



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÉUTICAS

Farmácia Silveira

Gonçalo António Pereira Reis



2017-18

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Silveira

fevereiro de 2018 a julho de 2018

Gonçalo António Pereira Reis

Orientador : Dra. Maria Olívia Silveira

Tutor FFUP: Prof. Doutora Irene Rebelo

setembro de 2018

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro que o presente relatório é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 20 de setembro de 2018

Gonçalo António Pereira Reis

AGRADECIMENTOS

Termina, desta forma, uma etapa fundamental do meu percurso na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto. Foram cinco anos vividos intensamente e que permitiram o meu crescimento enquanto profissional. Resta-me, assim, agradecer a todos aqueles que tornaram isto possível.

À Prof. Doutora Irene Rebelo, minha tutora, pela sua constante disponibilidade e empenho na orientação do meu estágio e relatório.

A toda a equipa da Farmácia Silveira, pela excelente receção e ambiente que sempre proporcionaram. Um especial agradecimento à Dra. Olívia Silveira, pelo carinho e disponibilidade que sempre demonstrou ao longo de todo o estágio. A sua orientação foi, sem dúvida, fundamental. A todos, muito obrigado, pela excelente experiência.

À minha família e amigos, que sempre demonstraram o seu apoio e confiança, acreditando sempre no sucesso desta caminhada. O meu sincero agradecimento a todos.

RESUMO

A conclusão do ciclo de estudos e acesso à profissão farmacêutica pressupõe uma formação em Ciências Farmacêuticas, culminando esta com a realização de um estágio em Farmácia Comunitária. Neste relatório encontram-se descritas as principais atividades desenvolvidas ao longo deste estágio profissionalizante realizado na Farmácia Silveira, em Fânzeres, e que contempla o primeiro contacto com a profissão farmacêutica.

Estando este relatório dividido em duas partes, é possível encontrar numa primeira parte, a descrição do dia-a-dia de uma farmácia, expondo as principais funções exercidas. Na segunda parte, estão descritos três projetos desenvolvidos no âmbito do estágio profissionalizante e que realça a importância do papel do farmacêutico na educação e promoção da saúde.

A realização de um rastreio da menopausa no decorrer do estágio permitiu perceber a importância da intervenção farmacêutica nesta área e o impacto que pode ter na qualidade de vida da mulher. Desta forma, esta temática foi abordada com maior profundidade, onde foram analisados os resultados de uma escala que permitiram a caracterização da população.

A Perturbação do Espectro Autista foi também, objeto de estudo, abordando as suas principais características, medidas de intervenção e o seu impacto familiar. A realização de um folheto informativo no âmbito da comemoração do Dia Mundial da Consciencialização do Autismo celebrado a 2 de abril, teve como principal objetivo a sensibilização da população para esta perturbação.

A saúde oral na infância é uma área onde o envolvimento do profissional farmacêutico pode ser ativo, sobretudo a nível da educação. Neste sentido, foi realizado uma intervenção em dois jardins de infância, com a exposição deste tema e promovendo a literacia em saúde oral.

ÍNDICE

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE	iv
AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vi
ÍNDICE	vii
ABREVIATURAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE TABELAS.....	xi
PARTE I - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO	1
1. Introdução.....	2
2. Farmácia Silveira	2
2.1. Localização, Horário de Funcionamento e Direção Técnica	2
2.2. Organização do espaço físico e funcional.....	2
2.2.1. Espaço exterior.....	2
2.2.2. Espaço interior.....	3
2.3. Pessoal.....	4
2.4. Sistema informático	5
3. Gestão em Farmácia Comunitária	5
3.1. Gestão de <i>Stocks</i>	5
3.2. Fornecedores e Critérios de Aquisição	6
3.3. Realização e Receção de Encomendas	7
3.3.1. Encomenda Diária	7
3.3.2. Encomenda Instantânea.....	7
3.3.3. Encomenda por Via Verde.....	7
3.3.4. Encomenda ao Laboratório.....	7
3.4. Armazenamento	9
3.5. Controlo dos Prazos de Validade e Devoluções	9
4. Dispensa de Medicamentos e de outros produtos	10
4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica	10
4.1.1. Prescrição Médica	10
4.1.2. Validação da Prescrição Médica.....	12
4.1.3. Dispensa de medicamentos.....	13
4.1.4. Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos	13
4.1.5. Regimes de Comparticipação e Subsistemas de Saúde.....	14
4.1.6. Processamento de Receituário e Faturação	15

4.2.	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	16
4.3.	Outros Produtos Farmacêuticos	16
5.	Serviços e Cuidados de Saúde prestados na farmácia	17
5.1.	Determinação de parâmetros bioquímicos e biofísicos	18
5.2.	Recolha de resíduos de medicamentos	18
5.3.	Administração de Medicamentos Injetáveis	18
6.	Formação contínua	19
7.	Atividade Farmacêutica	19
PARTE II - PROJETOS DESENVOLVIDOS DURANTE O ESTÁGIO		23
PROJETO 1: INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA MENOPAUSA		23
1.	Enquadramento	23
2.	Menopausa e Climatério	23
2.1.	Fisiologia da menopausa	24
2.2.	Sintomatologia	25
2.2.1.	Sintomatologia precoce	25
2.2.2.	Sintomatologia a médio prazo	26
2.2.3.	Sintomatologia tardia	27
2.3.	Tratamento	28
2.3.1.	Terapia não farmacológica	28
2.3.2.	Terapia farmacológica	29
2.3.2.1.	Terapêutica hormonal	29
2.3.2.2.	Terapêutica não hormonal	29
3.	Avaliação da sintomatologia - <i>Menopause Rating Scale</i> (MRS)	30
4.	Conclusão	34
PROJETO 2: CONSCIENCIALIZAÇÃO DO AUTISMO		35
1.	Enquadramento e Objetivos	35
2.	Perturbação do Espectro Autista (PEA)	35
2.1.	Evolução histórica	36
2.2.	Diagnóstico e Avaliação	36
2.3.	Medidas de intervenção	37
2.4.	O impacto familiar	38
3.	Intervenção farmacêutica	39
PROJETO 3: IMPORTÂNCIA DA HIGIENE ORAL NAS CRIANÇAS		40
1.	Enquadramento	40
2.	Introdução	40
3.	Cárie Precoce da Infância (CPI)	41

3.1. Etiologia.....	41
3.2. Fatores de risco.....	42
3.3. Diagnóstico.....	42
3.4. Tratamento e medidas preventivas.....	43
4. Intervenção farmacêutica.....	44
BIBLIOGRAFIA	46
ANEXO I – Espaço exterior da FS.....	53
ANEXO II – Espaço interior da FS.....	54
ANEXO III – Exemplo de objetivos mensais da FS.....	55
ANEXO IV – <i>Menopause Rating Scale</i> Avaliação da sintomatologia	56
ANEXO V – Panfleto “Dia Mundial da Conscientização do Autismo”	57
ANEXO VI – Apresentação sobre Higiene Oral nas Crianças.....	59
ANEXO VII – Atividade Pedagógica “Alimentação e Saúde Oral”	66

ABREVIATURAS

BPF	Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária
CPI	Cárie Precoce da Infância
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DT	Diretor(a) Técnico(a)
FS	Farmácia Silveira
FSH	Hormona Foliculoestimulante
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P
LH	Hormona Luteinizante
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MRS	<i>Menopause Rating Scale</i>
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
PEA	Perturbação do Espectro Autista
PV	Prazo de Validade
PVP	Preço de Venda ao Público
SGUM	Síndrome Génito-Urinária da Menopausa
SI	Sistema Informático
THS	Terapêutica Hormonal de Substituição

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diminuição dos folículos do ovário com a idade.....	24
Figura 2. Representação gráfica da perda da densidade mineral óssea com a idade e menopausa.....	28
Figura 3. Idade das utentes	32
Figura 4. Utilização de tratamento para o alívio da sintomatologia.....	32
Figura 5. Média total das pontuações obtidas e de cada sub-escala	34
Figura 6. Jogo com os alimentos desalinhados.....	66
Figura 7. Jogo com os alimentos corretamente distribuídos	66
Figura 8. Apresentação de suporte para a realização da atividade	68
Figura 9. Apresentação de suporte para a realização da atividade (resolução)	68

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Justificações técnicas do prescritor	11
Tabela 2. Formação contínua durante o estágio.....	19
Tabela 3. Cronograma das atividades desenvolvidas durante o estágio	20
Tabela 4. Principais sintomas da síndrome génito-urinária da menopausa (SGUM)...	26
Tabela 5. Interpretação dos resultados obtidos na MRS	31
Tabela 6. Frequência dos sintomas reportados e média dos resultados obtidos	33

PARTE I

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO

1. Introdução

É cada vez mais aceite entre a comunidade que a profissão farmacêutica tem um papel preponderante na promoção da saúde pública e na melhoria dos cuidados de saúde e que esta não se cinge apenas à dispensa de medicamentos. Neste sentido, o estágio curricular realizado no último semestre do curso Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas visa o primeiro contacto com a realidade profissional e possibilidade de aplicação dos conhecimentos desenvolvidos ao longo de todo o ciclo de estudos.

O meu estágio curricular em Farmácia Comunitária teve início no mês de fevereiro na Farmácia Silveira (FS), em Fânzeres (Gondomar), e prolongou-se até ao final do mês de julho. A orientação farmacêutica ficou a cargo da Dra. Maria Olívia Silveira, que acompanhou todas as atividades desenvolvidas. O horário acordado foi das 9h00 às 13h00 e das 14h00 às 18h00, perfazendo um total de 40 horas semanais.

Neste relatório é pretendido descrever o dia-a-dia de uma farmácia comunitária e do papel do farmacêutico no bom desempenho da sua atividade profissional, relatando as atividades desenvolvidas no âmbito da prática farmacêutica.

2. Farmácia Silveira

2.1. Localização, Horário de Funcionamento e Direção Técnica

A FS, situada em Fânzeres, concelho de Gondomar e distrito do Porto, abriu portas em fevereiro de 1983 pela atual proprietária e Diretora Técnica (DT), Dra. Maria Olívia Silveira. Encontra-se inserida num prédio habitacional e numa zona que abrange uma elevada densidade populacional. Nas suas imediações, além de todas as habitações, é possível encontrar uma vasta gama de comércio, restauração, estabelecimentos de ensino e paragens de transportes públicos (metro e autocarros).

De acordo com a legislação em vigor [1], o horário de funcionamento estabelecido foi das 9 horas às 21 horas, de segunda a sábado, excetuando-se os dias em que a FS realiza serviço permanente, estando aberta ao público desde a hora de fecho de um dia até à hora de abertura do dia seguinte.

2.2. Organização do espaço físico e funcional

No decorrer do licenciamento de uma farmácia de oficina, devem ser cumpridos requisitos técnicos relativos às instalações, sendo estas normas orientadoras definidas nas Boas Práticas de Farmácia (BPF) [2].

2.2.1. Espaço exterior

A FS, inserida num prédio habitacional, está situada numa avenida principal onde se encontra bem visível pela sua fachada principal. No entanto, tem outra fachada na parte anterior, numa rua secundária, também ela com uma porta de entrada (inclusive uma rampa permitindo o acesso de pessoas com mobilidade reduzida). Conforme a regulamentação disposta no Decreto-Lei N.º 307/2007, de 31 de agosto [3], ambas as fachadas possuem um símbolo de “cruz verde”, nome da diretora técnica e horário de funcionamento. Na sua fachada principal está ainda descrito o calendário de farmácias em regime de serviço permanente do município.

O espaço exterior está representado no **anexo I**.

2.2.2. Espaço interior

O interior da FS oferece aos utentes um ambiente calmo e acolhedor. Cumprindo as áreas mínimas de uma farmácia de oficina [2], a FS é constituída por dois pisos e é dividida em várias áreas. No piso superior encontra-se um local de atendimento ao público, armazém, área de receção de encomendas, gabinete de atendimento personalizado, gabinete de atendimento de serviços não farmacêuticos, laboratório, gabinete da Direção Técnica e casa de banho. O piso inferior é destinado para os funcionários, incluindo instalações sanitárias, uma zona com cacifos, copa e garagem.

Área de atendimento ao público é a principal área de contacto com o utente, onde este pode ser atendido através de seis balcões destinados para esse efeito. De forma a aumentar a comodidade dos utentes, a ordem de atendimento é controlada por senhas, dispondo a FS de duas zonas de descanso, de uma balança eletrónica, de uma zona destinada ao entretenimento de crianças e de múltiplos panfletos informativos e educativos para a saúde, incluindo a revista SAÚDA.

O local de atendimento ao público é um espaço amplo que permite aos utentes circular livremente pelos diferentes lineares e gôndolas onde estão expostos uma grande variedade de produtos. Toda esta área é estrategicamente pensada de forma a dispor, de uma forma rotativa, grande parte dos produtos de dermocosmética, puericultura, capilares, higiene oral e corporal, ortopedia e perfumes. Por sua vez, os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) estão expostos atrás dos balcões de atendimento fora do alcance dos utentes. A rotatividade dos produtos expostos é definida pela sazonalidade, campanhas promocionais e interesse da própria farmácia no escoamento.

A **área de apoio ao atendimento** encontra-se na zona anterior aos balcões e fora do alcance e visão dos utentes. Esta zona é constituída por dois armários com gavetas deslizantes e a divisão do armazenamento é feita em 6 grupos: Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM); MNSRM; medicamentos de uso veterinário;

produtos de saúde; águas e colutórios; produtos capilares. A organização dos produtos dentro das gavetas é feita por ordem alfabética e o seu armazenamento pelo método *First Expire, First Out*. Esta zona contém ainda um frigorífico para armazenamento de medicamentos termolábeis que necessitem de temperaturas entre os 2°C e os 8°C.

Gabinetes de atendimento personalizado são áreas reservadas para a realização de serviços complementares. A FS dispõe de dois gabinetes, sendo um deles destinado principalmente à determinação de diversos parâmetros físico-químicos (colesterol total, glicémia, triglicerídeos, ácido úrico e medição da tensão arterial) e administração de medicamentos injetáveis e vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação. Já o outro gabinete destina-se essencialmente à prestação de outros serviços não farmacêuticos tais como podologia, psicologia e nutrição.

Estes gabinetes permitem, por outro lado, prestar um atendimento mais personalizado, com aconselhamento e esclarecimento de dúvidas em ocasiões que necessitem de certo tipo de confidencialidade por parte do utente.

A **zona de receção de encomendas e respetivo armazém** é um espaço de acesso restrito, com uma porta para o exterior (zona anterior) destinada à entrada do pessoal da distribuição farmacêutica para a receção de encomendas. As encomendas são conferidas neste mesmo local e posteriormente encaminhadas para a área de apoio ao atendimento, onde são arrumadas no respetivo lugar. Além disso, é neste espaço que se encontra o armazém que tem como finalidade a arrumação dos produtos excedentes. Aqui são também arrumados por ordem alfabética, em armários com prateleiras devidamente identificadas e apenas se faz a distinção entre MSRM e MNSRM/PS. É igualmente importante referir que é neste local que está disposto um quadro *Kaizen*, com várias informações relevantes e que servem de apoio às reuniões feitas diariamente com a equipa. Aqui é possível encontrar vários quadros de cumprimento de objetivos semanais estabelecidos, quadros de tarefas, campanhas e atividades em vigor, entre outros.

O espaço interior está representado no **anexo II**.

Este quadro foi uma ferramenta de apoio importante durante o meu estágio, permitindo uma integração mais sinérgica como membro da equipa. Foi uma forma de estar permanentemente informado acerca dos objetivos coletivos da farmácia e uma forma de motivação para direcionar os esforços em determinado objetivo.

2.3. Pessoal

Uma equipa bem organizada, motivada e devidamente habilitada para o exercício farmacêutico, faz parte integrante do bom funcionamento da farmácia comunitária. De acordo com a legislação em vigor [3], o DT pode ser coadjuvado, nos

seus deveres, *“por farmacêuticos, técnicos de farmácia e por pessoal devidamente habilitado, sob a sua direção e responsabilidade”*. Para além da farmacêutica DT, a equipa da FS é constituída por duas farmacêuticas adjuntas, duas farmacêuticas e três técnicas de farmácia.

2.4. Sistema informático

O bom desempenho da atividade farmacêutica, assim como toda a gestão diária da farmácia é, atualmente, auxiliada pelo software *Sifarma® 2000* da Glintt. São inúmeras as funcionalidades deste sistema informático (SI), indo desde a gestão de produtos (receção de encomendas, devoluções, prazos de validade e reservas) e receituário até ao apoio ao atendimento, com a disponibilização de toda a informação técnico-científica relevante sobre os diversos produtos. Desta forma, é assegurado uma maior segurança na dispensação e um bom aconselhamento ao utente, sendo possível ser alertado para possíveis interações medicamentosas, consultar efeitos adversos, posologia recomendada, entre outros. Este SI está presente em todos os terminais informáticos da FS e cada colaborador pode aceder a partir das suas credenciais.

Durante o estágio tive oportunidade de explorar muitas das funções que o Sifarma® 2000 disponibiliza, e das quais destaco a realização e receção de encomendas, correção de receituário, gestão de stocks e o próprio dicionário científico, que permitiu alargar os meus conhecimentos técnicos e científicos de grande parte dos medicamentos e produtos de saúde.

3. Gestão em Farmácia Comunitária

A gestão assume-se como fundamental em qualquer vertente comercial e a atividade farmacêutica não é exceção. Não deixando de ser um espaço de saúde e com grandes limites éticos, a farmácia comunitária é também um negócio que se pretende rentável. Assim, atualmente, o farmacêutico assume uma função de gestor, quer a nível financeiro quer mesmo a nível do pessoal.

3.1. Gestão de Stocks

Relativamente aos *stocks*, estes devem ser constante e meticolosamente geridos. Uma gestão de *stocks* adequada é uma base para um melhor serviço ao cliente, protegendo-se contra as flutuações de procura ou de fornecimento, cobrindo as necessidades dos utentes. No entanto, os inventários têm custos associados que representam um investimento significativo e que, se não forem rigorosamente geridos, podem traduzir-se em desperdício para a farmácia.

Neste sentido, o SI é uma ferramenta fundamental, uma vez que ajuda no controlo dos *stocks* máximos e mínimos, permitindo uma análise do histórico de vendas de todos os produtos. Assim, quando determinados produtos atingem o *stock* mínimo, o SI gera automaticamente notas de encomendas diárias que são posteriormente analisadas pela responsável. Além disso, é necessário ter em conta diversos fatores tais como campanhas comerciais e sazonalidade.

Outro ponto igualmente importante nesta gestão é a confirmação dos *stocks* físicos, ou seja, se existe correspondência entre o *stock* real e o *stock* informático. Este processo é feito regularmente e os erros podem ser encontrados no armazenamento dos produtos (**ponto 3.4.**), no controlo dos prazos de validade (**ponto 3.5.**) realizado mensalmente ou então ao acaso, por exemplo, durante o atendimento.

Todos estes pontos são fundamentais para satisfazer as necessidades dos clientes, pois garantindo a dispensa dos produtos em tempo útil é uma forma de fidelização.

Ao longo do meu estágio, tive oportunidade de acompanhar a validação de encomendas diárias e colaborar numa correta gestão de stocks, alterando, quando necessário, os níveis de stocks ou alertando os responsáveis para determinadas circunstâncias que surgissem no atendimento.

3.2. Fornecedores e Critérios de Aquisição

A aquisição dos produtos faz parte dos principais fatores de uma adequada gestão farmacêutica. Sendo a farmácia um retalhista na cadeia de distribuição, esta pode fazer as suas encomendas através dos distribuidores grossistas (fornecedores) ou diretamente aos laboratórios. As vantagens de fazer encomendas diretamente ao laboratório recaem sobretudo sobre as margens de lucro conseguidas devido às quantidades mínimas exigidas. Por outro lado, os intermediários grossistas, não exigindo quantidades mínimas, são uma opção fundamental para a realização de encomendas diárias pela rapidez e comodidade.

A FS, tendo em consideração as condições comerciais e a qualidade do serviço, tem como principal fornecedor a *OCP Portugal*, onde concentra a maior parte das suas encomendas. Esta escolha é da responsabilidade da direção técnica e a principal razão da escolha deste fornecedor está relacionada com o grupo de compras ADDOPharm®, ao qual pertence a FS. Este grupo trabalha, essencialmente, com este distribuidor, conseguindo, desta forma, maiores margens e descontos. No entanto, de forma a tentar satisfazer todas as necessidades, a FS também trabalha com outras empresas de distribuição tais como a *Alliance Healthcare*, *Empifarma/Magium* e *Cooprofar*.

3.3. Realização e Receção de Encomendas

A **realização de encomendas**, tal como referido anteriormente, pode ser feita via intermediário (distribuidor grossista) ou diretamente aos laboratórios.

3.3.1. Encomenda Diária

Este tipo de encomenda é realizada duas vezes por dia através do SI que, automaticamente, vai gerando uma nota de encomenda tendo por base o *stock* mínimo dos produtos. Ou seja, os produtos com maior rotatividade que atingem o *stock* mínimo definido, entram para a nota de encomenda diária que é posteriormente validada pela responsável e que, analisando as sugestões de encomenda (possíveis bonificações ou descontos) envia diretamente ao fornecedor.

3.3.2. Encomenda Instantânea

As encomendas instantâneas são realizadas de forma pontual quando não é possível satisfazer as necessidades do cliente no momento do atendimento. Este tipo de encomendas pode ser feito não só através do SI mas também via telefónica ou através dos *gadgets* disponibilizados pelos fornecedores. Desta forma é possível informar o utente do dia e do horário em que chega o produto pretendido.

3.3.3. Encomenda por Via Verde

A encomenda por Via Verde nasceu do projeto “Via Verde do Medicamento” que no dia 15 de fevereiro de 2016 entrou em vigor em todo o território nacional. Através de um protocolo de colaboração da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P (INFARMED) com as associações profissionais do setor do medicamento (APIFARMA, ANF, GROQUIFAR e AFP) foi possível *melhorar o acesso a medicamentos pertencentes à lista de medicamentos cuja exportação/distribuição intracomunitária é sujeita a notificação prévia ao INFARMED, I.P* [4]. Desta forma, as farmácias podem adquirir medicamentos abrangidos por este projeto, listados na Circular Informativa Nº 019/CD/100.20.200, através de uma via excecional que pode ser ativada quando a farmácia não tiver o *stock* do medicamento pretendido. Isto só é possível através da indicação do número da receita médica e junto do distribuidor aderente que satisfaz o pedido com o *stock* reservado para este canal. Desta forma, salvaguarda-se a continuidade do tratamento por parte do doente.

3.3.4. Encomenda ao Laboratório

As encomendas diretas ao laboratório são normalmente realizadas presencialmente com os delegados de informação farmacêutica dos respetivos laboratórios que, após analisarem o histórico de vendas da farmácia, avançam com uma proposta aos responsáveis. Depois de uma negociação entre os delegados comerciais e os responsáveis farmacêuticos, a proposta é oficializada.

O passo que se segue é a **receção e conferência de encomendas**. Estas chegam armazenadas em contentores específicos e indicativos do fornecedor. Os produtos de frio são enviados em contentores térmicos e que se diferenciam dos restantes para ser possível a sua rápida receção e armazenamento no frigorífico. As encomendas são acompanhadas com as respetivas faturas e que servem de apoio aquando da sua conferência. Ou seja, através do separador Receção de Encomendas do SI, deve validar-se o número do documento, seguido do valor total da fatura e começar com a leitura ótica ou manual do código dos produtos. Assim, para cada linha de produto é possível confirmar o código do produto, designação do produto, quantidade pedida e quantidade enviada, Preço de Venda ao Público (PVP), Preço de Venda Autorizado, Margem, Desconto, Imposto sobre o valor Acrescentado, Preço de Venda à Farmácia e valor final do produto. Além disto, é extremamente importante verificar as validades que constam nos produtos e proceder à sua alteração no SI caso esta seja inferior à validade que consta na linha do produto e ainda verificar a existência de reservas. Caso haja reservas ativas, é necessário confirmar a sua entrada e separar dos restantes produtos. Aquando da leitura dos produtos no SI estes são separados em quatro cestos consoante o seu *stock* (*stock 0*; *stock 1*; *stock 2*; *stock ≥3*). Isto é uma medida decorrente do método *Kaizen*, que ajuda no posterior armazenamento e, essencialmente, a detetar *stocks* errados.

No final da conferência de todos os produtos constantes na fatura é fundamental verificar se o valor total presente nesta fatura corresponde ao valor total da encomenda no SI. Terminada a receção da encomenda, o SI gera automaticamente uma lista de produtos que não foram entregues e que permite a sua transferência para outro armazenista. Uma vez aprovada a receção de encomenda, são impressas etiquetas para os produtos sem Preço Inscrito na Cartonagem.

As encomendas com benzodiazepinas, psicotrópicos e/ou estupefacientes, são acompanhadas por uma requisição específica (em duplicado) que é necessário assinar, datar e carimbar, sendo ainda arquivadas durante 3 anos pelo DT e fornecedor.

Estas atividades de receção e conferência de encomendas foram a minha principal função no início do meu estágio curricular. Isto reveste-se de grande importância pois permitiu uma familiarização com os medicamentos e produtos comercializados na farmácia, assim como da sua rotatividade.

3.4. Armazenamento

O armazenamento é o passo seguinte à receção das encomendas. Este armazenamento necessita de condições de iluminação, temperatura, humidade e ventilação específicas e estipuladas [2] - a temperatura inferior a 25°C e humidade inferior a 60% - sendo verificadas e registadas regularmente. No frigorífico, a temperatura deverá estar entre os 2°C e os 8°C.

Excetuando os psicotrópicos, que são armazenados de imediato numas gavetas específicas e fora do alcance dos utentes, os produtos seguem da zona de receção de encomendas para a zona de apoio ao atendimento em cestos que devem ser arrumados pela ordem do seu *stock*, ou seja, iniciando-se pelos produtos com *stock* 0. Estes são arrumados nos devidos locais, quer sejam nas gavetas deslizantes (e frigorífico arrumados inicialmente) da área de apoio ao atendimento, nas gavetas dos balcões (produtos com maior rotação), lineares, gôndolas e expositores. Os produtos excedentes são arrumados no armazém contido na zona de receção de encomendas.

Tal como foi referido atrás, o armazenamento é feito tendo por base o prazo de validade (PV), segundo o método, *First Expire, First Out*, agilizando o processo de escoamento e minimizando o desaproveitamento de produtos.

3.5. Controlo dos Prazos de Validade e Devoluções

O controlo dos PV reveste-se de elevada importância, garantindo a qualidade dos produtos comercializados na FS. Apesar do seu controlo aquando da receção e dispensa, este controlo é feito, também, mensalmente e de forma manual. Todos os meses são retirados do SI listagens de produtos com o prazo a terminar nos três meses seguintes. Estas listagens são retiradas de forma alfabética e os seus prazos e *stocks* vão sendo confirmados manualmente. Esta confirmação é depois registada no próprio SI, validando ou corrigindo os PV. Os produtos com PV a terminar são devidamente separados e, caso não seja possível o seu escoamento, são devolvidos ao distribuidor juntamente com uma nota de devolução.

São várias as situações que podem levar à devolução de um produto para além do PV, sejam elas a emissão de circulares de recolha voluntária ou suspensão imediata de comercialização decretada pelo INFARMED ou pelos próprios laboratórios, as inconformidades encontradas aquando da receção de encomendas, tais como os PV curtos ou expirados, embalagens danificadas e engano ou ausência de pedido.

O processo de devolução é realizado através do SI, através do menu Gestão de Devoluções, indicando o armazenista responsável pela devolução, os produtos em questão e a sua qualidade, identificação da fatura e motivo da devolução. Isto gera uma

nota de devolução, que é impressa em triplicado, sendo todas carimbadas e assinadas. Um exemplar fica na FS e as restantes seguem juntamente com o produto a ser devolvido. A nota de devolução fica a aguardar regularização, que pode ou não ser aceite. Caso seja aceite, é emitida uma nota de crédito ou troca de produtos. Caso contrário o produto é devolvido à farmácia para quebra. Em ambos os casos, esta regularização deve ser realizada no SI, no menu Regularização de Devoluções.

Ao longo do estágio fui tendo oportunidade de realizar tanto o controlo dos PV, assim como gerir e regularizar devoluções. Na FS, o controlo dos PV é uma tarefa constante no quadro kaizen e que deve ser realizada até ao dia 10 de cada mês.

4. Dispensa de Medicamentos e de outros produtos

Uma das principais atividades do farmacêutico é a dispensa de medicamentos estando as normas específicas devidamente expostas nas BPF [2]. Este ato de cedência pode ser mediante uma prescrição médica, automedicação ou aconselhamento farmacêutico. De acordo com o Regime Jurídico das Farmácias de Oficina [3], as farmácias podem ser um local de dispensa de vários produtos farmacêuticos, não estando limitada a medicamentos, sejam eles sujeitos a receita médica ou não.

O farmacêutico é muitas vezes o último profissional de saúde que contacta com o doente antes do início da toma da medicação. É importante que através de uma comunicação clara e precisa, seja fornecida ao utente toda a informação indispensável para o uso racional e responsável do medicamento, assegurando a eficácia e segurança da terapêutica. Para isso, é necessário uma atualização constante e formação contínua, permitindo um serviço de qualidade.

4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

De acordo com o Estatuto do Medicamento [5], estes medicamentos só podem ser dispensados mediante a apresentação de uma receita médica, pois podem constituir um risco para a saúde caso sejam utilizados sem vigilância médica ou usados para fins diferentes aos recomendados. Os MSRM ainda contemplam todos aqueles que são destinados a administração parentérica e aqueles que contenham substâncias cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar.

4.1.1. Prescrição Médica

De acordo com o artigo 120.º do Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, a prescrição é feita por via eletrónica ou, em casos excecionais, por via manual, e inclui obrigatoriamente a denominação comum internacional da substância ativa, a forma

farmacêutica, a dosagem, a apresentação e a posologia podendo no entanto, conter denominação comercial por marca ou indicação do nome do titular da autorização de introdução no mercado [6]. Isto permite ao utente optar por um medicamento dentro de um grupo homogêneo - conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, forma farmacêutica, dosagem e via de administração, no qual se inclua pelo menos um medicamento genérico existente no mercado - contribuindo para uma utilização mais racional dos medicamentos. No entanto, o médico prescritor tem a possibilidade de inibir este direito de opção do utente mediante a apresentação de justificações técnicas na receita (**tabela 1**) [7,8].

Tabela 1. Justificações técnicas do prescritor (adaptado de [7])

MENÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
Exceção a) art. 6º	Prescrição de um medicamento com margem ou índice terapêutico estreito.
Exceção b) art. 6º	Fundada suspeita, previamente reportada ao INFARMED, I.P., de intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial.
Exceção c) art. 6º	Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias

Não tendo o utente direito de opção no caso das exceções a) e b), cabe ao farmacêutico dispensar o medicamento constante na receita, enquanto no caso da exceção c), o utente pode optar por medicamentos com PVP igual ou inferior ao do medicamento prescrito [7]. As farmácias, na obrigação de ter disponível para venda três medicamentos de entre os cinco com preço mais baixo do grupo homogêneo, deve dispensar o de menor preço, salvo se o utente tiver outra preferência [6].

Dependendo do MSRM, as receitas médicas podem ser classificadas em **receita médica renovável**, **receita médica especial** e **receita médica restrita**. A **receita médica renovável**, tal como o nome indica, destina-se à prescrição de medicamentos utilizados em certas doenças ou a tratamentos prolongados e que, sem colocar em causa a segurança da sua utilização, podem ser adquiridos mais do que uma vez, apresentando três vias com validade máxima de seis meses, sem necessitar de prescrição médica. A **receita médica especial** aplica-se a medicamentos que contenham substâncias classificadas como estupefacientes ou psicotrópicos ou que possam, em caso de utilização anormal, criar toxicodependência ou ser utilizados para

fins ilegais. Estão sujeitos a **receita médica restrita** os medicamentos cuja utilização deva ser reservada a certos meios especializados [5].

Atualmente, apesar de a desmaterialização da receita médica já ser uma realidade no Serviço Nacional de Saúde [8,9], ainda coexistem três tipos de prescrição: Prescrição eletrónica desmaterializada, ou seja, Receita Sem Papel; Prescrição eletrónica materializada, que pode ser renovável ou não; Prescrição manual, correspondendo a uma receita médica pré-impressa, não renovável, e que só está previstos em casos de falência do sistema informático, inadaptação do prescritor, prescrição ao domicílio e prescrição máxima de 40 receitas médicas por mês [7].

Com vista a impulsionar a generalização da receita eletrónica desmaterializada, através do Despacho n.º 2935-B/2016, de 25 de fevereiro de 2016, a Receita Sem Papel adquiriu carácter obrigatório a 01 de abril de 2016, para todas as entidades do Serviço Nacional de Saúde [9].

4.1.2. Validação da Prescrição Médica

É fundamental proceder, antes da dispensa dos medicamentos, a uma validação das prescrições médicas. Desta forma, é necessário confirmar vários processos de validação:

Prescrição eletrónica:

- Número da receita, local de prescrição ou respetivo código, identificação do médico prescritor, incluindo o número de cédula profissional e, se for o caso, a especialidade;
- Dados do utente - nome e número de utente, assim como regime especial de comparticipação de medicamentos, se aplicável;
- Entidade financeira responsável e número de beneficiário, acordo internacional e sigla do país, quando aplicável.
- Denominação comum internacional da substância ativa, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem e número de embalagens
- Data de prescrição e assinatura do prescritor.

No caso da prescrição manual, além dos pontos atrás referidos, deverá:

- Conter o motivo da exceção;
- Não ter rasuras ou caligrafias diferentes, a utilização de canetas diferentes ou a prescrição a lápis.

Durante o meu estágio deparei-me com vários erros de prescrição. Entre os mais comuns realço a falta de assinatura do médico prescriptor que inviabiliza a validação da prescrição médica.

4.1.3. Dispensa de medicamentos

Após a validação da prescrição médica, segue-se a dispensa propriamente dita, garantindo que é fornecida toda a informação ao utente relativamente à sua utilização, ou seja, a forma como deve ser tomado, a duração do tratamento e eventuais precauções especiais. De acordo com as BPF, é necessário fornecer *informações clínicas para garantir que o utente recebe e compreende a informação oral e escrita de modo a retirar o máximo benefício do tratamento* [2].

Para proceder à dispensa do medicamento/produto prescrito, recorre-se ao SI, mediante a colocação dos códigos de acesso da prescrição médica e indicação - quando aplicável - de eventuais planos de comparticipação complementar do utente. No final do atendimento o SI exige uma verificação dos medicamentos dispensados, eliminando possíveis erros que poderia colocar em causa a segurança do utente. Também neste seguimento o farmacêutico deve garantir a qualidade dos medicamentos/produtos no momento da sua cedência [2].

Ao longo do estágio, procurei sempre esclarecer qualquer dúvida do utente relativamente à utilização dos medicamentos/produtos, quer por forma escrita, quer através da comunicação oral. Muitas vezes foi necessário recorrer ao SI, ao Folheto Informativo ou a outras colegas da farmácia para garantir sempre a qualidade do serviço.

4.1.4. Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos

Apesar do seu uso medicinal e terapêutico, os estupefacientes e psicotrópicos apresentam alguns riscos, podendo induzir habituação, dependência física e psíquica, bem como risco de sobredosagem. Por isso mesmo, estes estão sujeitos a um regime jurídico próprio aplicável ao seu tráfego e consumo [10, 11]. Desta forma, há um controlo mais apertado da utilização destes produtos, evitando o seu uso para fins diferentes daqueles a que se destinam, combatendo o tráfico e estabelecendo regras para fiscalização e penalização.

Estes medicamentos são prescritos isoladamente, isto é, apenas deve vir prescrito uma substância ativa numa só dosagem, num máximo de 4 embalagens e com a validade de trinta dias. Estas receitas, tal como abordado anteriormente, são identificadas como **receita especiais**.

No momento da dispensa destes medicamentos é necessário, no SI, o preenchimento dos dados pessoais relativos ao utente e ao adquirente, caso se trate de pessoas diferentes, bem como o nome do médico prescritor. No final do atendimento é impresso um documento comprovativo da venda do psicotrópico atribuindo um número de registo. No caso de a receita ser manual, são impressos dois documentos, sendo um agrafado a uma cópia da receita e o outro agrafado à receita, sendo posteriormente enviada para o INFARMED juntamente com a lista de saídas mensais. As fotocópias das receitas com os respetivos documentos são arquivados na farmácia durante um período de 3 anos.

Além das várias dispensas destes medicamentos, ao longo do meu estágio, tive oportunidade de contactar com esta regulamentação, quer por confirmação do registo de entradas e saídas, quer por confirmação do balanço de psicotrópicos.

4.1.5. Regimes de Comparticipação e Subsistemas de Saúde

A atual legislação [12,13], refere que o sistema de comparticipação dos medicamentos é compreendido por um regime geral e um regime especial e o grau de comparticipação assegurado pelo Estado é dividido em escalões, que variam de acordo com a classificação farmacoterapêutica, a sua utilização, as entidades que o prescrevem e ainda com o consumo acrescido para doentes que sofram de determinadas patologias:

- Escalão A: 90 %;
- Escalão B: 69 %;
- Escalão C: 37 %;
- Escalão D: 15 %.

O regime especial de comparticipação abrange os pensionistas, representado nas receitas pela letra “R”, e um grupo de especial de utentes ou medicamentos utilizados em certas patologias, representado pela letra “O” [6]. Os pensionistas usufruem de mais 5% de comparticipação no escalão A e 15% nos escalões B, C e D. No entanto, se a opção do utente recair sobre um medicamento com PVP entre os cinco mais baratos, a comparticipação é de 95%. No caso de outras comparticipações especiais, estas devem fazer referência a uma portaria, despacho ou decreto, que identificam determinadas patologias ou grupo de utentes. Esta comparticipação é variável de acordo com a respetiva legislação [7].

Existem ainda outros subsistemas, criados no âmbito de vários ministérios, empresas bancárias, seguradoras e outras instituições, para prestação de cuidados de

saúde aos seus trabalhadores ou associados que estabelecem um regime de complementaridade entre entidades, beneficiando o utente de uma comparticipação adicional à estabelecida pelo SNS [14]. Para isso, durante o atendimento, é necessário inserir no SI o código identificativo do subsistema, para realização da complementaridade.

Ao longos dos vários atendimentos tive a oportunidade de contactar com os diversos regimes de comparticipação e subsistemas de saúde. De entre os mais comuns, destaco: Regime Geral (código 01); Regime Especial (código 48); Regime Geral + SAMS (código J1); Regime Geral + SAMS Quadros (código O1).

4.1.6. Processamento de Receituário e Faturação

Apesar de o processo de desmaterialização ser, cada vez mais, uma realidade presente, ainda existem muitas prescrições materializadas e manuais que obrigam a um processo de faturação diferente. No final de um atendimento contendo prescrição de MSRM comparticipados, é impresso no verso da receita, um documento de faturação que, para além dos dados da farmácia e dos preços dos medicamentos (comparticipações e valor pago pelo utente), consta também a data de dispensa e as declarações para serem assinadas pelo utente. Estas receitas devem ser carimbadas, datadas e assinadas pelo farmacêutico.

Diariamente, as receitas são conferidas e organizadas pelos responsáveis, segundo a entidade responsável pela comparticipação, de acordo com a sequência de números e lotes atribuídos pelo SI. Esta conferência recai, essencialmente na confirmação do organismo da receita, se este coincide com o organismo de comparticipação, se os medicamentos dispensados correspondem aos medicamentos prescritos, tendo em conta a existência de exceções. Os lotes, constituídos por 30 receitas, são fechados no final de cada mês, com a emissão do verbete de identificação do lote. Para o fecho do receituário são ainda emitidas a relação de resumo de lotes e a fatura mensal. Estes documentos são datados, assinados e carimbados pelos responsáveis, ficando uma cópia dos documentos na farmácia e os restantes enviados juntamente com os lotes e verbetes no dia útil seguinte. As receitas do SNS seguem para o Centro de Conferência de Faturas e as restantes para a Associação Nacional de Farmácias.

Dada a complexidade de todo o processo de conferência de receitas, eventuais erros são passíveis de acontecer. Por isso mesmo, estas receitas são devolvidas à farmácia, com o respetivo motivo de devolução. Caso seja possível a sua correção, são novamente reenviadas.

Durante os seis meses de estágio, tive oportunidade de me familiarizar com este processo, quer de conferência e organização de receitas, quer de fecho de receituário realizado no final de cada mês.

4.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Segundo o Estatuto do Medicamento [5], e tal como o nome indica, os MNSRM podem ser dispensados sem receita médica, ou seja, podem fazer parte de um contexto de automedicação ou indicação farmacêutica/médica. No entanto, esta utilização tem de ser feita de uma forma responsável, em problemas de saúde ligeiros e transitórios. Cabe também ao farmacêutico avaliar a história clínica do doente e, após uma entrevista ao utente, ponderar o risco/benefício da utilização de um MNSRM para determinadas queixas de saúde apresentadas. Neste processo de intervenção farmacêutica, deve ser transmitida ao utente toda a informação relevante relativa à medicação, posologia, duração e cuidados especiais. Caso veja necessidade, deve referenciar o utente ao médico ou a outro profissional de saúde especializado [7].

Em 2013, foi instituído em Portugal, através da publicação do Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro [15], uma nova subcategoria de MNSRM, que prevê que certos medicamentos sejam dispensados exclusivamente na farmácia. Desta forma, há um reforço da garantia da segurança na sua utilização que, pelas suas características, requeiram um aconselhamento farmacêutico mais detalhado, nomeadamente através de protocolos específicos relativos à dispensa.

De acordo com o artigo 115º, do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, estes medicamentos não são comparticipáveis, salvo nos casos previstos na legislação que define o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos [5]. O seu PVP é definido pela farmácia.

No decorrer do meu estágio surgiram variadas situações de intervenção farmacêutica e automedicação. Apesar das dificuldades sentidas numa altura inicial do estágio, tive oportunidade de me familiarizar com os problemas habitualmente reportados pelos utentes e proceder ao aconselhamento farmacêutico. Noutras situações senti a necessidade de referenciar os utentes ao médico ou, por outro lado, explicar os riscos inerentes à automedicação. Esta última opção nem sempre foi bem aceite pelos utentes.

4.3. Outros Produtos Farmacêuticos

Além dos medicamentos, quer sejam sujeitos ou não sujeitos a receita médica, a FS comercializa outra variedade de produtos farmacêuticos que visam satisfazer as necessidades dos utentes. Aqui o farmacêutico tem também um papel importante, pois

pode dar um aconselhamento adequado e personalizado, com todos os seus conhecimentos. De acordo com o artigo 33º, do Decreto-Lei N.º 307/2007 [3], de 31 de agosto, as farmácias podem fornecer ao público os seguintes produtos: medicamentos e produtos veterinários; medicamentos e produtos homeopáticos; produtos naturais; dispositivos médicos; suplementos alimentares e produtos de alimentação especial; produtos fitofarmacêuticos; produtos cosméticos e de higiene corporal; artigos de puericultura; produtos de conforto. Estes produtos estão enquadrados numa legislação própria.

No que toca aos medicamentos manipulados, a FS atualmente não faz a sua preparação, optando por pedir a outras farmácias quando chega alguma prescrição deste tipo. O procedimento passa por ligar à farmácia com o laboratório de medicamentos manipulados, confirmar a preparação do manipulado presente na prescrição e, posteriormente, enviar via fax ou via digital, a receita referente. Estes medicamentos são depois enviados através de um distribuidor juntamente com a respetiva fatura.

Ao longo do meu estágio fui tendo contacto com os mais diversos produtos que estão disponíveis na FS e tive um papel ativo na sua venda. De entre os mais comuns estão os produtos cosméticos e de higiene corporal, suplementos alimentares, medicamentos e produtos veterinários e dispositivos médicos. A maior dificuldade encontrada centrou-se na familiarização com a vasta gama de produtos dermocosméticos da FS, tendo muitas vezes aproveitado o meu tempo livre para conhecer estes produtos.

5. Serviços e Cuidados de Saúde prestados na farmácia

O Regime Jurídico das Farmácias de Oficina [3] consagra a possibilidade de as farmácias prestarem serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes, onde o papel do farmacêutico se torna preponderante. A Portaria N.º 1429/2007, de 2 de novembro [16], refere uma evolução da farmácia comunitária, de um simples local de venda, para um importante espaço de saúde, definindo um conjunto de serviços a serem prestados pela farmácia. De entre estes serviços, a FS tem disponível para os seus utentes a monitorização de parâmetros bioquímicos e biofísicos, recolha de resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso, e administração de medicamentos injetáveis, quer sejam vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação ou outros medicamentos injetáveis. Além destes, a FS disponibiliza outros serviços de saúde prestados por profissionais externos tais como podologia, nutrição e psicologia.

5.1. Determinação de parâmetros bioquímicos e biofísicos

Na FS, dentro dos parâmetros bioquímicos, os utentes podem realizar a determinação dos valores de colesterol total, glicémia, triglicerídeos e ácido úrico. Estas determinações são feitas em sangue capilar com o recurso ao Reflectron®. Ainda dentro destes parâmetros, a FS realiza o teste de gravidez às utentes que pretendam. No que toca aos parâmetros biofísicos, a FS disponibiliza aos seus utentes a medição da pressão arterial, através de um esfigmomanómetro automático e ainda a determinação do peso e altura, com recurso a uma balança. Esta balança fornece ainda o valor de índice de massa corporal, tendo por base o peso e a altura do utente, indicando os valores de referência.

Durante o período de estágio tive a oportunidade de realizar todas as determinações acima mencionadas, exceto a determinação do peso e altura, sendo esta feita automaticamente pela balança. No entanto, pude, por várias vezes, esclarecer dúvidas acerca do índice de massa corporal e dar o devido aconselhamento, consoante os casos. O mesmo aconselhamento farmacêutico foi sempre prestado nas restantes determinações, visando algumas medidas não farmacológicas e melhorias no estilo de vida.

5.2. Recolha de resíduos de medicamentos

Procurando minimizar o impacto ambiental negativo dos resíduos de medicamentos, a VALORMED® é uma entidade que processa a sua recolha e respetivo tratamento. O seu principal objetivo é gerir um sistema que leve a uma maior recolha e valorização energética de embalagens de medicamentos fora de uso. Isto é possível através da distribuição de contentores às farmácias, que devem ser cheios com resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso. Uma vez cheios, os contentores são selados e entregues aos distribuidores que, posteriormente, seguem para um centro de triagem para serem reciclados [17].

Foi possível notar, durante o estágio curricular, que existem muitos utentes sensibilizados para esta reciclagem especial e que levavam à FS os medicamentos fora de uso e resíduos de embalagens. Realizei várias vezes a selagem destes contentores e preenchimento da ficha para serem posteriormente levados pelos distribuidores.

5.3. Administração de Medicamentos Injetáveis

A administração de medicamentos injetáveis é realizada apenas por farmacêuticos com formação complementar específica, reconhecida pela Ordem dos

Farmacêuticos. Estes incluem também as vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, de acordo com o descrito na Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro [16].

Apesar de não se ter proporcionado a observação da administração de nenhum injetável, consegui perceber, desde logo, a importância deste serviço nas farmácias para os utentes devido à maior comodidade e, também, pela confiança que transmitem. Aquando do registo no SI deste serviço, questionava sempre o utente se era a primeira vez que ia utilizar aquele medicamento, e em caso afirmativo, confirmava com a farmacêutica habilitada, uma vez que existe a possibilidade de reação anafilática, sendo preferível nestes casos a toma no centro de saúde.

6. Formação contínua

A atualização contínua de conhecimentos é hoje uma exigência que se coloca aos farmacêuticos, pelas responsabilidades que detêm na sociedade. São vários os avanços na saúde que obrigam o farmacêutico a manter-se em constante atualização de forma a poder desempenhar conscientemente a sua atividade.

Neste sentido, e no âmbito do estágio curricular, tive oportunidade de participar em algumas ações de formação, complementando, desta forma, a minha aprendizagem. Estas formações estão descritas na **tabela 2**.

Tabela 2. Formação contínua durante o estágio

DATA	FORMAÇÃO
21 de fevereiro de 2018	Formação Aconselhamento Farmacêutico e Técnicas de Venda na Dor Lombar – GSK®
26 de abril de 2018	Formação Consumer Health Care - Pierre Fabre®
15 de março de 2018	Formação Um passo em frente na gestão da diabetes – OneTouch®
16 de maio de 2018	Formação Higiene e cuidados de Saúde Oral: o papel da Farmácia! - GSK®

Ainda no âmbito das ações de formação para farmacêuticos, realizei um curso *online* sobre Marketing Digital, disponibilizado pelo grupo TEVA.

7. Atividade Farmacêutica

Durante o período de estágio fui tendo oportunidade de me integrar e familiarizar com as diversas funções de um farmacêutico comunitário. Procurei sempre ter um papel

ativo na FS em busca de um crescimento enquanto futuro profissional e ajudando a farmácia no seu bom desempenho.

O período inicial passou essencialmente pelo contacto com a estrutura organizacional e funcionamento geral da FS. Tudo isto foi um processo gradual e contínuo, que contou com o apoio de todos os colaboradores. Iniciei, portanto, as funções de *back office*, havendo o primeiro contacto com o SI. Destaco aqui a receção de encomendas, gestão de devoluções e reposição de *stocks*. Isto foi fundamental para me familiarizar com os demais produtos comercializados e locais de armazenamento. O próximo passo foi, inevitavelmente, o atendimento ao público. Após acompanhamento de vários atendimentos de forma ativa, fui realizando alguns autonomamente, mas sempre com consciência da responsabilidade que isso implicava. Por isso mesmo, nunca hesitei em colocar dúvidas e questões aos restantes colaboradores, permitindo realizar um atendimento de qualidade e com máxima segurança. O cronograma das atividades desenvolvidas na farmácia está representado na **tabela 3**.

Tabela 3. Cronograma das atividades desenvolvidas durante o estágio

Atividades	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Integração na equipa e ambientação	✓					
Aprovisionamento e Encomendas	✓	✓				
Serviços Farmacêuticos	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Controlo de Prazos de Validade		✓	✓	✓	✓	✓
Atendimento ao balcão		✓	✓	✓	✓	✓
Projeto I – Intervenção Farmacêutica na Menopausa		✓				
Projeto II – Consciencialização do Autismo			✓			
Projeto III – Importância da Higiene Oral nas Crianças					✓	

Tendo em vista os principais serviços prestados pelo farmacêutico comunitário, centrados na pessoa e nas suas necessidades, fui procurando intervir de forma ativa nesta atividade profissional. Destaco a **promoção da literacia em saúde**, em que, para além das atividades desenvolvidas e expostas na segunda parte deste relatório, tive a oportunidade de realizar uma palestra num Centro Social perto da FS, abordando o tema do risco cardiovascular. Esta palestra foi realizada no âmbito do Mês do Coração e foi uma iniciativa do laboratório KRKA, que disponibilizou a apresentação. No dia 22 de

maio, fui ao Centro Social de Soutelo apresentar este tema aos idosos que frequentam o centro de dia.

Além de um espaço de saúde, a farmácia é, também, um negócio que deve ser rentável. Aqui o papel do farmacêutico é preponderante, assumindo cada vez mais, a função de gestor. Sendo uma área de particular interesse, tentei, sempre que possível, acompanhar e ajudar na vertente comercial. Desta forma defini por várias vezes os objetivos mensais da FS, que incluíam produtos com *stocks* altos e com grande rentabilidade, ou produtos com pouca rotação e que necessitavam de escoamento. A minha proposta era analisada pela DT e, depois da sua aprovação, apresentava-a à restante equipa. Estes objetivos ficavam expostos na área de apoio ao atendimento, permitindo um acompanhamento contínuo da nossa prestação. No **anexo III** está representado um exemplo destes objetivos.

PARTE II

PROJETOS DESENVOLVIDOS DURANTE O ESTÁGIO

PROJETO 1: INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA MENOPAUSA

1. Enquadramento

A menopausa é um evento fisiológico que faz parte do ciclo natural da vida da mulher, mas que associa uma variedade de sintomas que podem afetar de forma significativa as atividades diárias, interferindo com a sua qualidade de vida [18]. O farmacêutico pode ser o primeiro profissional de saúde ao qual a mulher recorre, quer para o alívio da sintomatologia associada, quer para melhor entendimento desta nova fase. Sendo a farmácia um espaço de saúde, conclui-se a importância de desenvolver intervenções que visam a sensibilização da população, ajudando na identificação precoce dos sintomas e um eventual aconselhamento farmacológico e não farmacológico.

Durante o meu estágio curricular tive oportunidade de participar de forma ativa na realização de um rastreio da menopausa. Este rastreio foi desenvolvido em parceria com o grupo ADDOPharm®, que disponibilizou toda a informação sobre o tema, permitindo o sucesso desta iniciativa.

Os principais objetivos da realização deste rastreio foi a sensibilização da população para esta temática, muitas vezes subestimado pelas mulheres e profissionais de saúde, identificando os sintomas não controlados associados ao climatério e um eventual aconselhamento farmacêutico visando o bem-estar e o aumento da qualidade de vida das mulheres.

2. Menopausa e Climatério

Quando se fala de menopausa, refere-se a data da última menstruação. É caracterizada pela falência progressiva da função ovárica (no que concerne à produção e libertação de hormonas) que traduz a falta das menstruações espontâneas e, conseqüentemente, o fim da capacidade reprodutiva. De uma forma retrospectiva, o seu diagnóstico clínico é feito após doze meses de amenorreia sem que haja outra causa associada [18].

Os números associados à menopausa e ao seu estabelecimento são variáveis. Nos países europeus ocorre, geralmente, entre os 45 e os 55 anos (51 anos, em média). Em Portugal, a idade média ronda os 48 anos. Atualmente, com o envelhecimento da população resultante de um aumento da esperança média de vida e diminuição da mortalidade, o número de mulheres em pós-menopausa é cada vez maior. Estima-se que estas vivam cerca de um terço da sua vida em climatério [19,20].

O climatério, muitas vezes confundido com o termo menopausa, é, por sua vez, o período da vida da mulher que acompanha o declínio da função ovárica e que marca a transição entre a fase reprodutiva, com regular funcionamento do ciclo menstrual para o seu termo absoluto [21]. Esta diminuição da reserva folicular ovárica leva a um declínio dos níveis de estrogénio e que está relacionada com os sintomas associados ao climatério. Compreende 3 fases (pré, peri e pós-menopausa) cuja individualização não é linear [18,22].

Há uma grande variedade de sinais e sintomas que podem ser experienciados pela mulher em climatério. Estes surgem e intensificam normalmente antes da menopausa (perimenopausa) e podem prolongar-se vários anos após a sua ocorrência [23]. A curto prazo surgem as irregularidades menstruais, os sintomas vasomotores (calores e suores noturnos) e alguns sintomas psicológicos (ansiedade, depressão, irritabilidade, alterações do sono e emocionais). A médio prazo podem surgir modificações urogenitais, sexuais e cutâneas. Numa fase mais tardia, repercutem-se as complicações cardiovasculares, a osteoporose e doenças neurocognitivas, como a Doença de Alzheimer [18,23].

Apesar de muitos sintomas poderem interferir com as atividades diárias da mulher, verifica-se que esta tende a não procurar ajuda junto dos profissionais [23]. De facto, muitas mulheres não estão informadas nem sensibilizadas para estes sintomas, não associando ao climatério. Desta forma, não são devidamente identificados, diagnosticados e tratados [24].

2.1. Fisiologia da menopausa

A menopausa já foi anteriormente definida como o término das menstruações espontâneas, resultante da falência ovárica, que progressivamente deixam de libertar óvulos. Dos cerca de dois milhões de folículos ováricos que estão presentes à nascença, apenas cerca de quatrocentos mil acompanham o início da puberdade. A redução dos ovócitos é de tal modo acentuado que no momento do climatério apenas existem algumas centenas (**figura 1**) [25,26]. Isto é acompanhado por uma

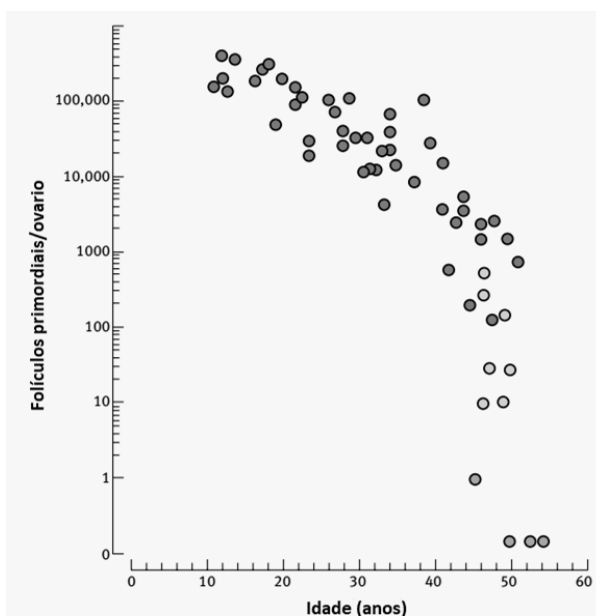


Figura 1. Diminuição dos folículos do ovário com a idade (adaptado de [26])

diminuição da libertação de estrogénios (hipoestrogenismo) que ocorre após a menopausa e, conseqüentemente, por um aumento das gonadotrofinas hipofisárias, hormona foliculoestimulante (FSH) e luteinizante (LH) [21].

Sob o ponto de vista endócrino, e numa primeira fase do climatério, há uma diminuição da produção de inibina e estradiol pelo folículo, que por *feedback* negativo, aumentam progressivamente a libertação de FSH [21]. Este aumento de FSH e LH resulta numa irregularidade menstrual que pode durar vários anos. Numa primeira fase os ciclos tornam-se mais curtos devido a uma hiperestimulação por parte da FSH, não permitindo uma maturação folicular completa. Mais tarde, as alterações hormonais tornam-se mais intensas e os ciclos surgem com durações muito variáveis, podendo haver alongamento ou encurtamento destes. Finalmente, a menopausa surge com a amenorreia definitiva, quando houver esgotamento folicular [20,25].

2.2. Sintomatologia

Como já foi referido anteriormente, o hipoestrogenismo resultante da falência a nível do ovário pode ter repercussões variadas na mulher em climatério. Além disso, a sintomatologia pode ser agrupada em três momentos temporais: sintomatologia precoce; sintomatologia a médio prazo; sintomatologia tardia [18,20].

2.2.1. Sintomatologia precoce

Sintomas vasomotores

Estes sintomas incluem os afrontamentos e os suores noturnos e atingem cerca de 70% das mulheres. São os sintomas mais reportados pelas mulheres em climatério e a sua intensidade é maior nos primeiros anos da menopausa [18,19].

Resultam da vasodilatação cutânea da parte superior do tronco, pescoço e face, provavelmente devido a uma disfunção no centro termorregulador do hipotálamo que se encontra sob o controlo dos estrogénios circulantes. Manifestam-se por uma sensação de calor, normalmente com grande intensidade e que dura cerca de 2 a 4 minutos, seguindo-se os suores frios. Estes episódios podem associar ocasionalmente palpitações [18,21].

Perturbações do sono

Outro sintoma muito reportado pelas mulheres em menopausa (cerca de 50% das mulheres em pós-menopausa) é a insónia [18]. Existem vários fatores de risco que favorecem o desenvolvimento de insónia, de entre os quais o aumento da idade e o sexo feminino [27]. São frequentes as queixas em adormecer, assim como manter o

sono, acordando variadas vezes durante a noite e, ainda, insônia matinal. Isto pode ser explicado por outros fatores, tais como vasomotores (muitas vezes relacionado com os suores noturnos) e alterações hormonais (hipoestrogenismo) [18,20,21].

Sintomas psicológicos

Estima-se que cerca de 20% das mulheres em transição menopáusica desenvolvam depressão, sendo que o risco diminui após a menopausa [28].

Ainda é um assunto controverso a ligação entre as alterações hormonais ocorridas na transição menopáusica e o desenvolvimento de sintomas depressivos. No entanto, os estrogénios, que têm um papel a nível do sistema nervoso central, parecem ter uma influência direta no humor que pode explicar alguns sintomas como a irritabilidade, humor depressivo e falta de memória e concentração [29].

Além disso, vários fatores podem estar na origem da sintomatologia psicológica, o que torna muito complexo esta relação. Por exemplo, os sintomas vasomotores (suores noturnos) e os distúrbios do sono podem explicar a depressão do humor, assim como alguns eventos sociais e emocionais, típicos desta transição [28].

2.2.2. Sintomatologia a médio prazo

Síndrome génito-urinária da menopausa (SGUM)

A SGUM abrange um conjunto de mudanças anatómicas e fisiológicas nos tecidos urogenitais, resultante do hipoestrogenismo e idade, presente após a menopausa. Inclui alterações nos grandes e pequenos lábios, clitóris, vagina, uretra e bexiga. Os seus sintomas estão incluídos na **tabela 4** [30].

Tabela 4. Principais sintomas da síndrome génito-urinária da menopausa (SGUM) (adaptado de [30])

Principais sintomas	
Secura genital	Diminuição da excitação e desejo
Diminuição da lubrificação	Irritação/ardor/prurido
Desconforto/dor com a atividade sexual	Disúria
Hemorragia após atividade sexual	Frequência urinária/urgência

Estes sintomas afetam podem afetar cerca de 50% das mulheres pós-menopáusicas, mas apenas 4% relaciona com a menopausa [31]. Isto é um dado importante, uma vez que esta sintomatologia pode interferir com a vida sexual da mulher e a mesma não tem conhecimento de que existe possibilidade de tratamento [30]. Por

exemplo, cerca de 60% das mulheres de um estudo feito na América do Norte, referiram evitar a atividade sexual devido ao desconforto vaginal. Aquelas que usaram terapêutica com estrogénio local reportaram um menor desconforto (56%) com atividade sexual mais satisfatória [32].

Alterações cutâneas

As alterações cutâneas prendem-se essencialmente com a perda de colagénio tecidual, originando uma aceleração no processo de envelhecimento, com a perda de elasticidade e resistência da pele e conseqüente aparecimento de rugas. Este decréscimo do colagénio ocorre rapidamente após a menopausa, aproximadamente 30% nos primeiros 5 anos, tornando-se mais gradual com o tempo [33].

2.2.3. Sintomatologia tardia

Alterações cardiovasculares

As alterações a nível cardiovascular, são uma complicação tardia da menopausa e correspondem à principal causa de morte na pós-menopausa [18].

O principal responsável pelo aumento do risco cardiovascular é a diminuição dos níveis de estrogénio circulante, uma vez que estes conferem um papel protetor, quer a nível cardiovascular quer a nível do metabolismo. Desta forma, existem vários fatores de risco que agravam após a menopausa, incluindo alterações na distribuição da gordura corporal, diminuição da tolerância à glucose, alteração no perfil lipídico e aumento da pressão arterial [18,34].

Alterações osteoarticulares

A massa óssea, na mulher, vai diminuindo com a idade havendo uma aceleração na sua intensidade após a menopausa, que pode levar à osteoporose (**figura 2**), diminuindo a resistência do osso e aumentando o risco de fratura [18,35]. A falta de estrogénios é, também ela, responsável pela diminuição da densidade mineral óssea (cerca de 20-30% na primeira década após a menopausa) [20].

É necessária uma avaliação do risco de fratura na mulher pós-menopáusia, mediante a medição da densidade mineral óssea e analisando os vários fatores de risco, para a decisão de instituição terapêutica, com vista à redução da incidência de fraturas de fragilidade [36].

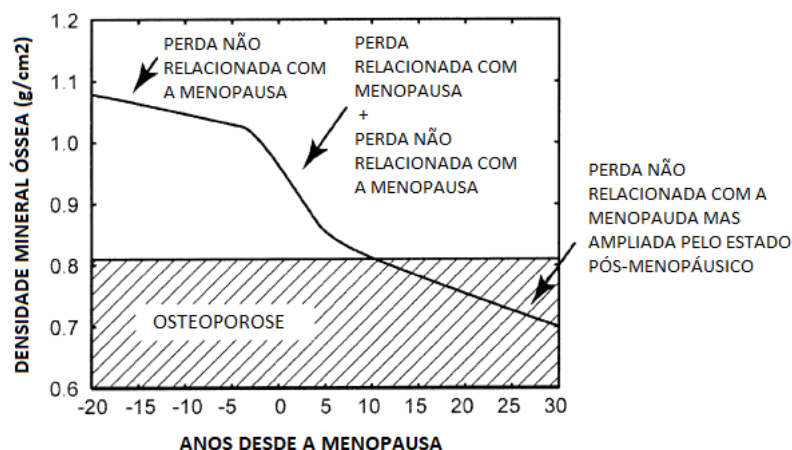


Figura 2. Representação gráfica da perda da densidade mineral óssea com a idade e menopausa (Adaptado de [35])

2.3. Tratamento

Praticamente todas as mulheres experienciam, a certa altura, sintomas resultantes da menopausa. No entanto nem todas procuram ajuda junto dos profissionais, resultante da ideia de que a menopausa é um evento natural e que não há necessidade de intervenção. Atualmente, este conceito tem sido ultrapassado e encontra-se um maior número de mulheres que procuram minimizar os sintomas do climatério, quer através de medidas farmacológicas ou não farmacológica [37].

2.3.1. Terapia não farmacológica

As principais medidas não farmacológicas recaem sobre a promoção de um estilo de vida saudável, de forma a evitar complicações a longo prazo [38]. A obesidade e o aumento da gordura abdominal são um dos principais riscos para as doenças cardiovasculares, levando também ao desenvolvimento de diabetes tipo 2 e hipertensão. É possível a prevenção do aumento de peso através da adoção de um estilo de vida saudável. Desta forma, recomenda-se a perda de peso, de forma a atingir um valor normal do índice de massa corporal, a cessação tabágica, exercício físico regular e uma dieta saudável [38,39].

Além disso, existem na literatura vários estudos que tentam demonstrar outras abordagens não farmacológicas para o tratamento da sintomatologia da menopausa. É o caso da acupuntura, que mostrou ser mais efetivo nos sintomas vasomotores quando comparado com placebo. Outros estudos referem programas de yoga e técnicas de respiração como benéficos no alívio dos sintomas vasomotores e outros associados ao climatério. No entanto, a maioria destes estudos contém limitações que não permitem conclusões sólidas [40].

2.3.2. Terapia farmacológica

2.3.2.1. Terapêutica hormonal

Apesar da grande controvérsia em torno da terapêutica hormonal de substituição (THS), esta não deixa de ser eficaz no controlo de alguns sintomas do climatério. A instituição da THS deve fazer parte de uma estratégia global, onde a intervenção passará por medidas farmacológicas e não farmacológicas, no sentido da modificação do estilo de vida da mulher. Deverá fazer-se uma análise individualizada e adaptada aos sintomas, aos fatores de risco para as doenças e, acima de tudo, às preferências e expectativas da mulher [19,37].

A THS é o tratamento mais eficaz no controlo dos sintomas vasomotores e é a terapêutica mais apropriada para a prevenção de fraturas resultantes da osteoporose. Além disso, em baixas doses, a terapêutica com estrogénio tópico é recomendada em situações de secura vaginal ou desconforto sexual. A dose e a duração da THS devem ser uma decisão ponderada e, mais uma vez, individualizada, tendo em conta os objetivos do tratamento e os riscos associados [41].

Os estrogénios isolados são a escolha preferencial para o tratamento das mulheres histerectomizadas, sendo que a terapêutica de associação com progestativos está indicada para a maioria das mulheres, de forma a prevenir hiperplasias do endométrio. O estrogénio pode ser administrado por via oral, atingindo concentrações circulantes maiores, ou, em alternativa, por via transdérmica ou vaginal [38].

Os estrogénios isolados e em associação mostraram reduzir a incidência de calores e suores noturnos na pós-menopausa (65%) e perimenopausa (90%) [42]. Estrogénios vaginais mostraram ser eficazes no tratamento do SMUG quando comparados com placebo, melhorando a secura, desconforto, urgência/frequência urinária e até mesmo na prevenção de infeções urinárias [43].

O principal risco associado à THS combinada prende-se com o aumento da probabilidade de cancro da mama, não estando este risco ligado à utilização de estrogénios isolados. Além disso, o risco de cancro da mama pode ser afetado pelo tipo e dose de progestativo usado, assim como pela duração do tratamento. Por isto tudo, a mulher deve ser sempre informada do risco associado à THS combinada, mas é também importante explicar que a utilização de estrogénios isolados apesar de não estar associada ao risco de cancro da mama, está associada ao risco de hiperplasia do endométrio e outros tipos de cancro [38].

2.3.2.2. Terapêutica não hormonal

Hoje em dia, muitas mulheres optam por terapêuticas complementares para o alívio da sintomatologia, apesar da sua eficácia não estar completamente evidenciada. Isto é suportado pelo facto de nem todas as mulheres poderem, e desejarem, fazer terapia hormonal, existindo outras alternativas que devem ser consideradas [23].

Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina [43], como a paroxetina, escitalopram, citalopram e sertralina, e inibidores seletivos da recaptação de serotonina-noradrenalina [45], como a venlafaxina, mostraram ser efetivos no alívio dos calores associados à menopausa. Além disso, outras alternativas podem ser utilizadas no alívio dos sintomas vasomotores, tais como a gabapentina [46], pregabalina [47] e clonidina [48].

Compostos contendo fitoestrogénios também são alvo de variados estudos que tentam mostrar a sua eficácia na redução da sintomatologia. Estes compostos têm efeito estrogénico e parecem demonstrar alguma redução dos sintomas vasomotores, no entanto, ainda existem muitas limitações em torno destes estudos [38].

Alternativas como os hidratantes não hormonais e lubrificantes vaginais mostraram ser efetivos em mulheres que tenham poucos sintomas urogenitais e/ou risco de neoplasia associado aos estrogénios vaginais [43].

3. Avaliação da sintomatologia - *Menopause Rating Scale (MRS)*

A MRS (**anexo IV**) foi desenvolvida nos anos 90 em resposta à falta de escalas uniformizadas para a medição da severidade dos sintomas associados ao climatério e o seu impacto na qualidade de vida da mulher. Foi inicialmente desenhada para servir de suporte clínico, permitindo a documentação dos sintomas específicos do climatério e a observação da sua alteração durante o tratamento [49]. Atualmente, esta escala encontra-se validada e os seus objetivos são (1) avaliar o impacto dos sintomas e queixas relacionados com o climatério nas mulheres em diferentes condições, (2) comparar a severidade de sintomas ao longo do tempo e (3) medir as alterações antes e após o tratamento [50].

De acordo com a MRS, os sintomas associados ao climatério podem ser divididos em três grupos diferentes:

- 1. Sintomas somato-vegetativos:** calores/suores, perturbações do sono, alterações cardiovasculares e consequências osteoarticulares;
- 2. Sintomas psicológicos:** irritabilidade, ansiedade, depressão e exaustão;
- 3. Sintomas urogenitais:** problemas sexuais, queixas a nível do sistema urinário e secura vaginal.

A MRS contém 11 questões referentes aos sintomas característicos do climatério e são facilmente preenchidas pela utente. Esta deve avaliar a forma de como perceciona a severidade de cada um dos sintomas (sendo que 0 – sintoma não presente e 4 – muito severo). Os resultados correspondem ao somatório das pontuações de cada questão que permitem uma avaliação da severidade dos sintomas e pode ser dividido em: sem sintomas, sintomas ligeiros, sintomas moderados e sintomas severos [49,50].

Além da pontuação total da MRS, que pode variar entre 0 (assintomática) e 44 (queixas com alto grau de severidade), é possível obter o somatório parcelar em 3 sub-escalas: somato-vegetativos (questões 1, 2, 3 e 11), psicológico (questões 4, 5, 6 e 7) e urogenital (questões 8, 9 e 10). Desta forma, é possível perceber qual a dimensão que apresenta maior impacto na sintomatologia percecionada pela utente. Esta avaliação é importante na medida em que permite direcionar as intervenções, adaptando-as às necessidades específicas da mulher [49,50].

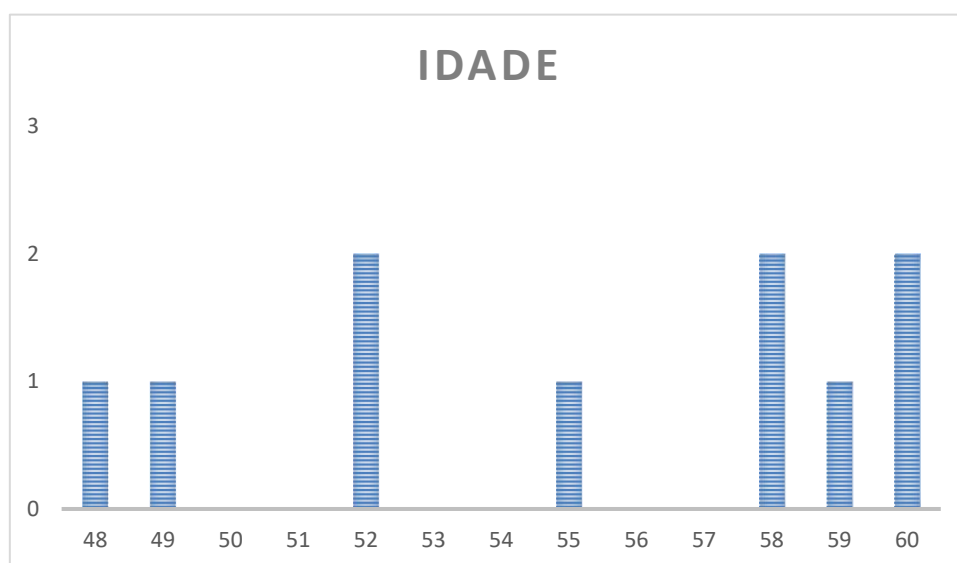
Tabela 5. Interpretação dos resultados obtidos na MRS

SINTOMAS (pontuações)	Somato- vegetativos	Psicológico	Urogenital	TOTAL
Sem sintomas	0-2	0-1	0	0-4
Ligeiros	3-4	2-3	1	5-8
Moderados	5-8	4-6	2-3	9-16
Severos	>9	>7	>4	>17

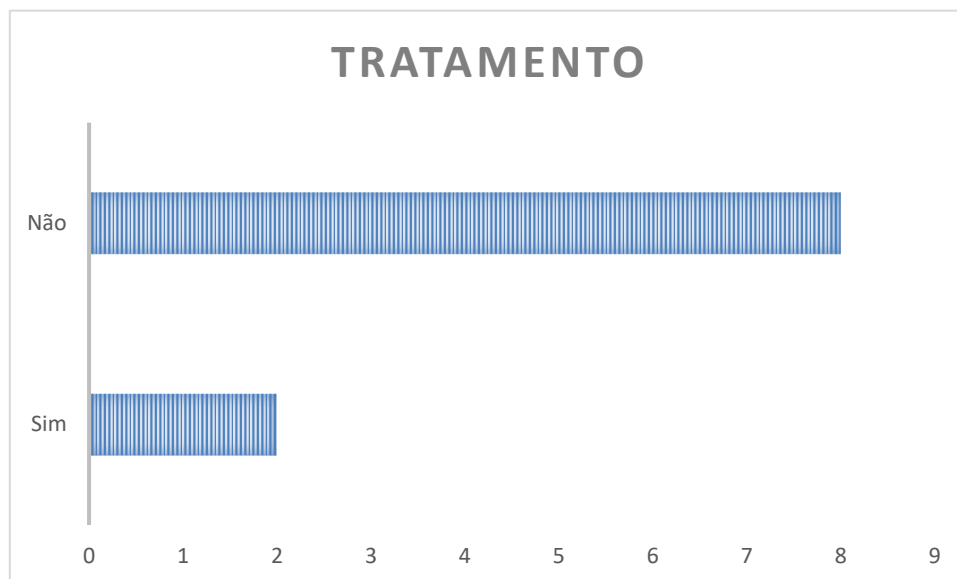
Através da **tabela 5** é possível a interpretação dos resultados da escala [51].

O rastreio da menopausa realizado na FS consistiu em sessões de cerca de 20 minutos, onde eram esclarecidos alguns conceitos sobre a menopausa e procedíamos ao preenchimento da MRS (**anexo IV**), com eventual explicação de alguns sintomas. O meu objetivo foi caracterizar o perfil dos sintomas reportados, através da análise dos resultados da escala. Desta forma, foi possível perceber a sua incidência, o grau de severidade e a presença, ou não, de terapêutica.

A MRS foi realizada a 15 mulheres, que compareceram ao rastreio. No entanto, só foram considerados aqueles cujas utentes referiram, pelo menos, um ano de amenorreia (pela análise da data da última menstruação), uma vez que o diagnóstico da menopausa é feito desta forma retrospectiva [18]. Desta forma, a análise dos resultados limita-se às mulheres em menopausa. Assim sendo, apenas 10 resultados foram analisados, estando os resultados representados graficamente adiante.

Idade*Figura 3. Idade das utentes*

A média de idades das utentes foi de 56,5 anos, variando entre os 48 e os 60 anos. No entanto, se tiver em conta a idade de estabelecimento da menopausa (pela análise da data referida da última menstruação), a média de idades é de 47,8 anos. Este valor, apesar da pequena amostragem, está dentro do intervalo encontrado na literatura, ou seja, entre os 45 e os 55 anos [18].

Terapêutica instituída*Figura 4. Utilização de tratamento para o alívio da sintomatologia*

Apenas duas mulheres referiram a toma de medicamentos/suplementos para o tratamento ou alívio dos sintomas do climatério. Uma mulher referiu a utilização de um creme vaginal contendo estriol e outra a toma de um suplemento de isoflavonas de soja.

Isto vai ao encontro dos dados que referem que as mulheres tendem a não procurar tratamento para o alívio da sintomatologia, mesmo que esta afete o seu bem-estar e qualidade de vida [23].

Sintomatologia

De acordo com a **tabela 6**, onde estão representados todos os sintomas presentes na MRS, assim como a sua frequência e a média das pontuações obtidas, podemos inferir que os 5 sintomas mais frequentes são os suores, calores ou falta de ar (80%), e os sintomas psicológicos, ou seja, estado de ânimo depressivo (90%), irritabilidade (90%), ansiedade (90%) e esgotamento físico e mental (90%). Foi também nos sintomas psicológicos que se obteve a maior pontuação, indicando uma maior severidade destes e, portanto, uma maior influência na qualidade de vida da mulher. Este dado é, também ele, visível no gráfico da **figura 5**, onde a sub-escala com maior média de pontuação foi a dos sintomas psicológicos. Analisando estes resultados tendo em conta a informação da **tabela 6**, percebemos que os sintomas somato-vegetativos e urogenitais são moderados, mas os sintomas psicológicos têm, por sua vez, um impacto significativo, com um grau de severidade alto. Da mesma forma, pela média do total da pontuação obtida, percebemos que a sintomatologia é, de um modo geral, severa.

Tabela 6. Frequência dos sintomas reportados e média dos resultados obtidos

Sub-escalas	Frequência (%)	Média
Sintomas somato-vegetativos		
1. Suores, calores ou falta de ar	80	2
2. Desconforto no peito	50	0,6
3. Problemas de sono	60	2,1
11. Problemas musculares e nas articulações	50	1
Sintomas psicológicos		
4. Estado de ânimo depressivo	90	2,6
5. Irritabilidade	90	2,6
6. Ansiedade	90	3
7. Esgotamento físico e mental	90	2,7
Sintomas urogenitais		
8. Problemas sexuais	50	1,6
9. Problemas de bexiga	30	0,6
10. Secura vaginal	70	1,8

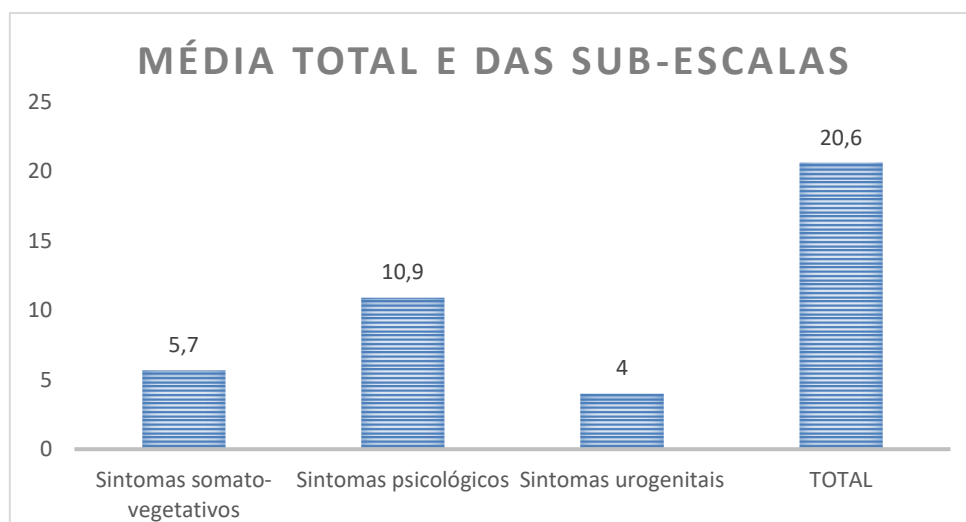


Figura 5. Média total das pontuações obtidas e de cada sub-escala

4. Conclusão

Este rastreio da menopausa foi uma iniciativa que permitiu a sensibilização da população dando a oportunidade a algumas utentes da FS em aumentar a sua literacia nesta temática e, ainda, um aconselhamento personalizado.

Apesar da pequena amostragem os resultados obtidos pela análise dos questionários permitiram algumas conclusões. Por um lado, que as mulheres tendem em não procurar ajuda junto dos profissionais. Isso pode ser visível na percentagem de mulheres que não utiliza nenhum tratamento para o alívio da sintomatologia, mesmo referindo alguma severidade nos sintomas. O facto de as mulheres não procurarem ajuda nem instituírem nenhum tratamento pode ser derivado da desvalorização das queixas, considerando a menopausa como um processo normal de envelhecimento, ou do desconhecimento da existência de medicamentos/suplementos que podem aliviar alguns sintomas melhorando desta forma a sua qualidade de vida. Por outro lado, os sintomas psicológicos são os mais frequentes e severos. Estes sintomas, que podem ter diversas causas, não são na maioria das vezes, associados ao climatério. Os sintomas vasomotores (suores, calores e falta de ar) foram, juntamente com os psicológicos, os mais frequentemente referidos.

O papel do farmacêutico comunitário na menopausa deve ser ativo e as oportunidades de intervenção são diversas. Deve existir sempre sensibilização para este tema, identificando os principais sintomas sugestivos de climatério e acompanhado do devido aconselhamento.

PROJETO 2: CONSCIENCIALIZAÇÃO DO AUTISMO

1. Enquadramento e Objetivos

O número de indivíduos diagnosticados com Perturbação do Espectro Autista (PEA), usualmente designado por autismo, tem vindo a aumentar nos últimos anos. Os estudos epidemiológicos, demonstram que, a partir da década de 90, esta prevalência aumentou significativamente [52], afetando cerca de 67 milhões de indivíduos em todo o mundo [53], aproximadamente 1 em cada 160 crianças. A incidência é maior no sexo masculino, com uma relação de quatro indivíduos do sexo masculino para cada indivíduo do sexo feminino [54]. Em Portugal continental e Açores, a prevalência estimada de PEA é de, aproximadamente, 10 em cada 10000 crianças [55]. No entanto, a Federação Portuguesa de Autismo, questiona se este aumento na prevalência é real ou se estará relacionado com a mudança de critérios de inclusão, um diagnóstico mais abrangente e, ainda, uma maior consciencialização dos profissionais da existência do autismo [56]. Realmente, existem fortes evidências que estas mudanças desempenharam um papel importante no aumento da prevalência de PEA.

Em termos de impacto familiar, este tipo de deficiências pode afetar todo o ambiente familiar e, consequentemente, o desenvolvimento da criança. Esta necessita, inevitavelmente, de maior atenção e dependência dos pais que leva a um aumento do *stress* familiar [57]. Acredita-se que o autismo possa ser a perturbação mental com maior impacto negativo nas famílias [58]. Desta forma, há uma necessidade de informação que se prende com a explicação da deficiência e as implicações inerentes.

Neste sentido, decidi criar um folheto informativo (**anexo V**) para disponibilizar aos utentes da FS no dia 2 de abril, dia em que é celebrado o Dia Mundial da Consciencialização do Autismo. Este dia foi estabelecido pela Organização das Nações Unidas sendo que o principal objetivo se prende com a necessidade de esclarecer esta perturbação e sensibilizar toda a população mundial.

2. Perturbação do Espectro Autista (PEA)

O autismo é uma perturbação crónica do neurodesenvolvimento que afeta o normal desenvolvimento da criança e que se traduz numa dificuldade de interação e comunicação social associados a comportamentos repetitivos [59].

A PEA é diagnosticada geralmente na infância, com os principais sintomas característicos a serem evidentes entre os 2 e os 3 anos. No entanto, algumas crianças têm um desenvolvimento normal até uma fase mais tardia, sendo o diagnóstico feito numa fase mais avançada. Esta perturbação é uma condição crónica, sem cura, mas

onde uma intervenção precoce pode trazer vantagens no desenvolvimento da criança [52,59].

2.1. Evolução histórica

O conceito de autismo surgiu pela primeira vez em 1943, quando o psiquiatra Leo Kanner caracterizou uma síndrome em crianças que manifestavam, principalmente, um contacto social muito limitado, descrevendo como “Transtorno Autístico do Contacto Afectivo”. Nessa mesma altura, o médico austríaco Hans Asperger descreve um conjunto de comportamentos apresentados por crianças em idade escolar muito semelhante aos de Kanner, usando a mesma designação de “autistas”. No entanto, esta definição de Asperger era mais ampla e foi mais tarde designada por síndrome de Asperger [52,59,60].

Em 1949, Kanner, ao notar que esta perturbação era evidente nos primeiros anos de vida, passou a designar de “Autismo Infantil Precoce” [60].

Em 1980, na terceira edição do manual de diagnóstico das doenças mentais da Associação Americana de Psiquiatria, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), o autismo infantil foi incluído na classe de Perturbações Globais do Desenvolvimento [59]. Atualmente, nos critérios de diagnóstico DSM-V, esta perturbação integra uma entidade única, com vários níveis, designada por PEA, onde a síndrome de Asperger deixa de existir e passa a estar incluído nesta perturbação [52]. Em 2018, e à semelhança do DSM, a Organização Mundial de Saúde lança uma nova Classificação Internacional de Doenças, CID-11, em que integra, também, todas as perturbações do desenvolvimento numa única (PEA) [52,61].

2.2. Diagnóstico e Avaliação

É ainda hoje complicado estabelecer um diagnóstico preciso e claro da PEA devido à complexidade de manifestações autistas, não havendo sinais e sintomas específicos [63]. No entanto, tal como foi referido anteriormente, existem dois sistemas internacionais de diagnóstico e classificação aceites universalmente para o diagnóstico da PEA. São eles o DSM da Associação Americana de Psiquiatria e a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde [62].

Segundo o DSM-V, os sintomas começam a ser notórios, geralmente, entre os 12 e os 24 meses de vida [62]. O diagnóstico é feito exclusivamente pela observação da criança em relação à sua comunicação e interação social, e ainda à existência de comportamentos repetitivos [62,63].

Existem vários estudos que mostram que um diagnóstico e intervenção precoce levam a resultados significativamente melhores, melhorando a aprendizagem, a

comunicação e interação social. Para isso, a família deve estar alerta para os principais sinais associados a esta perturbação [65,66]:

- Ausência de expressões afetuosas, como o sorriso, a partir dos seis meses;
- Ausência ou atraso na comunicação através de vocalizações e expressões, a partir dos 9 meses;
- Ausência de balbucio, ou seja, a não emissão de sons (mesmo sem significado), a partir dos 12 meses;
- Ausência de comunicação não verbal, através de contacto visual ou gestos, a partir dos 12 meses;
- Ausência de vocabulário, a partir dos 16 meses;
- Ausência de frases de duas palavras com sentido (excluindo repetições e imitações), a partir dos dois anos;
- Perda de discurso ou capacidade de interação em qualquer idade.

Se for notado algum destes sinais ou se houver suspeita de alguma perturbação no desenvolvimento da criança, a família deve procurar ajuda junto do médico de família ou pediatra, e este poderá, caso veja essa necessidade, encaminhar para um especialista. O Plano Nacional de Saúde Infantil tem incluído um rastreio específico para o autismo feito pelo médico de família [66].

Após uma primeira fase de diagnóstico, de uma forma diferencial em relação a outras perturbações do desenvolvimento, é necessária uma avaliação geral para uma intervenção eficaz. Esta avaliação deve ser detalhada, atentando o *“nível de desenvolvimento funcional, o seu padrão de dificuldades e limitações, incluindo a descrição de qual o principal problema que preocupa os pais”* [64].

2.3. Medidas de intervenção

Apesar de a PEA ser uma condição permanente, é possível reduzir algumas limitações, principalmente quando associados a um diagnóstico e intervenção precoce. Não existe um único tratamento, mas sim várias alternativas que devem ser ponderadas em função da avaliação. Estes tratamentos podem incluir uma intervenção educacional, visando os tratamentos comportamentais, terapia da fala e linguagem, melhorando as capacidades comunicativas, terapia ocupacional e, ainda, a intervenção familiar, ou seja, sensibilizar os pais oferecendo todo o apoio necessário para o bom ambiente familiar [63,64].

Apesar de não haver nenhum tratamento farmacológico que trate os sintomas da PEA, existem alguns medicamentos que podem ser prescritos pelo médico especialista e que têm como principal objetivo atenuar e melhorar algumas complicações associadas, tais como a ansiedade, depressão e alterações comportamentais [63].

Sendo o grupo de crianças com PEA muito heterogéneo não se pode generalizar as medidas de intervenção, devendo ser individualizado, específico e adaptado a cada criança. Uma vez que estas crianças manifestam um desenvolvimento deficiente torna-se importante a intervenção de uma equipa interdisciplinar, com experiência e várias horas despendidas, com o objetivo principal de aumentar a independência e autonomia da criança e ainda, da sua integração na sociedade [67].

2.4. O impacto familiar

A PEA é uma condição bastante incapacitante e permanente, que se torna desgastante para os pais que estabelecem contacto diário com a criança [58]. Este *stress* a que estão sujeitas estas famílias, podem afetar significativamente as suas relações, com consequências no desenvolvimento da criança [62].

Existem vários fatores que podem estar na origem do *stress* familiar e que podem ter efeitos negativos na criança com PEA. De acordo com Guralnick (2000; citado por [57]), estão relacionados com: (1) a falta de informação da família em relação aos problemas de desenvolvimento; (2) dificuldade em aceitar a perturbação da criança; (3) alterações na rotina familiar, relacionados com as restrições a que estão sujeitos, e impacto financeiro devido à necessidade de oferecer os melhores tratamentos; (4) capacidade de conciliar estes fatores, de forma a haver união e oferecer o melhor ambiente possível.

De facto, um estudo realizado sobre a qualidade de vida das famílias com crianças/jovens com PEA a residir no distrito de Setúbal [68], entre várias conclusões, revelou:

- O diagnóstico afetou o quotidiano das famílias desde o primeiro impacto, referindo uma falta de informação acerca desta perturbação;
- Elevada prevalência de perturbações psicológicas e psiquiátricas observadas nos membros familiares, que podem ser consequência de uma má aceitação da condição do filho;
- Elevado peso dos custos económicos, gastando, em média, 214 euros mensais em terapias;

- Forte impacto profissional, com um terço das mães inquiridas a revelarem ter optado por um emprego a tempo parcial para cuidar do filho(a);
- A nível da condição social, foram referidas alterações nas rotinas familiares, no que toca a tempo de lazer e relações sociais.

Realmente, nota-se um forte impacto multidimensional da PEA no quotidiano das famílias diretamente relacionadas.

3. Intervenção farmacêutica

Esta campanha de sensibilização da população para a PEA decorreu entre os dias 2 e 6 de abril de 2018, com a distribuição de panfletos informativos (**anexo V**). Apesar de estes serem comemorativos do Dia Mundial da Consciencialização do Autismo, celebrado a 2 de abril, estiveram disponíveis durante toda a semana, de forma a distribuir todos os impressos e tentar alcançar o maior público possível. Os panfletos estiveram disponíveis em cima dos balcões de atendimento, possibilitando o acesso a todos os utentes que poderiam, inclusive, ler enquanto aguardavam pelo término do atendimento. Eu, enquanto autor do panfleto, tentei sempre esclarecer alguma dúvida relacionada com o autismo, sensibilizando-os para esta perturbação.

O principal objetivo desta iniciativa prendeu-se com a necessidade de sensibilizar a população para esta perturbação do desenvolvimento que não é do conhecimento geral e a importância de ajudar a melhorar a qualidade de vida das crianças e adultos que sofrem desta perturbação, para que estes possam ser totalmente integrados na sociedade. Além disso, tentei alertar para a importância de um diagnóstico e intervenção precoce, informando dos principais sinais de alerta e realçando o peso da família e a forma como pode interferir com o desenvolvimento da criança.

O papel do farmacêutico também deve incluir a transmissão de conhecimentos à comunidade, sendo o panfleto informativo um excelente meio de comunicação. Desta forma, é possível promover a saúde, aumentando a literacia dos utentes, sendo a farmácia comunitária um excelente local, de grande proximidade e confiança.

PROJETO 3: IMPORTÂNCIA DA HIGIENE ORAL NAS CRIANÇAS

1. Enquadramento

As doenças orais são, atualmente, um grave problema de saúde pública devido à sua grande incidência em todo o mundo, acarretando custos associados ao tratamento e tendo um impacto significativo na qualidade de vida. As cáries dentárias continuam a ser o maior problema de saúde oral na maioria dos países industrializados onde as crianças apresentam um aumento no seu risco de desenvolvimento [69]. Assim, nota-se a importância da educação para uma boa higiene oral, que deve começar desde tenra idade, com a implementação, por exemplo, de programas de saúde oral em escolas, aumentando a literacia dos pais e professores/educadores nesta área, e onde o papel do farmacêutico pode ser ativo. Neste sentido, decidi fazer uma intervenção em dois jardins de infância situados perto da FS, expondo o tema da higiene oral, contribuindo, desta forma, para a educação na saúde oral.

2. Introdução

As mudanças no estilo de vida, principalmente nos hábitos alimentares, têm um impacto significativo na saúde pública, levando ao aparecimento de várias doenças crónicas, tais como, diabetes, doenças cardiovasculares, cancro e doenças do foco oral [69]. Segundo o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, as doenças orais, como a cárie dentária e as doenças periodontais, constituem um sério problema de saúde pública, uma vez que afetam grande parte da população, com impacto na saúde, no bem-estar, na qualidade de vida e são vulneráveis a estratégias de intervenção conhecidas e comprovadamente eficientes [70].

Apesar de a Organização Mundial de Saúde reportar, em alguns países industrializados, uma melhoria na saúde oral nos últimos anos, este continua a ser um dos principais problemas de saúde da população infantil [70]. A cárie dentária, tem aqui um papel central, representando a doença crónica mais prevalente na infância [71]. De acordo com o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, realizado entre 2012 e 2014, 45% das crianças com 6 anos de idade apresenta cárie dentária. Este estudo mostra ainda que este número vai aumentando com a idade (47% das crianças com 12 anos e 67,6% nos jovens de 18 anos) [72]. Estes valores são inferiores aos registados em 2006, em que a prevalência de cáries dentárias era de 49% nas crianças com 6 anos [73]. Apesar disso, e havendo na idade pré-escolar um aumento do risco de doenças orais [69], torna-se necessário a implementação de estratégias de saúde oral nas crianças, abordando temas como a higiene oral, visando, também, a educação e

promoção da saúde junto dos pais e educadores. Neste sentido, e uma vez que a minha intervenção decorreu em jardins de infância, decidi explorar aqui o tema da cárie dentária como principal problema da infância e a importância de uma boa higiene oral para a prevenção de doenças do foco oral.

3. Cárie Precoce da Infância (CPI)

A cárie dentária é uma doença com grande prevalência em todo o mundo, afetando pessoas de todas as idades, independentemente da raça, sexo, idade e condição social. É uma doença infecciosa, provocada pela ação de várias bactérias que podem originar a destruição parcial ou total do dente, transmissível e multifatorial. Ou seja, é necessária uma envolvimento de fatores relacionados com o hospedeiro, com o agente e com o ambiente para haver uma manifestação clínica [74].

Nas crianças em idade pré-escolar tem a denominação de cárie precoce da infância (CPI). Estas têm influência na saúde global da criança e podem ser um fator preditivo do aparecimento de cáries na dentição permanente [75]. Tal como o nome indica, afeta a dentição temporária, podendo desenvolver-se precocemente, após a erupção dentária. É definida como a presença de um dente cariado, podendo ou não haver cavitação, pela ausência de um dente devido a cárie ou a presença de uma obturação num dente temporário, numa criança até aos 71 meses de idade, ou seja, antes dos 6 anos de idade [76].

As cáries na infância podem ter influência na fala e comunicação da criança, assim como afetar o crescimento e desenvolvimento cognitivo, com interferências na nutrição, concentração e aprendizagem [77].

3.1. Etiologia

Como já foi referido, a cárie dentária resulta de uma interação entre vários fatores etiológicos durante um período de tempo, permitindo o seu desenvolvimento. Isto leva a uma desmineralização das estruturas duras do dente, resultando numa cavitação dentária [74,77].

Em relação ao fator do hospedeiro está associado uma suscetibilidade dentária à dissolução ácida e as características da saliva [74]. A saliva tem um efeito protetor contra as cáries dentárias, influenciada pelas suas propriedades antimicrobianas, fluxo e efeito tampão [77].

Os fatores bacterianos dizem respeito aos microrganismos cariogénicos, em que os *Streptococcus mutans* e *Streptococcus sobrinus* representam as bactérias mais comumente associadas às CPI. Estas utilizam os açúcares para formação de ácidos

que se acumulam na placa bacteriana contribuindo para a desmineralização do esmalte [77].

Por último, os fatores ambientais, também designados por fatores dietéticos, dizem respeito ao substrato ideal para satisfazer as necessidades energéticas das bactérias, ou seja, os hidratos de carbono/açúcares. Assim, é possível perceber a importância da dieta no desenvolvimento da CPI, onde as crianças apresentam maior risco ligada à maior ingestão de hidratos de carbono fermentáveis. Mais uma vez, estes são metabolizados e dão origem a ácidos responsáveis pela desmineralização do esmalte e dentina [77].

3.2. Fatores de risco

Os fatores de risco incluem, tal como referido anteriormente, a dieta (consumo de alimentos doces); o baixo nível socio-económico do agregado familiar quando associado ao baixo nível de instrução e malnutrição; altas concentrações de *S. mutans* na saliva; ausência ou uma deficiente higiene oral; baixa exposição ao flúor [71,75,78]. Desta forma, quantos mais fatores de risco estiverem presentes, maior o risco de desenvolvimento de CPI. No entanto, quando devidamente identificados facilitam a prevenção.

3.3. Diagnóstico

É importante perceber que a cárie nem sempre se apresenta sob a forma de lesão com cavitação dentária. Desta forma, é possível fazer um diagnóstico precoce, permitindo uma intervenção rápida do clínico de forma a reverter a doença e evitar a perda do dente. Aqui, o papel do pediatra ganha especial importância, uma vez que este deve estar alerta para o despiste de eventuais lesões dentárias [74].

O primeiro sinal da CPI é a desmineralização, manifestada sob a forma de mancha branca, podendo evoluir para uma cavidade num incisivo superior. Esta manifestação é particularmente perigosa, pois tem um desenvolvimento rápido e agressivo, que resulta na destruição da estrutura dentária num curto espaço de tempo (**figura 6**) [74].

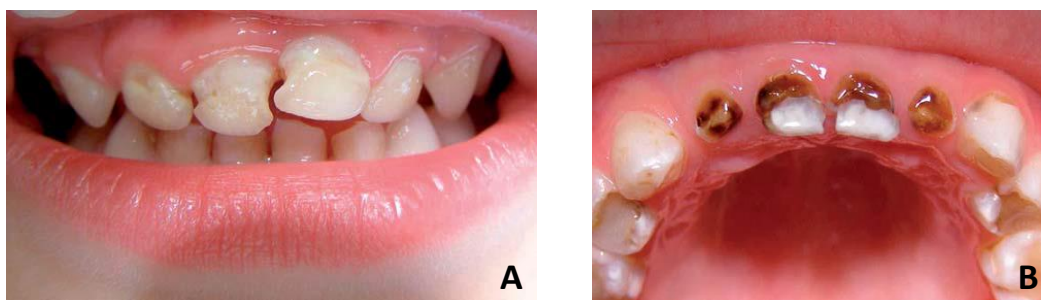


Figura 6. Manifestações clínica da CPI. (A) Cárie Precoce da Infância. (B) Cárie Precoce da Infância grave (adaptado de [74]).

3.4. Tratamento e medidas preventivas

Atualmente, é indispensável o diagnóstico precoce da CPI conjuntamente com a identificação dos fatores de risco de forma a estabelecer medidas preventivas e evitar os elevados custos associados aos tratamentos curativos [8]. Estes tratamentos exigem, muitas vezes a remoção do dente numa idade muito precoce [77].

De facto, a prevenção é a melhor abordagem, com a promoção de hábitos alimentares adequados; educação dos pais para a vigilância; manutenção de uma boa higiene oral; uso tópico e sistémico de fluoretos, como pastas dentífricas suplementadas com flúor [75,77].

Uma vez que a minha intervenção recaiu principalmente sobre a higiene oral na infância, irei abordar com maior profundidade apenas este tema como medida preventiva.

Higiene oral

O ponto central da higiene oral centra-se, naturalmente, na escovagem dos dentes. Esta higienização deve ser feita diariamente, duas vezes por dia, após a erupção dos primeiros dentes, com uma dedeira ou uma escova macia. Uma das escovagens deve ser realizada antes de dormir, para evitar que as bactérias atuem durante a noite, uma vez que esta ação é aumentada pela diminuição do fluxo salivar ocorrido durante a noite. É importante realçar, também, a necessidade de utilização de pastas dentífricas contendo sensivelmente uma concentração de 1000 ppm de flúor [71,75].

Mas afinal, como deve ser feita a escovagem? É fundamental que até aos seis anos, a escovagem seja realizada ou supervisionada pelos pais.

Em relação à quantidade de dentífrico a usar, está diretamente ligada com a idade da criança. Até aos 2 anos de idade, esta quantidade deve ser mínima, com um

“borrão” sobre a escova. A partir desta idade, e até aos 5 anos, a quantidade deve corresponder a uma “ervilha” (figura 7). Relativamente à escova, esta deve ser adequada ao tamanho da boca, macia que pode ser elétrica ou manual e deve ser substituída de 3 em 3 meses. Após a escovagem, e apesar daquilo que se possa pensar, as crianças devem cuspir o excesso de dentífrico e não enxaguar com água, permitindo uma maior ação tópica do flúor [71,75].



Figura 7. Quantidade de dentífrico a usar (adaptado de [79])

4. Intervenção farmacêutica

As intervenções ocorreram no dia 5 de junho em dois jardins de infância situados perto da FS. Durante a manhã ficou acordado que seria no jardim de infância da Escola Básica da Portelinha, e que à tarde seria no Jardim de Infância da Portelinha nº1. A iniciativa foi prontamente aceite pelos responsáveis destes centros, que se mostraram recetivos e deram um feedback muito positivo no final das intervenções.

Estas intervenções foram divididas em dois momentos. O primeiro consistiu na exposição do tema “Importância da higiene oral na infância” através de uma apresentação em formato Microsoft Office PowerPoint (**anexo VI**). O segundo, findada a apresentação, consistiu na realização de uma pequena atividade pedagógica (**anexo VII**), relacionada com o tema e que teve como objetivo principal a consolidação dos conhecimentos adquiridos. No final foram distribuídas a todas as crianças uma amostra de uma pasta dentífrica infantil oferecidas pelo próprio laboratório.

Em relação à apresentação, foi desafiante preparar algo com um conteúdo científico que fosse intuitivo, simples e que conseguisse despertar o interesse das crianças, uma vez que se tratava de um público muito novo (entre os 2 e os 6 anos). Assim sendo, preparei uma apresentação tendo como mote uma série de desenhos animados atuais, em que as personagens discutiam o tema da higiene oral e da cárie dentária, como consequência de uma má higienização. Esta apresentação abordou inicialmente a CPI e a influência da alimentação nesta doença. Depois foi exposto a higiene oral como medida preventiva, sendo dadas instruções de uma correta lavagem dos dentes e, ainda, um incentivo de uma visita regular ao médico dentista.

Tal como referido anteriormente, após a apresentação, foi realizada uma atividade pedagógica que consistiu num jogo realizado em conjunto com todas as crianças presentes. A realização de atividades lúdicas em intervenções é efetiva para melhorar os hábitos de higiene oral [80] e a Direção-Geral da Saúde refere que *“a interação através do jogo é uma mais-valia que sugerimos como abordagem na educação para a saúde oral”* [81]. O jogo tinha como base a importância da alimentação na saúde oral e consistia em separar uma série de alimentos em benéficos (essencialmente frutas e vegetais) ou prejudiciais (produtos açucarados como guloseimas, bolos e gelados) à saúde oral. Foi adaptado do Manual de Saúde Oral e Alimentação do projeto SOBE (Saúde Oral Bibliotecas Escolares), que surge na sequência do desenvolvimento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral [82].

Para concluir, o público apesar de jovem, foi bastante interativo, colocando várias questões ao longo da apresentação e mostrando sempre interesse no tema exposto. Estas iniciativas, que se revestem de grande importância na educação para a saúde, são uma mais-valia na aprendizagem que possibilitam que as crianças adquiram comportamentos e hábitos saudáveis. Segundo a Direção Geral de Saúde, é importante *“um reforço das ações de promoção de saúde e prevenção das doenças orais e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação”* [83].

BIBLIOGRAFIA

- [1] – Decreto-Lei N.º 53/2007, de 8 de março – Regula o horário de funcionamento das farmácias de oficina;
- [2] - Conselho Nacional da Qualidade (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas Para a Farmácia Comunitária (BPF)*. 3ª ed. Ordem dos Farmacêuticos, Lisboa;
- [3] – Decreto-Lei N.º 307/2007, de 31 de agosto – Regime Jurídico das Farmácias de Oficina;
- [4] – Circular Informativa nº 019/CD/100.20.200 - Projeto Via Verde do Medicamento;
- [5] - Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto - Estatuto do Medicamento;
- [6] – Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro - Regime jurídico dos medicamentos de uso humano;
- [7] - INFARMED (2014). *Normas Relativas à Dispensa de Medicamentos e Produtos de Saúde*;
- [8] - Portaria n.º 198/2011, de 18 de Maio - Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica de medicamentos;
- [9] – Ministério da Saúde. Despacho n.º 2935-B/2016. Diário da República n.º 39/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-02-25.
- [10] - Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro - Regime Jurídico do Tráfico e Consumo de Estupefacientes e Psicotrópicos;
- [11] - Decreto Regulamentar N.º 61/94, de 12 de outubro – Regras relativas ao controlo do mercado lícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas;
- [12] - Decreto-Lei N.º 106-A/2010, de 1 de outubro - Adota medidas mais justas no acesso aos medicamentos, combate à fraude e ao abuso na comparticipação de medicamentos e de racionalização da política do medicamento no âmbito do Serviço Nacional de Saúde;
- [13] - Decreto-Lei N.º 48-A/2010, de 13 de maio – Regime Geral das comparticipações do estado no preço dos medicamentos;
- [14] – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E. Serviço Nacional de Saúde. Acessível em: http://www.chedv.min-saude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=107:1-servico-nacional-de-saude&catid=39:guia-online-do-utente&Itemid=201 [acedido em 2 de julho de 2018];
- [15] – Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro - Procede à oitava alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro, transpondo as Diretivas

n.os 2009/35/CE, de 23 de abril de 2009, 2011/62/UE, de 8 de junho de 2011, e 2012/26/UE, de 25 de outubro de 2012

[16] - Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro - Define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias;

[17] – VALORMED. Processo. Acessível em: <http://www.valormed.pt> [acedido em 25 de agosto 2018];

[18] – Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2016). *Consenso Nacional sobre a Menopausa*. Acessível em:

http://www.spginecologia.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf [acedido em 6 de agosto de 2018];

[19] - Cavadas IF, Nunes A, Pinheiro M, Silva PT (2010). Abordagem da menopausa. *Acta Medica Portuguesa*; 23: 227-236;

[20] – Antunes S, Marcelino O, Aguiar T (2003). Fisiopatologia da menopausa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*; 19: 353-357;

[21] – Neves-e-Castro M (2009). Climatério e Menopausa. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*; 3: 67-83;

[22] - Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2004). *Consenso e Estratégias Para a Saúde da Mulher na Pós-Menopausa*. Acessível em:

<http://www.spginecologia.pt/uploads/menopausa.pdf> [acedido em 6 de agosto de 2018];

[23] - Mintziori G, Lambrinoudaki I, Goulis DG, Ceausu I, Depypere H, Erel CT, et al (2015). EMAS position statement: Non-hormonal management of menopausal vasomotor symptoms. *Maturitas*; 81: 410-413;

[24] - Frackiewicz EJ, Cutler NR (2000). Women's health care during the perimenopause. *Journal of the American Pharmaceutical Association*; 40: 800-811;

[25] - Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. Acessível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf

[acedido em 6 de agosto de 2018];

[26] - Burger HG (2006). Physiology and endocrinology of the menopause. *Medicine*; 34: 27-30;

[27] – Cavadas L, Ribeiro L (2011). Management of adult secondary insomnia in primary health care. *Acta Medica Portuguesa*; 24: 135-144;

[28] – Dalal PK, Agarwal M (2015). Postmenopausal syndrome. *Indian journal of psychiatry*; 57: S222;

[29] - Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L (2004). Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Archives of general psychiatry*; 61: 62-70;

- [30] - Portman DJ, Gass ML (2014). Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Climacteric*; 17: 557-563;
- [31] - Nappi RE, Kokot-Kierepa M (2012). Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) – results from an international survey. *Climacteric*; 15: 36-44;
- [32] - Simon JA, Nappi RE, Kingsberg SA, Maamari R, Brown V (2014). Clarifying Vaginal Atrophy's Impact on Sex and Relationships (CLOSER) survey: emotional and physical impact of vaginal discomfort on North American postmenopausal women and their partners. *Menopause*; 21: 137-142;
- [33] - Raine-Fenning NJ, Brincat MP, Muscat-Baron Y (2003). Skin aging and menopause. *American journal of clinical dermatology*; 4: 371-378;
- [34] - Rosano GMC, Vitale C, Marazzi G, Volterrani M (2007). Menopause and cardiovascular disease: the evidence. *Climacteric*; 10: 19-24;
- [35] - Hernandez CJ, Beaupre GS, Carter DR (2003). A theoretical analysis of the relative influences of peak BMD, age-related bone loss and menopause on the development of osteoporosis. *Osteoporosis international*; 14: 843-847;
- [36] – Direção-Geral da Saúde (2011). *Tratamento Farmacológico da Osteoporose Pós-menopáusia*. Norma Da Direção Geral Da Saúde;
- [37] - Prata L (2003). Cuidados de saúde à mulher no climatério e menopausa - Um desafio para a medicina familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*; 19: 345-349;
- [38] - Hickey M, Davis SR, Sturdee DW (2005). Treatment of menopausal symptoms: what shall we do now?. *The Lancet*; 366: 409-421;
- [39] - Simkin-Silverman LR, Wing RR, Boraz MA, Kuller LH (2003). Lifestyle intervention can prevent weight gain during menopause: results from a 5-year randomized clinical trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 26: 212-220;
- [40] - Innes KE, Selfe TK, Vishnu A (2010). Mind-body therapies for menopausal symptoms: a systematic review. *Maturitas*; 66: 135-149;
- [41] - De Villiers TJ, Gass MLS, Haines CJ, Hall JE, Lobo RA, Pierroz DD, et al (2013). Global consensus statement on menopausal hormone therapy. *Climacteric*; 16: 203-204;
- [42] - MacLennan A, Lester S, Moore V (2001). Oral oestrogen replacement therapy versus placebo for hot flushes. *The Cochrane database of systematic reviews*; 1: CD002978-CD002978;

- [43] - Rahn DD, Carberry C, Sanses TV, Mamik MM, Ward RM, Meriwether KV, *et al* (2014). Vaginal estrogen for genitourinary syndrome of menopause: a systematic review. *Obstetrics and gynecology*; 124: 1147;
- [44] - Shams T, Firwana B, Habib F, Alshahrani A, AlNouh B, Murad MH, Ferwana M (2014). SSRIs for hot flashes: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Journal of general internal medicine*; 29: 204-213;
- [45] - Carpenter JS, Storniolo AM, Johns S, Monahan PO, Azzouz F, Elam JL, *et al* (2007). Randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trials of venlafaxine for hot flashes after breast cancer. *The oncologist*; 12: 124-135;
- [46] - Toulis KA, Tzellos T, Kouvelas D, Goulis DG (2009). Gabapentin for the treatment of hot flashes in women with natural or tamoxifen-induced menopause: a systematic review and meta-analysis. *Clinical therapeutics*; 31: 221-235;
- [47] - Loprinzi CL, Qin R, Baclueva EP, Flynn KA, Rowland Jr KM, Graham DL, *et al* (2010). Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled evaluation of pregabalin for alleviating hot flashes, N07C1. *Journal of Clinical Oncology*; 28: 641;
- [48] - Boekhout AH, Vincent AD, Dalesio OB, van den Bosch J, Foekema-Töns JH, Adriaansz S, *et al* (2011). Management of hot flashes in patients who have breast cancer with venlafaxine and clonidine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of clinical oncology*; 29: 3862-3868;
- [49] – Berlim Center for Epidemiology and Health Research. Menopause Rating Scale. Acessível em: <http://www.menopause-rating-scale.info/about.htm>. [acedido em 7 de agosto de 2018];
- [50] - Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP (2003). International versions of the menopause rating scale (MRS). *Health and quality of life outcomes*; 1: 28;
- [51] - Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA (2004). The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health and Quality of life Outcomes*; 2: 45;
- [52] - Silva J (2011). *Perturbação do Espectro do Autismo - Factores associados á idade de diagnóstico* (Artigo de revisão bibliográfica). Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar Universidade do Porto, Porto;
- [53] - Kopetz PB, Endowed EDL (2012). Autism worldwide: Prevalence, perceptions, acceptance, action. *Journal of Social Sciences*; 8: 196;
- [54] – World Health Organization. Autism spectrum disorders. Acessível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> [acedido em 14 de março de 2018];
- [55] - Oliveira G, Ataíde A, Marques C, Miguel TS, Coutinho AM, Mota-Vieira L, *et al* (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical

characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*; 49: 726-733;

[56] – Federação Portuguesa de Autismo. Prevalência do Autismo. Acessível em: <http://www.fpda.pt/prevalencia-do-autismo> [acedido em 14 de março de 2018];

[57] - Macedo A (2014). *Famílias de crianças com perturbações do espectro do autismo: contributos para a compreensão das suas necessidades* (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação). Escola Superior de Educação de Lisboa, Lisboa;

[58] - Sampaio F, Galdes S (2006). Necessidades das famílias de crianças com deficiência. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*; 3: 277-287. Acessível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/629/2/277-287FCHS2006-9.pdf> [acedido em 24 de abril de 2018];

[59] - Oliveira G (2009). Autismo-Cuidados primários de saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*; 25: 688-95;

[60] - Rebelo L (2011). *A autoconcepção dos professores sobre a criança autista em contexto escolar* (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa;

[61] – Autism Europe. World Health Organisation updates classification of autism in the ICD-11. Acessível em: <http://www.autismeurope.org/blog/2018/06/21/world-health-organisation-updates-classification-of-autism-in-the-icd-11/> [acedido em 24 de agosto de 2018];

[62] - Costa V (2015). *Perturbação do espectro do autismo: o impacto na família e a intervenção do serviço social* (Dissertação de Mestrado em Serviço Social). ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa;

[63] – American Psychiatric Association. Autism Spectrum Disorder. Acessível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/autism/what-is-autism-spectrum-disorder> [acedido em 24 de agosto de 2018];

[64] - Santos I, Sousa P (2009). Como intervir na perturbação autista. *Psicologia.com. O portal dos Psicólogos*. Acessível em: http://www.appda-norte.org.pt/docs/autismo/como_intervir_na_perturbacao_autista.pdf [acedido em 24 de agosto de 2018];

[65] – Autism Speaks. Learn the Signs of Autism. Acessível em: <https://www.autismspeaks.org/what-autism/learn-signs> [acedido em 14 de março de 2018];

[66] - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. O Autismo. Acessível em: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3444/3/O%20Autismo.pdf> [acedido em 14 de março de 2018];

- [67] - Costa D (2014). *Intervenção precoce no transtorno do espectro do autismo* (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa;
- [68] – APPDA – Setúbal. (2013). A Qualidade de Vida das Famílias com Crianças/Jovens com Perturbação do Espectro do Autismo a residir no Distrito de Setúbal. Acessível em: http://www.appda-setubal.com/upload/conteudo/20140106_34_appda-relatorio-final-versao-final-1.pdf [acedido em 24 de agosto de 2018];
- [69] - Petersen PE (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*; 31: 3-24;
- [70] – Ministério da Saúde. (2014). Programa Nacional de Promoção da Saúde oral (PNPSO). Acessível em: <https://www.saudeoral.min-saude.pt> [acedido em 16 de agosto de 2018];
- [71] - Eusébio D (2009). De pequenito se trata o dentito - O papel do médico de família. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*; 25; 429-437;
- [72] - Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo P (2015). III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Disponível via Direção-Geral da Saúde (DGS) em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iii-estudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais.aspx> [acedido em 16 de agosto de 2018];
- [73] – von Amann G (2008). Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Disponível via Direção-Geral da Saúde (DGS) em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/estudos-nacionais-de-prevalencia-das-doencas-orais.aspx> [acedido em 16 de agosto de 2018];
- [74] - Melo P, Azevedo A, Henriques M (2008). Cárie Dentária-a doença antes da cavidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*; 39: 253-259;
- [75] - Mendes AP (2012). *Saúde Oral na Criança*. Ficha Técnica do Centro de Informação do Medicamento (CIM);
- [76] - Areias C, Macho V, Melo PR, Guimarães H, Andrade D (2010). Cárie precoce da infância - o estado da arte. *Acta Pediátrica Portuguesa*; 41: 217-221;
- [77] - Anil S, Anand PS (2017). Early childhood caries: prevalence, risk factors, and prevention. *Frontiers in pediatrics*; 5: 157;
- [78] - Cosme P, Marques PF (2005). Cáries Precoces de Infância – Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*; 46: 109-116;

- [79] - Network SIG (2005). Prevention and management of dental decay in the pre-school child – a national clinical guideline. Disponível via Scottish Intercollegiate Guidelines Network em: http://www.odontopediatria-v.cl/site/wp-content/uploads/2012/04/guidelines_caries.pdf [acedido em 16 de agosto de 2018];
- [80] - Sigaud CHDS, Santos BRD, Costa P, Toriyama ATM (2017). Promoting oral care in the preschool child: effects of a playful learning intervention. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 70: 519-525;
- [81] – Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B. Acessível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0072011-de-25032011-pdf.aspx> [acedido em 20 de agosto de 2018];
- [82] - Pereira A, Ferreira C, Graça P, Calado R (2014). *Saúde Oral e Alimentação*. Disponível via Direção-Geral da Saúde (DGS) em: <http://www.sobe.pt/WebRoot/Store/Shops/2933-120726/MediaGallery/PDF/Alimentacao/Brochura-Saude-Oral-Alimentacao-cores.pdf> [acedido em 15 de maio de 2018];
- [83] – Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Acessível em: <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/areas-de-intervencao/saude-oral.aspx> [acedido em 20 de agosto de 2018];

ANEXO I – ESPAÇO EXTERIOR DA FS

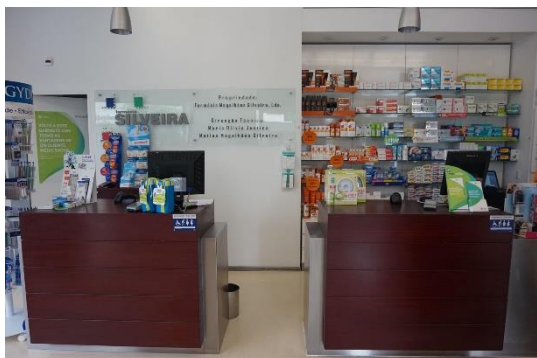


Anexo I-A. Fachada principal da Farmácia Silveira

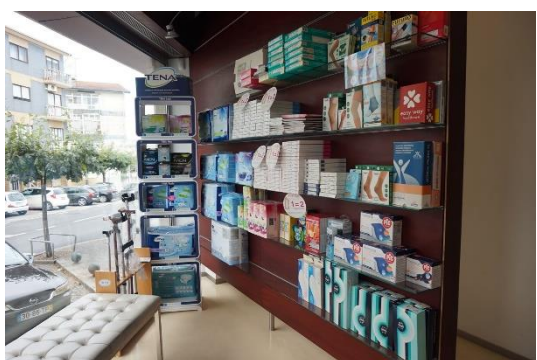


Anexo I-B. Fachada traseira da Farmácia Silveira

ANEXO II – ESPAÇO INTERIOR DA FS



Anexo II-A. Área de atendimento ao público

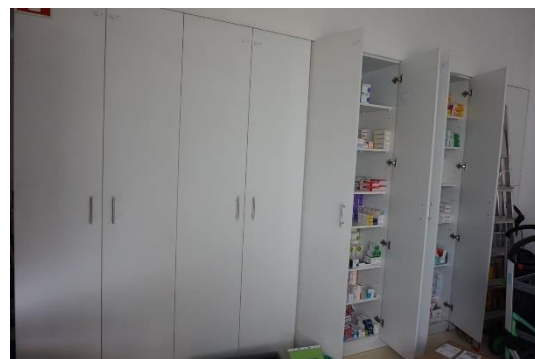


Anexo II-B. Linear de produtos de ortopedia

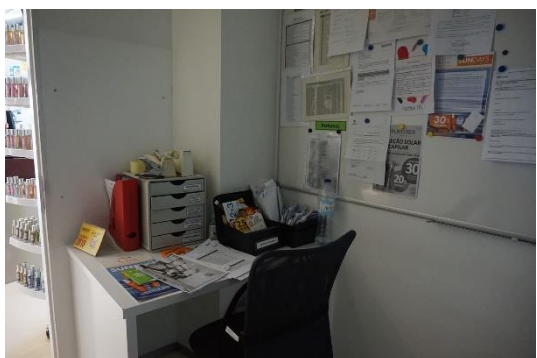
Anexo II-C. Linear de produtos cosméticos e higiene corporal



Anexo II-D. Área de recepção de encomendas



Anexo II-E. Armazém



Anexo II-F. Zona de conferência de receituário



Anexo II-G. Quadro kaizen

ANEXO III – EXEMPLO DE OBJETIVOS MENSAIS DA FS

OBJETIVOS MENSAIS

1 DE JULHO → 31 DE JULHO

PRODUTO	QTD																												
ADVANCIS DIGEST PLUS	15																												
SOS PELE	6																												
MAGNESONA	20																												
MAGNESONA ZERO	15																												
SONO RAPID	10																												
ADVANCIS CARVÃO	2																												
ADVANCIS FUNGIMAX	3																												
ABSORVIT SMART PLUS/NEURO	2																												
ADVANCIS PASSIMELA	2																												
ADVANCIS OMEGA	2																												
EASYSUM GELATINAS	8																												
NEUTROGENA HIDRO-BOOST	TODO																												
NEUTROGENA PÉS	TODO																												

FORÇA EQUIPA 😊

ANEXO IV – MENOPAUSE RATING SCALE | AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA

ADDOPHARM

Menopause Rating Scale (MRS) | Avaliação da sintomatologia

Nome da utente: _____ Código da utente: _____

Data nascimento: ____/____/____

Data aproximada da última menstruação (mês/ano): _____

Toma medicamentos/suplementos para tratar sintomas da menopausa? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais? _____

Classifique os seguintes sintomas de acordo com a severidade com que os sente, **atualmente**:

SINTOMAS	Nenhum (0)	Pouco severo (1)	Mode- rado (2)	Severo (3)	Muito severo (4)
1-Suores, calores ou falta de ar					
2-Desconforto no peito (ritmo cardíaco irregular, pressão no peito)					
3-Problemas de sono (dificuldade em adormecer, dormir toda a noite e despertar cedo)					
4-Estado de ânimo depressivo (sente-se deprimida, triste ou com flutuações de humor)					
5-Irritabilidade (sente-se nervosa, tensa ou agressiva)					
6-Ansiedade (sente-se impaciente ou em pânico)					
7-Esgotamento físico e mental (diminuição do desempenho, falta de concentração, falta de memória)					
8-Problemas sexuais (problemas na atividade sexual, satisfação sexual ou falta de desejo)					
9-Problemas de bexiga (dificuldade em urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar)					
10-Secura vaginal (sensação de secura, ardor e problemas durante a relação sexual)					
11-Problemas musculares e nas articulares (dores reumáticas e nas articulações)					

TOTAL (soma de todas as questões): _____

Sintomas somato-vegetativos (questões 1, 2, 3 e 11): _____

Sintomas psicológicos (questões 4, 5, 6 e 7): _____

Sintomas urogenitais (questões 8, 9 e 10): _____

Há quanto tempo começaram os sintomas anteriormente descritos? _____

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

- ☐ Aconselhamento alimentação saudável
☐ Aconselhamento atividade física
☐ Aconselhamento no âmbito da cessação tabágica
☐ Aconselhamento de medicamento(s)/suplemento(s) para tratar os sintomas da menopausa. Qual(ais)? _____
☐ Promoção adesão terapêutica/toma correta dos medicamentos
☐ Encaminhamento a consulta médica (registar contacto do utente e solicitar *feedback* após consulta médica. Efetuar contacto telefónico proativo 1 mês após referênciação)
☐ Outra. Qual? _____

v1 (09/02/2018)

ANEXO V – PANFLETO “DIA MUNDIAL DA CONSCIENCIALIZAÇÃO DO AUTISMO”

**A Farmácia
Silveira apoia as
pessoas
significativamente
envolvidas com o
Autismo.**

**AZUL PARA BRILHAR,
UMA LUZ SOBRE O
AUTISMO**

A Organização das Nações Unidas (ONU) declarou, por unanimidade, o dia 2 de abril, como o Dia Mundial do Autismo, com o objetivo de sensibilizar a população para a importância de ajudar a melhorar as vidas de crianças e adultos que sofrem com a doença, para que possam levar uma vida plena e significativa.

**DIA MUNDIAL DA
CONSCIENCIALIZAÇÃO
DO
AUTISMO**

2 DE ABRIL DE 2018


**Farmácia
SILVEIRA**

Avenida da Carvalha 781-783
4510-518 Fânzeres

224869605
facebook.com/farmaciasilveiraporto

GONÇALO REIS




Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP - Sabe o que é o autismo? Acessível em: https://issuu.com/astrid57/docs/o_autismo (acedido em 14/03/2018)

SABIA QUE?



Segundo a ONU, acredita-se que existam mais de 70 milhões de pessoas com Autismo. Afeta cerca de 1/160 crianças.



É uma condição permanente, ou seja, não tem cura.



Estima-se que mais de 80% dos adultos com autismo estão desempregados.



A incidência é maior nos rapazes, tendo uma relação de quatro rapazes para cada rapariga



O AZUL é considerado a cor do autismo.

SUSPEITO QUE O MEU FILHO TEM AUTISMO. O QUE FAÇO?



- Lembre-se, quanto mais cedo for diagnosticado o autismo, melhor! Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Infantil inclui um rastreio específico para o autismo, feito pelo médico de família.
- Fale com os professores do seu filho, estes podem ser os primeiros a dar o sinal de alerta. Aquilo que lhe parece estranho pode ser normal para a idade!

O MEU FILHO TEM UM DIAGNÓSTICO DE AUTISMO. O QUE FAÇO?



- Procure sempre seguir as instruções dos especialistas de saúde e educação.
- Existem medicamentos prescritos pelo médico especialista que podem melhorar alguns comportamentos.

A ATITUDE DA FAMÍLIA E A FORMA COMO LIDA COM A SITUAÇÃO TEM UM IMPACTO REAL NO DESENVOLVIMENTO DE UMA CRIANÇA COM AUTISMO

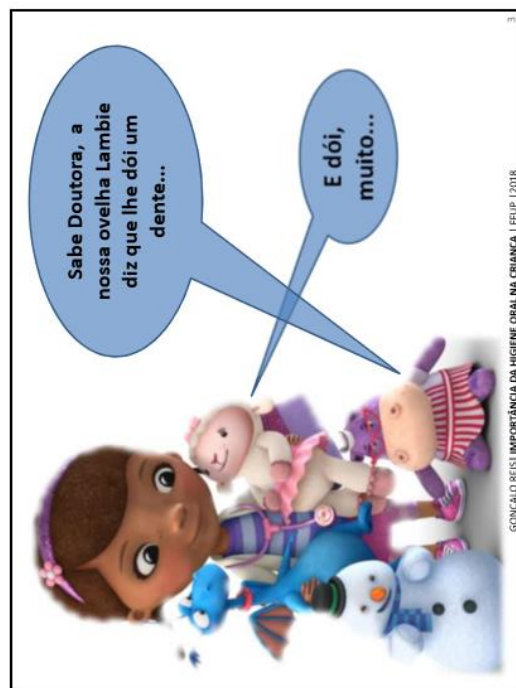
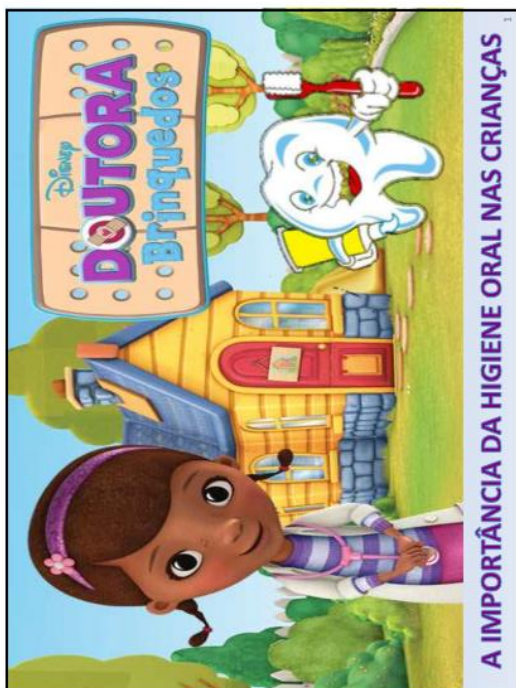


O autismo é uma perturbação do desenvolvimento que habitualmente se manifesta na infância e que se caracteriza por dificuldades na comunicação e interação social e por comportamentos, interesses ou atividades repetitivos e estereotipados.

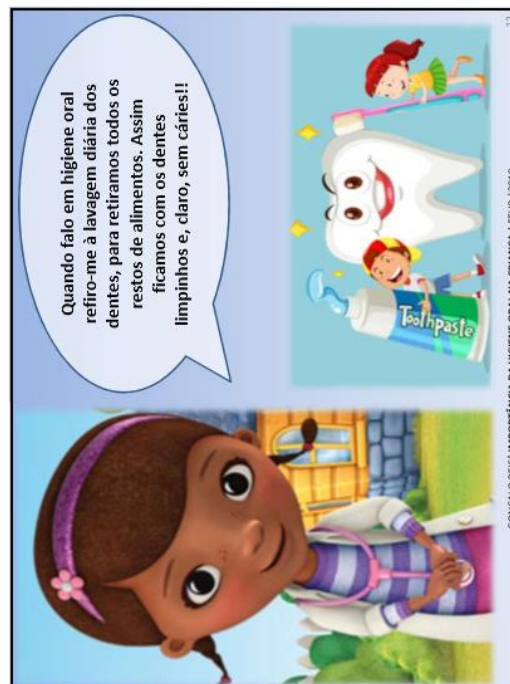
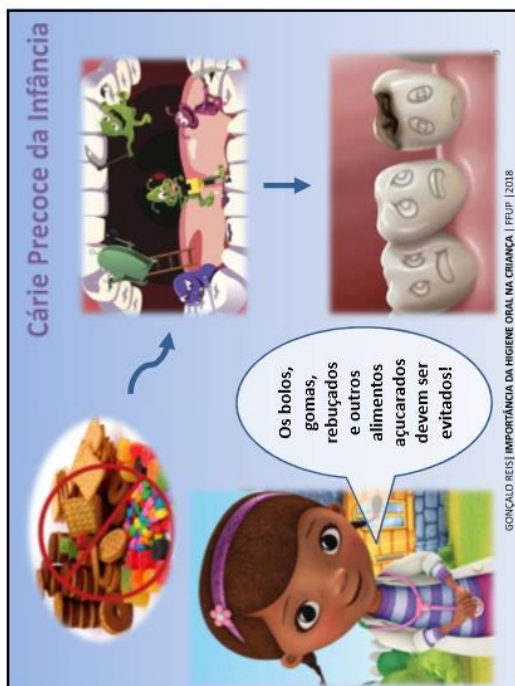
SINAIS DE ALERTA!

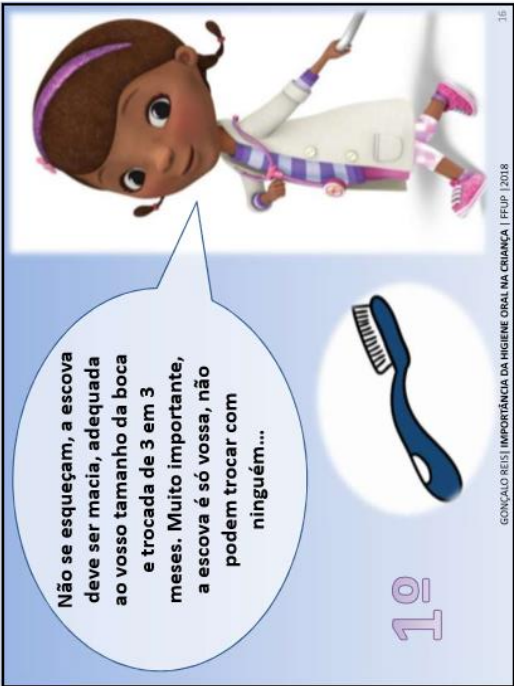
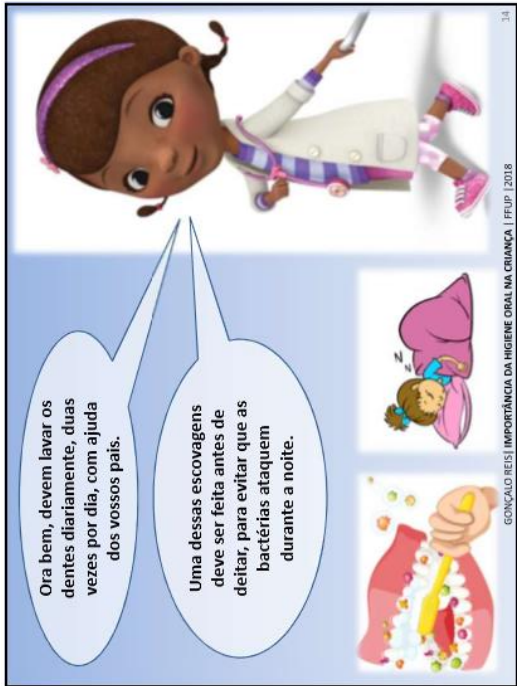
- Ausência de expressões (ex. sorriso), a partir dos 6 meses;
- Ausência de comunicação através de vocalizações, sorrisos ou outras expressões faciais, aos 9 meses;
- Ausência de palavras, aos 16 meses;
- Ausência de frases de duas palavras com sentido, aos 2 anos.

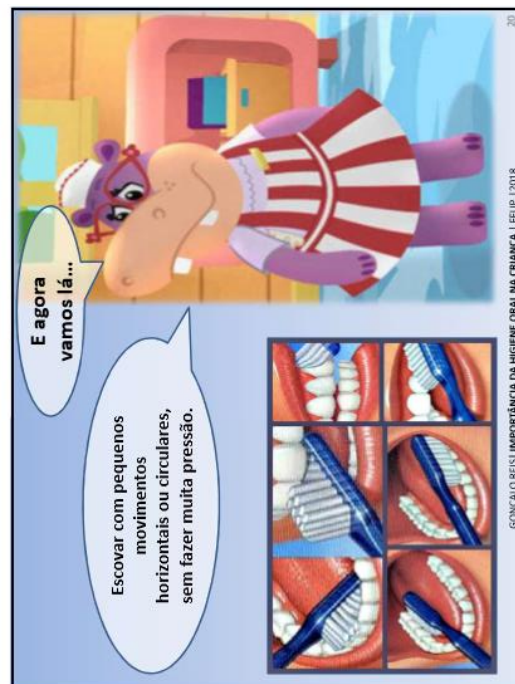
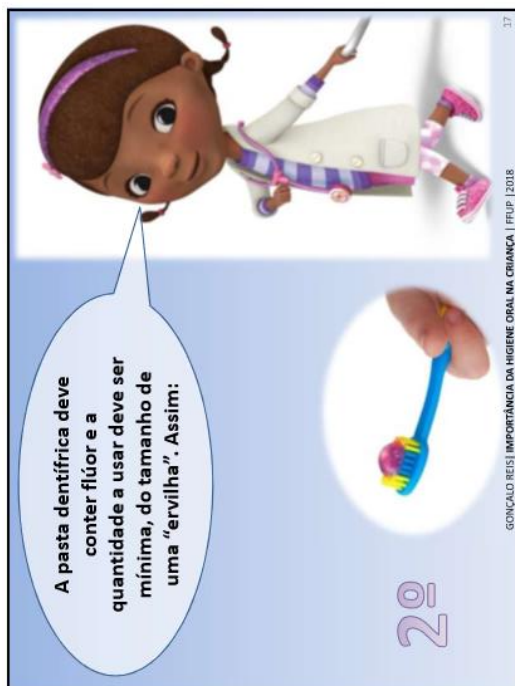
ANEXO VI – APRESENTAÇÃO SOBRE HIGIENE ORAL NAS CRIANÇAS

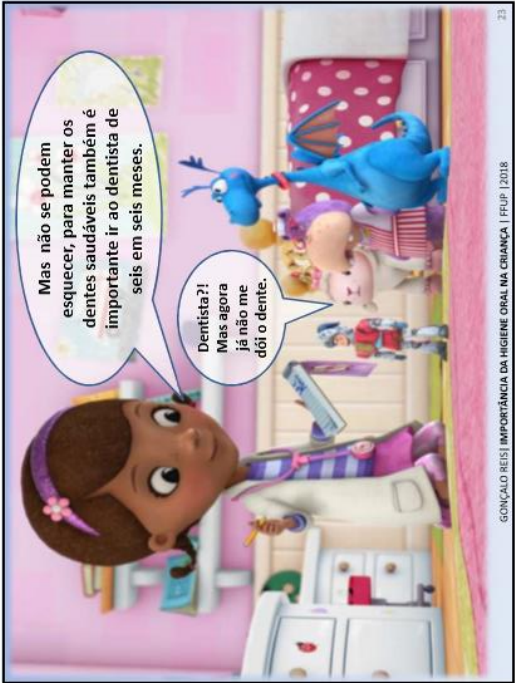
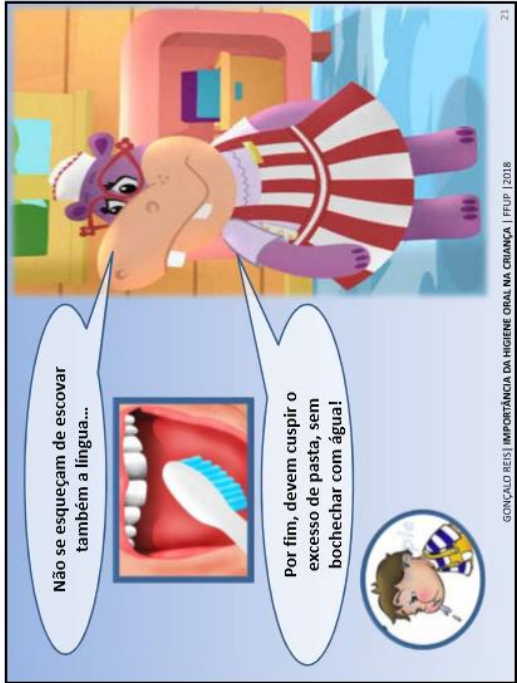
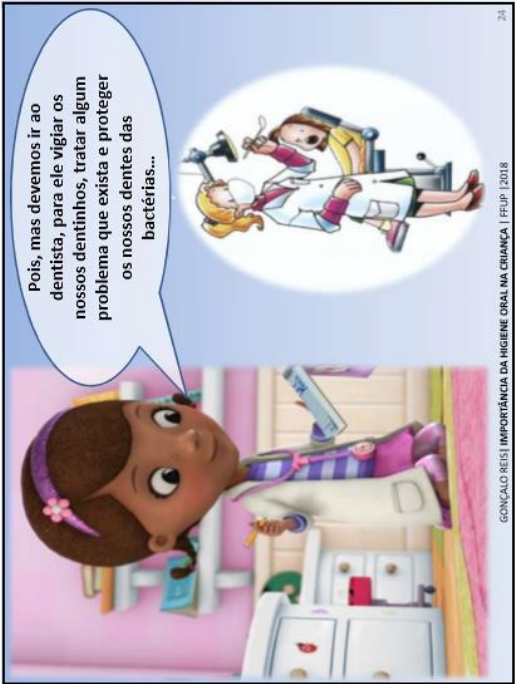














ANEXO VII – ATIVIDADE PEDAGÓGICA “ALIMENTAÇÃO E SAÚDE ORAL”



Figura 6. Jogo com os alimentos desalinhados



Figura 7. Jogo com os alimentos corretamente distribuídos



Figura 8. Apresentação de suporte para a realização da atividade

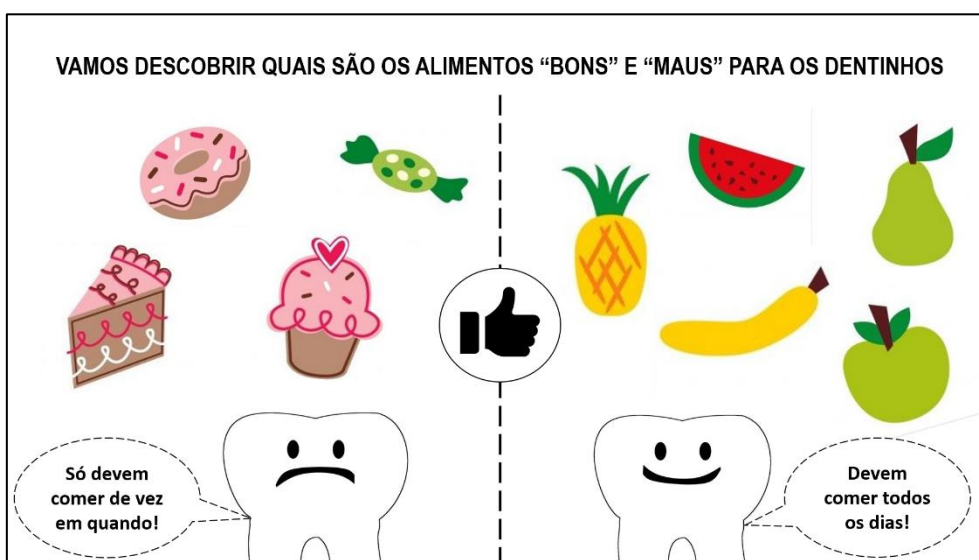


Figura 9. Apresentação de suporte para a realização da atividade (resolução)

**RELATÓRIO
DE ESTÁGIO
2017-18**

RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA
N.º 228, 4050-313 PORTO - PORTUGAL
www.ff.up.pt