| EQ  | Bioequivalente                                        |
| TLD | Tratamiento de Larga Duración/Dispensación Renovable  |
| DH  | Diagnóstico Hospitalario                              |
| H   | Uso Hospitalario                                      |
| MTP | Medicamento tradicional a base de plantas medicinales |



### Siglas y símbolos del cupón precinto

|         |                                                                                                                                              |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A.S.S.S | Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social                                                                                                  |
| TLD     | Tratamiento de Larga Duración/Dispensación Renovable                                                                                         |
| EFG     | Especialidad Farmacéutica Genérico                                                                                                           |
| DH      | Diagnóstico Hospitalario                                                                                                                     |
| E       | Antipsicóticos atípicos financiados con visado a mayores 75 años                                                                             |
| ●       | Medicamento con "círculo" es de aportación reducida, el paciente abona el 10% del coste hasta un máximo de 2,64 €                            |
| —       | Línea negra rodeando la mitad superior del recuadro o "portaría" indica cupón precinto diferenciado (CPD) por necesitar visado de inspección |
| ECM     | Visado por ser de Especial Control Médico                                                                                                    |
| ▲       | Visado por ser de Diagnóstico Hospitalario                                                                                                   |
| I       | Visado por estar financiado para determinada indicación                                                                                      |

Figura 3. Siglas y símbolos del cartónaje y precinto [5].

El cupón precinto indica los artículos financiados por las diversas entidades. Este se recorta y se pega a la receta.

Por ejemplo, entre los símbolos del precinto, destaca una línea negra rodeando la mitad superior del precinto, la cual significa que es solo dispensable con visado de inspección. En este puede también llevar un símbolo “I” que significa que no necesita de visado en determinadas enfermedades [4].

Necesitan de este visado, medicamentos de Diagnóstico Hospitalario, Especial Control Médico, vacunas, dietoterápicos, entre otros [4].

## **5. PRODUCTOS EN LA FARMACIA: DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y LEGISLACIÓN**

No es posible hacer una única clasificación de los medicamentos. Se puede hacer una clasificación por condiciones de dispensación, financiación por el SNS y asimilados, composición, uso...

La ley 29/2006, introduce el concepto de medicamento genérico y medicamento de uso veterinario, además de “medicamento de uso humano”, cambiando el término de “especialidad farmacéutica”. Según la ley sólo serán medicamentos los que enumeran a continuación: los elaborados o en cuya fabricación intervenga un proceso industrial, fórmulas magistrales, preparados oficinales y medicamentos especiales [4].

## **6. DISPENSACIÓN**

El artículo 12, de la Ley 19/1998 de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid, define todo lo proceso de dispensación de medicamentos. Además de la dispensación define la actuación del farmacéutico con el paciente, cumpliendo una dispensación activa, facilitar el medicamento, informar y aconsejar para una correcta actuación [4].

En España, 66% del mercado son antiácidos y antidiabéticos, confirmado por la demanda diaria por omeprazol y metformina.

### 6.1. Farmacovigilancia

Se destina a promover la salud pública, identificando, cuantificando y previniendo los riesgos para la salud asociados al uso de medicamentos. Todas las comunicaciones (efectos adversos) son comunican mediante la tarjeta amarilla al Centro Regional de Farmacovigilancia. Se deben comunicar todas las reacciones de medicamentos recientemente introducidos y las graves o raras a otros medicamentos (como vacunas, productos estomatológicos y quirúrgicos, DIU, suturas, lentes de contacto y líquidos también se consideran medicamentos) que llevan tiempo en el mercado [4].

### 6.2. Dispensación y facturación

El Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, define la actuación de los profesionales sanitarios autorizados en la asistencia sanitaria y atención farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluidos los Regímenes Especiales de Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU), además de entidades privadas. Las recetas son válidas en todo el territorio nacional y viene en la lengua oficial del Estado y lengua cooficial en las comunidades autónomas [4].

Las recetas pueden venir en papel o en soporte electrónico. Deberán tener una hoja de información al paciente para facilitar el uso adecuado de los productos.

Hay entidades con recetas propias. A nivel nacional están las del Sistema Nacional de Salud, MUFACE, ISFAS y MUGEJU. Las últimas tres tienen una aportación del 30%, las del SNS varían en función de la renta anual del paciente. Entonces, desde el 1 de julio de 2012, las recetas de SNS llevan impreso un código que corresponde al beneficiario por su renta anual (Tabla 1) [4].

**Tabla 1.** Código del beneficiario y su aportación [4].

| CÓDIGO  | APORTACIÓN |
|---------|------------|
| TSI 001 | Exentos    |

|                |     |
|----------------|-----|
| <b>TSI 002</b> | 10% |
| <b>TSI 003</b> | 40% |
| <b>TSI 004</b> | 50% |
| <b>TSI 005</b> | 60% |

La farmacia cobrará en la dispensación la aportación que indique la receta (tabla 2). Y cada receta tiene distintos tipo de aportaciones (tabla 3).

**Tabla 2.** Porcentaje de aportación sobre el precio del medicamento [4].

| <b>Usuario</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Activos</b> | <b>Pensionistas</b>        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensiones no contributivas</li> <li>- Sin subsidio de desempleo</li> <li>- Síndrome tóxico</li> <li>- Rentas de integración social</li> <li>- Accidentes de trabajo y enfermedad profesional</li> </ul> | 0%             | 0%                         |
| Rentas inferiores a 18 000€                                                                                                                                                                                                                      | 40%            | 10% (límite mensual - 8€)  |
| Rentas entre 18 000 y 100 000€                                                                                                                                                                                                                   | 50%            | 10% (límite mensual - 18€) |
| Rentas superiores a 100 000€                                                                                                                                                                                                                     | 60%            | 60% (límite mensual - 60€) |

**Tabla 3.** Tipos de aportaciones atendiendo al tipo de receta.

| Tipo de receta                                                   | MUFACE                       | MUGEJU                       | ISFAS                        | SNS      |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------|
| <b>Medicamentos con cupón precinto</b>                           | 30%                          | 30%                          | 30%                          | Variable |
| <b>Medicamentos y efectos con cupón precinto y cíbero</b>        | 10% hasta un máximo de 2,65€ | 10% hasta un máximo de 2,65€ | 10% hasta un máximo de 2,65€ | Variable |
| <b>Fórmulas magistrales y productos galénicos</b>                | 30%                          | 30%                          | 30%                          | Variable |
| <b>Pañales para la incontinencia de orina, vacunas, DH y ECM</b> | 30% con visado               | 30% con visado               | 30% con visado               | Variable |

Generalmente, para no cambiar medicamentos, en procesos crónicos que correspondan a la continuidad del tratamiento, la prescripción podrá ser realizada por denominación comercial, que esté incluida en el sistema de precios de referencia o sea menor precio dentro de su clase. Cuando se trate de una primera prescripción se hará por principio activo.

Cuando se trate de un proceso agudo, la prescripción se hace por principio activo. Hay también excepciones, cuando el médico escribe la receta con la leyenda “Prescripción por necesidad terapéutica”, tenemos que dispensar solo el medicamento prescrito, no lo podemos cambiar. Pero, en general, la prescripción se lleva a cabo por principio activo [4].

Una receta tiene algunos datos obligatorios, como los datos del paciente (Identificación y año de nacimiento, el código de identificación personal (CIP), en las recetas privadas y con psicótrópos, el número de DNI). También los datos del medicamento, como denominación, dosis y vía de administración. Además de estos, tiene que tener los datos del médico o prescriptor (identificación, población, nº de colegiado y tiene que estar firmada), número de orden de receta, fecha de prescripción y fecha prevista de dispensación.

En el caso de las recetas de SNS, la farmacia puede dispensar 10 días a partir de la fecha de prescripción o 5 días antes. Cuando se trate de un medicamento visado, el plazo cuenta a partir de la fecha del visado. Hay una excepción, en el caso de vacunas antialérgicas y bacterianas individualizadas, el plazo será de 90 días a partir de la fecha.

#### **6.2.1. Dispensación de estupefacientes y psicótrópos**

Además de las cautelas de todos los medicamentos, la dispensación de estupefacientes y psicótrópos tiene cuidados especiales.

Además de recortar el precinto como en todos los medicamentos, es necesario poner el DNI de la persona en la receta. El programa abre una ventana donde se ponen los datos del médico, nombre y DNI de la persona. Después el número de receta de psicótrópo se apunta en el libro recetario y deberán quedar las recetas archivadas en la farmacia un periodo de dos años. Una fórmula magistral que contenga alguna de estas sustancias, tiene los mismos requisitos.

Para los estupefacientes, es necesaria la receta oficial de estupefacientes, válida por 10 días. Tenemos que apuntar el DNI y nombre de la persona que retira el medicamento. La medicación es solo para 30 días y no se puede dispensar principios puros, solo especialidades o fórmulas magistrales. La dispensación se apunta en los libros recetarios y de Contabilidad de Estupefacientes. Hay también entrega de recetas anual de las recetas de estupefacientes, se envía una relación de los movimientos de estupefacientes en el año anterior. Para realizar el pedido de estupefacientes es necesario un talonario oficial de vales de entrega de estupefacientes. Cada vale se utiliza para una sustancia o medicamento. El vale debe ser remitido a la entidad distribuidora, mientras que la matriz sirve de comprobante de la adquisición y queda en la oficina de farmacia. Tanto en el vale como en la matriz figurará el sello de la farmacia y firma del farmacéutico [4].

### 6.2.2. Dispensación de medicamentos veterinarios

La ley 26/2006 define “medicamento veterinario” como una sustancia o combinación de varias como poseedora de propiedades curativas/preventivas de enfermedades animales. Para su venta, es necesaria la receta dado que algunos se pueden usar como estupefacientes. Todos los productos vendidos son apuntados en el libro recetario y las recetas guardadas [4].

## 7. FORMULACIÓN MAGISTRAL

En la farmacia que he realizado mis prácticas, se hacen muchas fórmulas magistrales. Además de hacer formulas medicamentosas, tiene una línea de cosméticos con cremas, lociones y polvos pédicos.

Las formulas son hechas en un local distinto de las restantes actividades, donde tenemos una superficie lisa y fácil de limpiar. Es una zona con condiciones de ventilación y temperaturas controladas. La balanza que nosotros utilizamos está calibrada por peso (200,000 g), todos los días por la mañana. Los aparatos que se utilizan, como los capsuleros, son calibrados periódicamente.



**Figura 4.** Laboratorio.

Además de tener cuidados con las prácticas higiénicas en laboratorio, tenemos la responsabilidad sobre las preparaciones que realizamos en la farmacia. Cuando se hace la hoja de preparación, esta debe ser firmada por lo farmacéutico o por otra persona a su control directo [4].

Hay que tener los procedimientos de limpieza de la zona y del material, la documentación relativa a materias primas (lote, control de cualidad, ficha de control de calidad), documentación relativa a material de acondicionamiento y guía de elaboración [4].

Antes de la elaboración hay que tener en cuenta los principios activos, dosis, excipientes y cantidades totales. Para determinar si la fórmula es o no adecuada para una persona con determinada patología/problema [4].

También es importante determinar el envase en que vamos poner las fórmulas, teniendo en cuenta la cantidad y forma farmacéutica que se envasa. Los envases que no caben en el laboratorio van abajo, en el sótano.

Normalmente se hacen las formulas por la mañana, después por la tarde, Paloma hace la documentación necesaria tanto para el paciente como para gestión (si tiene receta se apunta en el libro recetario). Además de la información al paciente (con datos de la farmacia, composición de la fórmula, fórmula farmacéutica y dosis, modo de administración y advertencias a su utilización), hay que poner etiquetas en los envases, con denominación, composición, nombre del médico,...

La farmacia tiene una línea de productos para cuidado de la piel (figura 5). Hay cremas con colágeno y elastina (con y sin filtro solar), crema de manos, contorno de ojos, leche limpiadora, leche hidratante, loción con urea, agua de rosas, glicerina y agua de rosas, agua con glicerina y glicerina con urea y agua de rosas, polvos pédicos y suero fisiológico. Como se hacen fórmulas para varias farmacias, nos permitía casi todos los días hacer una distinta.

Dos de las fórmulas que más se hacen son la vaselina salicílica y minoxidil al 2 o 5%. A veces hacíamos unas fórmulas poco comunes, como la “saliva artificial” o cápsulas de cloruro de sodio.



**Figura 5.** Mostrador con los productos hechos en la farmacia.

## 8. AUTOMEDICACIÓN

Siempre que una persona llega a farmacia con un síntoma es necesario intentar garantizar que el medicamento que le dispensamos es el más adecuado para los síntomas y tiene los mínimos efectos secundarios. Ello implica un intercambio de información entre el paciente y el farmacéutico, para saber para quién es la medicación, si los va a tomar con otras medicinas y si tiene alergias, está embarazada o lactando. Además debe comprobar si el paciente conoce el objetivo del tratamiento y como debe tomarlo. Una comprobación importante es el tiempo desde el inicio del problema, si es superior a 7 días se derivará al médico. Si con medicación el paciente no mejora tras 3-4 días, también se derivará al médico. Es importante comprobar la toma de medicación por el paciente, para evitar tomas de forma incorrecta o duplicidades [4].

Hay también personas que tienen irritaciones en los ojos, y buscan algo en la farmacia, lo que se intenta primero es dispensar un tratamiento simple como por ejemplo suero fisiológico. Si no hay mejoras, se remitirá al médico, puede necesitar de un tratamiento con antibiótico.

Como mis prácticas se realizaran durante el invierno y el inicio de la primavera, mucha de las intervenciones fueron dispensar medicamentos para el alivio de estados gripales, como el Frenadol® o Ilvivo®. Hay siempre que tener en cuenta la posibilidad de intolerancias, como al paracetamol, rara pero grave.

Con el inicio de la primavera, comienza la demanda por productos anticelulíticos, donde tendríamos que tener en cuenta si son para una mujer embarazada o lactante, dado que casi todos los productos tienen cafeína y pasan a la placenta.

## 9. OTROS CUIDADOS DE SALUD EN LA FARMACIA

Para tener el título de Especialista farmacéutico en Análisis Clínicos, tal como Valentín, el titular, según el Real Decreto 2708/1982 y la ley 14/1970 es necesario tener un título de licenciado en farmacia, haber cursado la formación en la especialización y superar las pruebas de evaluación. Pero el farmacéutico en oficina de farmacia puede realizar algunas pruebas elementares, como análisis sencillas y grupo sanguíneo [4].

En la farmacia se hacen pruebas de parámetros bioquímicos importantes (Figura 6): glucosa, colesterol, ácido úrico, triglicéridos, creatinina y función del hígado (GTP),

utilizando *Reflotron® Plus* (Roche). También se hacían para anemia pero había un problema con las tiras y ahora no se hace.

Una cosa interesante es que las personas están informadas sobre las patologías y buscan un control en la farmacia.

Como casi el 10% de la población tiene hipercolesterolemia, es importante el tratamiento y un control tanto de la presión arterial como del consumo de tabaco. Hay que hacer llegar al paciente la información sobre las patologías asociadas, relativas a alteraciones en la pared vascular, incluso para infarto de miocardio. Un control regular en la farmacia permite reconocer y intentar prevenir daños debidos a arteriosclerosis [4].

Otras de las patologías necesarias de controles analíticos es la diabetes mellitus. Cada vez más personas son susceptibles de tener diabetes, entonces hay una preocupación en mediciones regulares de la glucosa [4]. Además de las mediciones hay que informar sobre las patologías asociadas como el pie diabético y los cuidados a tener en estos.



**Figura 6.** Reflotron® Plus, donde se hacen las pruebas bioquímicas [6].

Todos los años se llevan a cabo campañas de educación sanitaria para la población en áreas como prevención y control de tabaquismo, nutrición y protección solar.

Hay una demanda por protectores solares, sea de uso diario o para vacaciones en la playa, donde debemos tener en cuenta el factor de protección y el fototipo de la persona. Además hay cremas (*Avene®* y *La Roche-Posay®*) que no tienen conservantes como parabenos y que son muy solicitados en esta época del año.

En la farmacia también tenemos un servicio de nutrición, por una dietista diplomada, que viene una vez por semana. Qué además del asesoramiento nutricional, hacia una dispensación de productos dietéticos existentes en la farmacia.

## 10. CONTABILIDAD Y GESTIÓN

El titular es el responsable de la contabilidad y gestión en la farmacia, si es una copropiedad farmacéutica es necesario que todos sean licenciados en farmacia [4].

Hay una margen profesional en la farmacia de oficina que está regulado por el gobierno. Según el Real Decreto 5/2000 de 23 de junio y Real Decreto 2402/04 de 30 de diciembre, el margen profesional por dispensación y venta de especialidades farmacéuticas de uso humano se fija en 27,9% sobre el precio de venta al público sin impuestos, para las especialidades cuyo precio sea igual o inferior a 91,63 euros [4].

Los descuentos por pronto pago permiten ahorrar dinero y reducen el precio del producto. El IVA (Impuesto sobre el Valor Añadido) es un impuesto que agrava lo precio de los bienes y servivios, siendo su base imponible el precio del bien o servicio. Los productos tienen distintos tipos de IVA: superreducido (4%), reducido (8%) y normal (18%) (Tabla 4).

**Tabla 4.** Tipos de IVA en los productos de la Oficina de Farmacia.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Medicamentos de uso humano y sustancias medicinales, fórmulas magistrales, productos intermedios destinados a su obtención. Prótesis, órtesis e implantes internos para personas con minusvalías                                                                                                     | 4% IVA  |
| Medicamentos de uso animal u sustancias medicinales utilizadas para su obtención. Aparatos y complementos que solo puedan destinarse a suplir deficiencias físicas del hombre o animales. Productos sanitarios, material, equipo e instrumental utilizado para prevenir y diagnosticar enfermedades. | 8% IVA  |
| Productos de parafarmacia. Resto de partidas no incluidas en las anteriores                                                                                                                                                                                                                          | 18% IVA |

Hay productos como de cosmética y dietética que no tienen precio de referencia, entonces la farmacia establece los precios que convienen a si y a los pacientes. Especialidades farmacéuticas publicitarias, como Frenadol<sup>®</sup>, se poden hacer descuentos hasta 10%. Con la crisis en España, solo hay descuentos hasta 8% y solo para unas

cuantas personas. Generalmente, se hace un descuento de 5-6% en productos como leches y cremas.

## **11. CALIDAD EN FARMACIA**

La calidad es el grado en que cumplimos los requisitos establecidos para satisfacer nuestros clientes y la sociedad que atendemos. La gestión cumple con los requisitos establecidos (como farmacovigilancia, formulación magistral, uso racional del medicamento, relacionados con la actividad farmacéutica) e implícitos (toma de la tensión, respuesta a las reclamaciones y limpieza y luminosidad del local, relacionados con la atención personalizada). Cumplir el sistema de calidad nos facilita el desarrollo de las actividades farmacéuticas, de manera controlada y siguiendo unos procedimientos del trabajo definidos por escrito. Hay que tener en cuenta la planificación de las actividades que queremos realizar y hacer un análisis en el tiempo, debiendo tener toda la documentación del sistema de calidad, si deben registrar todas las tareas [4].

En el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid hay un proyecto específico basado en unas propias y personalizadas de calidad en las farmacias, el Proyecto CALYFA (Calidad y Farmacia), con el fin de comprobar la adecuación de la Oficina de Farmacia a los requisitos de la legislación [4].

La farmacia se integra en un proyecto llamado PACMI (Programa de Aseguramiento de Control de Medicamentos Individualizados), donde presentan una fórmula para examinar, el tiempo en tiempo. La cual será examinada por una comisión de inspección para determinar parámetros como homogeneidad, cantidad y otros.

## **12. RELACIÓN CON ENTIDADES Y PACIENTES**

La relación entre pacientes y farmacéuticos en farmacia de oficina, es una relación familiar. Eso nos permite conocer las preferencias del paciente, sus intolerancias y reacciones adversas. Así, con un buen trato, haremos que vuelva más veces y podamos hacerle un seguimiento a lo largo del tiempo.

Además, la opinión del cliente debe ser escuchada. La información que nos aporte puede permitirnos hacer un diagnóstico o detectar una intolerancia/reacción adversa.

### 13. CONCLUSIÓN

Estas prácticas de tres meses en Farmacia Puertas me han permitido conocer por dentro la actividad farmacéutica de una farmacia española, dándome la oportunidad de hacer tanto una dispensación activa como formulación magistral en el mismo local. Esta oportunidad es de gran importancia para mí ya que en Portugal se hace poco de formulación magistral.

26

Además he aprendido el reconocimiento de los diferentes tipos de recetas y sus aportaciones. También utilicé el programa FARMANAGER®, muy intuitivo y de fácil utilización. Este permitía hacer toda la gestión de ventas y encomiendas de la farmacia, así como el acceso al libro recetario electrónico.

El Sistema de Salud en España es muy distinto al del Portugal. Casi todos los productos son coparticipados y se dan con receta, como gasas y absorbentes. A las personas no le gusta cambiar un producto de marca por uno genérico, hay una desconfianza con los genéricos.

Además la farmacia funciona como un punto de referencia en salud. Se busca información sea sobre una gripe o irritación, campañas de salud, informaciones sobre el prospecto de un producto y para mediciones bioquímicas y toma de la tensión arterial. La farmacia se afirma como un agente de salud importante además de la venta de medicamentos.

Una de las cosas que más me agradó era que había una relación familiar entre las personas de la farmacia y los pacientes, como que una gran familia y no como una tienda más.

Así estos tres meses que se pasaran volando, además de unas prácticas tuteladas en oficina de farmacia, eran una experiencia única para mejorar la mía vida como profesional de salud, aunque en otro país.

## 14. BIBLIOGRAFIA

[1] -

<http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacionfcolegial/profesionfarma/Paginas/colegiaciondatestadisticos.aspx> (en 1-04-2014);

[2] – <http://www.farmaciapuertas.es/> (en 2-04-2014);

[3] – <https://tedifarma.cofares.es/wps/portal/tedifarma/web/inicio/software/farmanager> (en 2-04-2014);

[4] – Peinado, I. I; *et al. Manual de Prácticas Tutelada en Oficina de Farmacia - tercera edición.* (2012). Compañía Española de Reprografía y Servicios;

[5] – <http://www.engenerico.com/sabes-diferenciar-un-medicamento-generico/> (en 13-04-2014);

[6] – [http://www.jano.es/farma/ctl\\_servlet?\\_f=37&id=13015484](http://www.jano.es/farma/ctl_servlet?_f=37&id=13015484) (en 15-04-2014).

**U. PORTO**



**FACULDADE DE FARMÁCIA**  
**UNIVERSIDADE DO PORTO**

RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA  
N.º 228, 4050-313 PORTO - PORTUGAL

[www.ff.up.pt](http://www.ff.up.pt)