

Pedro Miguel Cruz Henriques Moura

Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Relatório de estágio realizado no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientado pela
Dra. Anabela da Silva Almeida e apresentado à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Pedro Miguel Cruz Henriques Moura, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2009027489, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade curricular Estágio Curricular.

Mais declaro que este é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia deste Relatório de Estágio, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 11 de Julho de 2014.

(Pedro Miguel Cruz Henriques Moura)

FARMÁCIA
MACIEIRA DE SANTI

Proprietário: Eng.º José
Dr. José Afonso Santos Brandão Lopes da Costa
Cont. N.º 152-85-113
Tel.: 256 072 100 - Fax: 256 057 101 - Oliveira de Azeméis

A orientadora de Estágio

Anabela da Silva Almeida

(Dra. Anabela da Silva Almeida)

O estagiário

(Pedro Miguel Cruz Henriques Moura)

Índice

Lista de abreviaturas	4
1. Introdução.....	5
2. Organização e Gestão da Farmácia Macieira de Sarnes	5
2.1. Localização e Horário de Funcionamento	5
2.2. Utentes da FMS	5
2.3. Equipa da FMS.....	6
3. Análise SWOT	6
3.1. Frequência do Estágio e integração de conhecimentos	6
3.1.1. Pontos Fortes	7
3.1.2. Pontos fracos.....	14
3.1.3. Ameaças.....	16
3.1.4. Oportunidades	20
3.2 Aplicação da aprendizagem teórica e em contexto simulado na prática profissional	23
3.2.1 Pontos Fortes	23
3.2.2 Pontos Fracos.....	25
3.2.3 Ameaças.....	26
3.3 Adequação do curso às perspectivas futuras	26
3.3.1 Pontos fortes	26
3.3.2 Pontos Fracos.....	27
3.3.3 Ameaças.....	27
3.3.4 Oportunidades.....	27
4. Conclusão	28
Bibliografia	28

Lista de abreviaturas

AIM – Autorização de Introdução no Mercado

AINE – Anti-inflamatório não esteróide

ANF – Associação Nacional das Farmácias

AVC – Acidente vascular cerebral

CCF – Centro de Conferência de Facturas

CGD – Caixa Geral de Depósitos

COX-1 – Ciclooxigenase-1

COX-2 – Ciclooxigenase-2

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

IMC – Índice de Massa Corporal

IVA – Imposto sobre o valor acrescentado

MSRM – Medicamento sujeito a receita médica

MNSRM – Medicamento não sujeito a receita médica

PGD₂ – Prostaglandina D₂

PGE₂ – Prostaglandina E₂

PHDA – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

PVP – Preço de venda ao público

SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social

SNC – Sistema Nervoso Central

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

VZV – *Varizela-Zoster* vírus

FMS – Farmácia Macieira de Sarnes

I. Introdução

Este relatório marca o final de uma caminhada nem sempre fácil, mas gratificante. O sentimento de deixar a faculdade é semelhante ao de deixar a escola, uma vez que a faculdade passa a ser a nossa segunda casa. As experiências vividas, as amizades conquistadas... Tudo isso vai deixar saudade.

A Farmácia Comunitária representa uma porta de entrada no sistema de Saúde, devido à sua acessibilidade a toda a população¹. Muitas vezes, os doentes procuram a farmácia em primeiro lugar, relativamente ao centro de saúde, hospital e consultório médico. Por isso, o farmacêutico, além de ser o especialista do medicamento, deve ser versátil e estar preparado para as diferentes situações que possam surgir na farmácia.

O estágio em farmácia comunitária permitiu-me, pela primeira vez, estar em contacto directo com a actividade farmacêutica, uma vez que não frequentei nenhum estágio de verão em anos anteriores. Este estágio também me deu a possibilidade de estar em contacto com os utentes e com a crise que a Saúde em Portugal atravessa, não só em termos económicos, mas também em termos organizacionais. Assim, o Farmacêutico tem de estar preparado para prestar, aos utentes, aconselhamento relativamente ao medicamento, mas também oferecer soluções para situações em que o sistema público de saúde não consegue ou não quer dar resposta.

2. Organização e Gestão da Farmácia Macieira de Sarnes

2.1. Localização e Horário de Funcionamento

A Farmácia Macieira de Sarnes (FMS) localiza-se no centro de Macieira de Sarnes, mais concretamente na Rua Padre Manuel Gomes Resende, nº629 R/C. A farmácia funciona ininterruptamente das 9:00 às 19:30, de segunda a sexta-feira, e das 9:00 às 19:00 ao sábado. Esta farmácia não realiza serviço permanente, realizando apenas o serviço de disponibilidade.

2.2. Utentes da FMS

A freguesia de Macieira de Sarnes, caracteriza-se por ser um meio essencialmente rural. Neste sentido, a FMS é frequentada predominantemente por utentes idosos, com pouca informação e dificuldade de acesso aos cuidados de saúde. Este factor permite à FMS marcar uma posição de qualidade na prestação dos seus serviços, uma vez que esta população necessita de maior acompanhamento relativamente aos cuidados de saúde. A

qualidade dos serviços prestados pela farmácia é inegável, contribuindo para fidelizar a população de Macieira de Sarnes, bem como pessoas de freguesias vizinhas.

2.3. Equipa da FMS

A equipa da FMS é constituída por:

- Dr. José Afonso Santos Brandão Lopes da Costa – Proprietário e Director Técnico da FMS.
- Dra. Anabela da Silva Almeida – Farmacêutica-Adjunta
- Sónia Santos – Técnica Farmacêutica

3. Análise SWOT

3.1. Frequência do Estágio e integração de conhecimentos

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Proactividade Integração Gradual Equipa Preparação de medicamentos manipulados Autonomia <i>Sifarma2000</i> Política de vendas Rastreio de avaliação do risco cardiovascular Receptividade dos utentes Interacção com outros profissionais de saúde	Erros de dispensa de medicamentos Diálogo com os utentes Sistemas de monitorização do colesterol total e triglicéridos Ausência de Serviço Permanente
Oportunidades	Ameaças
Formações Conhecimentos adquiridos na área de gestão Experiência profissional	Receitas manuais Receitas com prazo de validade caducado Linguagem utilizada pelos utentes Alteração do PVP dos MSRM Medicamentos de disponibilidade reduzida e esgotados Publicidade de medicamentos nos <i>media</i> Diferença de preço entre medicamentos genéricos Medicamentos com vários PVP activos

3.1.1. Pontos Fortes

Proactividade:

Durante a frequência do estágio curricular na FMS considero que fui proactivo, tanto com os utentes, como no meu trabalho a nível interno. Com os utentes destaco a vontade constante de querer saber mais sobre as suas patologias e os seus problemas. A proactividade para com os utentes ajudou a que o meu desempenho fosse melhor do que eu esperava, pelo menos na minha opinião. O facto não me limitar a olhar para a receita e a aviar o medicamento, perguntar sempre mais alguma coisa, por exemplo qual a patologia que o utente tinha, permitiu-me relembrar alguns conhecimentos e até aprender outros. O diálogo com o utente é muito importante também na detecção de situações de não adesão à terapêutica. Por exemplo, era comum os utentes virem aviar mais do que uma receita e, por vezes não queriam levar alguns dos medicamentos e outras vezes não queriam aviar algumas receitas. O simples facto de eu lhes perguntar porque é que não queriam levar os medicamentos permitiu-me identificar, quando possível casos de não adesão à terapêutica. O caso que mais destaco diz respeito a uma utente que veio à farmácia com uma receita de duas embalagens de comprimidos de libertação prolongada de diclofenac de sódio a 75 mg (Voltaren® 75) e duas embalagens de sinvastatina a 20mg. No entanto, a utente só queria levar o Voltaren® 75 e eu perguntei-lhe porquê, uma vez que achei estranho, já que algumas medicamentos genéricos contendo sinvastatina a 20 mg são relativamente baratos. Foi então que a utente me disse que só queria aviar o anti-inflamatório, porque tinha a mão inchada e sentia dor, e que não ia tomar a sinvastatina, porque uma familiar lhe tinha aconselhado a comprar um chá que supostamente reduzia a hipercolesterolemia. Perante esta situação expliquei à utente que ao contrário da artrite reumatóide, a hipercolesterolemia não se sentia, mas as suas complicações, nomeadamente o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), poderiam ter consequências bastante graves. Através deste diálogo, consegui convencer a utente a aderir à terapêutica. Alertei, ainda a utente que o chá não ia produzir efeito e que a melhor opção era deixar de tomar o chá, uma vez que podia interagir com a medicação que a utente fazia. Relativamente ao Voltaren® questioneei a doente se tomava algum protector gástrico, ao que me respondeu que sim, e alertei-a para os perigos do uso crónico do diclofenac de sódio.

Relativamente à proactividade a nível interno destaco algumas sugestões de marketing, nomeadamente a sugestão de fazer promoções para produtos cosméticos com menor rotação. No entanto algumas sugestões não funcionaram, nomeadamente a sugestão

de colocar os produtos de emagrecimento perto da balança. Esta medida não surtiu grande efeito, uma vez que devido às características da população, estes produtos não tinham muita saída.

Integração gradual:

A minha integração na estrutura da farmácia foi gradual, o que constituiu uma vantagem, uma vez que comecei pelos processos mais básicos, de forma a adquirir alguma experiência, confiança e rotinas de trabalho, já que não frequentei estágios de verão em farmácia comunitária. Comecei primeiro por arrumar encomendas e repor stocks. Estas actividades permitiram-me começar a associar os medicamentos aos nomes comerciais, relacionar o nome comercial com os respectivos genéricos e associar os medicamentos e outros produtos ao respectivo local de armazenamento ou de exposição.

Uma semana depois comecei a dar entrada de encomendas. Aqui pude experimentar o primeiro contacto com o *Sifarma2000*, que é o software licenciado pela Associação Nacional das Farmácias (ANF). Este *software* é bastante intuitivo permitindo dar entrada das encomendas de uma forma fácil e célere. Sempre que estava a dar a entrada das encomendas era imperativo confirmar os prazos de validade dos produtos, o preço de venda à farmácia bem como o preço de venda ao público, este último principalmente nos medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), bem como o estado em que se apresentava a embalagem. Caso houvesse alguma irregularidade com as encomendas eu procedia à reclamação por telefone para o respectivo fornecedor e à anotação do respectivo número de reclamação. Quero dizer com isto que me foi dada liberdade para me envolver em várias actividades da farmácia, incluindo a gestão de reclamações, não só para os fornecedores, mas também para a *Glintt*, quando havia algum problema com o sistema informático ou com os próprios computadores. Isto permitiu-me ganhar experiência nestas situações, o que poderá ser útil no futuro. Durante o período em que estive a dar entrada de encomendas procurei rever alguns conhecimentos que tinha e consolidar outros para, quando fosse atender os utentes, conseguir responder melhor às várias situações que me poderiam ser colocadas.

Passado sensivelmente duas semanas passei para o atendimento ao público. A integração neste processo foi gradual, até para ir ganhando confiança nas minhas próprias decisões e nos conselhos prestados ao doente. Durante algum tempo atendi os utentes sempre acompanhado por um elemento da equipa da farmácia, o que me permitiu, sobretudo, ir ouvindo as informações prestadas, por quem me acompanhava, aos utentes, sobre a prescrição, mas também sobre as suas patologias, o que também me permitiu conhecer os utentes numa perspectiva das patologias que possuíam. Este factor foi muito

importante, uma vez que muitas destas informações me foram muito úteis posteriormente quando já estava a atender os utentes de uma forma autónoma. Estar a atender acompanhado permitiu atenuar algumas dificuldades que senti no início do atendimento, como por exemplo, qual o melhor conselho a prestar e o próprio à vontade no diálogo com os utentes. Isso reflectiu-se mais tarde no estágio, em que eu já era capaz de aconselhar correctamente os utentes em relação à sua terapêutica, havendo no entanto situações que não conseguia resolver. Neste período também comecei a assistir à preparação de manipulados, o que me permitiu a familiarização com os respectivos procedimentos experimentais.

O último procedimento com que tive contacto foi com as consultas farmacêuticas, nomeadamente a medição da glicémia, colesterol total e triglicéridos. Este último procedimento revelou-se extremamente importante, uma vez que me permitiu medir os parâmetros biológicos acima referidos, aconselhar o utente e tomar decisões relativas à monitorização dos utentes

A integração gradual permitiu-me familiarizar com todas as realizadas na farmácia e, acima de tudo, permitiu-me ganhar à vontade numa actividade antes de passar para a actividade seguinte.

Equipa:

A equipa era constituída, como referi anteriormente por dois farmacêuticos e por uma técnica de farmácia, a realizar estágio profissional. Toda a equipa contribuiu para a minha aprendizagem durante o estágio, no entanto, não posso deixar de destacar a Dra. Anabela Almeida, farmacêutica-adjunta na FMS e minha orientadora de estágio.

A Dra. Anabela incentivou-me sempre a saber mais, transmitiu-me informações e conhecimentos extremamente úteis, os quais foram extremamente valiosos para o atendimento ao público. De entre esses conhecimentos destaco o potencial perigo de aconselhar anti-tússicos na gripe. Um quadro gripal pode ser acompanhado de tosse, a qual é seca numa fase inicial, passando depois a ser produtiva, que se caracteriza pela presença de expectoração. Ora, os antitússicos inibem a tosse, sendo recomendados na tosse seca. Na gripe, ao ceder um antitússico ao utente enquanto ele apresenta tosse seca pode constituir um risco, uma vez que o doente sempre que tiver tosse vai recorrer ao antitússico e, como este inibe a tosse, quando a própria tosse passa a ser produtiva, há o risco de acumulação de secreções, o que poderá originar pneumonia. Apesar de eu já estar familiarizado com a indicação farmacêutica na tosse, conhecendo o risco de ceder um antitússico para o tratamento da tosse produtiva, este conselho foi-me bastante útil em situações de gripe

A Dra. Anabela também me alertou para vários hábitos de prescrição que poderia encontrar. Um deles era a prescrição de betametasona em gotas (Celestone[®]) a crianças até aos 2 anos, uma vez que nesta faixa de idades, é difícil fazer o diagnóstico diferencial entre a asma e rinite alérgica. Era comum aparecerem, na FMS, prescrições de celestone a crianças. No entanto, por vezes, os pais das crianças continuavam a dar-lhes este medicamento para situações de rinite alérgica, após o diagnóstico desta patologia estar estabelecido. Nestas situações expliquei-lhes o porquê de o médico ter prescrito aquele medicamento, naquela faixa etária, mas que já não fazia sentido continuar a usar esta terapêutica, uma vez que o diagnóstico de rinite alérgica já estava feito. Nestas situações aconselhava uma anti-histamínico, particularmente a desloratadina em xarope.

Toda a equipa constituiu um importante factor para a minha adaptação ao estágio e ao trabalho em Farmácia Comunitária

Uma das grandes vantagens da equipa era o facto de ser constituída principalmente por farmacêuticos. Isto ajudou-me bastante, uma vez que me explicavam a razão pela qual se devia ceder determinado medicamento ou produto de saúde em vez de outro. Isto é, a explicação não ficava só por saber se podia ou não dar um determinado medicamento ou produto de saúde, mas também me explicavam as razões pelas quais eu deveria tomar aquela opção. Acho que esta é a principal vantagem em ter farmacêuticos, uma vez que cultivam o espírito crítico, incentivam-nos a perceber o porquê de uma dada opção terapêutica em detrimento de outra.

Preparação de medicamentos manipulados:

Considero este factor importante, na medida em que pude contactar com novos procedimentos experimentais e relembrar outros. Relativamente ao contacto com novos procedimentos experimentais destaco a preparação de solução aquosa de minoxidil a 5% e de solução alcoólica de ácido bórico à saturação. Também preparei várias soluções orais de trimetoprim a 1% (m/V), o que obrigava a preparação prévia de xarope comum. Deste modo tive oportunidade de relembrar procedimentos experimentais com os quais contactei durante o curso. A preparação frequente de medicamentos manipulados, permitiu-me também ganhar a experiência nesta actividade específica, o que contribuiu para que no fim do estágio o meu desempenho em laboratório tenha aumentado consideravelmente, isto é tive oportunidade de preparar o medicamento na íntegra, sempre com supervisão. Todos os medicamentos manipulados acima citados são preparados de acordo os procedimentos experimentais constantes do Formulário Galénico Português.

Um aspecto também relevante nesta actividade foi o cálculo do PVP dos vários manipulados. O PVP dos medicamentos manipulados resulta da soma do valor dos honorários, valor das matérias-primas e do valor dos materiais de embalagem, multiplicada por 1,3. A esta multiplicação acresce o valor do imposto de valor acrescentado (IVA), de acordo com a portaria nº 769/2004, de 1 de Julho².

Autonomia:

Na minha opinião, este foi um factor chave na frequência do estágio. À excepção do período inicial de atendimento ao público, em que estive a atender os utentes sempre acompanhado, a equipa da farmácia deu-me total liberdade para me envolver nas várias actividades que a farmácia proporciona de forma autónoma. Neste sentido pude atender os utentes sozinho desde muito cedo no estágio, o que me deu mais espaço para tomar decisões, em situações de indicação farmacêutica, aconselhamento farmacêutico, optar pelo gabinete de atendimento personalizado para dialogar ouvir utente, se o motivo da vinda deste à farmácia fosse motivada por algum assunto que merecesse uma abordagem mais cuidadosa e discreta. É natural que numa fase inicial, em que me foi concedida essa autonomia, o aconselhamento prestado e as informações sobre o reforço do modo e via de administração foram incompletos, nalgumas situações, mas procurei, sempre que não sabia ir pesquisar informação, colocar questões aos restantes elementos da equipa, particularmente sobre o que é que eu poderia ter dito ao utente, como deveria ter procedido perante o utente. Mas estas pequenas lacunas fazem parte dessa autonomia, uma vez que me obriga a procurar informação para, numa situação idêntica conseguir actuar de forma mais eficiente. Por exemplo, quando comecei a atender sozinho, nas situações de indicação farmacêutica havia sempre alguma questão que ficava por colocar ao doente, o que aconteceu mais em relação à indicação terapêutica na gripe. No entanto, eu tive o cuidado de perguntar, principalmente à Dra. Anabela, que questões é que eu poderia ter colocado ao doente e que conselhos poderia ter dado ao utente.

A autonomia também foi importante na gestão das existências de medicamentos e produtos de saúde. Para isso contribuiu também a minha proactividade, uma vez que tentei sempre saber que produtos tinham maior rotação, em que um aumento de stock fosse adequado. Tive liberdade para, realmente, verificar a rotação dos produtos e, sempre que achasse necessário, encomendar a mais, sempre tendo em conta a política de controlo financeiro.

Um procedimento que também passei a adoptar foi o de verificar quais os medicamentos e produtos de saúde que estavam esgotados e ligar para os fornecedores,

nomeadamente Cofanor, *Alliance Healthcare* e Cooprofar, conseguindo até adquirir alguns deles.

Sifarma2000:

Considero este um ponto forte, devido à informação científica que este *software* nos facultava, uma vez que compila informação científica relativa aos medicamentos, da qual destaco, o perfil de reacções adversas, contra-indicação e interacções medicamentosas, uma vez que foram as informações que me foram mais úteis durante o atendimento ao público, mas também no esclarecimento de alguma dúvida que pudesse surgir. Relativamente ao público o *Sifarma2000*, através da informação que contém, permitiu-me esclarecer questões colocadas pelos doentes, e algumas dúvidas que eu tive, nomeadamente em relacionar um determinado fármaco ao grupo terapêutico, já que havia fármacos que eu não conhecia e, nesse sentido, o *Sifarma2000*, permitiu-me aprender enquanto atendia os utentes.

Este sistema informático, possuía ainda outra vantagem, relativamente aos psicotrópicos e estupefacientes. Ao ler o código do medicamento com a dispositivo de leitura óptica, o *software* identificava esse medicamento mas, para prosseguirmos o atendimento, tínhamos que preencher um quadro com vários campos, relativos ao médico prescriptor, o nome e morada do doente e do adquirente, bem como o número de identificação civil do adquirente. Outros campos incluíam a idade e a validade do documento de identificação civil do adquirente do medicamento. Este aspecto foi relativamente vantajoso para mim, uma vez que o quadro que aparecia funcionava como um “lembrete” para tirar cópia da receita.

Política de vendas:

Em momento algum me senti pressionado para atingir metas de receita. Isso contribuiu para que eu pudesse minimizar a minha margem de erro na dispensa de medicamentos e produtos de saúde e também nos conselhos e informações prestados ao doente. A pressão constante de vender de forma a maximizar os lucros, poderia fazer com que eu mudasse a minha atitude no atendimento e as minhas opções, para que fossem ao encontro do produto que mais beneficiava a farmácia economicamente. Por outro lado, admito que gostava de ter experimentado um ambiente mais ambicioso economicamente, que poderia ser-me útil ou não

Rastreio do risco cardiovascular:

Este rastreio, para o qual contribuí, tanto na organização como na realização, decorreu no dia 17 de Maio das 9h às 13h. Este rastreio permitiu-me aplicar vários procedimentos, nomeadamente a medição da pressão arterial, medição do perímetro abdominal, determinação do índice de massa corporal (IMC), da glicémia, colesterol total e trigliceridémia, ao mesmo doente, o que não acontece no dia-a-dia, em que o doente tem que pagar pelos serviços. No entanto, o mais importante, foi o facto de me permitir relacionar os resultados obtidos nessas determinações e medições e, assim prever o risco cardiovascular e, perante esse risco, aconselhar medidas não farmacológicas, agendar nova visita à farmácia para repetição de algum desses procedimentos ou referenciar à consulta médica.

Receptividade dos utentes:

Desde o primeiro momento em que iniciei o atendimento ao público, fui bem recebido, de uma forma geral, pelos utentes da farmácia, mostrando-se estes receptivos e compreensivos para o facto de eu ser estagiário e, eventualmente, demorar mais tempo a no atendimento, ou ter que colocar alguma questão aos restantes elementos da equipa da farmácia.

Interacção com outros profissionais de saúde:

Durante o estágio, foi-me dada alguma liberdade para, quando necessário, interagir com outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos. Assim, pude contactar com estes profissionais de saúde e abordar alguns problemas relativos à medicação dos utentes, como por exemplo a confirmação da posologia e alertar para possíveis interacções. Neste tópico vou abordar uma situação relativa à posologia da medicação de uma utente. Neste caso, tinha sido prescrita uma terapêutica anti-alérgica com hidroxizina a 25mg (Atarax[®]), a qual provoca sonolência³. Este caso chamou-me a atenção, uma vez que também eu já fiz terapêutica com hidroxizina na mesma dosagem no tratamento da urticária crónica. Nestes casos, a posologia que está preconizada é a toma de 25mg de hidroxizina uma vez por dia, à noite³. No caso da utente em questão, a posologia prescrita incluía a toma de um comprimido de manhã e outro à noite. Eu achei esta situação estranha, uma vez que já fiz terapêutica com este fármaco e causava-me muita sonolência, ao ponto de não conseguir manter-me acordado. Perguntei à utente qual o problema de saúde que possuía e que levou o médico a prescrever aquela terapêutica, ao que a utente me respondeu que, por vezes, sentia prurido generalizado pelo corpo sem razão aparente, facto que eu associei logo à

minha situação. Posto isto, contactei com o médico que tinha prescrito aquela terapêutica para abordar esta situação. Neste caso, o médico referiu que tinha havido um engano e que a posologia deveria ser a de um comprimido deste fármaco por dia, à noite. Ainda assim, no aconselhamento farmacêutico a esta utente, referi a importância de evitar o consumo de bebidas alcoólicas, pelo menos à noite, quando o medicamento era tomado. Referi ainda que ao acordar poderia sentir-se cansada, o que seria devido ao Atarax[®]

3.1.2. Pontos fracos

Erros de dispensa de medicamentos:

Estes erros afectaram negativamente o meu estágio, uma vez que poderão ter-me feito passar falta de capacidade e de preparação para os utentes. Atribuo este erro ao facto de nunca ter participado em nenhum estágio voluntário em farmácia comunitária. Cometi alguns erros de aviamento todos no período de adaptação ao atendimento ao público. Estes erros dizem respeito à dispensa da forma farmacêutica errada. Destaco uma situação em que na receita vinha prescrito lansoprazol a 15 mg (Ogasto[®] 15 mg) sob a forma de cápsulas gastrorresistentes e eu dispensei a mesma substância, da mesma marca e na mesma dosagem, mas sob a forma de comprimidos orodispersíveis. Este erro ficou a dever-se a uma falha de atenção e também à inexperiência. Quem detectou o erro foi a Dra. Anabela, que mo informou. Neste caso tive que ligar à utente em questão e admitir que tinha cometido um erro na dispensa do medicamento. Quando a utente veio à farmácia para, efectivamente lhe ser dispensado o medicamento correcto, eu cedi o medicamento na forma farmacêutica correcta e o Ogasto[®] 15 mg sob a forma de comprimidos orodispersíveis, uma vez que a embalagem já tinha sido aberta e a utente já tinha tomado um comprimido, foi para o contentor do ValorMed. Tive ainda que proceder à devolução de dinheiro à utente, uma vez que o medicamento que lhe tinha sido dispensado em primeiro lugar possuía menor comparticipação do que o que foi dispensado em segundo lugar. Considero que este caso marcou negativamente o meu estágio, apesar de a utente ter valorizado o facto de eu ter admitido o erro, porque não detectei o erro na farmácia e, assim, a confiança da utente nas minhas capacidades pode ter ficado afectada. Em consequência deste erro, em todos os atendimentos que envolviam o aviamento de receitas médicas, passei a verificar o código do medicamento na embalagem com o que aparecia no computador e, procedi desta maneira até ao final do estágio. Apesar de, com esta medida os atendimentos demorarem mais tempo, o que se verificava, particularmente, quando eram muitas receitas, cada uma com vários medicamentos prescritos, consegui minimizar os erros de dispensa.

Diálogo com os utentes:

Outra dificuldade com que me deparei na fase inicial de atendimento ao público foi a linguagem por mim utilizada no diálogo com o utente. Quando comecei a atender os utentes utilizava uma linguagem muito técnica e, por vezes, o doente não entendia a informação que eu lhe queria transmitir. Com a experiência que fui adquirindo, com o que fui observando e ouvindo do resto da equipa fui mudando a minha linguagem para uma linguagem mais acessível, mais corrente. Considero este aspecto negativo apenas pelo facto de que o utente não percebia a mensagem que eu lhe queria transmitir.

Sistema de monitorização de colesterol total e triglicéridos:

Este ponto negativo ficou a dever-se a três aspectos: ao sistema de monitorização destes dois parâmetros bioquímicos, ao facto de eu não ter experiência com aquele modelo específico e a características intrínsecas dos utentes.

Este sistema de monitorização tem várias particularidades. Só funciona a temperaturas acima de 15 °C. Neste sentido, sempre que o mesmo não estava a ser utilizado era colocado no bastidor em cima do CPU do servidor do sistema informático, uma vez que este estava 24 horas ligado e, portanto, estava constantemente quente. Outra particularidade era o facto de que se o processo de colheita de sangue total capilar fosse mais demorado, o aparelho desligava-se automaticamente, sendo necessário proceder à sua calibração nestes casos antes de voltar a inserir a tira teste. Outro aspecto negativo do *Accutrend Plus*[®] era o facto de ser necessária uma quantidade considerável de sangue capilar para encher a o campo de aplicação da tira teste. Ora como o tempo de medição deste aparelho é de 180 segundos, no caso do colesterol, e de 174 segundos no caso dos triglicéridos, caso a quantidade de sangue capilar fosse insuficiente para a medição adequado destes dois parâmetros bioquímicos, o tempo de espera até efectuar nova determinação era considerável, o que por vezes provocava impaciência no utente. No entanto, os restantes elementos da equipa estavam mais à vontade com o manuseamento deste aparelho, devido à sua experiência, e, por este motivo, considero que o manuseamento deste sistema de monitorização do colesterol total e da trigliceridémia foi, por vezes, um ponto fraco.

Outro aspecto que se revelou ser uma dificuldade para mim foi a própria punção capilar. Este aspecto não constituiu um ponto fraco em todas as determinações, apenas nos dias com temperaturas mais baixas. Nestes dias a colheita de sangue capilar tornava-se difícil uma vez que uma vez que o fluxo de sangue nos capilares sanguíneos era menor. A solução era tentar elevar a temperatura na ponta dos dedos, nomeadamente, através do acto de esfregar as mãos.

Como referi anteriormente, a FMS encontra-se inserida num meio rural. Neste sentido, era comum as pessoas apresentarem calosidades nas pontas dos dedos, o que tornava extremamente difícil a colheita de sangue capilar, uma vez que a agulha presente na lanceta não conseguia penetrar a pele até ao capilar sanguíneo.

Ausência de serviço permanente:

A FMS não realiza serviço permanente, apresentando apenas o regime de disponibilidade. Este factor foi um ponto negativo, uma vez que me privou de contactar com situações de emergência que, eventualmente, poderiam ter ocorrido, e que eu penso serem relativamente comuns durante este horário.

3.1.3. Ameaças

Receitas manuais:

A primeira ameaça com que me deparei foram as receitas manuais. Estas receitas tinham de possuir, até ser feita à alteração à legislação das receitas, o nome do médico e a sua assinatura, o nome do utente, o regime de comparticipação, a data de prescrição e a vinheta do médico prescriptor que contém o seu número de inscrição na Ordem dos Médicos. A vinheta referente ao local de prescrição não era obrigatória. Caso o número de utente não constasse da receita, na farmácia tirávamos fotocópia do cartão de utente no verso da receita. Em primeiro lugar, a primeira ameaça foi o facto de por vezes não perceber a caligrafia do médico, o que, por vezes, me impossibilitou de detectar qual o medicamento que havia sido prescrito e a sua dosagem. O número de embalagens não constituiu uma ameaça uma vez que este aparecia em algarismo e por extenso e a sua verificação é mais intuitiva. Após a alteração regulamentar⁴, tornou-se obrigatório o número de utente constar no espaço a ele destinado, não podendo, na sua ausência, proceder-se à cópia do cartão de utente no verso da receita. Isto constatou uma ameaça porque, frequentemente, no período inicial de entrada em vigor desta alteração, o número de utente não constava da receita, o que impossibilitava o aviamento da receita. A pessoa tinha que voltar a visitar o médico, para que este, redigisse o número de utente na receita. Todo este processo era incómodo para nós, mas sobretudo para o utente. Além disso, durante o aviamento da receita eu poderia não reparar na ausência do número de utente, dispensar os medicamentos prescritos e só mais tarde, na correcção das receitas, o que era feito todos os dias, reparar que este dado estava em falta. Isto criava desde logo uma situação complicada, em que era necessário contactar com o utente, este tinha que se deslocar à farmácia e voltar ao médico com a receita, para que este introduzisse o número de utente.

Receitas com prazo de validade caducado:

Por vezes, os utentes vinham aviar receitas, nas quais o prazo de validade tinha caducado. Este factor consituiu uma ameaça, já que não dependia de mim, e poderia levar a que se aviasse a receita, estando esta fora do seu prazo de validade, o que implicava um prejuízo para a farmácia, já que estas receitas não eram aceites pelo Centro de Conferência de Facturas (CCF) ou pela ANF. O que dependia de mim era a verificação da data de prescrição da receita e o período de tempo pelo qual a receita era válida e, portanto, aceitar ou rejeitar a receita, conforme esta estivesse dentro do seu prazo de validade ou não.

Linguagem utilizada pelos utentes:

Devido ao facto de a FMS estar inserida num meio rural e de a maioria dos utentes da farmácia serem idosos, grande parte dos utentes não utilizava os termos técnicos para se expressar, utilizando, pelo contrário uma linguagem mais popular. Por vezes tive dificuldade em perceber o que o utente queria expressar, uma vez que não estava familiarizado com determinados termos populares, como, por exemplo, o termo “bichoco” para designar o herpes labial. Por outro lado, alguns utentes tinham dificuldade em expressar o que sentiam e as patologias que possuíam, o que tornava mais difícil o conhecimento destas. Por vezes, também foi difícil, no caso de medicamentos genéricos, saber qual o laboratório dos medicamentos que os utentes tomavam, uma vez que estes não os sabiam referir, ou então confundiam com outra substância quando entravam no armazém para identificar a caixa. Este problema foi resolvido, por vezes pedindo aos utentes para trazerem consigo as caixas dos medicamentos que tomavam ou registando os utentes na base de dados do *Sifarma 2000* de modo a criar um perfil farmacoterapêutico para os mesmos. Além destas acções, o facto de os utentes trazerem consigo as caixas dos medicamentos, dava-me a oportunidade de fazer a revisão da medicação e detectar possíveis situações de não adesão à terapêutica.

Alterações de preços dos MSRM:

O período de transição do PVP dos MSRM e alguns MNSRM, que se iniciou em Março, obrigou a um controlo mais apertado do preço destes medicamentos. Aquando da entrada das encomendas no *Sifarma2000* era necessária verificar o PVP do medicamento na respectiva embalagem e no sistema informático, para garantir que o PVP registado no *Sifarma2000* fosse o correcto. Para além deste procedimento, era necessário confirmar o PVP dos medicamentos, marcados nas respectivas embalagens, com o PVP que constava na factura dos fornecedores. Esta alteração levou a que o PVP marcado nas embalagens dos

medicamentos, por vezes não correspondesse ao PVP discriminado na factura dos fornecedores, uma vez que as cooperativas procediam à actualização do PVP dos medicamentos, mas escoavam os medicamentos que ainda tinham o PVP desactualizado. Nestes casos eu, após detectar estas inconformidades, contactava com os fornecedores a reclamar as mesmas, procedendo estes à emissão de uma nota de crédito respeitante aos medicamentos em questão. Além da verificação do PVP, aquando do registo dos medicamentos no sistema informático, foi necessário confirmar o PVP dos medicamentos na respectiva caixa, com o PVP que o sistema informático fornecia, aquando da dispensa de medicamentos aos utentes, para que não existissem inconformidades no valor pago pelos mesmos. Estes dois motivos, só por si, aumentam a margem de erro, tanto na entrada de medicamentos na farmácia, como na dispensa destes aos utentes. Mas para além destes motivos, este aumento generalizado no preço dos medicamentos, aliado à redução da comparticipação em alguns medicamentos, levou a que, na dispensa, com receita, de MSRM aos utentes, após ser feita a devida comparticipação, o preço a pagar pelo utente, não correspondesse ao preço especificado na guia de tratamento do utente, no caso de a opção do utente recaír sobre um dos cinco medicamentos genéricos mais baratos dos princípios activos prescritos. Isto criou, por vezes, insatisfação nos utentes, já que frequentemente tinham que pagar mais do que vinha especificado na guia de tratamento do utente, uma vez que a actualização do PVP dos medicamentos nas farmácias não foi simultânea com a sua actualização no sistema informático usado pelos médicos. No caso de a opção dos utentes não estar inserida nos cinco medicamentos genéricos mais baratos dos princípios activos prescritos, estes também se demonstravam insatisfeitos, já que tinham que pagar mais do que o que estavam habituados. Estes factores poderiam aumentar o risco de desconfiança em relação à FMS e à sua equipa. Neste sentido, no meu caso, tentei sempre explicar estas situações aos utentes, tanto a alteração do PVP dos MSRM, e redução da sua comparticipação quando aplicável, como a discrepância no PVP dos MSRM entre o *Sifarma2000*, no caso da FMS, e o sistema informático utilizado pelos médicos.

A alteração no PVP dos medicamentos que se fez sentir, bem como o facto de os fornecedores, por vezes debitarem os medicamentos com o PVP diferente do PVP marcado nas respectivas embalagens, originou alterações na gestão da farmácia.

Todos estes factores constituem uma ameaça, uma vez que fazem aumentar o desconforto e a desconfiança dos utentes no sector farmacêutico, no qual eu estou incluído.

Medicamentos de disponibilidade reduzida e esgotados:

Estes factores constituíu uma ameaça, uma vez que por vezes não foi possível satisfazer as necessidades dos utentes, ou seja, devido a um factor externo, eu não pude realizar, nestas situações um dos objectivos do meu estágio, que é o de satisfazer as necessidades dos utentes. Mais uma vez refiro que estas medidas só aumentam a desconfiança dos utentes nas farmácias e nas suas equipas, uma vez que são os farmacêuticos comunitários que contactam com os utentes e, por isso, são os primeiros a quem os utentes atribuem responsabilidades. Posso referir que senti isso durante o estágio.

Publicidade de medicamentos nos *media*:

Uma das principais ameaças que senti, principalmente no início do estágio, foi a influência da publicidade, nos meios de comunicação social, de MNSRM, o que por vezes me dificultou o aconselhamento do medicamento mais adequado para determinadas situações. Esta dificuldade fez-se sentir, particularmente, na área da gripe. O excesso de publicidade, durante o Inverno, de antigripais, limitou muito a minha capacidade de indicar outros medicamentos para a gripe e mais acessíveis para os utentes do que aqueles que são publicitados nos *media*. No entanto, os utentes querem os medicamentos que são publicitados nos meios de comunicação social. E muitos desses MNSRM publicitados possuem mais do que um princípio activo, alguns até possuem 4 princípios activos, como é o caso do Cêgripe®. Por muito que, na gripe, eu tentasse aconselhar paracetamol a 500mg ou a 1g dependendo da pessoa e um anti-histamínico, como por exemplo desloratadina 5mg também em comprimidos, em que a soma dos preços destes dois fármacos era mais baixa do que o preço de todos os antigripais publicitados na comunicação social, o utente só queria os “medicamentos da televisão”. Pelo que acabei de referir, é notório o efeito da publicidade de MNSRM na nossa capacidade de aconselhamento.

Diferença de preços entre medicamentos genéricos:

Em praticamente todos os fármacos para os quais existem medicamentos genéricos, verifica-se uma diferença de PVP entre estes. Por vezes essa diferença de PVP é elevada. Para o mesmo princípio activo, na mesma dosagem e forma farmacêutica, o PVP entre laboratórios pode variar seis ou sete euros. Isto cria um ambiente de desconfiança dos utentes em torno dos medicamentos, uma vez que não conhecem a razão para esta variância no PVP de medicamentos que à partida possuem o mesmo efeito. Esta foi uma ameaça com que me deparei durante todo o estágio, uma vez que, também eu, não sabia explicar aos utentes o porquê de um medicamento custar, por exemplo, dois euros e o outro que faz o mesmo efeito custar 8 euros. Alguns utentes queriam o medicamento mais barato, no

entanto outros mostravam-se desconfiados em relação ao PVP e escolhiam medicamentos genéricos mais caros. A única coisa que lhes podia dizer era que, para o mesmo princípio activo, na mesma dosagem e forma farmacêutica, os diferentes laboratórios tinham todos o mesmo efeito, pelo menos teóricamente. Acho que haveria de haver mais regulamentação em relação a este aspecto, para evitar que medicamentos teóricamente iguais possam apresentar uma diferença no PVP tão elevada. Esta situação contribuiu para a desconfiança que os utentes têm nas farmácias e, como disse anteriormente, os primeiros a serem responsabilizados pela população em geral são os farmacêuticos comunitários.

Medicamentos com vários PVP activos:

Além das alterações de preços que se verificaram nos medicamentos, a partir de Março, alguns medicamentos possuíam ainda dois PVP activos, em que nenhuma deles apresentava uma data de caducidade. Nalguns casos, esta variância no PVP do mesmo medicamento era mínima, no entanto, noutras situações, devido a alterações na comparticipação de determinados medicamentos, como é o caso dos venotrópicos, entre os quais o Venex Forte[®], a variação no PVP dos medicamentos rondava os cinco euros. Estas situações criavam vários problemas. Em primeiro lugar havia mais propensão, como referi anteriormente, para que os medicamentos com dois PVP activos viessem erradamente debitados, o que implicava a reclamação para os fornecedores. Em segundo lugar, quando o PVP do mesmo medicamento variava apenas em alguns cêntimos, o efeito no preço que os utentes pagavam não era muito notório. No entanto, no caso do Venex Forte[®] era necessário explicar ao utente que iria ter de pagar o medicamento na totalidade, uma vez que este deixara de ser comparticipado. Este factor, por si só, criava um certo desconforto nos utentes. Em terceiro lugar, o Venex Forte[®], como deixou de ser comparticipado, o titular da autorização de introdução no mercado (AIM) para este medicamento procedeu à redução do PVP do mesmo. No entanto as embalagens com PVP mais elevado continuaram a ser comercializadas, o que originava uma situação em que numa semana, na FMS este medicamento apresentava um PVP de sensivelmente vinte euros e, na semana seguinte, o PVP do mesmo medicamento era 15,70€.

3.1.4. Oportunidades

Formações:

Durante o estágio curricular, participei apenas em duas formações, uma sobre a perturbação de hiperactividade e défice de atenção (PHDA), no auditório da Plural, em Coimbra, e outra sobre a vacina de prevenção contra a Zona, a Zostavax[®], realizada na sede

da ANF no Porto e promovida pela *Sanofi-Pasteur*. No entanto, essas duas formações não me foram úteis durante a frequência do estágio, isto é, não tive oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos nessas formações com os utentes, uma vez que não tive contacto com nenhum caso PHDA. Relativamente à formação sobre a Zostavax[®], como esta ainda não foi introduzida no mercado nacional, a FMS ainda não teve oportunidade de a adquirir. Também não contactei com nenhum caso de Zona enquanto estive integrado na FMS, pelo que, a utilidade desta formação no estágio foi nula. No entanto, considero que ambas as formações puderam ser-me úteis no futuro.

No caso da formação sobre a PHDA, apesar de o farmacêutico não poder intervir na escolha da terapêutica, poderá exercer as suas acções através de conselhos úteis aos utentes e, no caso de os utentes em questão serem crianças, prestar esses conselhos aos pais dessas crianças, no sentido de evitar que a criança seja culpabilizada, através de informação sobre a patologia. Crianças com PHDA sentem, muitas vezes, culpa por não conseguirem atingir os objectivos que os pais querem que atinjam. No entanto, estas crianças não podem fazer nada para contrariar essa situação, uma vez que o seu cérebro está menos desenvolvido que o cérebro de outras crianças, nomeadamente, ao nível das funções executivas do cérebro, as quais são um processo de controlo cognitivo altamente organizado, que permitem a realização de objectivos específicos⁵. Assim, a PHDA caracteriza-se por hiperactividade, impulsividade e desatenção⁶. Uma criança com PHDA, não necessita, obrigatoriamente de apresentar estas três características, podendo apresentar apenas uma delas. A PHDA pode ser particularmente perigosa se se manifestar sobretudo por um excesso de impulsividade e desatenção, uma vez que poderá originar situações indesejáveis e até perigosas na vida destas crianças. Toda esta informação foi-me transmitida nesta formação, pelos dois oradores presentes na mesma, em que um orador era médico e a outra oradora era psicóloga. Nesta patologia, o papel do farmacêutico, passa pela educação dos pais de crianças com PHDA, apelando à sua desculpabilização e alertando para situações que possam ocorrer, mas também pelo acompanhamento destas crianças e da monitorização da terapêutica. É usual, em crianças com PHDA diagnosticada, fazerem terapêutica com estimulantes do sistema nervoso central (SNC), entre os quais o metilfenidato. Em crianças que estão a fazer esta terapêutica é necessária a monitorização relativamente ao estado do crescimento, tanto psiquiátrico como cardiovascular. Apesar de não ser o farmacêutico a avaliar directamente estes parâmetros, o farmacêutico poderá detectar alguma situação anormal em crianças que estão a fazer esta terapêutica, reportando essa informação ao médico. O farmacêutico também tem o dever de reforçar a importância da atenção, no seio

familiar, ao estado de desenvolvimento destas crianças. Por estas razões, considero que esta formação me deu ferramentas, para poder intervir nestas situações, no futuro.

Relativamente à formação sobre a Zostavax[®], permitiu-me lembrar certos aspectos sobre a Zona, nomeadamente o facto de resultar de uma reactivação do vírus *Varicela-Zoster* (VZV) e, por isso, a sua incidência é maior em fases mais avançadas da vida, nomeadamente após os 50 anos⁷. Outro assunto abordado nesta formação foi o facto de que um indivíduo com Zona não pode transmitir esta patologia a outro que nunca tenha tido a varicela mas, neste caso, a infecção resulta no desenvolvimento de varicela. Um avô com Zona, pode transmitir o VZV ao neto, o qual nunca teve varicela, o que resulta no desenvolvimento desta doença.

O principal objectivo desta vacina é prevenir o desenvolvimento de Zona e o aparecimento da sua principal complicação, a nevralgia pós-herpética⁷. Esta complicação provoca dor intensa, que se mantém por três meses após o aparecimento da manifestação cutânea do *Herpes zoster*, podendo até apresentar uma duração de anos. Outra complicação da Zona é o *Herpes zoster* oftálmico.

Apesar de não ter tido oportunidade de aplicar estes conhecimentos no âmbito do estágio na FMS, uma vez que não contactei com nenhum caso de Zona, acredito que toda esta informação me vai ser útil no futuro, não apenas em Farmácia Comunitária, mas também noutras áreas abrangidas pelas Ciências Farmacêuticas.

Conhecimentos adquiridos na área de gestão:

A frequência do estágio curricular permitiu-me adquirir vários conhecimentos relativos à gestão das farmácias, principalmente relativos à aquisição de medicamentos e produtos de saúde aos fornecedores. Neste sentido, fiquei a conhecer as várias condições financeiras que as cooperativas de produtos farmacêuticos oferecem, bem como os vários tipos de bonificações que as indústrias farmacêuticas oferecem.

Tive também a oportunidade de contactar com as cooperativas, para encomendar medicamentos e produtos de saúde. Nalguns casos, fui eu a decidir qual o volume dessas encomendas. Também pude realizar reclamações para os mesmos fornecedores.

Relativamente à abertura de novas farmácias fiquei a saber que a ANF, através da Glintt é responsável pela arquitectura da maioria das farmácias.

No entanto, para além destes conhecimentos de gestão propriamente dita, também aprendi um pouco da economia que envolve as farmácias. Neste sentido, fiquei a conhecer que a ANF é responsável por pagar às farmácias o valor de participações complementares, o que ocorre no caso de indivíduos beneficiários da Caixa Geral de

Depósitos (CGD) e dos Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS), entre outros, mas a ANF cobra uma comissão sobre essa facturação, comissão essa que depende do volume facturado (ver melhor isto)

Experiência Profissional:

Após terminar o estágio, penso que a maior oportunidade que o mesmo me proporcionou foi a aquisição de experiência profissional. No estágio adquiri rotinas de trabalho em farmácia de oficina, nomeadamente na dispensa de medicamentos e produtos de saúde, na preparação de manipulados, na determinação de parâmetros bioquímicos e na gestão de encomendas, pude dialogar e aperfeiçoar o meu diálogo com os utentes, adquiri alguns conhecimentos de gestão e, sobretudo, pude verificar de perto a situação económica do país e adaptar-me às necessidades dos utentes impostas pela actual conjuntura económica. Além disso, o estágio permitiu-me detectar os meus pontos negativos, o que me irá permitir minimizar os mesmos no futuro.

3.2 Aplicação da aprendizagem teórica e em contexto simulado na prática profissional

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Farmacotoxicologia Bioquímica Integração de conhecimentos de várias áreas	Dispositivos Médicos Dermocosmética e Puericultura
Oportunidades	Ameaças
Não identificável	Mentalidade da população em relação ao medicamento e ao papel do farmacêutico

3.2.1 Pontos Fortes

Farmacotoxicologia Bioquímica:

Destaco, em primeiro lugar, a minha frequência nesta unidade curricular, uma vez que foi a minha unidade curricular de opção do 5º ano. Estava à espera que a frequência em Farmacotoxicologia Bioquímica me fosse mais útil na área de Análises Clínicas, a qual quero experimentar, no entanto, a minha opção começou a pagar dividendos já no Estágio Curricular, em várias situações práticas das quais destaco duas: a primeira é o aconselhamento a utentes que já fazem terapêutica crónica com anti-inflamatórios não esteróides (AINEs). A estes utentes alertava para algumas complicações a longo prazo destas terapêuticas, nomeadamente os problemas gastrointestinais associados, mas também o facto

de o uso crónico de AINEs poder conduzir situações de insuficiência renal e outras patologias renais. Como se sabe os AINEs podem inibir a ciclooxigenase-1 (COX-1) e a ciclooxigenase-2 (COX-2) indiscriminadamente, sendo não selectivos neste caso, ou podem inibir apenas a COX-2, sendo, neste caso, selectivos. No rim, os AINEs não selectivos diminuem a síntese de prostaglandina E₂ (PGE₂) e de prostaglandina D₂, através da inibição da COX-1. Estas prostaglandinas provocam a dilatação das arteríolas renais, o que contribui para a manutenção do normal fluxo sanguíneo renal e, conseqüentemente, a manutenção da taxa de filtração glomerular (TGF)⁸. Este efeito torna-se mais grave no uso crónico destas moléculas, podendo originar insuficiência renal aguda, com retenção de água e originado hipernatrémia⁸. Assim, o uso crónico de AINEs está desaconselhado em indivíduos que já apresentem disfunção renal e em indivíduos que concomitantemente estejam a fazer terapêuticas com inibidores da enzima de conversão da angiotensina (iECA), diuréticos e bloqueadores-β⁸. Nestes casos, perante utentes a fazer terapêutica hipertensiva e em idosos, nos quais a função renal já está diminuída, a minha atitude enquanto farmacêutico foi sempre a de fazer entender aos utentes as complicações que podem advir do uso crónico de AINEs. Por vezes, tive que contactar com o médico de família dos utentes para alertar para o facto de poder haver “abuso” destes medicamentos, de forma crónica, por parte de alguns utentes.

Outra situação em que pude aplicar os conhecimentos adquiridos nesta unidade curricular foi uma situação que envolveu amiodarona a 200mg, dabigatrano a 110mg (Pradaxa[®]) e sinvastatina a 20mg. Nesta unidade curricular, uma das temáticas abordadas foi a hepatotoxicidade de fármacos, nos quais a amiodarona está incluída. No atendimento de um utente que queria aviar uma receita com amiodarona, outra com a sinvastatina e outra com o Pradaxa[®]. Ao introduzir estes dados no *Sifarma 2000*, este *software* alertou-me para interacções entre a amiodarona e os outros dois fármacos, nomeadamente, inibia a metabolização destes, o que podia potenciar os seus efeitos secundários, nomeadamente a rabdomiólise promovida pela sinvastatina e hemorragia promovida pelo dabigatrano. Questionei o doente se fazia o controlo de sangue regularmente e se fazia análises regularmente para monitorizar a função hepática, uma vez que a amiodarona apresenta como efeito adverso o aumento das transaminases³, ao que o utente respondeu que estava a ser devidamente seguido pelo médico que lhe tinha prescrito aqueles medicamentos. No entanto, contactei o médico para abordar esta situação, o qual frisou que o utente estava a ser monitorizado.

Destaquei esta unidade curricular, uma vez que a sua aplicação nas situações práticas referidas poderá ter diferenciado o meu estágio relativamente ao estágio dos meus colegas de curso.

Integração de conhecimentos de várias áreas:

A grande vantagem do estágio ou, pelo menos do meu estágio, foi a oportunidade que este me proporcionou para integrar e relacionar conhecimentos num contexto de prática profissional. Permitiu-me lembrar e aplicar conhecimentos adquiridos num vasto leque de unidades curriculares, incluindo Farmacologia I e II, farmacoterapia, bioquímica clínica, hematologia e imunologia, até porque, por vezes apareceram-me utentes com o boletim das análises clínicas querendo ouvir a minha opinião, entre outras. Tive também a oportunidade de aplicar conhecimentos adquiridos na unidade curricular Marketing e Comunicação Farmacêutica, por exemplo, na identificação de pontos frios e pontos quentes na farmácia ou através de sugestões sobre estratégias para publicitar determinados produtos e aumentar a sua rotação e rentabilidade. Quero ainda destacar a unidade curricular Intervenção Farmacêutica em Auto-Cuidados de Saúde e Fitoterapia, uma vez que me proporcionou conhecimentos para um melhor desempenho no estágio, já que me foi extremamente útil em muitas situações de indicação farmacêutica, bem como em situações de aconselhamento farmacêutico. A frequência desta unidade curricular permitiu-me uma rápida adaptação ao atendimento ao público e uma maior capacidade na tomada de decisão, tanto ao nível da indicação farmacêutica, como ao nível do aconselhamento farmacêutico.

3.2.2 Pontos Fracos

Dispositivos Médicos:

O facto de eu não ter frequentado esta unidade curricular constituiu um *handicap* no meu estágio, uma vez que frequentemente tive que pedir ajuda aos restantes elementos da equipa da FMS para resolver determinadas situações que envolviam dispositivos médicos, tanto ao nível da indicação farmacêutica, como ao nível do aconselhamento farmacêutico.

Dermocosmética e puericultura:

Os produtos de dermocosmética constituíram, provavelmente, o maior ponto fraco. Senti dificuldades em aconselhar este tipo de produtos, uma vez que não consegui explorar as diferenças entre as várias marcas. Os únicos produtos de dermocosmética para os quais tive maior confiança para aconselhar foram produtos destinados ao tratamento do acne e da rosácea.

Relativamente aos artigos de puericultura, não tive oportunidade de aconselhar nenhum, uma vez que as vendas deste sector específico eram muito baixas. Apenas vendi um artigo de puericultura, para o qual só tive que ceder informação sobre a utilização, uma vez que a utente já sabia qual o produto que queria.

3.2.3 Ameaças

Mentalidade da população em relação ao medicamento e ao papel do farmacêutico:

Apesar de a população mais idosa, que constitui a maioria dos utentes da FMS, valorizar o papel do farmacêutico, confiando no seu aconselhamento e aceitando as suas decisões, tendo consciência que os medicamentos apresentam efeitos secundários, a população mais jovem apresenta uma atitude diferente em relação ao medicamento e ao papel do farmacêutico. Por vezes, deparei-me com exigências pouco razoáveis de alguns utentes em relação à dispensa de alguns medicamentos, nomeadamente antibióticos. Algumas vezes, os utentes exigiram a dispensa de antibióticos sem receita médica, o que eu recusei fazer. No entanto, esta decisão acarreta um risco que é a potencial perda de utentes, uma vez que outra farmácia poderá ter uma atitude contrária à minha e dispensar antibióticos sem receita e, essa possibilidade é muito explorada por estes utentes, o que deixa o farmacêutico numa posição algo ingrata, uma vez que está a adoptar a atitude correcta, ao não dispensar este tipo de medicamentos sem receita médica, mas por outro lado corre o risco de perder utentes. Considero este factor uma ameaça, uma vez que poderia levar a que eu tomasse uma atitude contrário relativamente ao que aprendi durante o curso.

3.3 Adequação do curso às perspectivas futuras

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Formação teórica de base Cultivo de espírito crítico	Desequilíbrio entre a formação teórica e a formação técnico-prática
Oportunidades	Ameaças
Adequação do curso a várias áreas	Cursos técnicos emergentes

3.3.1 Pontos fortes

Formação teórica de base:

No meu ponto de vista, o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, ministrado na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra oferece uma formação teórica de base de elevada qualidade, até porque o curso se caracteriza por uma componente teórica

muito forte. Assim, sinto que fui bem preparado em termos teóricos para a vida profissional que se avizinha.

Cultivo do espírito crítico:

Penso que ao longo do curso, sempre fui incentivado a cultivar o espírito crítico, até porque o próprio cariz teórico do curso assim o obriga. Deste modo, sempre fui incentivado a entender os princípios subjacentes às variadas matérias leccionadas durante o curso, mas também o porquê de esses princípios se relacionarem com essas matérias.

3.3.2 Pontos Fracos

Desequilíbrio entre a formação teórica e a formação técnico-prática:

Penso que, ao longo do curso, existe um “fosso” entre a componente teórica e a componente técnico-prática, na medida em que a nossa formação teórica é muito maior que a nossa formação técnico-prática. Penso que esse “fosso” é mais notório na área de Análises Clínicas, uma vez que o contacto com os procedimentos técnicos subjacentes a esta área foi reduzido. Não praticamos colheita de sangue, não temos o devido contacto com os aparelhos existentes num laboratório de análises clínicas (continua...)

3.3.3 Ameaças

Cursos técnicos emergentes:

A grande ameaça que sinto ao acabar o curso, são os cursos técnicos relacionados com área das Ciências da Saúde. Os recém-licenciados, por exemplo, em Análises Clínicas ou até Farmácia estão muito mais adaptados, no meu ponto de vista, aos procedimentos técnico-práticos aplicados nestas áreas.

3.3.4 Oportunidades

Adequação do curso a várias áreas:

A grande mais valia do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas é a sua aplicabilidade a várias áreas, entre as quais, o ramo de análises clínicas, farmácia comunitária e hospitalar, distribuição por grosso de medicamentos, indústria farmacêutica, entre outros. Neste sentido, esta pluralidade de ramos abrangidos pelas Ciências Farmacêuticas, oferece-me um vasto leque de opções para o futuro.

4. Conclusão

Considero que o meu desempenho no Estágio Curricular foi bastante positivo devido, obviamente, a todos os pontos fortes que identifiquei, mas também devido a alguns pontos fracos, uma vez que, ao detectar os meus pontos fracos, tenho a oportunidade de os mudar, para que no futuro deixem de o ser.

O facto de ter detectado algumas ameaças durante o Estágio Curricular vai permitir que eu me adapte mais rapidamente à vida profissional, uma vez que pude contactar de perto com as mesmas.

Considero que as oportunidades que me foram proporcionadas pelo Estágio Curricular me valorizaram e diferenciaram enquanto farmacêutico.

Quero ainda destacar o tempo de estágio, uma vez que me permitiu uma detecção adequada dos factores acima referidos, mas também porque permitiu uma adaptação gradual à vida profissional, na medida em que iniciei o estágio com alguma insegurança no desempenho das várias actividades, mas as 810 horas de estágio permitiram-me adaptar a essas actividades e ganhar confiança na sua realização. Neste sentido, sinto que, se o meu futuro passar por Farmácia Comunitária, o período de aprendizagem inicial irá ser substancialmente reduzido, o que nesse caso irá constituir uma vantagem, uma vez que demonstra preparação adequada da minha parte à entidade empregadora.

Por último e, não menos importante quero destacar o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas ministrado na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, por todo o conhecimento e perspectivas futuras que me proporcionou.

Bibliografia

1. Conselho Nacional de Qualidade. **Boas Práticas de Farmácia (BPF)**. 3ª ed.: Ordem dos Farmacêuticos, 2009. Disponível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3082.pdf [Acedido a 27 de Junho de 2014]
2. Portaria nº 769/2004, de 1 de Julho. *Diário da República nº 153 – I Série B*. Ministério da Economia e da Saúde. Lisboa
3. Caramona, M., Esteves, A. P., Gonçalves, J., Macedo, T., Mendonça, J., Osswald, W., Pinheiro, R. L., Rodrigues, A., Sepodes, B., Teixeira, A. A. **Prontuário Terapêutico**. 11ª ed. Infarmed, 2012. ISBN 978-989-8369-11-6
4. Infarmed. **Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde**. Infarmed, 2014. Disponível em:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/Normas_dispensa.pdf [Acedido a 18 de Maio de 2014]

5. Moriguchi, Y., Hiraki, K. Prefrontal cortex and executive function in young children: a review of NIRS studies. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2013;7:1-9.
6. Sjowall, D., Thorell, L.B. Functional impairments in attention deficit hyperactivity disorder: the mediating role of neuropsychological functioning. *Developmental Neuropsychology*. 2014;39(3):187-204.
7. Pinchinat, S., Cebrián-Cuenca, A.M., Bricout, H., Johnson, R.W. Similar herpes zoster incidence across Europe: results from a systematic literature review. *BMC Infectious Diseases*. 2013;13(170):1-10.
8. Batlouni, M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: cardiovascular, cerebrovascular and renal effects. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2010;94(4):522-529