



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Joana Isabel Paiva Almeida

Relatórios de Estágio, sob orientação, da Dra. Mónica Sousa e da Dra. Maria Teresa Pereira e Monografia intitulada “Cancro do Útero” sob orientação do Professor Doutor Elisiário José Tavares da Silva, referentes à Unidade Curricular “Estágio”, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2023



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Joana Isabel Paiva Almeida

Relatórios de Estágio, sob orientação, da Dra. Mónica Sousa e da Dra. Maria Teresa Pereira e Monografia intitulada “Cancro do Útero” sob orientação do Professor Doutor Elisiário José Tavares da Silva, referentes à Unidade Curricular “Estágio”, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2023

Eu, Joana Isabel Paiva Almeida, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 2017253220, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Cancro do Útero” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

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

Coimbra, 8 de setembro de 2023.

Joana Isabel Paiva Almeida

(Joana Isabel Paiva Almeida)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, à minha avó Helena, e à restante família por nunca deixarem de acreditar em mim, nunca me deixarem desistir e me apoiarem do primeiro ao último dia.

Aos meus amigos, Ana, Marta, Hugo, Aquiles, Inês, Beatriz e Diogo, por terem tornado Coimbra casa, com vocês fui muito feliz e vivi os melhores momentos da minha vida. Obrigada por todas as partilhas, sorrisos, lágrimas, saídas à noite, noites de estudo, por tantos outros momentos que partilhamos e vamos continuar a partilhar.

À Ana, por me teres mostrado que a vida pode ter outra cor, és o meu refúgio e conforto, a irmã que nunca tive.

A toda a equipa da Farmácia Saúde, principalmente à Dra. Mónica Sousa, que me recebeu extremamente bem, onde houve partilha de bons momentos e por me transmitiu muitos conhecimentos.

A toda a equipa dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Distrital da Figueira da Foz que tiveram também um papel importante na minha aprendizagem.

Ao Professor Doutor Elisiário Silva pela sua disponibilidade e ajuda ao longo da realização da monografia.

A ti, Coimbra, que me ensinaste bastante e que me viste crescer ao longo dos últimos anos. Obrigada por me teres apresentado a minha segunda família.

Um Muito Obrigada!

ÍNDICE

Parte I – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

LISTA DE ABREVIATURAS	8
1. INTRODUÇÃO	10
2. A FARMÁCIA – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	10
2.1. Localização e Horário de Funcionamento	10
2.2. Recursos Humanos	11
2.3. Caracterização do Espaço Exterior	11
2.4. Caracterização do Espaço Interior	12
2.5. Sistema Informático	12
2.5.1. Encomendas	13
2.5.2. Devoluções	13
2.5.3. Módulo de Atendimento	14
2.5.4. Faturação	14
3. ANÁLISE SWOT	14
3.1. Pontos Fortes (<i>Strengths</i>)	15
3.1.1. Estágio como Parte Integrante do Plano Curricular de MICF	15
3.1.2. Localização da Farmácia	15
3.1.3. Organização da Farmácia	15
3.1.4. Plano de Estágio	16
3.1.5. Serviços Prestados	17
3.1.6. Preparação de Medicamentos Manipulados	18
3.1.7. Preparação Individualizada de Medicação (PIM)	18
3.1.8. Histórico na Ficha de Utente	19
3.2. Pontos Fracos (<i>Weaknesses</i>)	19
3.2.1. Lacunas no Plano Curricular do MICF	19
3.2.2. Desconhecimento dos Nomes de Marca dos Medicamentos	20
3.2.3. Dispensa de Receitas Manuais	20
3.2.4. Aconselhamento de Alguns Produtos	20
3.3. Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	21
3.3.1. Modelos de Prescrição Médica	21
3.3.2. Público-alvo Heterogéneo	21
3.3.3. Formações e Contínua Aprendizagem	22
3.3.4. Cedência de Medicamentos Hospitalares	22

3.4. Ameaças (<i>Threats</i>).....	22
3.4.1. Cedência de MSRM sem Receita Noutras Farmácias.....	22
3.4.2. Aceitação dos Medicamentos Genéricos por Parte de Algum Utentes	23
3.4.3. Constante Aparecimentos de Novas Referências.....	24
3.4.4. Medicamentos Esgotados.....	24
4. ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

Parte II – Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

LISTA DE ABREVIATURAS	30
1. INTRODUÇÃO	32
2. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DO HDFF, EPE.....	32
3. ANÁLISE SWOT	33
3.1. Pontos Fortes (<i>Strengths</i>).....	33
3.1.1. Organização dos Serviços Farmacêuticos	33
3.1.2. Seleção e Aquisição de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos.....	34
3.1.3. Receção e Armazenamento de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos	35
3.1.4. Distribuição de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos.....	36
3.1.5. Farmacotecnia	37
3.1.6. Dispensa de Medicamentos em Regime de Ambulatório.....	37
3.1.7. Preparação de Citostáticos	38
3.2. Pontos Fracos (<i>Weaknesses</i>)	38
3.2.1. Duração e Componente Observacional do Estágio	38
3.2.2. Ensaio Clínicos.....	38
3.2.3. Conhecimento Limitado das Terapêuticas Oncológicas e de Medicamentos de Uso Exclusivo Hospitalar.....	39
3.3. Oportunidades (<i>Opportunities</i>).....	39
3.3.1. Realização de Trabalhos Propostos e Formações.....	39
3.3.2. Colaboração com Serviços Clínicos e Departamentos Técnicos.....	39
3.4. Ameaças (<i>Threats</i>).....	40
3.4.1. Distanciamento Farmacêutico-Doente.....	40
3.4.2. Plano de Estudos do MIFC	40
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

Parte III – Monografia: "Cancro do Útero"

LISTA DE ABREVIATURAS	44
RESUMO	45
ABSTRACT	46
1. INTRODUÇÃO	47
2. ANATOMIA DO ÚTERO.....	48
3. CANCRO DO COLO DO ÚTERO	50
3.1. Vírus do Papiloma Humano (HPV).....	51
3.2. Epidemiologia.....	51
3.3. Fatores de Risco	52
3.4. Sintomatologia.....	53
3.5. Prevenção, Vacinação e Rastreios	54
3.6. Diagnóstico	55
3.7. Estadiamento	56
3.8. Tratamento	57
4. CANCRO DO ÚTERO	59
4.1. Epidemiologia.....	60
4.2. Fatores de Risco	60
4.3. Sintomatologia.....	61
4.4. Prevenção.....	62
4.5. Diagnóstico	62
4.6. Estadiamento	62
4.7. Tratamento.....	63
5. CONCLUSÃO.....	63
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

PARTE I

Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

FARMÁCIA SAÚDE, Lda. - Figueira da Foz



Orientado pela Dra. Mónica Sousa

LISTA DE ABREVIATURAS

ANF – Associação Nacional das Farmácias

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

BIL – Bilirrubina

BLD – Eritrócitos

BPF-FC – Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária

COE – Contraceção Oral de Emergência

DCI – Denominação Comum Internacional

EC – Estágio Curricular

FFUC – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

FS – Farmácia Saúde

GLU – Glucose

HbA1c – Hemoglobina Glicada

HDL – Lipoproteína de Alta Densidade

INR – *International Normalized Ratio*

KET – Cetonas

LDL – Lipoproteína de Baixa Densidade

LEU – Leucócitos

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MNSRM-EF – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

MSRMV – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica Veterinária

NIT – Nitritos

PA – Pressão Arterial

PIC – Preço Impresso na Cartonagem

PIM – Preparação Individualizada da Medicação

PRO – Proteína

PV – Prazo de Validade

PVF – Preço de Venda à Farmácia

PVP – Preço de Venda ao Público

SI – Sistema Informático

SG – Gravidade Específica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TG – Triglicéridos

UBG – Urobilinogénio

I. INTRODUÇÃO

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC) tem como etapa final a realização do Estágio Curricular (EC), que visa a aplicação prática dos conhecimentos científicos adquiridos durante os anos de curso preparando da melhor forma possível futuros farmacêuticos.

O farmacêutico como profissional de saúde tem como objetivo a promoção da saúde pública, assim com o EC temos esse primeiro contacto, permitindo aprimorar as competências de comunicação e cuidado com o próximo. A Farmácia Comunitária, dada a acessibilidade à população, é muitas vezes o primeiro serviço de saúde ao qual as pessoas recorrem, deste modo, é necessário garantir a qualidade e a adequação dos medicamentos no ato da dispensa e também garantir que são prestadas todas as informações necessárias à sua utilização.

Neste seguimento, o meu EC foi realizado na Farmácia Saúde (FS), na Figueira da Foz, de 16 de janeiro a 28 de abril de 2023, num total de 650 horas, sob orientação da Dra. Mónica Sousa. O presente relatório de estágio incluirá a análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), avaliando assim os Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças, bem como a descrição e análise de cinco casos práticos que vivenciei durante a realização do EC, de acordo com as “Normas Orientadoras da Unidade Curricular “Estágio Curricular” do MICF”.

2. A FARMÁCIA – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

2.1. Localização e Horário de Funcionamento

A Farmácia Saúde pertence ao concelho da Figueira da Foz e localiza-se no *Shopping Atlântico*, ou como é mais conhecido, no centro comercial E. Leclerc, na Rotunda do Limonete em Tavarede.

Encontra-se aberta todos os dias da semana, de segunda a sábado das 9h às 20h e aos domingos e feriados das 9h às 13h. Além disso, de 13 em 13 dias, a FS cumpre serviço de regime permanente, a escala de serviço é estabelecida em regime obrigatório pela Administração Regional de Saúde Centro, I.P. (ARSC). A FS encontra-se inserida na rede Farmácias Portuguesas da Associação Nacional das Farmácias (ANF), dispondo dos serviços inerentes a esta, tais como o cartão Saúde e o Sifarma®.

2.2. Recursos Humanos

A FS é constituída por um elevado número de profissionais extremamente capacitados, como se verifica na Tabela I, e considero que seja uma equipa jovem e bastante dinâmica.

A Direção Técnica é da responsabilidade da Dra. Anabela Mascarenhas, proprietária conjunta com o Engenheiro Flávio Maia.

Tabela I – Recursos Humanos da FS

Nome	Categoria Profissional
Anabela Mascarenhas	Diretora Técnica
Ana Rita Fernandes	Farmacêutica Substituta
Nélio Oliveira	Farmacêutico Substituto
Joana Santos	Farmacêutica Substituta
Aline Soares	Farmacêutica
Ana Cabral	Farmacêutica
Marta Dias	Farmacêutica
Marta Matias	Farmacêutica
Mónica Sousa	Farmacêutica
David Muge	Técnico de Farmácia
Diana Silva	Técnica de Farmácia
Paulo Silva	Técnico de Farmácia
Tânia Claro	Técnica de Farmácia
Tiago Monteiro	Técnico de Farmácia
Fernanda Marques	Técnica Auxiliares de Farmácia
Paula Santos	Técnica Auxiliares de Farmácia
Deonilde Fernandes	Técnica Indiferenciada
Soraya Schneider	Técnica Indiferenciada

O bom ambiente e relacionamento entre toda a equipa é notória e todos sempre se demonstraram disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que surgisse em qualquer altura do estágio.

2.3. Caracterização do Espaço Exterior

A FS, cumprindo as Boas Práticas de Farmácia para a Farmácia Comunitária (BPF-FC) e como está descrito no Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, possui no seu espaço exterior a identificação por meio de uma cruz verde, que se encontra iluminada, possui

também uma placa visível com o nome da farmácia, bem como a Diretora Técnica, o horário de funcionamento e as farmácias de serviço no concelho da Figueira da Foz. A cruz verde também se encontra iluminada durante a noite quando se encontra de serviço. ^[1,2]

Possui um postigo para o atendimento noturno, devidamente iluminado, onde também é afixada a informação acerca das farmácias de serviço permanente e de reforço. Estão também presentes montras profissionais, periodicamente elaboradas pela equipa da farmácia.

2.4. Caracterização do Espaço Interior

A FS encontra-se organizada com espaços bem delimitados. A sala de atendimento ao público está disposta em função do utente, de modo a garantir a sua fácil circulação e visualização de todos os expositores. Posto isto, é composta por 6 balcões e um gabinete de atendimento personalizado que garante a privacidade e confidencialidade do utente, onde se realizam diversos serviços farmacêuticos, descritos na Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, nomeadamente medições da pressão arterial (PA), da glicémia, do perfil lipídico, entre outros. ^[3] Neste andar encontra-se também o laboratório de medicamentos manipulados.

Existe também um andar superior com dois outros gabinetes onde decorrem as consultas de nutrição, uma sala de reuniões para atividades de formação, palestras e outras atividades dinamizadas pela farmácia, o laboratório de preparação de medicamentos veterinários manipulados, a sala da Preparação Individualizada de Medicação (PIM), o gabinete da direção, uma sala de refeições para a equipa e instalações sanitárias.

O *backoffice* é constituído por uma zona de gestão e receção de encomendas, uma zona de armazenamento dos medicamentos e outra dedicada à equipa, com cacifos e instalações sanitárias particulares.

É ainda importante referir que o ambiente da FS é controlado por vários termo-higrómetro colocados em pontos específicos para garantir que a temperatura não ultrapassa os 25 °C e a humidade os 60%, e assim não colocar em causa a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos, indo uma vez mais ao encontro das BPF-FC. ^[1]

2.5. Sistema Informático

O sistema informático (SI) utilizado na FS é o Sifarma[®], tanto o Sifarma 2000[®] como o “novo Módulo de Atendimento”, utilizando-se atualmente os dois em simultâneo. O Sifarma 2000[®] é mais utilizado para a receção e devolução de encomendas e faturação do receituário,

que ainda não foi implementado no novo módulo. Assim, foi possível contactar com as duas versões em simultâneo e adquirir informações necessárias de ambas as atualizações. O Sifarma[®] é um *software* de gestão e atendimento desenvolvido pela Glintt[®] e que é utilizado em 90% das farmácias em Portugal. ^[4]

Este SI é essencial pois dispõe de diversas funcionalidades, desde a elaboração e receção de encomendas até à dispensa do medicamento, permitindo o bom funcionamento da farmácia.

2.5.1. Encomendas

É possível realizar três tipos de encomendas no SI: as encomendas diárias, manuais e instantâneas. As encomendas diárias são geradas automaticamente de acordo com o *stock* mínimo e máximo definido em cada produto, e posteriormente, analisadas para se for necessário realizar as alterações e enviar a encomenda para o fornecedor. As encomendas manuais são criadas no momento da receção da encomenda, porque são por norma realizadas por telefone ou diretamente com um delegado. As encomendas instantâneas são realizadas durante o atendimento, quando o produto que o utente pretende não está disponível na farmácia.

Uma das primeiras coisas que nos ensinam no estágio é verificar certos parâmetros aquando da receção das encomendas. Esses parâmetros são os Prazos de Validade (PV), o Preço de Venda ao Público (PVP) dos Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) que deve coincidir com o Preço Impresso na Cartonagem (PIC) e o Preço de Venda à Farmácia (PVF), que deve coincidir com o preço de custo apresentado na fatura. Nos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), como não apresentam PIC, o PVP é definido pela farmácia, de acordo com a margem de lucro por esta estabelecida.

2.5.2. Devoluções

As devoluções são efetuadas principalmente em duas circunstâncias. Caso se detete uma falha aquando da receção da encomenda, como por exemplo se o PV for curto, se houver uma troca de produtos, uma embalagem danificada ou se os produtos forem faturados e não enviados; também pode ser realizada aquando da verificação de PV. Mensalmente são verificados os PV e são colocados de parte os produtos cujo prazo de validade terminará nos próximos três meses. A devolução é realizada quando se verifica que o PV expira no mês seguinte. Para as devoluções serem aceites é necessário criar uma nota de devolução no Sifarma[®]. Se forem aceites pode acontecer uma das três alternativas: a troca do produto em

causa, o envio de um outro produto do mesmo valor ou então a creditação à farmácia do valor do produto em causa.

2.5.3. Módulo de Atendimento

O novo módulo de atendimento do Sifarma[®] é uma ferramenta com componentes mais apelativos, intuitivos e é um sistema mais organizado, com o qual tive oportunidade de trabalhar em contexto de balcão. Com esta atualização é possível aceder mais rapidamente à ficha dos produtos e ao histórico do utente, o que constitui uma mais-valia no ato do atendimento.

2.5.4. Faturação

O SI é uma ferramenta muito importante no que diz respeito ao procedimento de faturação que acontece no final de cada mês. Durante a realização do estágio tive a oportunidade de assistir e aprender a realizar todas as etapas deste processo.

No último dia do mês é realizado o fecho dos lotes do receituário, em que cada lote é composto por 30 receitas. Para isto acontecer é necessário o verbete de identificação do lote, a relação de resumo de lotes e as faturas das receitas para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e para cada um dos subsistemas. Em relação às receitas médicas eletrónicas do SNS, a confirmação é feita automaticamente via *online*. No entanto, nas receitas manuais é necessário verificar todos os elementos essenciais para a validação, confirmar os planos de comparticipação e separar os lotes. É também necessário verificar se o documento impresso no verso das mesmas está de acordo com o respetivo verbete de identificação do lote, o que diz respeito ao valor total de cada receita, valor de comparticipação e ao número total de receitas.

No caso das comparticipações pelos subsistemas de saúde, o procedimento é igual, mas são organizados pelos respetivos subsistemas. Todos os documentos são posteriormente enviados à ANF, que os reencaminha às respetivas entidades, exceto para o SNS que são enviados diretamente para o Centro de Conferência de Faturas.

3. ANÁLISE SWOT

O presente relatório está estruturado sob uma análise SWOT, na qual os Pontos Fortes (*Strenghts*) e Pontos Fracos (*Weaknesses*) são os fatores internos ao estágio e as

Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*) são os fatores externos. A Tabela 2 representa os quatro pontos analisados, de acordo com a sua génese.

Tabela 2 – Análise SWOT

	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
FATORES INTERNOS	Pontos Fortes (<i>Strengths</i>)	Pontos Fracos (<i>Weaknesses</i>)
FATORES EXTERNOS	Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	Ameaças (<i>Threats</i>)

3.1. Pontos Fortes (*Strengths*)

3.1.1. Estágio como Parte Integrante do Plano Curricular de MICF

Na minha opinião, a existência de um estágio numa farmácia comunitária é fundamental para o plano curricular do MICF, sem o qual considero que seria impossível termos uma noção do que nos espera no mundo profissional.

Apesar de achar que este estágio deveria ter uma maior duração, por exemplo de dois semestres, já dá para ter uma noção da realidade que é trabalhar em farmácia comunitária e colocar em prática todos os conhecimentos implementados ao longo do MICF. Esta aprendizagem permite que a formação seja mais completa e até contactar com áreas que não são muito exploradas em ambiente académico.

3.1.2. Localização da Farmácia

A FS, como referido anteriormente, está localizada num centro comercial o que faz com que tenha acesso a um amplo parque de estacionamento, tanto coberto como ao ar livre. Tendo em conta este fator, a deslocação à farmácia torna-se muito conveniente e com uma heterogeneidade da população. Com isto, a elevada afluência e heterogeneidade de utentes fez com que pudesse contactar com diferentes realidades e situações no decorrer do estágio.

3.1.3. Organização da Farmácia

A organização dos produtos na farmácia foi um dos pontos que me ajudou bastante no estágio. Na FS, existe um vasto leque de referências de produtos e a sua organização é um ponto-chave. Após a receção das encomendas os produtos são arrumados nas respetivas gavetas ou prateleiras.

Os produtos expostos à vista do utente são essencialmente suplementos alimentares, MNSRM, produtos de cosmética, de ortopedia, de puericultura. Estes produtos estão expostos segundo estratégias de *marketing* e de acordo com a época do ano em prateleiras, gôndolas e lineares.

No interior, a disposição dos medicamentos está dividida em prateleiras e gavetas, verticais e horizontais, onde:

- Nas gavetas verticais, os comprimidos e cápsulas sujeitos a receita médica encontram-se arrumados, segundo a Denominação Comum Internacional (DCI), por ordem alfabética. Os restantes estão divididos por categorias, como pomadas, pós, gotas orais/nasais/auriculares, produtos de uso externo, ginecológicos, antiasmáticos, supositórios e injetáveis, e encontram-se organizados por ordem alfabética do nome comercial.
- Nas gavetas horizontais, encontram-se gotas e pomadas oftálmicas, produtos do protocolo da Diabetes, Medicamentos Sujeitos a Receita Médica Veterinária (MSRMV) e alguns suplementos alimentares.
- Os produtos termolábeis são armazenados em frigorífico controlado.
- Os xaropes e pós para preparação de suspensões orais são armazenados por ordem alfabética do seu nome comercial em prateleiras horizontais.

3.1.4. Plano de Estágio

Considero como ponto forte do meu estágio a forma como a FS elabora o plano de estágio. Inicialmente, foi-me apresentado todo o espaço da farmácia para ficar familiarizada e posteriormente apresentaram o sistema informático.

O plano de estágio é dividido em três fases. Numa primeira fase, com duração de 3 semanas, as minhas funções foram pelo *backoffice*, passando pelo armazenamento de medicamentos e outros produtos, gestão de encomendas e devoluções, controlo de prazos de validade e reposição de *stock*. Esta fase foi mais curta dado que realizei um estágio de verão na FS e já estava familiarizada com algumas tarefas. Considero que esta fase é fundamental para contactar com os produtos, permitindo conhecer nomes comerciais e associar estes aos princípios ativos, e para posteriormente ter um bom desempenho a nível do atendimento.

A segunda fase do estágio passa pela observação dos atendimentos. Nesta fase, foi-me permitido adquirir e consolidar os conhecimentos quanto ao aconselhamento nas diversas situações e também permitir a minha adaptação ao Módulo de Atendimento do Sifarma®.

A última fase é caracterizada pelo atendimento autónomo supervisionado. Nesta fase, tive oportunidade de aplicar todos os conhecimentos que fui adquirindo ao longo do MICE e do estágio curricular.

3.1.5. Serviços Prestados

Na FS, o utente pode realizar vários testes bioquímicos que lhe permitem facilmente realizar o seguimento de algumas patologias. Alguns utentes acabam por ir muitas vezes à farmácia pois confiam nos profissionais de saúde e estão à vontade com os mesmos. As medições e testes realizados são os seguintes:

- Medição da pressão arterial – é uma medição bastante simples para obter os valores da pressão arterial sistólica e diastólica.
- Medição da glicémia – é um teste simples que é feito para o controlo da Diabetes Mellitus, avalia-se o nível de glicose no sangue, recorrendo a uma picada e recolha de uma pequena gota de sangue capilar. A medição é feita com recurso a um glicosímetro.
- CoaguCheck XS[®] – é possível determinar o *International Normalized Ratio* (INR) através da recolha de uma porção de sangue capilar. É uma medição essencial para a monitorização de doentes com terapêutica anticoagulante com antagonistas da vitamina K, nomeadamente na terapêutica com varfarina, porque este reflete o tempo que o sangue demora a coagular.
- Cobas b101[®] – realizado mediante recolha de uma porção de sangue capilar, determina, consoante as tiras de teste usadas, o perfil lipídico completo do utente, obtendo-se os valores de CT, Triglicéridos (TG), Lipoproteína de Alta Densidade (HDL) e Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL), e a Hemoglobina Glicada (HbA1c).
- Urisys 1100[®] – permite fazer uma análise quantitativa aos parâmetros da urina avaliados no Combur-test[®], como Gravidade específica (SG), pH, Leucócitos (LEU), Nitritos (NIT), Proteína (PRO), Glucose (GLU), Cetonas (KET), Urobilinogénio (UBG), Bilirrubina (BIL) e Eritrócitos (BLD).

Durante o estágio tive oportunidade de observar a realização dos referidos testes aos utentes, interpretando os resultados e esclarecendo eventuais dúvidas que estes apresentavam relativamente à medicação que estavam a tomar. Foi um ponto positivo para que pudesse num futuro próximo, desempenhar a profissão farmacêutica, da melhor forma possível.

Além dos testes bioquímicos, a FS tem outro tipo de serviços como por exemplo: PIM, Preparação de Medicamentos Manipulados, entrega de medicamentos hospitalares e ainda a troca de seringas através do Programa de Troca de Seringas “Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão”.

3.1.6. Preparação de Medicamentos Manipulados

Apesar da grande variedade de medicamentos que existem atualmente no mercado, há situações para as quais não há opções terapêuticas adequadas. A FS tem, assim, hoje, um grande portfólio de medicamentos manipulados produzidos no seu laboratório. Diariamente são vários os utentes para os quais se faz a preparação de medicamentos essenciais para os seus tratamentos. São ainda preparados no laboratório um conjunto de outros produtos de saúde como, por exemplo, suplementos alimentares, tratamentos tópicos não medicamentosos, cuidados dentários, como pasta de dentes, e dermocosméticos sustentáveis como champôs sólidos e exfoliantes corporais.

Ao longo do meu estágio, tive a oportunidade de assistir e preparar vários manipulados e acompanhei igualmente o preenchimento da ficha de preparação dos produtos manipulados, o controlo de qualidade e elaboração dos rótulos dos mesmos.

3.1.7. Preparação Individualizada de Medicação (PIM)

A PIM consiste num serviço farmacêutico que organiza os medicamentos sólidos orais em dispositivos de forma individualizada para melhorar a adesão terapêutica, aumentando a segurança e eficácia dos tratamentos farmacoterapêuticos dos utentes.

A FS dispõe de um novo método constituído por um robô automatizado, pelo sistema Ti-Dose[®] e pelo sistema OnCube[®]. No sistema Ti-Dose[®] é introduzida toda a informação respetiva a cada utente, nomeadamente as suas tabelas terapêuticas. A produção da medicação é então enviada do Ti-Dose[®] para o sistema OnCube[®], o qual faz a ligação com o robô.

O resultado da produção é constituído por um rolo de plástico individualizado, identificado com o nome de cada utente e está dividido pelas várias tomas ao longo do dia.

Com isto, o serviço de PIM detém variadíssimas vantagens, como por exemplo, reduzir possíveis erros na toma da medicação, melhorar a adesão à terapêutica e evitar os esquecimentos de tomas, reduzir o desperdício e assim, ajudar os utentes a retirar o máximo benefício do seu tratamento, facilitando o seu quotidiano ou do cuidador que os acompanha, nomeadamente nos lares e centros de dia.

3.1.8. Histórico na Ficha de Utente

O histórico dos utentes é bastante completo pois qualquer venda é registada na ficha de utente. Considero que é bastante importante e pertinente este tipo de registo, por vários motivos. Primeiro, a informação relativa aos laboratórios é bastante significativa pois, desta forma, conseguimos dar sempre a medicação igual ao utente. Isto torna-se bastante importante, especialmente nos utentes mais idosos que confundem facilmente a medicação se as caixas forem alteradas. Outro motivo é em casos de se fazer uma venda suspensa sabe-se exatamente qual é o medicamento e a dosagem que o utente está a fazer. Neste caso, a consulta do histórico, permite-nos prevenir erros na medicação do utente.

O registo é também uma ajuda excelente quando o utente refere que comprou na farmácia uns comprimidos, uma pomada, etc. com que se deu muito bem, e que, por exemplo, não se recorda do nome. Aí a consulta do histórico agiliza e facilita a dispensa e o atendimento. Este registo rigoroso e criterioso permitiu-me ter outra segurança ao balcão, assim considero que é uma ferramenta essencial para minimizar os possíveis erros no atendimento.

3.2. Pontos Fracos (*Weaknesses*)

3.2.1. Lacunas no Plano Curricular do MICF

O plano curricular do MICF apresenta uma grande variedade de unidades curriculares. Contudo, durante o estágio em farmácia comunitária, deparei-me com inúmeras dificuldades em várias áreas, fazendo com que fosse muito dependente da equipa técnica da farmácia.

Os pontos que considero mais relevantes referir são os poucos conhecimentos adquiridos durante o curso nas áreas de suplementação alimentar, dermocosmética e veterinária. Uma das áreas mais solicitada na farmácia são os suplementos alimentares e dispus de apenas alguns conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Plantas Medicinais e Farmacognosia, sendo que numa fase inicial não me sentia segura nem dotada de conhecimentos suficientes para um bom aconselhamento. Em relação aos produtos de uso veterinário, esta foi outra área onde a minha formação falhou notoriamente, sendo que, mesmo com a existência de uma unidade curricular obrigatória sobre a mesma, não há formação suficiente para os casos concretos com que nos deparamos no dia-a-dia de uma farmácia. A dermocosmética é outro exemplo semelhante ao anterior, apesar de haver a unidade curricular de Dermofarmácia e Cosmética e esta abordar casos práticos por ser uma área em constante evolução esta não consegue acompanhar, com isto seria pertinente a inclusão de mais casos práticos aplicáveis na Farmácia Comunitária e da formação sobre determinadas gamas de produtos especializados.

O EC permitiu-me alargar os meus conhecimentos nestas áreas, graças ao maior contacto com estes produtos, o que será fundamental no meu futuro profissional.

3.2.2. Desconhecimento dos Nomes de Marca dos Medicamentos

As prescrições por DCI ajudam-nos a saber principalmente onde se encontram arrumados os medicamentos na farmácia, mas na verdade muitos dos utentes apenas reconhecem os medicamentos pela caixa e, muitas vezes, unicamente pelo nome de marca.

O total e completo desconhecimento das marcas fez com que, muitas vezes, numa fase inicial, se o utente me perguntasse perante uma prescrição médica por DCI, se essa linha era o medicamento “x”, houvesse alguma demora na resposta. Essa demora era muitas vezes interpretada pelo utente como uma falta de conhecimentos gerais, traduzindo-se numa desconfiança do mesmo no meu aconselhamento.

3.2.3. Dispensa de Receitas Manuais

Considero que a dispensa de receitas manuais foi um ponto fraco durante o meu EC, uma vez que incluem um maior número de procedimentos aquando do atendimento. Primeiro, é crucial verificar se todos os parâmetros obrigatórios estão corretamente preenchidos. De seguida é necessário decifrar os medicamentos prescritos, que muitas vezes não são assim tão evidentes, tendo tido, por vezes, de não dispensar o correto. Por último, o facto de nas receitas manuais não se encontrar preenchido o campo relativo à comparticipação pelo SNS nem as diferentes portarias aplicáveis foi também um obstáculo a ultrapassar. Assim, tive de recorrer várias vezes a algum membro da equipa para me ajudar nesse sentido.

3.2.4. Aconselhamento de Alguns Produtos

Durante a realização do estágio fui confrontada várias vezes com pedidos de aconselhamento, nomeadamente de MNSRM e de produtos de dermocosmética. Inicialmente tive de recorrer sistematicamente a algum membro da equipa para me auxiliar nestes aconselhamentos, visto que eram áreas em que não me sentia tão segura, em parte devido à enorme variedade de produtos semelhantes disponíveis para a mesma finalidade. Com o passar do tempo fui ganhando alguns conhecimentos mais práticos nestas áreas o que me permitiu contornar esta falha.

3.3. Oportunidades (*Opportunities*)

3.3.1. Modelos de Prescrição Médica

Ao longo do meu EC, tive a oportunidade de contactar com três modelos de prescrição médica: a prescrição eletrónica desmaterializada, a prescrição eletrónica materializada e a prescrição manual.

A prescrição eletrónica desmaterializada, por ser a mais comum atualmente, foi sem dúvida com que mais contactei ao longo do meu estágio. Neste tipo de receita, através do recurso a 3 códigos (número da receita, código de acesso ou dispensa e código do direito de opção) é possível aceder informaticamente à receita e proceder à dispensa dos medicamentos. Esta receita permite um levantamento gradual da medicação e é, muitas vezes, enviada para os contactos móveis dos utentes.

Os outros dois tipos de prescrição médica servem, hoje, para situações de impossibilidade de utilização do modelo de prescrição desmaterializada. As prescrições manuais são aceites perante um motivo de exceção, que deverá estar assinalado no canto superior direito como uma das quatro situações admitidas como justificativo: a) Falência informática; b) Inadaptação fundamentada do prescriptor; c) Prescrição no domicílio; d) Até 40 receitas por mês. ^[5]

Neste tipo de receitas há que ter especial atenção a vários parâmetros para que a mesma seja considerada válida, como por exemplo, a assinatura do médico e data de validade (30 dias após a data de emissão da mesma). Todos estes passos de verificação, aliados à interpretação da caligrafia, tornam a utilização deste tipo de prescrição mais complexa e demorada.

Tendo em conta o elevado número de utentes da FS e a heterogeneidade dos mesmos, foi-me ainda possível contactar com diversos regimes excepcionais de comparticipação e planos de comparticipação complementares.

3.3.2. Público-alvo Heterogéneo

Como referido anteriormente, a localização da FS permitiu que usufrísse de numerosas oportunidades de atendimento durante o meu EC. Tive a oportunidade de contactar com pessoas de faixas etárias muito diferentes e com necessidades igualmente distintas. Com isso, presenciei uma grande diversidade de situações, que levou a alargar os meus conhecimentos em diversas áreas e, conseqüentemente para diversos produtos, tendo assim realizado aconselhamentos farmacêuticos bastante distintos. Para além disso, deu-me também a oportunidade de desenvolver as minhas competências de comunicação, uma vez que foi

necessário adaptar a linguagem consoante a capacidade de compreensão dos diferentes utentes.

3.3.3. Formações e Contínua Aprendizagem

A formação é, indiscutivelmente, uma mais-valia para todos os profissionais pois a área da saúde está em constante desenvolvimento, necessitando de formação contínua. A oportunidade de formação contínua e conhecimento aprofundado dos produtos e medicamentos permite-nos prestar o melhor aconselhamento ao utente pois o farmacêutico é, em muitos casos, o primeiro profissional de saúde a quem o utente se dirige para esclarecer possíveis dúvidas.

Ao longo do meu EC, tive a oportunidade de realizar diversas formações, tanto *online* como presencialmente. Com esta oportunidade, fiquei a conhecer uma grande variedade de produtos de saúde disponíveis na farmácia, ganhando noções mais concretas e conhecendo novos produtos que surgiram no mercado.

3.3.4. Cedência de Medicamentos Hospitalares

Na FS, pude contactar com a cedência de medicamentos hospitalares e aperceber-me o quão mais fácil é as pessoas se deslocarem à farmácia do que se deslocarem aos serviços farmacêuticos no hospital.

Aquando da chegada de um medicamento hospitalar na farmácia, há um farmacêutico responsável por fazer o contacto com o utente a confirmar que pode levantar a medicação e a dispensa é sempre feita, igualmente, por um farmacêutico. Pude, desta forma, observar o rececionamento, bem como a dispensa, dos medicamentos hospitalares.

3.4. Ameaças (*Threats*)

3.4.1. Cedência de MSRM sem Receita Noutras Farmácias

Os medicamentos são considerados sujeitos a receita médica quando preenchem, pelo menos, uma das seguintes condições: a) possam constituir um risco quando utilizados sem vigilância médica, ainda que administrados corretamente; b) sendo, frequentemente, utilizados para outro fim que não aquele a que se destinam, podem constituir um risco para a saúde; c) contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade e/ou efeitos secundários seja indispensável aprofundar; d) sejam medicamentos de administração

parentérica. Apenas em alguns casos, excepcionais, a lei permite a dispensa de MSRM sem a respetiva receita, nas farmácias. [6]

Ao longo do meu estágio foram várias as negações à cedência de MSRM sem receita por, na FS, se cumprir escrupulosamente a lei. No entanto, o facto de outras farmácias fazerem estas dispensas sem nenhum cuidado nem avaliação, leva a população a crer que não há absolutamente problema nenhum em fazer as mesmas. Várias vezes se geraram situações desagradáveis ao balcão por não se fazer a cedência do medicamento solicitado.

Considero que este ponto representa uma ameaça à classe farmacêutica e por consequência ao meu estágio, enquanto futura farmacêutica. Muitas vezes as pessoas nem queriam escutar a nossa justificação, referindo que não entendiam a nossa atitude, pois sabiam que se fossem a outra farmácia lhes cediam os medicamentos sem colocar qualquer entrave.

Conforme descrito acima, os medicamentos são considerados MSRM por algum motivo e a segurança de um utente pode estar comprometida por uma cedência negligente. A saúde pública está posta em causa quando se facilita a cedência de MSRM sem a devida receita e sem haver extrema necessidade. Há alternativas de MNSRM ou Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF) que muitas vezes são o suficiente para tratar a situação que levou o utente a solicitar o MSRM. Considero, então, que a classe farmacêutica tem de se unir e trabalhar de igual modo, em conformidade, e lutar por um bem comum, a saúde pública e a confiança da população no nosso trabalho.

3.4.2. Aceitação dos Medicamentos Genéricos por Parte de Alguns Utentes

Um medicamento genérico é um medicamento formulado com a mesma substância ativa e que se apresenta na mesma forma farmacêutica, com igual dosagem e igual indicação terapêutica que o medicamento original, ou de marca, que serviu de referência. [7]

Apesar de existirem muitos utentes que ao levantar a sua medicação optam por genéricos por estes serem mais baratos, ainda existem muitos outros que não confiam nestes medicamentos. Sempre que fui confrontada com utentes céticos e desconfiados quanto à eficácia e segurança deste tipo de medicamentos, fazia questão de explicar que a questão do preço em nada se relaciona com a composição, mas sim com as questões inerentes à Investigação e Desenvolvimento (I&D) dos medicamentos originais ou de marca. Muitas vezes os utentes acabavam por assumir que não tinham noção desse facto e que assim já fazia algum sentido.

Considero que o farmacêutico tem o papel de promover a informação do medicamento à população, por forma a desmistificar crenças que se vão criando e perpetuando na população. No entanto, tantas outras vezes, por muito que explicasse essa diferença, alguns utentes não estavam dispostos a ouvir e continuavam a afirmar que era “impossível ser a mesma coisa”, duvidando da minha palavra e dos outros colegas, criando um clima de desconfiança e descredibilidade.

3.4.3. Constante Aparecimentos de Novas Referências

Durante o meu estágio foram aparecendo novas referências e produtos no mercado, desde a dermocosmética, à puericultura ou aos suplementos alimentares. Com isto, torna-se difícil fazer um correto aconselhamento dos produtos porque há sempre nova informação que ainda não foi apreendida.

Numa fase inicial, o constante aparecimento de novos produtos torna-se um pouco assustador, podendo ser considerado como uma ameaça à aprendizagem e correto aconselhamento ao utente. Um domínio não absoluto de todos os produtos pode gerar alguma insegurança ao balcão, que ao transparecer para o utente pode suscitar neste falta de confiança no nosso aconselhamento. No entanto, considero que com o tempo e os anos de experiência profissional, se vão dominando o grosso das referências, diminuindo estes medos aliados ao constante aparecimento de novidades.

3.4.4. Medicamentos Esgotados

Uma das maiores ameaças com que me deparei durante o estágio foi a ocorrência constante de produtos farmacêuticos esgotados, constituindo um risco não só para a farmácia, mas sobretudo para os utentes.

Por normalmente se tratar de MSRM, muitas vezes indicados para a toma contínua, os fármacos em situação de rutura de *stock* geram uma grande preocupação e indignação por parte dos doentes e incapacidade do lado do farmacêutico. Quando não há outra opção terapêutica, é necessário contactar o médico de modo a fazer alteração ou ajuste da medicação. Isto cria um clima desconfortável para o farmacêutico, uma vez que os pacientes veem as suas terapêuticas comprometidas e não compreendem a duração da rutura de *stock*.

4. ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO

Caso Prático 1

Uma senhora dirige-se à farmácia a queixar-se de pingo ao nariz e de tosse irritativa, que a tem incomodado ao longo dos últimos dias e lhe perturba o sono durante a noite. Ao questionar se sentia alguma expetoração, a senhora negou. Acrescentou apenas que sentia uma comichão na garganta o que lhe provocava tosse. Assim, suspeitei que se pudesse tratar de uma tosse alérgica, pelo que questionei se alguma vez tinha tido alergias ou se teve em contacto com novas substâncias, ao que a mesma respondeu que na primavera tinha sempre alergias, mas nada de muito grave.

Deste modo, a hipótese de que se tratava de tosse alérgica ganhou mais evidência, pois a senhora tem historial de alergias. Recomendei a toma de Claritine[®], composto por loratadina, um anti-histamínico de segunda geração, que pertence à classe farmacológica dos anti-histamínicos H1 não sedativos.^[8] Informei a utente de que a dose máxima diária são de 10 mg, pelo que deveria tomar um comprimido por dia. Referi que este medicamento não lhe provocaria sonolência pelo que o poderia tomar a qualquer altura do dia. Expliquei também que a toma podia ser feita com ou sem alimentos, e se nos próximos 7 dias não sentisse melhoria dos sintomas deveria consultar o médico. Como medidas não farmacológicas aconselhei a ingestão de água, evitar ambientes quentes e húmidos, uma vez que potenciam a reprodução de ácaros e pode desencadear a tosse, bem como a utilização água do mar para realizar a limpeza dos seios perinasais e assim ajudar na melhoria da rinorreia.

Caso Prático 2

Um senhor com cerca de 40 anos desloca-se à farmácia para levantar a medicação com uma receita eletrónica. A receita possuía várias unidades do inalador Trelegy Ellipta[®], composto por furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + vilanterol. Aquando da dispensa questionei se já era habitual utilizar a bomba ao que o utente disse que seria a primeira vez, pois estava com um problema a nível pulmonar. De seguida, questionei, se o médico tinha explicado como utilizar o inalador ao que me respondeu que sim, mas que tinha ficado confuso e não tinha percebido muito bem.^[9]

A utilização de inaladores é uma tarefa complexa para os utentes que recorrem a estes dispositivos médicos, pelo que é de extrema importância a explicação e, se possível, demonstração da forma correta de utilizar estes produtos, uma vez que uma má utilização compromete a eficácia da terapêutica. Assim, recorri aos inaladores modelo que

temos para demonstração e expliquei todo o procedimento e cuidados a ter, por forma a que a terapêutica fosse, efetivamente, bem-sucedida. Alertei ainda o utente para a importância de bochechar e deitar a água fora após a utilização do inalador, por forma a evitar o desenvolvimento de candidíases orais.

Caso Prático 3

Senhora com cerca de 40 anos solicita a pílula do dia seguinte, referindo que já tem três filhos e não quer ter mais nenhum. Perante a situação questiono há quanto tempo foi a relação sexual não protegida, ao que me responde que teria sido na noite anterior. Questionei se está a utilizar algum método contraceutivo hormonal, e quando foi a última menstruação. Com isto, uma vez que a relação tinha sido há menos de 72 horas, aconselhei a contraceção oral de emergência (COE), Postinor[®], que se trata de 1,5 mg de levonorgestrel. ^[10]

Expliquei que é apenas um único comprimido, que deve ser tomado o mais rápido possível e no caso de ocorrerem vômitos ou diarreia nas três horas subsequentes, teria de repetir a toma da COE, pela absorção vir a ser afetada. Acrescentei que a data da próxima menstruação poderia sofrer ligeiras alterações e que até lá deveria recorrer a um método barreira durante as relações sexuais.

Caso Prático 4

Uma senhora grávida com 30 anos chega à farmácia e pergunta se há algo que possa tomar para a azia, sendo a sua maior preocupação se haveria algum medicamento cuja utilização fosse segura na gravidez. Questionei o que sentia e há quanto tempo, ao qual respondeu que apenas sentia um ardor no peito após algumas refeições há 2 dias. Recomendei então o Rennie Digestif[®], cujos princípios ativos são o carbonato de cálcio e o carbonato de magnésio que são antiácidos, tendo indicação comprovada na gravidez e aleitamento. Relativamente à posologia informei que poderia mastigar 1 ou 2 comprimidos uma hora após as refeições e antes de deitar. Aconselhei ainda a restrição de alimentos picantes, ácidos e fritos e evitar comer antes de dormir. Terminei informando que se não houver melhoria dos sintomas com a toma do antiácido após 2 semanas deve consultar o médico. ^[11]

Caso Prático 5

Uma senhora chega à farmácia e explica que o seu filho de 5 anos esteve o dia todo com vômitos e diarreia. Mostra-se preocupada porque a criança nem consegue ter “água no

estômago”. Depois de tentar perceber se tinha havido alguma situação que pudesse ter desencadeado este quadro, a mãe associou a excessos alimentares, nomeadamente, de algumas guloseimas. Por descartar a possibilidade de algum problema mais grave e como as queixas eram recentes, sugeri uma solução de reidratação oral, neste caso o Bi-oral Suero[®], uma vez que contém sais minerais e probióticos, capazes de a manter hidratada e de repor a flora intestinal. ^[12]

O aconselhamento passou por explicar a importância da hidratação oral, que deve ser feita em pequenas quantidades ao longo do dia. Neste caso, quando aberta a embalagem Bi-oral Suero[®] pode ser conservada no frigorífico e consumida ao longo de 24 horas. Acrescentei que este produto traz um pacote pequeno à parte, onde estão os probióticos, que deve ser adicionado ao líquido. Finalmente, indiquei que ao reintroduzir os alimentos, devem ser feitas refeições leves e em pequenas quantidades e que no caso de haver aparecimento de febre ou dos sintomas persistirem, é recomendável ser visto pelo médico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio curricular em Farmácia Comunitária é importante para perceber o papel do farmacêutico enquanto profissional de saúde e a responsabilidade social que isso acarreta. A sua realização permitiu-me colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo destes anos do MICEF, e deu-me a oportunidade de contactar com pessoas de diferentes faixas etárias, diferentes literacias e também diferentes gostos e crenças, pelo que desenvolvi a minha capacidade de comunicação e aprendi a ajustar o meu discurso para as diferentes situações.

Considero que o meu estágio foi uma experiência positiva e enriquecedora a nível pessoal e profissional, que me faz sentir muito mais preparada para enfrentar os desafios futuros. Além disso, toda a equipa da Farmácia Saúde foi importante nesta etapa e sem eles não teria sido a mesma coisa. São todos excelentes profissionais de saúde, sempre dispostos a ajudar, ensinaram-me bastante e certamente vão servir de exemplo para o meu futuro como farmacêutica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Santos, H.; Cunha, I.; Coelho, P.; Cruz, P.; Botelho, R.; Faria, G.; Marques, C.; Gomes, A. – Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF). Ordem dos Farmacêuticos (2009).
- [2] Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. Diário da República n.º 168/2007, Série I. Ministério da Saúde.
- [3] Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro. Diário da República n.º 211/2007, Série I. Ministério da Saúde.
- [4] GLINTT - Sifarma Acedido a 1 abr. 2023. Disponível em: <https://www.glintt.com/pt/o-que-fazemos/ofertas/SoftwareSolutions/Paginas/Sifarma.aspx>
- [5] INFARMED, I. P. - Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde Acedido a 24 abr. 2023. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Prescri%FF%FF%FF%FFo/bcd0b378-3b00-4ee0-9104-28d0db0b7872?version=1.3&previewFileIndex=
- [6] Decreto-Lei n.º 209/94, de 6 de agosto. Diário da República n.º 181/1994, Série I-A. Ministério da Saúde.
- [7] INFARMED, I. P. - Medicamentos genéricos Acedido a 24 abr. 2023. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/genericos
- [8] INFARMED, I. P. – RCM Claritine® (10 mg). Acedido a 1 mai. 2023. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>
- [9] INFARMED, I. P. – RCM: Trelegy Ellipta®. Acedido a 1 mai. 2023. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>
- [10] INFARMED, I. P. – RCM: Postinor®. Acedido a 1 mai. 2023. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>
- [11] INFARMED, I. P. – RCM: Rennie Digestif® (680 mg + 80 mg) comprimidos para mastigar. Acedido a 1 mai. 2023. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>
- [12] JABA RECORDATI S.A. – Bi-oral Suero®. Acedido a 1 mai. 2023. Disponível em: <https://www.jaba-recordati.pt/pt/produtos-farmaceuticos/suplementos-alimentares/bi-oral-suero-morango>

PARTE II

Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, E.P.E.



Orientado pela Dra. Maria Teresa Pereira

LISTA DE ABREVIATURAS

AE – Autorização Especial

AIM – Autorização de Introdução do Medicamento

AO – Assistente Operacional

AUE – Autorização de Utilização Especial

CA – Conselho Administrativo

CAUL – Certificado de Autorização de Utilização do Lote

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica

CN – Comissão de Nutrição

DCI – Designação Comum Internacional

DID em DU – Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária

DPH – Derivados do Plasma Humano

DT – Distribuição Tradicional

EC – Ensaio Clínico

EPB – Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas

EPE – Entidade Pública Empresarial

FNM – Formulário Nacional de Medicamentos

GHAf com PrEL – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia com Prescrição Eletrónica

HDFf – Hospital Distrital da Figueira da Foz

INCM – Imprensa Nacional – Casa da Moeda

JCM – Justificação Clínica de Medicamentos

JMA – Justificação de Medicamento Anti-infeccioso

ME – Medicamentos Experimentais

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos

PV – Prazo de Validade

SA – Serviço de Aproveitamento

SF – Serviços Farmacêuticos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério de Saúde

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TSDT – Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

I. INTRODUÇÃO

O setor hospitalar sempre me suscitou interesse dado à multidisciplinariedade da profissão. Deste modo, optei por realizar parte do estágio nesta área, com o intuito de compreender melhor o papel do Farmacêutico Hospitalar, assim como o circuito do medicamento.

O presente relatório corresponde ao estágio realizado em Farmácia Hospitalar, no âmbito da unidade curricular “Estágio Curricular” do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF). Este estágio foi realizado no Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (HDFE, EPE), de 2 de maio de 2023 a 5 de julho de 2023, num total de 280 horas, sob a orientação da Doutora Maria Teresa Pereira, Diretora Técnica dos Serviços Farmacêuticos (SF) deste hospital, e coorientação da restante equipa.

Este relatório de estágio incluirá a análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), avaliando assim os Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças, de acordo com as “Normas Orientadoras da Unidade Curricular “Estágio Curricular” do MICF”. Com isto, pretendo demonstrar a aplicação dos conhecimentos teóricos, adquiridos no MICF, e dos conhecimentos adquiridos durante o estágio.

2. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DO HDFE, EPE

O HDFE, EPE localiza-se na Gala, concelho da Figueira da Foz, distrito de Coimbra, dispondo de 154 camas na sua totalidade, distribuídas pelos diversos serviços, tais como Medicina Interna, Ortopedia, Cirurgia, Pediatria, entre outros. Trata-se de uma entidade pública empresarial (EPE), que abrange vários concelhos, como Figueira da Foz, Soure, Montemor-o-Velho, Mira, Cantanhede e Pombal. ^[1]

Os SF funcionam de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h e ao sábado das 9h às 13h, sendo que, fora deste horário, existe um farmacêutico de prevenção, que assegura o serviço, deslocando-se ao hospital sempre que lhe é solicitado.

Os SF do HDFE, EPE são constituídos por 6 Farmacêuticas, incluindo a Diretora Técnica, 1 Farmacêutico Residente, 6 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT), 2 Assistentes Operacionais (AO) e 4 Administrativos, sendo que cada elemento possui funções definidas. As farmacêuticas também integram diferentes Comissões Técnicas, nomeadamente, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), a Comissão de Nutrição (CN), o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), a Comissão de Ética para a Saúde (CES), entre outras.

O *software* utilizado no HDFS, EPE é o programa de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia com Prescrição Eletrónica (GHAF com PrEL). Este sistema informático permite a realização de várias tarefas, como a validação da prescrição médica e o acompanhamento de todo o circuito do medicamento dentro do hospital. Os farmacêuticos podem também recorrer a outra plataforma, SClínico Hospitalar, para consultar e escrever, se necessário, toda a informação clínica do doente, que facilita a realização da validação da prescrição e um acompanhamento deste.

Os SF têm autonomia técnica e científica, mas estão sujeitos à orientação geral do Conselho Administrativo (CA) do hospital. Sendo o seu foco assegurar que o medicamento correto chegue ao doente correto, na dose correta, pela via de administração correta e em tempo correto. Os SF compreendem todas as atividades inerentes à seleção, aquisição, preparação, manipulação, armazenamento e distribuição de medicamentos e outros produtos de saúde. Assim, cabe ao farmacêutico hospitalar assegurar não só a qualidade dos medicamentos, mas também o seu uso seguro, eficaz e eficiente.

3. ANÁLISE SWOT

O presente relatório está estruturado sob uma análise SWOT, na qual os Pontos Fortes (*Strengths*) e Pontos Fracos (*Weaknesses*) são os fatores internos ao estágio e as Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*) são os fatores externos. A Tabela I representa os quatro pontos analisados, de acordo com a sua génese.

Tabela I – Análise SWOT

	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
FATORES INTERNOS	Pontos Fortes (<i>Strengths</i>)	Pontos Fracos (<i>Weaknesses</i>)
FATORES EXTERNOS	Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	Ameaças (<i>Threats</i>)

3.1. Pontos Fortes (*Strengths*)

3.1.1. Organização dos Serviços Farmacêuticos

No HDFS, EPE, os SF desempenham diversas funções, nas quais, o farmacêutico detém responsabilidades acrescidas que espelham os vastos conhecimentos e competências que este possui nesta profissão. Este serviço é constituído por: gabinetes farmacêuticos, gabinetes administrativos, gabinete de atendimento ao doente em regime de ambulatório, laboratório

de farmacotecnia, área restrita a ensaios clínicos, área de armazenamento, setor destinado a Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária (DID em DU) e Distribuição Tradicional (DT) e sala de reembalagem.

Considero a organização como um ponto positivo no meu estágio, na medida que pude observar como esta contribuir para o bom funcionamento do serviço, e para a segurança do doente e do profissional de saúde responsável pela manipulação dos medicamentos. O excelente ambiente presente na equipa foi crucial para a minha integração.

3.1.2. Seleção e Aquisição de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos

A seleção e aquisição de medicamentos e de produtos farmacêuticos, é da responsabilidade das farmácias em articulação com o Serviço de Aprovisionamento (SA). Com isto, pretende-se assegurar que os produtos cheguem aos doentes com a melhor qualidade e ao menor custo possível.

A seleção dos medicamentos a incluir na adenda do HDFF, EPE é feita pela CFT, e tem por base o Formulário Nacional de Medicamentos (FNM), uma publicação oficial de divulgação dos medicamentos que são considerados como os mais aconselháveis a utilizar em farmácia hospitalar. É obrigatório o uso do FNM aquando da prescrição dos medicamentos pelos profissionais competentes nos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS).^[2]

Existem medicamentos que são utilizados em regime de uso pontual, que requerem uma Justificação Clínica de Medicamentos (JCM) ou Justificação de Medicamento Anti-infeccioso (JMA) para fins de utilização. Nestes casos, os farmacêuticos avaliam a situação do doente e a respetiva prescrição e dão o seu parecer farmacoeconómico perante as justificações, sendo posteriormente submetidos a discussão e aprovação pela CFT e CA. A compra é realizada através de aquisições centralizadas dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e aquisições feitas por concursos públicos, abertos pelo hospital e em função do catálogo do SPMS. Neste caso, os fornecedores concorrem com as suas melhores propostas numa plataforma eletrónica, posteriormente o júri faz a adjudicação ao fornecedor com a melhor oferta, tendo em conta fatores económicos e de qualidade (por exemplo, possibilidade de o produto poder ser adaptado a DID em DU). Por vezes, mediante uma situação patológica particular, torna-se necessário recorrer a medicamentos que não existem comercializados em Portugal ou que não têm Autorização de Introdução do Medicamento (AIM). Deste modo, é necessária uma Autorização de Utilização Especial (AUE) ou Autorização Especial (AE) para doente específico, emitida pelo INFARMED, permitindo o uso do medicamento durante um determinado período. Existe ainda a possibilidade de recorrer a pedidos de empréstimos a

outros hospitais, ou adquirir medicamentos nas distribuidoras dos mesmos ou nas farmácias comunitárias.

Nesta etapa tive a oportunidade de acompanhar todos os processos inerentes à seleção e aquisição de medicamentos para o HDFF, EPE, e de verificar o quão demorada é toda esta seleção, pois exige uma avaliação rigorosa por parte do farmacêutico no ato da adjudicação em prol da relação custo/qualidade, o que reflete a sua importância e distinção na equipa de trabalho.

3.1.3. Receção e Armazenamento de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos

Aquando da chegada dos medicamentos e produtos farmacêuticos confirma-se se o número de unidades está de acordo com a guia de transporte, verifica-se também se a informação presente na guia de remessa e na fatura coincide com a da nota de encomenda, no que diz respeito à forma farmacêutica, dosagem e quantidade enviada. Esta verificação costuma ser realizada por dois TSDT, exceto para os casos especiais como os Estupefacientes, Psicotrópicos e Benzodiazepinas (EPBs), medicamentos Derivados do Plasma Humano (DPH) e os citostáticos, em que são dois farmacêuticos a verificar, é necessário registar o número de lote e o prazo de validade (PV) de cada um dos produtos. Posteriormente, os TSDT e os farmacêuticos realizam o armazenamento dos respetivos produtos nos devidos locais. Os medicamentos no armazém estão organizados por ordem alfabética da denominação comum internacional (DCI), privilegiando a saída dos produtos com PV mais curto.

Mensalmente, é gerado no GHAF, um mapa dos PV a expirar nos próximos 3 e 6 meses. A verificação dos PV é realizada pelos TSDT, de forma a garantir a qualidade do medicamento e a diminuição dos custos financeiros devido a desperdícios, uma vez que esses produtos são identificados e colocados de modo a serem os primeiros a utilizar. No caso de o PV expirar, é feito o contacto com o fornecedor no sentido de troca do produto ou para se obter uma nota de crédito. No caso de não ser possível a devolução ao fornecedor é preenchido um auto de inutilização que terá de ser homologado pelo presidente do CA e os medicamentos ou produtos farmacêuticos ficam guardados em contentor próprio para serem posteriormente recolhidos para destruição.

No estágio, tive a oportunidade de ver o procedimento de confirmação dos dados das guias de remessa, faturas e notas de encomendas, assim como no controlo dos PV.

3.1.4. Distribuição de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos

A distribuição de medicamentos é um processo fulcral do circuito do medicamento, uma vez que permite a chegada do medicamento correto ao doente correto, bem como a utilização segura, eficaz e racional do medicamento. Existem vários métodos de distribuição:

- Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DID em DU) – consiste na dispensa do medicamento em dose unitária, na quantidade certa, para cada doente em regime de internamento, normalmente, para um período de 24 horas. Cada gaveta corresponde à terapêutica de um doente e está devidamente identificada com o nome do doente, número da cama, número do processo e do serviço de internamento. Essa distribuição possibilita a redução dos erros de prescrição na medida que é validada por farmacêuticos antes da preparação, e aumenta a segurança no circuito do medicamento.

- Distribuição Tradicional (DT) – ocorre a nível do armazém e é efetuada para produtos de maior volume, como antissépticos, desinfetantes e soluções volumosas. Esta distribuição tem o objetivo de repor os *stocks* definidos para os diferentes serviços do hospital.

- Distribuição de Medicamentos com Controlo Especial – consiste nos medicamentos DPH e dos EPBs, sendo unicamente da responsabilidade dos farmacêuticos, uma vez que apresentam risco biológico e risco de utilização ilícita, respetivamente. No que diz respeito aos medicamentos DPH, são prescritos tanto *online* como por escrito, pelo preenchimento do modelo n.º 1804 da Imprensa Nacional – Casa da Moeda (INCM), composto por duas vias: “Via Farmácia” e “Via Serviço”. O farmacêutico verifica que todos os quadros estão corretamente preenchidos com a identificação do médico e do doente, bem como a JCM para a sua requisição, também é necessário registar a identificação do produto bem como o lote, a quantidade e o número de Certificado de Autorização de Utilização do Lote (CAUL), emitido pelo INFARMED. No que diz respeito aos EPBs, é necessário a requisição por parte do serviço através do preenchimento do Anexo X do modelo n.º 1509 da INCM. Todos os movimentos destes medicamentos são registados nas fichas de prateleira, de forma a facilitar o controlo das existências. Estes medicamentos encontram-se em cofres tanto nos SF como nos restantes serviços.

Assim, considero este um ponto forte do meu estágio, uma vez que me permitiu ter uma melhor noção das tarefas desempenhadas neste setor e um contacto mais próximo com os diferentes medicamentos.

3.1.5. Farmacotecnia

Alguns dos medicamentos, em formas orais sólidas, distribuídos na DDU são sujeitos a um processo de reembalagem com o objetivo de ajustar a oferta da indústria farmacêutica, no caso da dose prescrita não estar disponível no mercado ou a apresentação não ser adequada para a DDU, e assim obter o medicamento de forma individualizada. O medicamento reembalado encontra-se devidamente identificado com a substância ativa, a dose, o lote, o PV, a identificação do laboratório, dos SF. No final, é necessária a validação dos medicamentos, por um farmacêutico, antes da libertação dos lotes para uso, onde é efetuado o controlo da rotulagem e da reembalagem, de forma a garantir a qualidade final do produto reembalado.

Por vezes são prescritos medicamentos em doses ou formulações que não se encontram disponíveis na indústria, pelo que é necessário proceder à sua preparação em laboratório. No HDFF, EPE não se prepara um grande número de medicamentos manipulados, mas durante o estágio tive a oportunidade de assistir à preparação de uma solução oral de nistatina + lidocaína + bicarbonato de sódio, para o alívio dos sintomas da mucosite oral em doentes oncológicos e de solução oral de vancomicina, utilizado no tratamento de infeções por *Clostridium difficile*.

Segundo o Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril, o processo de produção de preparações não estéreis é da responsabilidade do farmacêutico, contudo no HDFF, EPE, é normalmente realizado pelos TSDT, recorrendo a dossiês de farmacotecnia que contêm toda a informação necessária. Todo este procedimento é supervisionado pelos farmacêuticos, aos quais cabe elaborar e atualizar as fichas de produção, controlo da rotulagem, da reembalagem, da qualidade das matérias-primas e do produto acabado e a libertação de lotes. [3]

3.1.6. Dispensa de Medicamentos em Regime de Ambulatório

A dispensa de medicamentos em ambulatório permite que o doente dê continuidade ao tratamento num ambiente familiar, o que possibilita diminuir os custos e os riscos associados a períodos de internamento, porém é necessário que haja um acompanhamento dos doentes por parte de farmacêuticos. Aquando da dispensa, os farmacêuticos validam as prescrições e fornecem toda a informação necessária sobre o medicamento e a terapêutica instituída, tais como a posologia, gestão de efeitos secundários, cuidados de manuseamento e de conservação. Os medicamentos dispensados em ambulatório são legislados, sujeitos a prescrição médica no GHAF, ou não legislados, que necessitam de aprovação prévia pela CFT e do CA.

Durante o período de estágio foi-me solicitado a elaboração de folhetos informativos relativamente a novos medicamentos que iam ser cedidos, a nível de ambulatório hospitalar.

3.1.7. Preparação de Citostáticos

É no Hospital de Dia que são preparados e administrados, principalmente, citostáticos a doentes oncológicos, sendo o farmacêutico responsável pela validação da prescrição, que é enviada para os SF no mínimo 7 dias antes da data de administração dos ciclos. É ainda necessário averiguar se algum dos medicamentos prescritos requer de JCM e respetiva aprovação pela CFT e CA. Neste procedimento é requerida extrema atenção ao verificar a correspondência entre o protocolo e a patologia, as doses e a superfície corporal do doente.

Apesar de ter encontrado esta área numa situação atípica, visto que onde se preparava os citostáticos estava em obras e a equipa tinha-se de deslocar ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra, considero este setor um ponto forte do meu estágio, dado que me permitiu contactar com uma área desconhecida, tanto em termos práticos como teóricos. Assim, pude enriquecer a minha formação sobre as funções de responsabilidade que o farmacêutico hospitalar desempenha na preparação deste tipo de medicamentos, para assegurar a segurança do manipulador e a qualidade do produto.

3.2. Pontos Fracos (*Weaknesses*)

3.2.1. Duração e Componente Observacional do Estágio

O estágio em Farmácia Hospitalar tem apenas a duração de 280 horas, e por ser um estágio tão curto faz com que seja maioritariamente observacional. Com isto, seria vantajoso alargar a duração do estágio para que houvesse uma maior componente prática, essencial para interiorizar todos os conhecimentos e pudermos ter autonomia a realizar todas as atividades propostas.

3.2.2. Ensaio Clínico

Um Ensaio Clínico (EC), de acordo com a Lei nº 21/2014, consiste numa “investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou a verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou a identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia”.^[4]

O farmacêutico tem um papel importante nos ensaios clínicos, uma vez que atua nas diferentes fases desde a receção dos Medicamentos Experimentais (ME) até à sua recolha ou destruição, visto que é o responsável pela gestão do circuito destes ME. O farmacêutico como membro da CES participa ainda na monitorização de todos os EC a decorrer na instituição.

Nos SF do HDFF, no momento de realização do meu estágio, nenhum ensaio clínico estava a decorrer e por achar uma área tão interessante considero que tenha sido um ponto fraco do meu estágio.

3.2.3. Conhecimento Limitado das Terapêuticas Oncológicas e de Medicamentos de Uso Exclusivo Hospitalar

Ao longo da realização do meu estágio deparei-me com diversos medicamentos de uso exclusivo hospitalar com os quais não me sentia tão familiarizada, como por exemplo a medicação oncológica. Assim, durante o estágio foram várias as vezes que tive de questionar as farmacêuticas sobre esses mesmos medicamentos, não me sentindo confortável nesta área, pelo que considero este um ponto fraco do meu estágio.

3.3. Oportunidades (*Opportunities*)

3.3.1. Realização de Trabalhos Propostos e Formações

Ao longo do estágio tive a oportunidade de adquirir continuamente diversos conhecimentos através de trabalhos de pesquisa propostos pela equipa dos SF do HDFF. Assisti a diversas intervenções e informações farmacêuticas que aconteceram durante o estágio, e também tive a oportunidade de presenciar uma formação sobre uma nova terapêutica de quimioterapia a ser implementada no HDFF. Estas situações permitem adquirir novos conhecimentos sobre as terapêuticas utilizadas em meio hospitalar.

3.3.2. Colaboração com Serviços Clínicos e Departamentos Técnicos

O farmacêutico hospitalar tem um papel ativo no tratamento e manutenção da qualidade de vida do doente, prestando apoio à restante equipa do hospital, este é também responsável pelo tratamento da informação científica sobre o medicamento e transmissão aos restantes profissionais de saúde. A informação de medicamentos é uma das áreas fundamentais da farmácia hospitalar, pois, face ao número e crescente complexidade dos medicamentos existentes cabe ao farmacêutico auxiliar os prescritores e administradores da terapêutica.

Durante a realização do estágio foram inúmeras as situações em que médicos pediram auxílio aos farmacêuticos para o esclarecimento de dúvidas ou conselhos sob o que prescrever face a certas situações particulares de doentes. Este retrato enquadra-se na categoria de informação passiva, onde os SF procuram dar resposta às questões levantadas pelos profissionais de saúde, contribuindo para o correto tratamento dos doentes.

O farmacêutico hospitalar deve também, perante necessidades previamente identificadas, adotar uma postura proativa e dar conhecimento aos restantes serviços, o que considere pertinente. São exemplos os Protocolos de Administração, que têm como objetivo auxiliar os serviços de enfermagem na correta utilização dos medicamentos, os quais tive a oportunidade de elaborar.

Considero que a comunicação e colaboração com os restantes serviços do HDFF, EPE constitui uma oportunidade de o farmacêutico valorizar a sua profissão nas equipas de saúde, demonstrando ser uma mais-valia perante os serviços clínicos e assegurar futura colaboração nas demais situações.

3.4. Ameaças (*Threats*)

3.4.1. Distanciamento Farmacêutico-Doente

O farmacêutico hospitalar possui um papel muito importante e é capaz de realizar o melhor aconselhamento ao doente, esclarecer todas as suas dúvidas em relação à sua medicação e detetar problemas de adesão à terapêutica. Nesse sentido, considero que essa função está ainda subvalorizada, uma vez que durante o meu estágio verifiquei que apenas existe contacto direto com o doente ao nível do ambulatório.

Assim, considero uma ameaça ao meu estágio o facto de, devido à escassez de recursos humanos, o farmacêutico hospitalar ter uma aproximação mínima ao doente. Aquando da validação da prescrição médica, o farmacêutico apenas se pode basear no processo clínico do doente, que muitas vezes se encontram incompletos. É maioritariamente, com recurso ao contacto telefónico com os médicos que os farmacêuticos colmatam esta falha de informação e discutem as diferentes situações.

3.4.2. Plano de Estudos do MICF

O plano curricular do MICF apesar de ser bastante abrangente não se encontra muito direcionado para a área de Farmácia Hospitalar, havendo uma única unidade curricular nesta área. Nesta unidade curricular é nos apresentada de uma maneira muito generalizada e no

estágio senti falta de alguma informação prévia que poderia ter sido transmitida durante o curso.

Considero que seja uma ameaça ao meu estágio a falta de conhecimento na área oncológica, como já tinha referido anteriormente. Ao longo do estágio, senti dificuldade devido à falta de conhecimento dos fármacos usados em oncologia, assim como os seus mecanismos de ação e os protocolos existentes. O plano de estudo do MICF devia ter isso em conta pois é uma área que os farmacêuticos hospitalares tem muito presente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O meu balanço final do estágio curricular em Farmácia Hospitalar no HDFF é bastante positivo, uma vez que me deu a oportunidade de acompanhar de perto uma realidade até então desconhecida para mim. Tive a oportunidade de acompanhar de perto a realidade de um farmacêutico em meio hospitalar, bem como de aprofundar os meus conhecimentos no que diz respeito aos medicamentos de uso exclusivo hospitalar.

Considero que, apesar da sua curta duração, foi um estágio muito completo, enriquecedor, que permitiu entender a importância desta vertente farmacêutica. É uma classe profissional fundamental no meio hospitalar, que trabalha de forma a garantir a maior qualidade e segurança de todos os aspetos relacionados com o medicamento, contribuindo para uma boa prestação de cuidados ao doente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Site Oficial do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE – O Hospital. Acedido a 03 de junho de 2023. Disponível em <https://www.hdfigueira.min-saude.pt/Formul%C3%A1rio/institucional/o-hospital/>

[2] Portaria n.º 1231/97, de 15 de dezembro. INFARMED – Legislação Farmacêutica Compilada.

[3] Lei n.º 95/2004, de 22 de abril. Diário da República n.º 95/2004, Série I-A. Assembleia da República.

[4] Lei n.º 21/2014, de 16 de abril. Diário da República n.º 75/2014, Série I. Assembleia da República.

PARTE III

Monografia

“CANCRO DO ÚTERO”

Orientado pelo Professor Doutor Elisiário José Tavares da Silva

LISTA DE ABREVIATURAS

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

FDA – *Food and Drug Administration*

HPV – Vírus do Papiloma Humano

IARC – *International Agency for Research on Cancer*

LEEP – *Loop electrosurgical excision procedure*

PNV – Plano Nacional de Vacinação

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

O útero faz parte do sistema reprodutor feminino e está localizado atrás da bexiga e à frente do reto. É um órgão que pode desenvolver diversas patologias, entre as qual, o cancro. Os cancros com origem no útero são considerados, atualmente, uma grande preocupação a nível mundial, apresentando uma causa significativa de morbilidade e mortalidade do sexo feminino.

No útero, podem existir dois tipos de cancro: o cancro do útero, subdividido em cancro do endométrio e sarcoma uterino, e o cancro do colo do útero. Como os próprios nomes indicam, a origem do nome do cancro depende da origem da proliferação descontrolada das células. Nesta monografia, apenas será abordado o cancro do colo do útero e o cancro do endométrio, por serem as formas mais comuns.

A evolução de um cancro depende do estado geral de saúde, da idade e do estadio da doença. O tratamento pode variar, tendo como objetivo a cura ou, nos casos mais avançados, apenas o controlo da doença e respetivos sintomas. O tratamento pode incluir a terapêutica local – cirurgia e/ou radioterapia –, ou a sistémica, onde se recorre quer à quimioterapia, quer à terapêutica hormonal e imunoterapia.

Os principais fatores de risco estão relacionados com a idade, a raça/etnia e história familiar, entre muitos outros. No cancro do endométrio, o diagnóstico é feito por exame pélvico ginecológico, ecografia transvaginal e através de exames histopatológicos. O rastreio e o diagnóstico do cancro do colo do útero são feitos pelo teste Papanicolau e por colposcopia, e, quando existe a suspeita de neoplasia, existe indicação para realização da biópsia.

Palavras-chave: cancro, cancro do útero, cancro do endométrio, cancro do colo do útero, HPV, tratamento

ABSTRACT

The uterus is part of the female reproductive system and is located behind the bladder and in front of the rectum. It is an organ that can develop various pathologies, including cancer. Cancers originating in the uterus are currently considered a major concern worldwide and a significant cause of morbidity and mortality in women.

There can be two types of cancer in the uterus: uterine cancer, subdivided into endometrial cancer and uterine sarcoma, and cervical cancer. As the names themselves indicate, the origin of the cancer depends on the origin of the uncontrolled proliferation of cells. In this monograph, it will be addressed cervical cancer and endometrial cancer, as they are more common forms.

The progression of a cancer depends on the general state of health, age and stage of the disease. Treatment can vary, with the aim being a cure or, in more advanced cases, just controlling the disease and its symptoms. Treatment can include local therapy – surgery and/or radiotherapy –, or systemic therapy, where chemotherapy, hormonal therapy and immunotherapy are used.

The main risk factors are age, race/ethnicity and family history, among others. Endometrial cancer is diagnosed by gynaecological pelvic examination, transvaginal ultrasound and histopathological tests. Screening and diagnosis of cervical cancer is made by Pap test and colposcopy, and when there is suspicion of a cancer there is an indication for a biopsy.

The aim of this monograph is to show, through a literature review and bibliographic studies, the different types of cancer that originate in the uterus, as well as their prevention, diagnosis and treatment.

Keywords: cancer, cancer of the uterus, endometrium cancer, cervix cancer, HPV, treatment

I. INTRODUÇÃO

O cancro é uma palavra que define um grupo muito extenso de doenças caracterizadas pela proliferação rápida e descontrolada de células e pode começar em qualquer parte do corpo. Normalmente, as células crescem e dividem-se para formar novas células, que conseqüentemente formam tecidos e órgãos. Estas mesmas células envelhecem, morrem e são substituídas por novas células saudáveis, constituindo assim um ciclo de vida normal. ^[1,2] Contudo, algumas vezes, este processo organizado e controlado não decorre como previsto, havendo formação de um cancro. As células, que são geneticamente modificadas, ignoram os sinais de morte celular programada, o que resulta numa rápida divisão e acumulação das mesmas, formando massas irregulares denominadas tumores. Mas deve-se ter em atenção, que nem todos os tumores correspondem a cancro. ^[3,4] Os tumores podem ser benignos ou malignos.

Os tumores benignos não são cancro, porque: raramente põem a vida em risco, podem ser removidos e as células destes tumores não se espalham, ou seja, não se disseminam para os tecidos em volta ou para outras partes do organismo (metastização).

Os tumores malignos já são cancro, isto porque: colocam a vida em risco; são mais graves porque, embora possam ser removidos podem voltar a crescer; as células destes tumores invadem e danificam os tecidos e órgãos à volta e pode ocorrer metastização. ^[4]

Os cancros também podem ser descritos pelo tipo de célula que os formou, como uma célula epitelial ou uma célula escamosa. São exemplo de algumas categorias de cancros que começam em tipos específicos de células: carcinoma, sarcoma, leucemia, linfoma, mieloma e melanoma.

Atualmente, o cancro é considerado a segunda principal causa de morte a nível mundial e também em Portugal. ^[5] Existem pelo menos 100 tipos de cancro que correspondem aos vários sistemas de células do corpo, os quais se diferenciam pela capacidade de invadir tecidos e órgãos, vizinhos ou distantes. Entre esses 100 tipos de cancro, encontra-se o Cancro do Útero, que é considerado uma grande preocupação a nível mundial, constituindo uma causa significativa de mortalidade no sexo feminino. ^[6]

No útero, podem existir dois tipos de cancro: o cancro do útero, subdividido em cancro do endométrio e sarcoma uterino, e o cancro do colo do útero. Como os próprios nomes indicam, a origem do nome do cancro depende da origem da proliferação descontrolada das células. O cancro do endométrio tem origem nas células do endométrio, o sarcoma uterino, que é menos frequente, tem origem nas células das paredes musculares do útero e o cancro

do colo do útero tem origem nas células do colo do útero. [7] Nesta monografia, focar-se-á, apenas, o cancro do endométrio e o cancro do colo do útero, por serem as duas formas mais comuns de cancro localizado no útero.

A evolução de um cancro depende do estado geral de saúde, da idade e do estadió da doença. O tratamento pode variar, tendo como objetivo a cura ou, nos casos mais avançados, apenas o controlo da doença e respetivos sintomas. O tratamento pode incluir a terapêutica local, onde se recorre a cirurgia e/ou radioterapia, e sistémica, onde se recorre à quimioterapia, terapêutica hormonal e imunoterapia, onde o componente terapeuticamente ativo entra na corrente sanguínea alcançando as células e induzindo morte celular e/ou desacelerando o seu crescimento.

O objetivo desta monografia é mostrar, através de revisão de literatura e estudos bibliográficos, os diferentes tipos de cancros que tem origem no útero, assim como a sua prevenção, diagnóstico e tratamento.

2. ANATOMIA DO ÚTERO

O útero é o órgão mais importante do sistema reprodutor feminino. É uma estrutura anatómica muscular oca, em forma de pera, com paredes espessas, tem cerca de 7,5 cm de comprimento, 5 cm de largura e 2 cm de espessura e pesa cerca de 90 g. [8]

O principal objetivo deste órgão é ser responsável pelo desenvolvimento do embrião e do feto durante a gravidez (cerca de 40 semanas). Devido ao facto de ser um músculo, o útero possui a capacidade de se adaptar ao crescimento do feto e garante a força necessária para o expulsar durante o parto.

Anatomicamente, o útero está localizado atrás da bexiga e à frente do reto, como representado na Figura 1. Contudo, ele é uma estrutura muito dinâmica, cujas dimensões e proporções se modificam durante as várias fases da vida.

O útero é constituído pelo corpo, pelo istmo e pelo colo do útero. [9] A parte superior é chamado o corpo do útero, este possui um lúmen triangular, que se estreita até formar uma passagem estreita, o istmo, com cerca de 1 cm de comprimento. O colo do útero é a parte que liga o útero à vagina, este também desempenha um papel crucial na gravidez, mantendo-se bem fechado durante a maior parte da gravidez e abrindo-se durante o parto para permitir a passagem do bebé.

O corpo do útero faz a ligação com as trompas de Falópio. As trompas de Falópio são dois pequenos canais que ligam os ovários e o útero, sendo responsáveis por transportar os óvulos até este órgão.

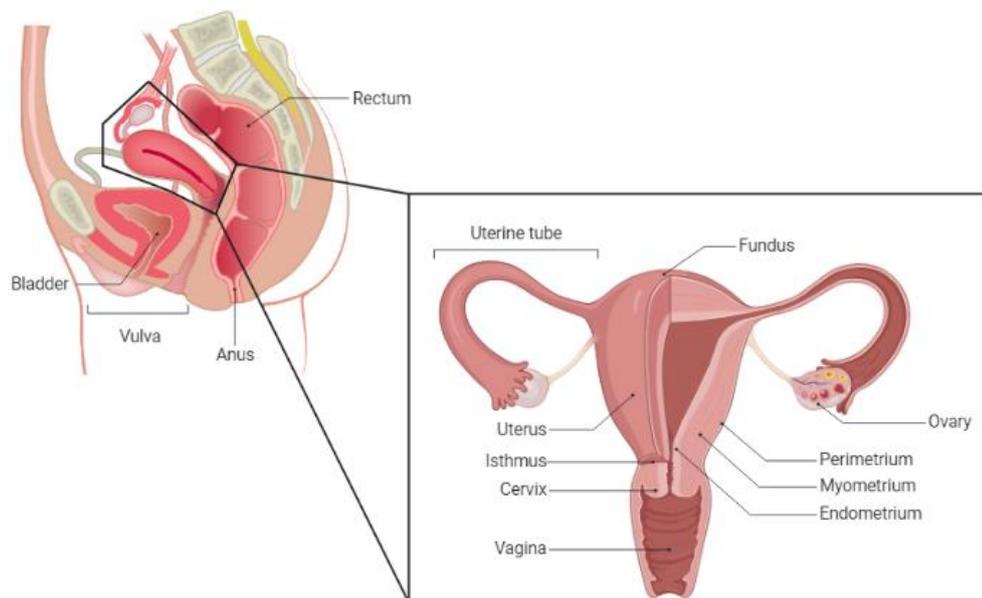


Figura I – Localização anatômica do útero

A parede uterina possui três camadas: mucosa (endométrio), muscular (miométrio) e serosa/adventícia (perimétrio).^[8]

- O endométrio é revestido por epitélio colunar simples e contém numerosas glândulas tubulares, sendo a camada mais interna que reveste o interior do útero. É a camada mais espessa e muito vascularizada durante o ciclo menstrual para se preparar para uma possível implantação do embrião. Se a gravidez não ocorrer, o revestimento do endométrio é eliminado durante a menstruação. O endométrio é muito importante para o desenvolvimento fetal durante a gravidez.

- O miométrio é a camada intermédia da parede uterina. É constituída por camadas espessas de tecido muscular liso. Esta camada é responsável pela contração durante o trabalho de parto e ajuda a empurrar o bebê para fora do útero. Além disso, o miométrio também se contrai durante a menstruação para ajudar a expulsar a menstruação do útero.

- O perimétrio é a camada mais externa e é uma camada serosa fina que cobre o útero e que ajuda a proteger e a suportar o órgão.

Estas três camadas trabalham em conjunto para facilitar os processos reprodutivos, para que a gravidez evolua e para contribuir para o bom funcionamento do sistema reprodutor feminino.

A quantidade de tecido muscular no colo do útero é bem menor do que no corpo. O colo do útero é, na sua maior parte, fibroso e consiste essencialmente em colagénio com uma pequena quantidade de músculo liso e elastina.

O colo do útero tem duas partes principais: ectocérvix e endocérvix, e uma de ligação, a junção escamocolunar.

- O ectocérvix é a parte exterior do colo do útero que pode ser vista durante um exame ginecológico. O ectocérvix é coberto por células escamosas.
- O endocérvix é a parte interna do colo do útero que forma um canal que liga a vagina ao útero, este é coberto por células glandulares em forma de coluna. São estas que produzem muco.
- A junção escamocolunar (também designada por zona de transformação) é o limite entre o endocérvix e o ectocérvix. A maioria dos câncros do colo do útero tem início nesta zona. ^[10]

3. CANCRO DO COLO DO ÚTERO

O cancro do colo do útero é o cancro que tem origem nas células do colo do útero, ou seja, é a proliferação descontrolada de células, nessa parte do sistema reprodutor feminino, que têm a capacidade de invadir ou de se espalhar para outras partes do corpo. Como referido anteriormente, o colo do útero é a extremidade inferior e estreita do útero, e é este que liga o útero à vagina (canal de parto). ^[4,10]

Normalmente, o cancro do colo do útero desenvolve-se lentamente. Muito antes do aparecimento do cancro do colo do útero, as células passam por alterações conhecidas como displasia, em que começam a aparecer células anormais no tecido do colo do útero. Com o passar do tempo, caso não sejam destruídas ou até mesmo removidas, as células anormais podem possuir a capacidade de se transformarem em células cancerígenas e crescem de forma descontrolada e, desta forma podem espalhar-se mais profundamente no colo do útero e nas áreas circundantes.

Existem vários tipos de cancro do colo do útero os quais são designados pelo nome do tipo de células onde o cancro começou. Os dois principais são:

- Carcinoma de células escamosas – desenvolvem-se a partir de células da ectocérvix. A maioria dos câncros do colo do útero, cerca de 90%, são carcinomas deste tipo.
- Adenocarcinoma – desenvolvem-se nas células glandulares do endocérvix.

Por vezes, o cancro do colo do útero tem características tanto de carcinoma de células escamosas como de adenocarcinoma, designando-se este tipo por carcinoma misto ou carcinoma adenoescamoso.^[10]

Ao contrário de muitos outros cancros, a principal causa do cancro do colo do útero não é hereditária, mas é causada por um vírus chamado por Vírus do Papiloma Humano (HPV).

3.1. Vírus do Papiloma Humano (HPV)

O HPV foi descrito pela primeira vez como o “vírus das verrugas humanas” implicado na patogénese das verrugas genitais e da papilomatose laríngea. O seu possível papel na carcinogénese foi sugerido só no ano de 1970, 70 anos depois da sua descoberta.^[11]

O HPV constitui um grupo de vírus que infetam as células da superfície da pele ou das superfícies húmidas ou do revestimento interno de alguns órgãos e cavidades corporais, como o colo do útero, a vagina, a vulva, o pénis, o ânus, a boca e a garganta. A transmissão é feita por contacto sexual.

As infeções por HPV podem causar o crescimento anormal de tecidos, como verrugas cutâneas ou genitais, e outras alterações nas células, incluindo cancro. Atualmente, existem 200 tipos de HPV identificados, 12 foram identificados pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC) como cancerígenos, sendo o HPV-16 responsável por 50% e o HPV-18 por 10% dos casos de cancro do colo do útero.^[12] O HPV pode ser classificado como tipo de alto risco e de baixo risco, sendo que a infeção prolongada com tipo de alto risco, como por exemplo o HPV-16 e o HPV-18, causa praticamente sempre cancro do colo do útero.^[13] O HPV de alto risco pode causar vários outros tipos de cancro, para além do cancro do colo do útero.

Apesar de existirem tipos de HPV que causam cancro, a maioria das infeções por HPV desaparece por si só, uma vez que o sistema imunitário consegue controlar a infeção na maior parte das vezes. Os cancros relacionados com o HPV incluem os cancros do colo do útero, do ânus, da orofaringe, da vagina, da vulva e do pénis.

3.2. Epidemiologia

A infeção por HPV é transmitida sexualmente e é estimado que cerca de 80% das mulheres serão infetadas em algum momento da sua vida, muitas delas por volta dos 45 anos.^[12]

A nível mundial, o cancro do colo do útero é considerado o sétimo tipo de cancro mais frequentemente diagnosticado e a quarta principal causa de morte por cancro, em mulheres.

Em 2020, foram diagnosticadas cerca de 604 mil novos casos e 341 mil mortes por esta patologia, representando cerca de 6,5% dos novos casos de cancro e 7,7% de mortes, em todo o mundo. Relativamente às taxas de incidência e mortalidade, o cancro do colo do útero apresenta uma taxa de 13,3 por 100 mil mulheres e de 7,3 por 100 mil mulheres, respetivamente. ^[14]

Em Portugal, no ano de 2020, foram diagnosticados cerca de 865 novos de cancro do colo do útero e 379 mortes por este tipo de cancro. A taxa de incidência foi de 10,7 por 100 mil mulheres e a taxa de mortalidade de 3,2 por 100 mil mulheres. ^[14]

É de salientar que Portugal é de entre os países da União Europeia, aquele em que a mortalidade tem mais expressão.

3.3. Fatores de Risco

Os fatores de risco do cancro do colo do útero incluem fatores comportamentais e infecciosos. Os fatores comportamentais são relacionados tanto com a atividade sexual como com o estilo de vida. ^[12]

Os principais fatores de risco são:

- Idade
- Idade da primeira relação sexual
- Múltiplos parceiros sexuais
- Gravidez múltipla
- Uso prolongado de contraceptivos orais
- Tabagismo
- Co-infecção com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
- Sistema imunitário fragilizado

O cancro do colo do útero ocorre, normalmente, com maior frequência a partir dos 35 anos de idade.

A idade precoce da primeira relação sexual aumenta o risco de cancro do colo do útero, pois o risco de infeção por HPV de alto risco é mais alto. Por norma, as pessoas que se tornam sexualmente ativas antes dos 18 anos e que têm ou tiveram um número elevado de parceiros sexuais têm mais risco de contrair cancro do útero.

Outro fator de risco de contrair cancro do colo do útero é gravidez, sendo este risco acrescido em comparação com as mulheres que nunca tiveram filhos. Ter filhos antes dos 18 anos também representa um risco elevado, em comparação com mulheres que tiveram o primeiro filho depois dos 25 anos. Contudo, estes dados ainda não têm uma explicação muito clara. ^[15]

As mulheres que fumam, de forma ativa ou passiva, têm um risco acrescido de desenvolver cancro do colo do útero. O risco aumenta com o aumento de número de cigarros por dia e há quanto tempo fuma. As substâncias do tabaco destroem as células de ácido desoxirribonucleico (ADN) no colo do útero, o que pode contribuir para o desenvolvimento do cancro. Existe o dobro de risco de ocorrência de cancro do colo do útero comparado com as mulheres não fumadoras. ^[12, 13]

As pessoas que tem o sistema imunitário fragilizado apresentam maior risco de desenvolver cancro, pois, existe uma diminuição da capacidade de combater a infeção por HPV. Ter o VIH também aumenta o risco de desenvolver cancro do colo do útero, apesar deste risco ser reduzido em mulheres que estão a receber tratamento para o VIH. ^[15]

Quando presentes em simultâneo dois ou mais fatores de risco, aumenta a predisposição para desenvolver a doença.

3.4. Sintomatologia

No início, o cancro do colo do útero normalmente não apresenta sintomas nem sinais, o que torna difícil a sua deteção. Os sintomas começam normalmente depois de o cancro se ter espalhado, numa fase mais avançada. Com isto, os sinais e sintomas vão depender da fase da doença. ^[10]

Numa fase inicial, os sintomas podem incluir:

- Hemorragia vaginal após relações sexuais
- Hemorragia vaginal entre menstruações ou menstruações mais longas
- Corrimento vaginal aquoso e com odor forte, por vezes contém sangue
- Dor durante as relações sexuais

Uma mulher sexualmente ativa tem mais oportunidades de descobrir numa fase inicial que tem cancro do colo do útero do que mulher sem qualquer tipo de relações sexuais. Em mulheres sem atividade sexual, o cancro pode permanecer assintomático até um estágio mais avançado.

Numa fase avançada, os sintomas incluem os sintomas anteriores e:

- Movimentos intestinais dolorosos ou sangramento do reto ao evacuar
- Sangue na urina
- Dor lombar e no abdómen
- Cansaço e pernas inchadas

Estes sintomas podem ser causados por muitas outras doenças e, por esta razão, a única maneira de saber se se trata realmente, ou não, de cancro do útero, só poderá ser através de exames médicos. Se se tratar de um cancro do colo do útero, ignorar os sintomas pode atrasar o tratamento e torná-lo menos eficaz. ^[10]

3.5. Prevenção, Vacinação e Rastreios

O cancro do colo do útero é uma doença evitável com alta percentagem de cura, se for detetado precocemente. Quase todos os cancros podem ser evitados através da prevenção e/ou rastreio. ^[13]

A prevenção é uma intervenção de saúde, cuja finalidade consiste em abranger um conjunto de ações que visam evitar ou reduzir a gravidade e o número de problemas de saúde. As principais iniciativas de prevenção incluem a vacinação, rastreio padronizado e a educação sobre os fatores que contribuem para encorajar a prevenção dos riscos associados por parte da população afetada. ^[12, 16]

O uso de preservativo é a forma de prevenção mais utilizada e é relatado como sendo aproximadamente 70% eficaz na redução da transmissão do HPV. No entanto, não a impede completamente, pois, a exposição pode acontecer nas áreas que não estão cobertas pelo preservativo. ^[17]

A vacinação contra o HPV é uma forma segura e eficaz de ajudar a prevenir o cancro do colo do útero. A primeira vacina contra o HPV (Gardasil[®]) foi aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA) em 2006 e demonstrou eficácia na prevenção da infeção em 4 tipos de HPV (HPV 6, 11, 16 e 18). Atualmente, a vacina utilizada é a Gardasil[®] 9, por ser eficaz e previne pré-cancros e cancros causados por 7 tipos (HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58) e prevenir verrugas genitais causadas pelos tipos HPV 6 e 11, e foi aprovada pela FDA em 2014. A vacina contra o HPV não trata uma infeção já existente por HPV. ^[12, 13]

Em Portugal em 2014, a vacina HPV passou a ser recomendada no âmbito do Plano Nacional de Vacinação (PNV) a crianças dos 10 aos 13 anos de idade e num esquema de duas

ou três doses, consoante a idade da primeira dose. Os jovens que não foram vacinados na faixa etária recomendada podem fazê-lo até aos 26 anos.

O esquema de vacinação passa pela administração em duas doses para indivíduos antes dos 13 anos, num intervalo de 6 a 12 meses ou em três doses para indivíduos que iniciaram depois dos 13 anos de idade ou indivíduos imunocomprometidos. ^[12]

Além da prevenção e da vacinação contra o HPV, o rastreio também é uma parte importante no que toca ao diagnóstico do cancro do colo do útero.

O rastreio é a procura sistemática de lesões pré-cancerígenas em indivíduos assintomáticos, utilizando os recursos da oncologia preventiva e com o objetivo de diagnóstico precoce. Este é essencial porque deteta as alterações nas células numa fase precoce, evitando assim a progressão para lesões cancerosas.

O rastreio é feito recorrendo ao Teste HPV ou ao Teste Papanicolau. O primeiro consiste na pesquisa do vírus papiloma humano que pode causar alterações celulares no colo do útero e o teste Papanicolau consiste num esfregaço que pesquisa células pré-cancerígenas ou alterações celulares que podem desenvolver para cancro do colo do útero. No Teste Papanicolau, o médico utiliza um instrumento de plástico ou de metal, chamado de espécúlo, para examinar o interior da vagina e o colo do útero, e recolher algumas células e muco, para estas serem enviadas para um laboratório. ^[16, 18]

Estes rastreios devem ser realizados por todas as mulheres entre os 21 e os 49 anos de 3 em 3 anos e dos 50 aos 65 anos de 5 em 5 anos.

A vacinação contra o HPV e o rastreio regular do cancro do colo do útero em todas as mulheres permitem prevenir e intervir precocemente no desenvolvimento do cancro do colo do útero.

3.6. Diagnóstico

Após o resultado da rastreio e caso tenha a presença de células pré-cancerígenas, o médico sugerirá outros procedimentos para obter o diagnóstico correto. Os outros procedimentos são os seguintes:

- Colposcopia – consiste na utilização de um colposcópico para analisar o colo do útero. O colposcópico é composto por uma luz brilhante e uma lente de aumento para facilitar a visualização do tecido. Não é inserido na vagina.

- Biópsia – consiste na recolha de tecido para proceder à pesquisa de células pré-cancerígenas ou cancerígenas. A maioria das biópsias são feitas com anestesia local. Posteriormente, o tecido será examinado por microscopia por um patologista. Existe vários tipos de biópsias, como por exemplo, biópsia por punção, *Loop electrosurgical excision procedure* (LEEP), curetagem endocervical e biópsia em cone. ^[19]

3.7. Estadiamento

É muito importante conhecer o estadiamento do cancro, pois este descreve a extensão do cancro no corpo, especialmente se este se espalhou do local onde se formou para outras partes do corpo, sendo importante para saber exatamente que tratamento é necessário.

Estadio 0 – o cancro é detetado apenas na camada superior das células do tecido que reveste o colo do útero. ^[19]

Estadio I – o cancro já está formado e encontra apenas no colo do útero. Pode dividir-se em estadios IA e IB, de acordo com o ponto mais profundo de invasão do tumor e o tamanho, respetivamente.

- Estadio IA1: O ponto mais profundo de invasão do tumor é menor ou igual a 3 milímetros. Apenas pode ser vista ao microscópio.

- Estadio IA2: O ponto mais profundo de invasão do tumor é entre 3 e 5 milímetros. Apenas pode ser vista ao microscópio.

- Estadio IB1: O tumor tem pelo menos 2 centímetros e o ponto mais profundo de invasão do tumor tem mais de 5 milímetros.

- Estadio IB2: O tumor tem entre 2 e 4 centímetros.

- Estadio IB3: O tumor é maior do que 4 centímetros.

Estadio II – o cancro disseminou-se para os tecidos adjacentes, para os dois terços superiores da vagina ou para o tecido à volta do útero (parede pélvica). Pode dividir-se em estadios IIA e IIB, os quais se distinguem de acordo com a disseminação. Se esta ocorreu só para a parte superior da vagina é considerado estadio IIA, se ocorre para o tecido à volta, é considerado estadio IIB.

- Estadio IIA1: o tumor tem pelo menos 4 centímetros.

- Estadio IIA2: o tumor é maior do que 4 centímetros.

Estadio III – o cancro disseminou-se para os tecidos da parte inferior da vagina ou para a parede pélvica, causando falência renal ou então já se envolvendo nos gânglios linfáticos. Divide-se em função do grau de disseminação do cancro. Se for estadio IIIA, o cancro espalhou-se só para a parte inferior da vagina. No estadio IIIB, o cancro disseminou-se para a parede pélvica. O estadio IIIC é considerado quando o cancro se dissemina para os gânglios linfáticos.

- Estadio IIIC1: o cancro espalhou-se para os gânglios linfáticos da pélvis.
- Estadio IIIC2: o cancro espalhou-se para os gânglios linfáticos do abdómen.

Estadio IV – o cancro disseminou-se para a bexiga, reto e para outras partes do corpo. O estadio IV subdivide-se nos estadios IVA e IVB, com base no local onde o cancro se espalhou. No estadio IVA, espalhou-se para a bexiga ou o reto. No estadio IVB, afetou o fígado, pulmões, ossos ou os gânglios linfáticos distantes. Nesta fase é também chamado de cancro metastático.

[10]

O cancro do colo do útero recorrente é um cancro que recidivou depois de ter sido tratado. O cancro pode reaparecer no colo do útero ou noutras regiões do organismo.

3.8. Tratamento

Para decidir o melhor tratamento é importante saber o estadiamento do cancro, pois diferentes estadios têm diferentes tratamentos. Outro fator importante é o estado de saúde geral do doente. Em relação ao tratamento do cancro do colo do útero, existem diferentes tipos, entre os quais:

- Cirurgia – tem como objetivo de remover todas as células cancerígenas, e pode incluir a conização, que é a remoção de um cone do colo do útero, a histerectomia, que o útero e o colo uterino são removidos totalmente, e por último, a traquelectomia, que remove parcialmente o colo do útero, mas mantem o corpo do útero. Caso necessário pode ainda ser efetuada a remoção de alguns gânglios linfáticos da pélvis. [20]

- Radioterapia – nesta terapia são utilizados raios X de alta energia para matar as células cancerígenas, danificando o ADN. É utilizada como tratamento definitivo e único, ou como tratamento adjuvante, após uma intervenção cirúrgica ou então em associação com a quimioterapia. Existem dois tipos de radioterapia, a externa e a interna, também chamada de braquiterapia. [20]

- Quimioterapia – utiliza medicamentos para parar o crescimento das células cancerígenas, quer matando as células quer impedindo-as de se dividirem. A quimioterapia pode ser administrada isoladamente ou com outros tipos de tratamentos. Os medicamentos mais utilizados para esta patologia são, Cisplatina, Carboplatina, Irinotecano, Paclitaxel, Topotecano, entre alguns outros. [20]

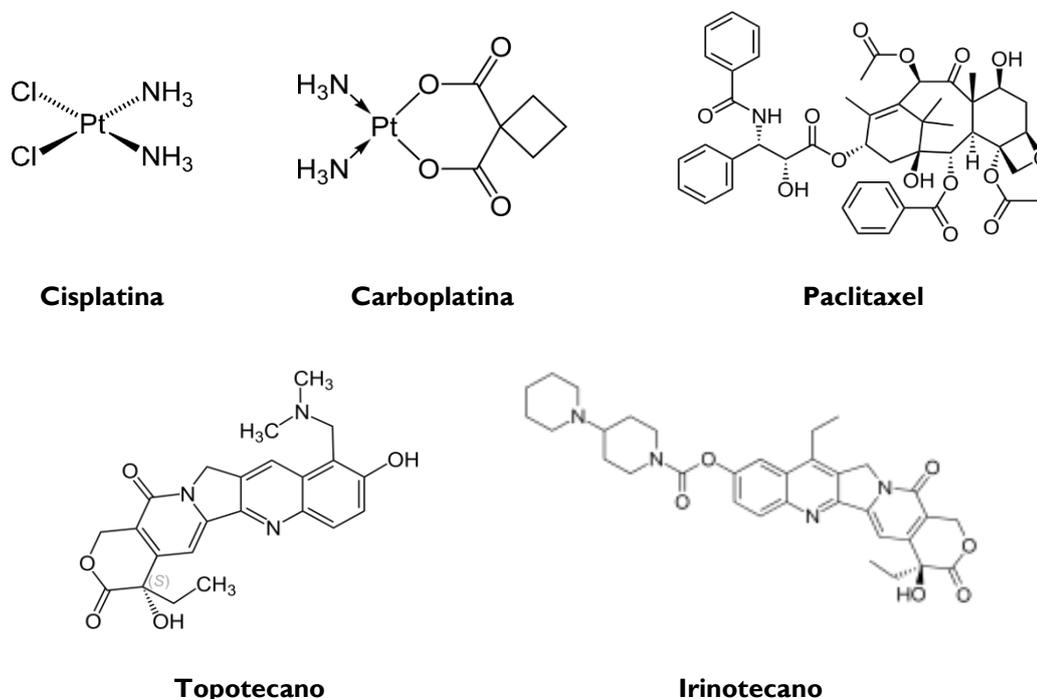


Figura 2 – Estruturas químicas dos fármacos utilizados em quimioterapia no cancro do colo do útero

- Imunoterapia – esta terapia ajuda o sistema imunitário a combater o cancro. Os biomarcadores podem ser utilizados para prever a resposta a determinados medicamentos de imunoterapia. O Pembrolizumab está indicado para o cancro do colo do útero persistente, recorrente ou metastático, e tem como biomarcador PD-L1. Este medicamento pode ser utilizado em associação com Bevacizumab, ou não. [21, 22]

- Terapia dirigida – esta terapia utiliza medicamentos que bloqueiam as vias de sinalização específicas de células cancerígenas que as estimulam a crescer, por outras palavras, servem para bloquear a ação de enzimas, proteínas ou outras moléculas específicas envolvidas no crescimento e disseminação das células cancerígenas. Um dos fármacos muito utilizado no cancro do colo do útero é o Bevacizumab em associação com Paclitaxel e Cisplatina ou Paclitaxel e Topotecano. [20, 21]

Para o cancro invasivo precoce, a cirurgia é sempre o melhor tratamento a escolher. Em casos mais avançados, a radioterapia combinada com a quimioterapia é o padrão mais comum de tratamento.

O tratamento tem sempre como base o estadiamento. Na tabela I, está representado o tratamento para cada tipo de estadio.

Tabela I – Tratamento do Cancro do Colo do Útero

Estadio	Tratamento
0	Cirurgia extrativa local, como a criocirurgia, cirurgia a laser
IA1	Cirurgia – conização, hysterectomia total ou radical
IA2	Hysterectomia com remoção dos gânglios linfáticos, traquelectomia radical, radioterapia interna
IB ou IIA	Radioterapia externa combinada com interna, quimioradioterapia, hysterectomia radical com remoção dos gânglios linfáticos associada à quimioterapia
IIB, III ou IVA	Quimioradioterapia, remoção dos gânglios linfáticos pélvicos seguido de radioterapia com ou sem quimioterapia
IVB	Radioterapia com terapia paliativa ou quimioterapia com o Bevacizumab

4. CANCRO DO ÚTERO

O cancro do útero pode ter origem nas células do endométrio, o chamado carcinoma do endométrio ou simplesmente, cancro do endométrio ou, então, pode ter origem nas células das paredes musculares do útero, designando-se, neste caso, por sarcoma uterino. O cancro do endométrio é a forma mais comum e com alta taxa de cura. O sarcoma uterino é o outro tipo de cancro que se forma no músculo do útero (miométrio) ou em outros tecidos do útero, é mais agressivo e difícil de tratar. ^[23, 7]

Apesar de terem algumas semelhanças, existem informações válidas para o cancro do endométrio que não são válidas para o sarcoma uterino.

O cancro do endométrio ocorre geralmente em mulheres com mais de 50 anos e, portanto, após a menopausa. Apenas 25% dos casos ocorrem antes da menopausa. Para uma mulher jovem em fase de reprodução, o endométrio engrossa todos os meses para se preparar para uma possível gravidez. Quando a gravidez não ocorre, o endométrio é eliminado durante o período menstrual. Posto isto, após a menopausa, os períodos menstruais param e o revestimento do endométrio para de engrossar. Nas pessoas que têm cancro do endométrio, o revestimento uterino desenvolve células anormais. ^[23]

Como referido anteriormente, o cancro do endométrio é um cancro com uma taxa elevada de cura, e isto acontece porque felizmente a maioria das pessoas são diagnosticadas

numa fase inicial, quando o cancro ainda não se disseminou, e o tumor pode ser eliminado apenas com cirurgia.

Existem dois tipos distintos de cancro do endométrio. O tipo mais comum, que corresponde a 75 a 85% dos casos, é o tipo I, surge em mulheres mais jovens por vezes obesas com antecedentes de estimulação estrogénica isolada e prolongada. São tumores endometrióides com invasão superficial do miométrio. O outro tipo, tipo II, é independente da estimulação estrogénica e ocorre mais em mulheres pós-menopausa e magras – os tumores não são tão bem diferenciados como os do tipo I –, porém com invasão profunda do miométrio. ^[24, 25]

4.1. Epidemiologia

O cancro do endométrio, a nível mundial, é o sexto tipo de cancro com maior número de novos números de casos em 2020. Em 2020, foram diagnosticadas cerca de 417 mil novos casos e 97 mil mortes por esta patologia, representando cerca de 4,5% dos novos casos de cancro e 2,2% de mortes, em todo o mundo. Relativamente às taxas de incidência e mortalidade, o cancro do endométrio apresenta uma taxa de 8,7 por 100 000 e de 1,8 por 100 000 mulheres, respetivamente. ^[14]

Em Portugal, no ano de 2020, foram diagnosticados cerca de 1 238 novos de cancro do endométrio e 361 mortes. A taxa de incidência foi de 9,9 por 100 mil mulheres e a taxa de mortalidade de 2,0 por 100 mil mulheres. ^[14]

4.2. Fatores de Risco

Atualmente ainda não está bem definido o que leva o cancro do endométrio a desenvolver-se, mas foram identificados alguns fatores de risco. A maioria dos cancros do endométrio necessita de estrogénios para se desenvolver, sem eles param de crescer. Por isso, os principais fatores de risco estão ligados aos estrogénios. ^[7]

Os principais fatores de risco são:

- Idade
- Hereditariedade
- Tamoxifeno no tratamento de cancro da mama
- Obesidade
- Diabetes

- Menopausa tardia ou menstruação precoce
- Nunca ter engravidado

O risco de desenvolvimento do cancro aumenta à medida que as mulheres vão envelhecendo, pois geralmente esta patologia só se desenvolve depois dos 50 anos. Havendo histórico familiar em parentes de primeiro grau, também aumenta o risco.

No caso de mulheres com histórico de cancro de mama, o risco também é mais elevado, principalmente se forem tratadas com Tamoxifeno, pois este tem um efeito estimulante no endométrio, logo vai ajudar no desenvolvimento ou crescimento do cancro do endométrio.

Numa mulher com diabetes, o risco de ter cancro do endométrio e ter excesso de peso também é maior, pois são modificados os níveis de estrogénios. ^[7]

4.3. Sintomatologia

Os sintomas de cancro do endométrio não são exclusivos desta doença, podendo aparecer em muitas outras, nomeadamente tumores benignos ou outras patologias. O sintoma mais comum do cancro do endométrio é o sangramento vaginal anormal, mas existem outros, designadamente:

- Hemorragia uterina não menstrual
- Dor ou dificuldade em urinar
- Dor durante a relação sexual
- Dor pélvica
- Corrimento vaginal anormal ^[7]

Para uma mulher que ainda tem o período menstrual, o sangramento anormal é definido como sangramento entre os períodos menstruais ou sangramento menstrual intenso. Numa mulher após a menopausa, qualquer sangramento vaginal é considerado anormal, mesmo que seja apenas uma pequena quantidade de sangue. ^[7, 26]

O facto de ter um ou mais dos sintomas acima enumerados não significa, contudo, que se tem cancro do útero.

4.4. Prevenção

Ao contrário do cancro do colo do útero, não existe forma de prevenir o aparecimento do cancro do endométrio, nem nenhuma forma conhecida de rastreio, apenas existindo citologias vaginais que podem detetar células do endométrio anormais. [7, 26]

4.5. Diagnóstico

O diagnóstico de cancro do endométrio é baseado nos três testes seguintes:

- Exame clínico, que inclui um exame pélvico ginecológico que procura sinais da doença na vagina, colo do útero, bexiga e reto, e pela palpação e visualização através da introdução de um espécuro na vagina da mulher, para determinar a localização do tumor e se já existem outros órgãos afetados.
- Imagiologia, através de uma ecografia transvaginal, na qual é inserida uma sonda na vagina da mulher, que permite a visualização do endométrio. Caso o mesmo evidencie espessamento, o médico poderá fazer uma biópsia.
- Exame histopatológico, que é um este exame que confirmará o diagnóstico e dará mais informações sobre as características do mesmo. A biópsia geralmente é realizada por histeroscopia, (método mais recomendável) que envolve a inserção de um telescópio fino no útero juntamente com um dispositivo especial para obter a biópsia. Também pode ser obtido através duma curetagem. [7]

4.6. Estadiamento

Como referido anteriormente, o estadiamento permite avaliar a extensão do cancro.

Estadio I – o cancro já está formado e encontra apenas no útero. Pode dividir-se em estadios IA e IB, de acordo com a extensão de propagação do cancro.

- Estadio IA: Encontra-se apenas no endométrio ou a menos de metade do miométrio.
- Estadio IB: Espalhou-se para mais de meio do miométrio.

Estadio II – o cancro disseminou-se para o tecido conjuntivo do colo do útero, mas ainda não se espalhou para fora do útero.

Estadio III – o cancro espalhou-se para fora do útero e do colo do útero, mas ainda sem atingir a pélvis. Divide-se em função do grau de disseminação do cancro.

- Estadio IIIA: o cancro espalhou-se para a camada exterior do útero ou para a trompas de Falópio ou ovários.

- Estadio IIIB: o cancro espalhou-se para a vagina ou para a camada de tecido conjuntivo e gordura à volta do útero.

- Estadio IIIC: o cancro espalhou-se para os gânglios linfáticos na pélvis.

Estadio IV – o cancro disseminou-se para além da pélvis. O estadio IV subdivide-se nos estadios IVA e IVB.

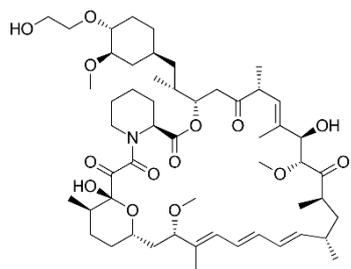
- Estadio IVA: o cancro espalhou-se para a bexiga ou parede do intestino.

- Estadio IVB: o cancro espalhou-se para outras partes do corpo para além da pélvis, incluindo o abdómen e/ou os gânglios linfáticos na virilha. [27]

4.7. Tratamento

Assim como no cancro do colo do útero, no cancro do endométrio os tratamentos incluem cirurgia, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia e terapia dirigida.

Tabela 2 – Tratamento do Cancro do Endométrio

Estadio	Tratamento
I	Cirurgia
II ou III	Cirurgia e radioterapia
IV	<p>Quimioterapia e eventualmente a radioterapia, e terapia dirigida com inibidores de mTOR (Everolimus) ou um anticorpo monoclonal (Bevacizumab)</p> <div style="text-align: right;">  <p>Everolimus</p> </div>

5. CONCLUSÃO

A evolução de um cancro depende muito do estado de saúde, da idade, do estadio da doença e de muitos outros fatores de risco, e com isto, é importante estarmos de alerta a todos os sintomas e sinais que o nosso corpo nos dá.

Estima-se que a prevalência global de Cancro do Útero possa vir aumentar se os rastreios e prevenção deixar de existir. É cada vez mais tarde que as jovens tendem a fazer rastreios e

acabam por desvalorizar certos sinais ou sintomas importantes na deteção destes tipos de cancro. Apesar de haver sintomas comuns a várias patologias, estes não deviam ser desvalorizados, pois detetados numa fase inicial da doença, pode fazer toda a diferença.

O cancro do colo do útero numa fase inicial (0 – IIA), quando se estende ao corpo uterino e penetra o miométrio, tem como melhor estratégia de tratamento a cirurgia. Numa fase mais avançada, a radioterapia e a quimioterapia (IIB - IVB) são a escolha mais segura pois, com isto, existe uma maior probabilidade de não ocorrer a formação de metástases.

No cancro do endométrio o tratamento passa também pela cirurgia numa fase inicial (I – III), e numa fase mais avançada (IV) recorre-se à quimioterapia em combinação com radioterapia ou, então, com terapia dirigida com Everolimus ou Bevacizumab, para que o tratamento seja definitivo.

A prevenção e o diagnóstico do cancro do colo do útero são fundamentais para que haja eficácia da terapêutica. Quando detetado e tratado precocemente evita a remoção do útero, possibilitando que as mulheres possam engravidar, e não afetando, assim, a reprodução. No cancro do endométrio, esta não é uma preocupação tão acentuada pois, o aparecimento deste, acontece em mulheres com uma idade mais avançada.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2015). O que é o Cancro? Acedido em 27 jan. 2023. Disponível em: <https://www.ligacontracancro.pt/o-que-e-o-cancro/>
- [2] Cancer Research UK. (2020). What Is Cancer. Acedido em 27 jan. 2023. Disponível em: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/what-is-cancer>
- [3] World Health Organization (WHO). Cancer. Acedido em 28 jan. 2023. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
- [4] National Cancer Institute. (2021). What is Cancer? Acedido em 28 jan. 2023. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>.
- [5] Ordem dos Farmacêuticos. (2023). Novos indicadores sobre o cancro em Portugal. Acedido em 28 jan. 2023. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/novos-indicadores-sobre-o-cancro-em-portugal/>
- [6] Sistema Nacional de Saúde (SNS). (2023). *Doenças Oncológicas - Tipos de Cancro*. Acedido em 28 jun. 2023. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/tipos-de-cancro/>
- [7] CUF. (2023). Acedido em 14 mar. 2023. Disponível em: <https://www.cuf.pt/saude-a-z/cancro-do-utero>
- [8] Moore, K. L., Dalley A. F., Agur, A. M. R. (2019). *Anatomia orientada para a clínica*. Tradução de: Clinically Oriented Anatomy. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/resumo-de-anatomia-do-utero-ligamentos-sustentacao-vascularizacao-e-mais>
- [9] Ellis, H. (2011). *Anatomy of the uterus*. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. Volume 12. 99-101
- [10] National Cancer Institute. (2023). *What is Cervical Cancer?*. Acedido em 15 mar. 2023. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/cervical>
- [11] Ntanasis-Stathopoulos, I., Kyriazoglou, A., Michalis Liontos, A., Dimopoulos, M., Gavriatopoulou, M. (2020). *Current trends in the management and prevention of human papillomavirus (HPV) infection*. Department of Clinical Therapeutics, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine
- [12] Johnson, C., Marzan A. (2019). *Cervical Cancer: Na Overview of Pathophysiology and Management*.

- [13] National Cancer Institute. (2023). *Cervical Cancer – Causes, Risk and Prevention*. Acedido em 18 mai. 2023. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/cervical>
<https://www.cancer.gov/types/cervical/causes-risk-prevention>
- [14] World Health Organization (WHO). (2020). *GLOBOCAN 2020 - Graph production: IARC*. Acedido em 18 mai. 2023. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>
- [15] Cancer Research UK. (2020). *Cervical Cancer - Risks*. Acedido em 18 jun. 2023. Disponível em: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cervical-cancer/risks-causes>
- [16] Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *What should I know about screening?* Acedido em 19 jun. 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/cancer/cervical/index.htm>
- [17] McGraw, S.L., Ferrante, J.M. (2014). *Update on prevention and screening of cervical cancer*. *World J Clin Oncol*, 5, 744–752.
- [18] Cancer Research UK. (2020). *Cervical Cancer - Screening*. Acedido em 18 jun. 2023. Disponível em: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cervical-cancer/getting-diagnosed/screening/about>
- [19] Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2021). *Cancro do Útero*. Acedido em 20 jun. 2023. Disponível em: <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-do-uterol/>
- [20] National Cancer Institute. (2023). *Treatment by stage - Cervical Cancer*. Acedido em 22 jun. 2023. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/cervical/treatment/by-stage>
- [21] INFARMED, I. P. – RCM Pembrolizumab. [Acedido a 2 jul. 2023]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>
- [22] INFARMED, I. P. – RCM Bevacizumab. [Acedido a 2 jul. 2023]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>
- [23] Lee-may, C., Berek, J. S. (2022). *Patient education: Endometrial cancer diagnosis, staging, and surgical treatment (Beyond the Basics)*.
- [24] Bokhman, J.V. (1983). *Two pathogenetic types of endometrial carcinoma*. *Gynecol Oncol*
- [25] Mota, F. (2012). *Compêndio de Ginecologia Oncológica - Cancro do endométrio*
- [26] National Cancer Institute. (2023). *Uterine Cancer – Health Professional Version*. Acedido em 17 jul. 2023. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/uterine/hp>
- [27] Sundar, S., Balega J., Crosbie E. (2017). *BGCS Uterine Cancer Guidelines: Recommendations for Practice*