



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia Santa Catarina

Mariana Ferreira Batista



2019-2020

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Santa Catarina

fevereiro a março de 2020

maio a setembro de 2020

Mariana Ferreira Batista

Orientador: Dra. Helena Leão

Tutor FFUP: Prof. Dra. Beatriz Quinaz

outubro de 2020

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 referência. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 29 de outubro de 2020

Mariana Ferreira Batista

Agradecimentos

Os últimos cinco anos corresponderam a um período de constante mudança, adaptação e, sobretudo crescimento. Ao chegar à reta final deste longo percurso não posso deixar de agradecer às pessoas que tornaram esta experiência mais especial.

Começo por agradecer à Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto por ter sido a minha segunda casa e a todos os docentes que contribuíram para a minha formação, em especial à Professora Doutora Beatriz Quinaz, a minha tutora de estágio, pela sua disponibilidade, compreensão e, sobretudo, orientação ao longo do período de estágio.

A toda a equipa da Farmácia Santa Catarina, por me fazerem sentir parte de uma pequena família, pela incessante disponibilidade e paciência, por todo o conhecimento que me transmitiram de bom agrado e por me proporcionarem uma excelente experiência, mesmo em tempos conturbados. Destaco um agradecimento especial à Doutora Helena Leão pela sua orientação excecional, constante apoio, carinho e confiança nas minhas capacidades. Não só aprendi imenso com estas pessoas como me tornaram numa pessoa melhor.

Agradeço também à equipa do laboratório da Farmácia Barreiros, pela simpatia, disponibilidade e pelo conhecimento que me transmitiram durante a minha curta passagem. Aos meus amigos, aqueles que me acompanham há longos anos e nunca deixaram de caminhar ao meu lado, mesmo quando estava ausente; aqueles que tive o prazer de encontrar ao longo deste percurso e tornaram-se companheiros para a vida e aqueles que entraram na minha vida recentemente, mas que parece que conheço há anos. Obrigada Renata, Sandra, Joana, Alice, Bruna e Maria por todo o apoio.

Aos BTS por serem das minhas maiores fontes de conforto, inspiração e motivação. Por, através da música, me fazerem descobrir as minhas próprias asas para que pudesse voar.

Ao André, meu namorado, confidente e porto de abrigo, pelo apoio e amor incondicional, por ser a primeira pessoa com quem partilho todos os meus sucessos e fracassos e por estar sempre ao meu lado, independentemente do que venha. Sem ele estes últimos anos seriam muito mais cinzentos. Obrigada.

Finalmente à minha família. Ao Gonçalo pela sua presença constante, apoio e compreensão e por me mostrar uma outra forma, mais leve, de viver a vida. À minha irmã por ter sido o meu pilar durante muito anos e torcer sempre por mim. Aos meus pais, as pessoas que tornaram tudo isto possível e sempre me amaram incondicionalmente. São as duas pessoas a que devo tudo e a quem estarei eternamente grata.

Resumo

O presente relatório surge no âmbito da última unidade curricular do plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêutica: o estágio profissionalizante em farmácia comunitária. Neste documento são relatadas sucintamente as atividades e projetos desenvolvidos ao longo dos 6 meses de estágio na Farmácia Santa Catarina e apresenta-se dividido em duas partes.

A primeira parte do relatório destina-se à apresentação das instalações da farmácia e do seu funcionamento, bem como o relato de todas as atividades com as quais tive oportunidade de estar envolvida durante o meu estágio, nomeadamente, a gestão de stocks, receção de encomendas, gestão e regularização de devoluções, controlo de validade e o atendimento ao público, descrevendo o meu envolvimento em cada uma delas e mencionando as situações mais marcantes no contexto de atendimento.

Na parte II do relatório estão especificados, ao pormenor, os temas escolhidos para a realização dos meus projetos assim como todo o processo de planeamento, execução e discussão de resultados.

O primeiro projeto que desenvolvi foi relativo aos cuidados reforçados a ter com a pele em contexto de pandemia, tema que ganhou destaque no seguimento da observação de uma nova necessidade do utente, uma vez que foram surgindo diversos relatos no atendimento, de aparecimento/agravamento de afecções da pele resultantes das medidas de prevenção de infeção por SARS-COV-2. De forma a divulgar a informação que fosse relevante para o utente relativamente à proteção da pele dos agentes agressores com quais temos contacto constante, desenvolvi um cartaz que se encontra afixado na farmácia.

No segundo projeto abordei o tema das Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), visto que o conhecimento quer da população em geral, como dos profissionais de saúde que não contactam diretamente com este nem sempre é concordante com a realidade. De forma a dar a conhecer as PEA numa perspetiva da comunidade aos profissionais de saúde que podem ter um contacto com a mesma de uma forma não-clínica e disponibilizar apoio diferenciado, realizei uma formação à equipa da farmácia sobre o tema.

O terceiro projeto foi idealizado tendo em conta o aumento da disponibilidade da população geral para abordar o tema da saúde mental e o aumento de prevalência das perturbações da saúde mental, principalmente no período pós-confinamento. Decidi, então, organizar um documento de informação simples e claro, no qual ilustrava algumas perturbações da saúde mental e nomeadamente aspetos sobre os quais a população geral tem ideias preconcebidas desfasadas da realidade. Este documento informativo foi realizado em forma de *post* e postado na página de *Facebook* da Farmácia.

Índice

Agradecimentos.....	IV
Resumo.....	V
Índice de anexos	IX
Índice de tabelas	IX
Listagem de abreviaturas e acrónimos	X
Introdução.....	XI
Parte I – Descrição atividade desenvolvidas na Farmácia Santa Catarina	1
1. Organização da farmácia.....	1
1.1. Localização e público-alvo.....	1
1.2. Horário de funcionamento	1
1.3. Recursos humanos	2
1.4. Espaço físico	3
1.5. Sistema informático	4
1.6. Meios de difusão de informação comercial.....	4
2. Gestão da farmácia	5
2.1. Gestão de stocks.....	5
2.2. Realização de encomendas	6
2.3. Receção das encomendas	7
2.4. Armazenamento.....	7
2.5. Gestão de reservas	8
2.6. Controlo de validades.....	8
2.7. Devoluções e reclamações	8
3. Dispensa de medicamentos e aconselhamento farmacêutico.....	10
3.1. Medicamentos sujeitos a receita médica	10
3.1.1. Receitas médicas	11
3.1.2. Regimes de comparticipação.....	12
3.1.3. Medicamentos genéricos e preços de referência	13
3.1.4. Validação mensal do receituário	13
3.1.5. Psicotrópicos e estupefacientes	14
3.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica	14

3.3.	<i>Medicamentos manipulados</i>	15
3.4.	<i>Medicamentos homeopáticos</i>	16
3.5.	<i>Medicamentos de uso veterinário</i>	16
3.6.	<i>Suplementos alimentares</i>	16
3.7.	<i>Dermocosmética e produtos de higiene</i>	17
3.8.	<i>Produtos de puericultura</i>	17
3.9.	<i>Dispositivos Médicos (DM)</i>	17
4.	Serviços farmacêuticos	18
4.1.	<i>Parâmetros bioquímicos</i>	18
4.2.	<i>Administração de vacinas e medicamentos injetáveis</i>	18
4.3.	<i>VALORMED</i>	18
5.	Formações	18
Parte II – Projetos desenvolvidos no âmbito do estágio curricular		20
1.	Cuidados a ter com a pele em contexto de pandemia	20
1.1.	<i>Contextualização</i>	20
1.2.	<i>Pele oleosa com tendência a acneica</i>	20
1.3.	<i>Pele sensível ou reativa</i>	21
1.4.	<i>Higiene das mãos e dermatites de contacto</i>	22
1.5.	<i>Cuidados gerais</i>	23
1.6.	<i>Execução</i>	23
1.7.	<i>Conclusão</i>	24
2.	Perturbação do espectro do autismo (PEA)	24
2.1.	<i>Contextualização</i>	24
2.2.	<i>Introdução teórica</i>	26
2.3.	<i>Diagnóstico atual e comorbilidades</i>	27
2.4.	<i>Abordagens terapêuticas</i>	30
2.5.	<i>A PEA segundo a comunidade</i>	30
2.6.	<i>Diferenças entre sexos</i>	32
2.7.	<i>Papel do farmacêutico</i>	33

2.8.	<i>Execução</i>	35
2.9.	<i>Conclusão</i>	35
3.	Saúde Mental	36
3.1.	<i>Contextualização</i>	36
3.2.	<i>Perturbações depressivas</i>	37
3.3.	<i>Perturbações de ansiedade</i>	38
3.4.	<i>Perturbação Obsessiva Compulsiva (POC)</i>	39
3.5.	<i>Execução</i>	39
3.6.	<i>Conclusão</i>	40
	Referências Bibliográficas	41
	Anexos	47

Índice de anexos

Anexo I. Formações	47
Anexo II. Cuidados adicionais a ter com a pele em contexto de pandemia - cartaz	49
Anexo II. Perturbações do Espectro do Autismo – Formação Interna	50
Anexo III. A saúde mental e algumas perturbações mentais	60

Índice de tabelas

Tabela I – Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular em farmácia comunitária	XII
Tabela II: Representação da equipa da FSC	3
Tabela III: Formações a que tive oportunidade de assistir	19
Tabela IV: Adaptação das diretrizes da DGS relativas ao diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, estando os critérios em conformidade com o DSM-5	28

Listagem de abreviaturas e acrónimos

ABA - Análise Comportamental Aplicada

ANF – Associação Nacional de Farmácias

ASAN - *Autistic Self Advocacy Network*

CCF – Centro de Conferência de Faturas

CNP – Código Nacional do Produto

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Dispositivos Médicos

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FEFO – First Expired First Out

FSC – Farmácia Santa Catarina

GAP – Gabinete de Atendimento ao Público

IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEA – Perturbações do espectro do autismo

PHDA – Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção

POC - Perturbação Obsessivo-Compulsiva

PVF – Preço de Venda à Farmácia

PVP – Preço de Venda ao Público

SAMS - Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato Nacional

SI – Sistema Informático

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Introdução

A Farmácia Comunitária é, por excelência, a estrutura de saúde mais acessível à população, sendo os farmacêuticos comunitários, geralmente, os primeiros profissionais de saúde a serem procurados e aqueles que têm uma maior relação de proximidade com o utente. Deste modo, o seu papel é fundamental, não só na dispensa de medicamentos, mas também no esclarecimento do seu modo de administração e de todas as questões a este associadas e no aconselhamento e resolução de questões de saúde ligeiras, encaminhando apenas os casos cuja gravidade é justificável para os centros de saúde e hospitais de forma a evitar a sua sobrelotação.

No âmbito da última unidade curricular integrante do plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, realizei o estágio curricular profissionalizante em farmácia comunitária na Farmácia Santa Catarina (FSC) durante os 6 meses propostos para todo o período de estágio, com a orientação da Dra. Helena Leão.

A Farmácia Santa Catarina é integrante de um grupo, conjuntamente com a Farmácia Barreiros e a Farmácia Barreiros-Bessa, a Ortopedia Barreiros e a Ótica Barreiros são estruturas constituintes deste grupo.

O meu estágio teve início no dia 3 de fevereiro tendo, logo de início, oportunidade de contacto com diversos setores do *backoffice*, nomeadamente a receção de encomendas, devoluções e reclamações, armazenamento e gestão de stocks, controlo de temperatura e humidade, assim como a assistir, presencialmente, a várias formações.

A 9 de março, decorrente do aumento de casos de infeção pelo SARS-COV-2 e consequente decreto de estado de emergência nacional, interrompi o meu estágio. Em maio, após levantamento de algumas das medidas de confinamento, retomei a minha atividade, sendo esta agora ajustada à nova realidade, cumprindo todas as normas de higiene e segurança impostas e/ou recomendadas pela Direção Geral da Saúde (DGS).

Durante todo o período de estágio tive algum contacto com o laboratório da farmácia, porém este trabalha de forma um pouco distinta de um laboratório de farmácia comunitária comum. Dessa forma, de modo a ter uma experiência mais abrangente no diz respeito a esta valência, cumpri uma semana do estágio no laboratório da Farmácia Barreiros.

Realizei três projetos de estágio distintos na sua forma e conteúdo, tendo escolhido temas que considero importantes quer para o utente, quer para a farmácia e sua equipa, quer para mim, enquanto futura profissional. As principais atividades que tive oportunidade de realizar aquando o meu estágio estão representadas na Tabela I.

Tabela I – Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular em farmácia comunitária

	fevereiro	março	maio	junho	julho	agosto	setembro
Receção de encomendas e armazenamento de stock							
Gestão e regularização de devoluções							
Gestão de reservas							
Controlo de validade							
Controlo de temperatura e humidade							
Atendimento ao balcão							
Preparação de manipulados							
Validação de receituário							
Formações							
Projeto I - Cartaz proteção da pele no contexto da pandemia							
Projeto II- Formação interna – PEA							
Projeto III - <i>Post</i> de Facebook relativo à saúde mental							



Parte I – Descrição atividade desenvolvidas na Farmácia Santa Catarina

1. Organização da farmácia

1.1. Localização e público-alvo

A Farmácia Santa Catarina foi fundada em 1910, ocupando o nº 141 da Rua de Santa Catarina, uma das principais ruas comerciais do Porto. A sua localização no centro turístico e histórico da cidade, os diversos pontos comerciais que a rodeiam e o fácil acesso pedonal — tornado possível pela proibição da circulação de trânsito durante o dia — contribuem para que a farmácia seja, numa situação regular, essencialmente frequentada por turistas, nomeadamente estrangeiros.

Foi essa a realidade com que me deparei em fevereiro, sendo que nas primeiras semanas do mês verificou-se uma maior afluência de utentes asiáticos e nas últimas, maior parte dos utentes eram oriundos de vários países da Europa, sendo os produtos de maior procura as máscaras de proteção, álcool e desinfetantes uma vez que, embora ainda não houvesse nenhum caso de COVID-19 registado em Portugal, esse não era o paradigma em grande parte dos países asiáticos e, posteriormente, europeus.

Aquando o meu retorno à atividade, pós-confinamento, as fronteiras permaneciam fechadas, mas os estabelecimentos comerciais não essenciais voltavam a abrir portas. Nesta altura, o leque principal de utentes correspondia a utentes fidelizados, nomeadamente trabalhadores dos espaços comerciais da rua e os moradores da zona, incluindo idosos e polimedicados.

Após reabertura das fronteiras, verificou-se novamente alguma afluência de turistas, principalmente espanhóis e franceses que, embora significativamente menor face ao período pré-quarentena, correspondia a grande parte dos atendimentos diários, nos meses de julho e agosto.

1.2. Horário de funcionamento

Durante o período do meu estágio, estiveram em vigor vários horários de funcionamento, de acordo com o contexto. Antes do confinamento e da mudança do atendimento ao balcão para o postigo, a farmácia encontrava-se em funcionamento de segunda a sábado, das 9h às 20h, exceto nos dias em que esta se encontrava de serviço, nos quais permanecia aberta 24 horas. Neste contexto, o meu horário era de segunda a sexta feira, das 9h às 18h, com uma hora de almoço, perfazendo, assim as 40 horas semanais estipuladas.



A partir de meados de março o horário em vigor passou a ser das 10h às 19h. Verificando-se uma preferência dos utentes em frequentar a farmácia no início da manhã, o horário de funcionamento foi novamente retificado, sendo que até à data, a abertura da farmácia é às 9h e o fecho às 19h.

Todos os regimes de horário foram definidos em conformidade com a Portaria nº 277/2012, de 12 de setembro, sendo sempre asseguradas as 44 horas de funcionamento mínimas e os períodos de funcionamento obrigatórios.¹ SUPRESSÃO DO SERVIÇOS NOTURNOS

Após o retorno da minha atividade e até ao último dia do meu estágio profissionalizante, o horário combinado passou a ser das 10h às 19h, estando desta forma presente na hora do fecho da farmácia, todos os dias úteis da semana.

1.3. Recursos humanos

No meu primeiro período de estágio, a equipa da farmácia era constituída por 9 farmacêuticos e 3 técnicos de farmácia, sendo o responsável pela Direção Técnica da mesma, o Dr. Pedro da Silva. A Dra. Helena Leão foi a minha orientadora de estágio, por decisão da Direção Técnica.

Com o aumento do número de casos de COVID-19, observou-se uma insensata corrida aos supermercados e às farmácias por parte da população no sentido de acumularem bens suficientes para o período de quarentena. Sendo a FSC uma farmácia de pequena dimensão, frequentada essencialmente por turistas e pessoas de passagem e a Farmácia Barreiros uma farmácia grande que assegura serviço de 24 horas e cuja principal afluência são utentes fidelizados, polimedicados, houve a necessidade de parte da equipa da FSC reforçar a equipa da Farmácia Barreiros.

A Tabela II representa a equipa e a sua permanência na farmácia durante o meu período de estágio. Os elementos da equipa com quem tive contacto apenas no primeiro mês de estágio estão assinalados como sendo elemento transitórios. É relevante referir que, após o período de confinamento e até agora, os únicos elementos de equipa responsáveis permanentemente pelo atendimento ao balcão e *backoffice* são o Dr. Pedro da Silva, a Dra. Helena Leão e a Mara Cruz, sendo que os restantes elementos fazem parte da equipa do laboratório da farmácia, cuja responsável é a Dra. Isabel Figueira.

**Tabela II: Representação da equipa da FSC**

Dr. Pedro da Silva	Direção Técnica	Permanente
Dra. Helena Leão	Farmacêutico Adjunto	Permanente
Dra. Isabel Figueira	Farmacêutico Adjunto	Permanente
Dra. Sofia Cardoso	Farmacêutico	Transitório
Dra. Sara Cunha	Farmacêutico	Transitório
Dra. Susana Cunha	Farmacêutico	Transitório
Dra. Ana Nunes	Farmacêutico	Permanente
Dr. Carlos Sá	Farmacêutico	Permanente
Dra. Rita Lopes	Farmacêutico	Permanente
Mara Cruz	Técnico de Farmácia	Permanente
Helena Mourão	Técnico de Farmácia	Permanente
Isabel Miranda	Técnico de Farmácia	Permanente

1.4. Espaço físico

As instalações da Farmácia Santa Catarina estão em conformidade com os requisitos de Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária enunciados pela Ordem dos Farmacêuticos.²

A FSC encontra-se devidamente identificada por um letreiro acima da porta de entrada e a designação “FARMÁCIA”, assim como pela presença da cruz verde que se encontra iluminada durante todo o período de funcionamento, incluindo durante a noite nos dias de serviço. Informações relativas ao diretor técnico e horário de funcionamento estão visíveis no exterior da farmácia. No espaço exterior incluem-se as montras de produtos, alteradas periodicamente com exposição de uma marca ou tipo de produto específico e, geralmente, adornada segundo temas sazonais.

O espaço interior da FSC está dividido em 4 andares. O piso -1 é destinado ao laboratório de manipulação da farmácia; o R/C compreende a zona de atendimento ao público e de exposição de produtos farmacêuticos e o Gabinete de Atendimento ao Público (GAP), separados por um pequeno espaço de armazenamento e uma estação de trabalho; o piso 1 contém o armazém e o local alocado à receção de encomendas, a zona de cacifos da equipa, um gabinete destinado ao diretor técnico e consultas de nutrição e um sala de arquivos. Por fim o piso 2 é dividido em dois espaços: a zona de refeições e um espaço destinado à armazenagem de material de acondicionamento de medicamentos manipulados, sacos de plástico e papel, expositores e materiais de decoração destinados às montras de produtos.

O espaço alocado ao laboratório de manipulados compreende diversas zonas de manipulação estando estas divididas em setores, de acordo com a forma farmacêutica a preparar; uma zona de lavagem de material; uma zona de rotulagem; uma zona de embalagem e uma zona de atendimento telefónico, aprovisionamento de pedidos e faturação. É também



neste piso que se encontra o frigorífico no qual são acondicionados todos os medicamentos termolábeis da farmácia.

O GAP era o espaço alocado à medição dos parâmetros bioquímicos. Após a pandemia, de acordo com as normas da Direção Geral da Saúde (DGS) relativas às medidas de prevenção de infeção pelo SARS-COV-2, a prestação destes serviços foi interrompida passando este local a ser usado apenas para preparações extemporâneas.³

A zona de atendimento era constituída por 4 postos de atendimento e por todo o *frontoffice* estavam expositores de produtos. De acordo com as normas da DGS, todos os expositores que se encontravam no espaço de circulação de utentes foram retirados, o espaço de balcão foi aumentado de forma a garantir a distância de segurança, foram colocados acrílicos em todos os postos e entre os mesmos e o número de postos de atendimento foi reduzido para 3. Em cada posto a farmácia disponibiliza de um frasco de gel hidroalcolólico destinado ao utente.³

Atrás dos balcões de atendimento estão expostos, maioritariamente, medicamentos não sujeitos a receita médica, cuja disposição sofre alterações de acordo com sazonalidade. Do outro lado da farmácia, no espaço que fica de frente para os balcões encontram-se os lineares de produtos de dermocosmética e higiene corporal organizados por marca e gama. Existe uma outra zona de lineares de exposição na parede com a qual o utente estabelece contacto visual primeiro, sendo esta destinada a exposição dos produtos cosméticos de maior rotatividade dado a altura do ano, como por exemplo, protetores solares durante o verão.

No *frontoffice* existem vários locais de armazenamento de medicamentos que não estão expostos, estando estes dividido por formas farmacêuticas, organizados por ordem alfabética e os espaços de acondicionamento devidamente etiquetados.

1.5. Sistema informático

O sistema informático que suporta as atividades diárias da FSC, assim como a gestão da mesma, é o Sifarma 2000® desenvolvido pela Glintt — Global Intelligent Technologies.⁴ Este engloba diversos módulos, todos eles com diversas funcionalidades, sendo através dele assegurada toda a logística de encomendas, devoluções, gestão de stocks, controlo de validades, validação de receituário e a gestão de faturação.

O sistema é bastante intuitivo e um bom auxiliar ao atendimento/aconselhamento, uma vez que algumas informações de posologia, indicação terapêutica e interação farmacológica estão presentes e são de fácil acesso.

1.6. Meios de difusão de informação comercial

A FSC dispõe de uma conta na rede social *Facebook* na qual são divulgadas todas campanhas promocionais em vigor. A Farmácia Santa Catarina aderiu ao projeto



ShopinPorto, um site destinado à divulgação de espaços comerciais independentes da cidade do Porto dando destaque às campanhas promocionais em vigor em cada um deles.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de atualizar a página da FSC no ShopinPorto, tendo em conta as campanhas promoções em vigor no mês de agosto.

2. Gestão da farmácia

2.1. Gestão de stocks

Uma das vertentes mais importantes na gestão de uma farmácia comunitária é a gestão de stocks, uma vez que é necessário garantir que as necessidades dos utentes são respondidas e, simultaneamente, evitar prejuízo para a farmácia.

Assim, deve ser feita uma previsão do stock ideal de cada produto naquele determinado momento, para que este seja suficiente para satisfazer as necessidades dos utentes, sem que seja excessivo e resulte numa acumulação de stock que não será vendido e resultará numa quebra de stock.

Aquando a aprovação das encomendas diárias da farmácia, é necessário verificar o histórico de vendas dos produtos, principalmente no que diz respeito aos 3 meses anteriores. A ficha de cada produto no Sifarma 2000® contem um campo no qual os stocks mínimos e máximos podem ser alterados consoante a necessidade.

É também imperativo ter-se em conta a sazonalidade, sendo que alguns medicamentos e produtos de saúde têm uma rotatividade superior em determinada altura do ano, como é o caso dos protetores solares no verão, os produtos de prevenção da queda de cabelo no outono, os antigripais no inverno e anti-histamínicos na primavera.

O contexto atual do país ou do mundo é também uma forte condicionante, realidade que é evidente agora, mais do que nunca. A boa gestão de stocks de produtos relacionados com a pandemia, quer sejam equipamentos de proteção individual, produtos de desinfeção ou termómetros, tornou-se crucial, principalmente nos primeiros meses, nos quais os recursos nacionais eram escassos.

Devido a erros que, naturalmente, são cometidos ou aquando receção de encomendas, gestão de reservas ou na própria dispensa, por vezes os stocks informáticos não correspondem aos stocks reais.

Sempre que algum destes erros é detetado, quer no ato de receção de encomendas, quer decorrente do atendimento, este é reportado numa ficha própria, sendo referido o nome do produto, o CNP do mesmo, o stock informático, o stock real, assim como a assinatura de quem encontrou a inconformidade.

Durante o meu estágio tive um papel ativo neste procedimento, assim como na contagem física mensal de todos os produtos de consumo interno, quer do balcão da farmácia quer do



laboratório da mesma e que como tal, o stock necessitava de ser atualizado periodicamente. Nestes produtos estão incluídas máscaras de proteção, gel hidroalcoólico, álcool, luvas e seringas.

2.2. Realização de encomendas

As encomendas são um elemento fundamental no funcionamento de uma farmácia comunitária uma vez que é através destas que se garante o aprovisionamento dos medicamentos e produtos de modo a satisfazer as necessidades dos utentes. Na FSC são realizadas encomendas diárias, manuais e instantâneas.

As encomendas diárias são realizadas a dois distribuidores: a Alliance Healthcare e a Cooprofar, sendo a escolha de um em detrimento do outro condicionada pelo Preço de Venda à Farmácia (PVF) e disponibilidade do produto no armazenista em questão. Por norma, o armazenista de eleição para medicamento sujeitos a receita médica (MSRM) é a Alliance Healthcare, sendo a Cooprofar o principal armazenista no que diz respeito às encomendas diárias de alguns medicamentos não sujeito a receita médica (MNSRM) e outros produtos de saúde.

O próprio sistema cria uma proposta encomenda diária para cada um dos distribuidores, com os produtos cujo stock é inferior ao stock mínimo definido, juntamente com os produtos que se encontram esgotados no armazenista que seria a primeira escolha. A partir desta listagem, o diretor técnico ou o farmacêutico responsável realiza uma encomenda para cada um dos distribuidores tendo em conta o histórico de vendas nos 3 meses anteriores.

Os produtos cujo stock não é inferior ao stock mínimo ou que não são passíveis de adquirir através dos armazenistas, são encomendados, periodicamente, diretamente ao laboratório. Este tipo de compra é feita centralmente e garante a provisão de uma quantidade superior de produtos de um determinado laboratório, seja estes medicamentos genéricos, medicamentos de venda livre, suplementos alimentares, produtos cosméticos ou outro tipo de produtos.

No contexto de atendimento, sempre que é requisitado um determinado produto por um determinado utente, realiza-se uma encomenda instantânea, de forma a satisfazer a necessidade do mesmo, o mais rapidamente possível. A encomenda em questão pode ser efetuada à Alliance Healthcare, Cooprofar e, em algumas situações, à Empifarma. Na escolha de armazenista têm peso fatores como o horário de entrega e, principalmente, o PVF. Alguns medicamentos específicos, listados pelo INFARMED, podem ser adquiridos ao distribuidor através de Via Verde, caso a farmácia não tenha stock do medicamento em questão.⁵

Durante o período de estágio tive oportunidade de assistir e realizar uma encomenda diária, numa ocasião, com auxílio da minha orientadora de estágio. A realização de encomendas instantâneas fez parte do meu dia-a-dia na farmácia, desde o meu primeiro dia de atendimento ao público. Tive oportunidade de proceder a pedidos por via verde, embora em raras ocasiões.



Sempre que a situação se adequava, procedia a pedido telefónico de produtos aos distribuidores.

2.3. Receção das encomendas

As encomendas chegam à farmácia devidamente acondicionadas em banheiras ou caixas — no caso das encomendas recebidas diretamente do fornecedor — seladas, sendo acompanhadas da respetiva fatura e/ou guia de remessa. A sua receção é realizada no local alocado especificamente para este fim, no piso 1.

Na fatura, estão sempre identificados o distribuidor ou fornecedor responsável assim como a própria farmácia. Nesta, estão especificados os produtos faturados, identificados pelo nome e Código Nacional do Produto (CNP), o PVF, possíveis descontos sobre cada um deles, o Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) e, finalmente o valor total da fatura. As faturas referentes às encomendas diárias contêm, também, a listagem de produtos não enviados.

Aquando este processo, existem vários fatores que têm de ser verificados nomeadamente, o prazo de validade de cada produto, sendo este retificado sempre que necessário; o preço de compra de cada um dos produtos e, conseqüentemente, o preço final da encomenda e o número de produtos a rececionar, visto que a introdução accidental de um produto como bónus não altera o preço final da encomenda mas resulta num erro de stock.

Nas encomendas pedidas diretamente ao fornecedor, é necessário a verificação de todos os produtos e respetivas quantidades de acordo com a nota de encomenda, não sendo comum, a falta de alguns produtos, sendo estes enviados posteriormente.

Nos produtos de venda livre, o Preço de Venda ao Público (PVP) é definido pela própria farmácia, atendendo à margem de lucro, os preços praticados anteriormente.

Esta foi uma das tarefas que realizei durante todo o período de estágio sendo que, em 5 dos 6 meses de estágio, de forma autónoma, requisitando apoio apenas em situações extraordinárias. Nas encomendas manuais a minha receção era, posteriormente, validada por um elemento da equipa, de forma a conferir os PVPs que tinha alocado a cada produto. A minha envolvimento na receção de encomendas permitiu-me ter um melhor conhecimento dos produtos existentes na farmácia, sendo que aproveitava esta tarefa para consultar algumas informações sobre determinados medicamentos, usando o SI.

2.4. Armazenamento

Após receção, todos os produtos farmacêuticos são devidamente armazenados, exceto os medicamentos termolábeis que devem ser conservados a uma temperatura compreendida entre 2°C a 8°C e, como tal, são acondicionados no frigorífico antes desse procedimento.



Os produtos são armazenados e expostos nos lineares da farmácia segundo a regra First Expired First Out (FEFO), de forma a que os produtos com um prazo de validade mais reduzido sejam os primeiros a ser dispensados.

Todos os locais de armazenamento de medicamentos da farmácia, têm um sistema de medição de temperatura e humidade alocado e através deste se faz o controlo destas variantes, uma vez que é necessário garantir que a temperatura é inferior a 25°C e a humidade inferior a 60%.⁶ As medições são registadas duas vezes por dia.

Os produtos que aguardam devolução ao fornecedor devem estar segregados dos outros produtos e devidamente identificados.⁷

Quer o armazenamento dos produtos nos locais adequados, quer a organização do armazém, o principal local de armazenamento da FSC, quer o controlo e registo de temperaturas e humidade foram tarefas que realizei durante todo o período de estágio.

2.5. Gestão de reservas

Sempre que um utente requisita um produto farmacêutico e este não se encontra em stock na farmácia procede-se, como referido anteriormente, à encomenda instantânea. De forma a rastrear o produto e garantir que, quando a encomenda é rececionada, o produto é dispensado ao utente que o requisitou, é feita uma reserva, existindo a opção de pagamento nessa altura ou aquando do levantamento.

Este foi um processo que fez parte do meu dia-a-dia na farmácia, tendo sido, também, responsável pela mudança do estado da reserva para “recebido” assim que o produto fosse rececionado, de forma a possibilitar a dispensa do mesmo e pela notificação do utente, via chamada telefónica, que o produto que tinham reservado já se encontrava na farmácia.

2.6. Controlo de validade

Segundo o Decreto-Lei nº. 302/2007 de 31 de Agosto, uma farmácia não pode fornecer produtos que excedam o prazo de validade.⁶ É, dessa forma, necessário retirar do stock da farmácia todos os medicamentos cujo prazo de validade expira no espaço de dois meses.⁸

Todos os meses é retirada uma listagem com todos os produtos cujo prazo de validade inserido no sistema indica que irá expirar no espaço igual ou inferior a 3 meses.

Durante o período de estágio tive oportunidade de contribuir para o controlo de validade, pondo de parte todos os produtos farmacêuticos integrantes da lista que já não poderiam ser comercializados, procedendo à devolução de alguns destes e atualizando os prazos de validade dos outros produtos constantes da lista.

2.7. Devoluções e reclamações



É recorrente que, no processo de receção de encomendas, sejam detetados erros na mesma. Seja o lapso da parte da farmácia, como a encomenda de um produto por engano, ou do armazenista, como a faturação de um produto que não consta na encomenda.

Os medicamentos podem ser devolvidos aos fornecedores por diversas razões, sendo que a causa deve constar na guia de devolução. São exemplos de cenários que justificam a devolução do produto: embalagem danificada, prazo de validade curto, produto não encomendado ou encomendado por engano. Os produtos a devolver são colocados num contentor referente ao distribuidor em questão e são recolhidos pelo mesmo, juntamente com o original e o duplicado da guia de devolução, devidamente assinados, carimbados e datados pelo farmacêutico responsável. O triplicado da guia é assinado ou de outra forma identificado pelo estafeta responsável do fornecedor em questão e fica arquivado na farmácia. A origem do produto deve ser identificada, podendo-se anexar a cópia da fatura ou indica o número desta na própria guia de devolução.

Se a devolução for aceite, o armazenista envia uma nota de crédito e procede-se à regularização da devolução no SI. No caso de a devolução ser recusada, o produto é reenviado à farmácia e, aquando da regularização da devolução, tem que se indicar que esta não foi aceite no SI e dá-se quebra do produto.

Quando a inconformidade diz respeito à falta de um produto ou um erro na faturação, realiza-se uma reclamação, por chamada telefónica, ao distribuidor. Esta tem que ser devidamente registada num documento específico, devidamente assinado pelo responsável, especificando, em outros aspetos, o número da fatura em que se detetou a inconformidade, a natureza da mesma, e, quando aplicável, o produto em questão. Após aprovada, a farmácia recebe uma nota de crédito de forma a regularizar a mesma.

Estando tão envolvida na receção das encomendas, tive, naturalmente, oportunidade de realizar inúmeras devoluções e algumas reclamações. Os motivos de devolução foram diversificados. Embalagens danificadas, erros na encomenda, o envio de produtos não encomendados foram os mais comuns. Mensalidade procede-se à devolução de produtos com prazo de validade a 2 meses de expirar. Outro cenário recorrente foi a encomenda acidental de produtos cujo CNP tinha sofrido alteração e esta não era assumida pelo Sifarma 2000®. Numa ocasião, foi necessário proceder à devolução de um medicamento termolábil, uma vez que as especificações de conservação tinham sido cumpridas pelo distribuidor.

Procedi, em várias ocasiões, reclamações ao distribuidor, sendo a natureza da inconformidade, geralmente, a falta de um produto faturado.



3. Dispensa de medicamentos e aconselhamento farmacêutico

O uso irracional do medicamento — seja pela não adesão à terapêutica, a administração incorreta ou perfil posológico desajustado — é uma das principais razões de insucesso terapêutico e até de hospitalizações desnecessárias.

Sendo o farmacêutico o profissional da saúde especialista do medicamento e o responsável pela dispensa do mesmo, faz parte da sua função garantir a utilização racional dos medicamentos e informar o utente da importância do seu uso adequando.⁹ Para que esta meta seja alcançada, é importante transmitir de forma clara e concisa — oralmente e, por vezes, recorrendo ao apoio da escrita — informações relativas, essencialmente, ao regime posológico, possíveis reações adversas e à importância da adesão à terapêutica.¹⁰ As contraindicações e interações medicamentosas são também aspetos importantes que podem ser referidos aquando da dispensa do medicamento.

A monitorização da terapêutica é, também, um aspeto fundamental que se insere no ato da dispensa.

Esta foi a componente do estágio profissionalizante que me permitiu adquirir e consolidar mais conhecimento. Após uma fase inicial, bastante curta, na qual assistia a atendimentos ou realizava os mesmo com elevada assistência, passei a realizar atendimentos farmacêuticos de forma autónoma, pedindo ajuda sempre que necessário, principalmente no que diz respeito ao aconselhamento de MNSRM.

3.1. Medicamentos sujeitos a receita médica

Segundo o Decreto-Lei nº 176/2006, são classificados como medicamentos sujeitos a receita médica os medicamentos que “possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica”; “possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam”; “contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar” e/ou “destinem-se a ser administrados por via parentérica”.⁹

Estes medicamentos podem ainda ser classificados como medicamentos de receita média renovável, medicamentos de receita média especial e medicamentos de receita médica restrita, sendo que apenas os primeiros podem ser adquiridos sem uma nova receita médica, uma vez que são destinados a doenças ou tratamentos crónicos ou prolongados.⁹

Embora a FSC seja uma farmácia alocada essencialmente a turistas, durante o meu estágio a dispensa de MSRSM correspondia a uma boa parte dos atendimentos farmacêuticos dos quais participei.



3.1.1. Receitas médicas

A receita médica, independentemente da sua forma, inclui obrigatoriamente a Denominação Comum internacional (DCI) da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação e a posologia.⁹ Pode incluir também a denominação comercial e inclusive o médico pode indicar que esta é a única que pode ser dispensada, desde que estejam especificadas as respetivas justificações técnicas.⁹

Após o momento da prescrição médica, o utente dispõe de 30 dias para levantar a medicação, exceto nas receitas renováveis, ou seja, destinadas a medicamentos de uso crónico, cuja validade é de 6 meses.¹⁰

As receitas eletrónicas correspondem à grande maioria de receitas que chegam à farmácia. Estas representam uma modalidade de prescrição bastante mais segura, uma vez que visam minimizar os eventuais erros decorrentes da dispensa de uma receita manual, para além de ser mais intuitiva, poupando, deste modo, tempo de atendimento.

Dentro deste grupo, existem as prescrições materializadas, ou seja, em papel e as prescrições desmaterializadas, enviadas pelo Ministério da Saúde aos utentes por SMS ou por e-mail.¹⁰

As receitas eletrónicas desmaterializadas, para além de ser uma opção muito mais ecológica, torna possível a prescrição de receitas renováveis, sem que haja o deslocamento físico do utente até a uma unidade de saúde.

No início do mês de agosto, entrou em vigor, a Portaria nº 224/2015, de 27 de julho, segundo a qual as farmácias apenas podem, salvo algumas exceções, dispensar no máximo 2 embalagens do mesmo medicamento ou 4 embalagens, no caso das embalagens em dose unitária, por mês, por receita.¹¹

As receitas manuais apenas podem ser prescritas em situações excecionais, de acordo com a legislação.¹⁰ O motivo da exceção deve ser devidamente assinalado pelo prescriptor, quer seja falência informática, inadaptação do prescriptor, prescrição no domicílio ou caso o médico prescreva até 40 receitas/mês.¹⁰ Para além das especificações, referidas anteriormente, aplicáveis a todas as receitas nesta modalidade de prescrição é necessário que a quantidade de embalagens prescritas conste quer em cardinal, como por extenso.¹⁰ Apenas podem ser prescritos 4 medicamentos diferentes, sendo 2 embalagens por medicamento o máximo permitido.¹⁰

Aquando a receção de uma receita deste tipo, é necessário proceder à sua validação, quer a nível científico, como em qualquer outra receita, quer ao nível da forma, de modo a garantir a comparticipação adequada da mesma.¹⁰ Deste modo, é necessário garantir a ausência de rasuras, caligrafias diferentes e que a mesma foi prescrita na sua íntegra com a mesma caneta; a presença da data de prescrição, da assinatura do prescriptor e o nome e número do Sistema Nacional de Saúde (SNS) do utente.¹⁰ Após dispensa e inserção do plano



de comparticipação adequado no SI, é necessária a impressão dos dados informativos e a assinatura do utente no local adequado.

O tipo de receitas com que contactei mais vezes foi as receitas eletrónicas, destacando-se as desmaterializadas. No contexto da dispensa de medicamentos, apercebi-me que a opinião da população acerca deste modelo de prescrição não é consensual. Alguns dos utentes referem que este é muito mais simples, visto que não é necessário lembrarem-se de nenhum papel e que podem ter acesso à receita sem se deslocarem ao centro de saúde e muitos valorizam, também, a sustentabilidade deste método, principalmente os utentes mais jovens. Por outro lado, os utentes de idade mais avançada e/ou polimedicados mostram algum desagrado relativamente a estas receitas, sendo o motivo principal, não ser possível saber quais os medicamentos e a quantidade dos mesmos disponíveis na receita.

Aquando da dispensa, tive o cuidado de estar atenta a alguma incongruência na receita médica. A troca da dosagem foi o erro mais comum, embora não tenha sido, de todo, frequente. Numa situação específica, observei que o médico tinha prescrito Lergonix® 10mg, ou seja, a dose pediátrica, a um adulto que, inclusive já tinha tomado Lergonix® 20mg numa ocasião anterior.

3.1.2. Regimes de comparticipação

O regime de comparticipação principal é o que abrange um maior número de pessoas é o regime geral de comparticipação de medicamentos, sendo que todos os utentes do SNS beneficiam de comparticipação, sempre que exista uma receita médica válida e que o medicamento em questão seja comparticipado pelo estado.¹²

Segundo o Decreto-Lei nº 48-A/2010, este regime encontra-se dividido em 4 escalões, sendo que o escalão A corresponde a uma comparticipação de 95% do PVP do medicamento, o B a 69%; o C a 37% e o D a 15%.¹² O INFARMED atualiza e publica, periodicamente, a lista dos medicamentos comparticipados pelo SNS.¹²

Os regimes especiais de comparticipação abrangentes pensionistas cujo rendimento é baixo. Assim, segundo o Decreto-Lei nº 48-A/2010, “A comparticipação do Estado no preço dos medicamentos integrados no escalão A é acrescida de 5 % e nos escalões B, C e D é acrescida de 15 % para os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil transato ou 14 vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor, quando este ultrapassar aquele montante, sem prejuízo do disposto no número seguinte”, sendo a comparticipação de 100% para pensionistas cujo rendimento é inferior ao valor referido anteriormente.¹²

Os regimes excecionais de comparticipação são destinados a determinados grupos de utentes e patologias, sendo a comparticipação em função das mesmas.¹²



Existem outras entidades que podem contribuir na comparticipação de medicamentos, em adição ao SNS.

Na FSC, o SNS era, sem sombra de dúvida, a principal entidade responsável pela comparticipação. A comparticipação adicional pelo Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato Nacional (SAMS) era a segunda mais frequente.

3.1.3. Medicamentos genéricos e preços de referência

Os medicamentos genéricos são medicamentos essencialmente similares a um medicamento de referência, ou seja, medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa de substância ativas, mesma forma farmacêutica e bioequivalência demonstrada relativamente ao medicamento cuja substância foi autorizada e comercializadas pela primeira vez, ou seja, o medicamento de referência.⁹ Os medicamentos genéricos e o medicamento de referência constituem um grupo homólogo.

Segundo o Decreto-Lei nº 97/2015, preço de referência é “o valor sobre o qual incide a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos incluídos em cada um dos grupos homogêneos, de acordo com o escalão ou o regime de comparticipação que lhes é aplicável.”¹³ O preço de referência para cada grupo homogêneo é correspondente a média dos cinco PVPs mais baixos dos medicamentos integrantes desse grupo.¹³

A farmácia deve ter sempre disponível para venda no mínimo três medicamentos integrantes do mesmo grupo homólogo, de entre esses, os que correspondem aos cinco PVPs mais baixos de cada grupo homólogo.⁹

Embora seja notório que a população seja melhor informada sobre a questão, atualmente, ainda existem alguma reticência da escolha de um medicamento genérico em detrimento do medicamento de referência, principalmente da população de meia-idade e idosa cuja situação socioeconómica não é uma condicionante de elevado peso. De um modo geral, os utentes mostram-se recetivos aos medicamentos genéricos, tendo alguns deles mesmo uma preferência de laboratório.

3.1.4. Validação mensal do receituário

No final de todos os meses, é realizada a validação das receitas manuais de forma a garantir que estas apresentam todos os requisitos necessários para que o SNS proceda ao pagamento do valor da comparticipação à farmácia. É necessário, deste modo, verificar que todas as especificações da receita manual, referidas anteriormente, estão em conformidade com a legislação e que o regime de comparticipação é o correto.¹⁰ As receitas devem estar devidamente assinadas, carimbadas e datadas pelo profissional responsável pela dispensa.¹⁰

Contrariamente ao que ocorre com receitas eletrónicas das quais os medicamentos são comparticipados pelo SNS, os dados das receitas cuja comparticipação dos medicamentos é



assegurada por outras entidades e as receitas manuais do SNS não enviados automaticamente pelo SI para Administração Central do Sistema de Saúde. Assim, para que a farmácia receba o reembolso da comparticipação dos MSRM nestas modalidades, o procedimento é diferente e muito mais extenso.

O receituário deve ser devidamente organizado por organismo de atribuição de comparticipação e lotes contendo no máximo 30 receitas. Posteriormente, e após toda a validação necessária, procede-se ao fecho dos mesmos, à impressão do verbete de identificação do lote que é carimbado e anexado ao lote correspondente e, finalmente ao envio do mesmo, por correio, às entidades respetivas: Centro de Conferência de Faturas (CCF) se organismo for o SNS e a Associação Nacional de Farmácias (ANF) para o restantes organismo.

Durante o meu estágio, procedi à validação do receituário e organização do mesmo por lotes e organismos de atribuição de comparticipação, em algumas ocasiões. Posteriormente, a diretor técnico da farmácia realizava uma verificação adicional.

3.1.5. Psicotrópicos e estupefacientes

Os psicotrópicos e estupefacientes são constituintes da terapêutica no tratamento de diversas doenças oncológicas e psiquiátricas, porém, visto que atuam diretamente sobre o sistema nervoso central, estão associados a diversos riscos e, por isso, são medicamentos cujo controlo jurídico é superior aos demais.¹⁴

Aquando da dispensa deste tipo de medicamentos, é necessário registar um conjunto de dados adicionais no SI, nomeadamente os dados pessoais do utente e do adquirente do medicamento. Procede-se, posteriormente, à impressão de um comprovativo de dispensa do psicotrópico que permanece na farmácia arquivado no local adequado, durante os 3 anos que se seguem à dispensa.¹⁵

Mensalmente, devem ser enviados para o INFARMED as cópias das receitas manuais, bem como as listagens do registo de saída de psicotrópicos e estupefacientes.¹⁶ Anualmente é enviado o mapa de balanço dos mesmos.¹⁵

Na FSC os psicotrópicos e estupefacientes estão armazenados num local distintos dos outros medicamento e é registado manualmente num documento específico as entradas e saídas de cada um destes. Durante o meu estágio procedi à dispensa deste tipo de medicamentos por três ocasiões, tendo o cuidado realizar todos os procedimentos necessários para esta. Tive, também, oportunidade de assistir ao envio das listagens referidas acima.

3.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica

Os MNSRM são todos os medicamentos que não preenchem qualquer dos critérios dos MSRM, especificados anteriormente. Como tal, podem ser adquiridos sem receita médica ou indicação clínica, não sendo sujeito a comparticipações, salvo raras situações previstas na



legislação.⁹ Alguns dos MNSRM são de dispensa exclusiva em farmácia, apenas podendo ser adquiridos neste local.⁹

Devido à acessibilidade deste tipo de medicamentos, a automedicação é uma realidade comum. É da responsabilidade do farmacêutico orientar a utilização, ou não, de determinado MNSRM solicitado pelo utente, avaliando a necessidade do mesmo e/ou aconselhar outro MNSRM mais indicado para aquele utente e aquela situação em específico.¹⁶

Segundo as BPF, “na indicação farmacêutica de MNSRM, o farmacêutico deverá ter em conta a seleção do princípio ativo, dose, frequência de administração, duração do tratamento e forma farmacêutica. A seleção é condicionada pela situação fisiológica do utente, alergias medicamentosas, os problemas de saúde e o regime terapêutico do utente.¹⁶

No contexto de atendimento, em diversas ocasiões, procedi ao aconselhamento farmacêutico de MNSRM de forma a resolver problemas de saúde menores, tendo em conta as necessidades do utente e as condicionantes referidas acima. As situações mais comuns que levaram à indicação de um MNSRM foram a obstipação, a diarreia, as micoses, as picadas de inseto, as queimaduras solares, as candidíases vaginais e os sintomas ligeiros de rinite alérgica, ansiedade e perturbações do sono.

Em alguns casos, após avaliação da gravidade, aconselhei ao utente a avaliação médica visto que a indicação de um MNSRM não seria suficiente para resolver a situação. Foi o caso de uma utente que tinha sido picada por um inseto no braço e tinha feito uma reação alérgica de tal forma que toda a extensão do mesmo se encontrava vermelha e inchada.

Foi-me possível identificar alguns casos de automedicação e uso impróprio de MNSRM. A situação mais marcante foi a de um utente que referiu utilizar Fucidine®, com frequência, em toda a extensão do rosto como se de um creme hidratante se tratasse.

3.3. Medicamentos manipulados

Segundo Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de Abril, compreende-se por medicamento manipulado “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”, sendo a fórmula magistral preparada segundo receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina e o preparado oficial preparada segundo as indicações da farmacopeia ou de um formulário.¹⁷

O laboratório de manipulados da FSC é responsável pela preparação de vários medicamentos manipulado, sendo estes requisitados por médicos ou por utentes de determinados médicos, sendo sempre necessário uma receita médica válida para proceder à manipulação. Este trabalho é de forma bastante distinta da grande parte de laboratórios de manipulados de farmácia comunitária, uma vez que é o único laboratório que manipula determinados suplementos alimentares que são prescritos por um grupo específico de médicos.



A componente de laboratório do meu estágio foi realizada na Farmácia Barreiros, tendo oportunidade de assistir à preparação de diversos medicamentos manipulados, tais como Suspensão de Trimetoprim a 1%, Solução de Minoxidil a 5%, e auxiliei a preparação, entre outras, de Cápsulas de Minoxidil e Cápsulas de Cloreto de Magnésio.

3.4. Medicamentos homeopáticos

Segundo o Decreto-Lei nº94/95, de 9 maio, “são considerados produtos homeopáticos aqueles que, contendo uma ou mais substâncias, sejam obtidos a partir de produtos ou composições denominados «matérias-primas homeopáticas», de acordo com o processo de fabrico homeopático descrito na Farmacopeia Europeia ou, quando dela não conste, nas farmacopeias de qualquer Estado membro da União Europeia.”⁹

Os medicamentos homeopáticos são produtos homeopáticos que possui propriedades que auxiliam no tratamento e prevenção de doenças.⁹

A FSC tem no seu stock vários medicamentos homeopáticos da marca comercial Boiron. Na Farmácia Barreiros tive oportunidade de proceder à preparação de alguns produtos homeopáticos, nomeadamente tubos de grânulos, doses unitárias sólidas e líquidas.

3.5. Medicamentos de uso veterinário

Os medicamentos de uso veterinário não só visam a preservação da saúde e bem-estar animal, como têm um importante papel na proteção de saúde pública, uma vez que contribuem para a prevenção da transmissão de doenças dos animais ao homem.¹⁸

Na FSC os principais medicamentos de uso veterinário procurados são os desparasitantes internos e externos, e o ocasional medicamento sujeito a receita médico-veterinária. Foi chamado a atenção da equipa por uma utente, relativamente a um desparasitante destinado a cães, o Bravecto®, ao qual estão associados vários relatos de reações adversas graves, incluindo morte, principalmente em cães de grande porte.

3.6. Suplementos alimentares

Os suplementos alimentares “destinam-se a complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico, estrema ou combinada, comercializadas sob a forma *pré-embalada e doseada*.”¹⁹ Estes produtos são regulados pela Direção Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV)²⁰

Os suplementos alimentares mais procurados na FSC durante o meu estágio foram os suplementos destinados ao cansaço físico, com uma elevada concentração de magnésio; os suplementos destinados ao reforço do sistema imunitário, com vitamina C, equinácea e zinco e os multivitamínicos adaptados à necessidade do utente.



3.7. Dermocosmética e produtos de higiene

Um produto cosmético é “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais”²¹

A indicação farmacêutica de produtos dermocosméticos e de higiene —corporal, oral ou íntima — é uma componente importante do atendimento. Na FSC, o aconselhamento deste tipo de produtos constitui uma parte relevante dos atendimentos diários. A farmácia dispõe de uma elevada variedade de marcas tais como a Uriage®, Avène®, Caudalie®, Filorga®, Lierac®, Bioderma®, Vichy®, Phyto®, Elgydium®, entre outras.

Esta foi uma componente do atendimento com a qual tive bastante contacto durante o meu estágio profissionalizante, fazendo o aconselhamento farmacêutico de dermocosmética parte do meu dia-a-dia na farmácia. O tipo de produtos que aconselhei com mais frequência foram protetores solares, tendo em conta o tipo de pele e outras necessidades do utente; produtos dermocosméticos indicados para pele atópica, pele sensível e acne, assim como produto anti envelhecimento. Os produtos de higiene oral eram igualmente requisitados.

3.8. Produtos de puericultura

Os produtos de puericultura destinam-se a satisfazer a necessidades da mulher grávida e do bebé, quer sejam estas de higiene, nutrição e conforto.

A FSC dispõe de produtos cosméticos e de higiene destinados à grávida, produtos alimentares adaptados às necessidades nutricionais de cada idade, produtos destinados à higiene e cuidado da pele do bebé, assim como diferentes acessórios, como chupetas e biberões.

3.9. Dispositivos Médicos (DM)

Os dispositivos médicos são destinados a diagnosticar, prevenir ou tratar uma doença, como os medicamentos, mas através de mecanismos que não se traduzam por ações farmacológicas, metabólicas ou imunológicas.²²

Os dispositivos médicos mais requisitados na FSC são os materiais de tratamento de feridas, destacando-se os pensos rápidos e de tratamento de bolhas, seguidos dos DM utilizados pelos doentes diabéticos, nomeadamente lancetas, tiras e sensores e,



posteriormente, os testes de gravidez. A COVID-19 fez com que a procura de termómetros aumentasse bastante, sendo estes também dos principais dispositivos médicos requisitados.

4. Serviços farmacêuticos

As farmácias não são apenas locais de dispensa de produtos farmacêuticos e de aconselhamento farmacêutico, disponibilizando ao utente, diversos serviços.

4.1. Parâmetros bioquímicos

A FSC disponibiliza a medição de uma variedade de parâmetros bioquímicos como a tensão arterial, a glicemia, o colesterol total e triglicérideos.

Após pandemia e segundo as recomendações da DGS estes serviços foram temporariamente suspensos. Tendo em conta que o meu estágio teve início em fevereiro, apenas tive oportunidade de proceder a uma medição de tensão arterial e assistir a uma medição de colesterol total.

4.2. Administração de vacinas e medicamentos injetáveis

De acordo com a legislação, as farmácias podem proceder à administração de medicamentos injetáveis e de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, sendo esta uma prática bastante comum no que diz respeito à vacina da gripe.²³

Devido à situação excecional vivida em ano, no meu último mês de estágio estava a ser estudada a possibilidade deste serviço farmacêutico ser prestado a utentes fidelizados da farmácia e por marcação, solução de acabou por ser levanta a avante.

4.3. VALORMED

A VALORMED é uma entidade sem fins lucrativos que se encarrega da recolha e gestão dos resíduos de embalagens e medicamentos fora de prazo ou cujo utentes já não utilizam, de forma a que estes sejam eliminados de forma segura.²⁴

A FSC tem sempre um VALORMED disponível, pelo que quando este atinge a sua capacidade máxima, é devidamente selado e dá-se saída do mesmo no SI. Logo de seguida este tem que se substituído por um contentor vazio. A recolha dos contentores VALORMED devidamente cheios é da responsabilidade do distribuidor Alliance Healthcare.

5. Formações

As formações são essenciais na vida profissional de um farmacêutico para que este se mantenha informado em relação aos produtos mais recentes das marcas com que contacta diariamente, assim como em relação a outras áreas cujo contacto e acesso à informação é mais restrito. Estes momentos de passagem de informação auxiliam o farmacêutico no aconselhamento farmacêutico de forma a que este seja mais adaptado à realidade corrente.



Enquanto estagiária achei as formações a que tive oportunidade de assistir uma mais valia, visto que me permitiram expandir o meu conhecimento a nível de produtos dermocosméticos, medicamento de uso veterinário e suplementos alimentares. Estas estão representadas na Tabela III e anexo os comprovativos de presença de algumas delas (Anexo I).

Tabela III: Formações a que tive oportunidade de assistir

Data	Local	Promotor	Tema/nome da formação	Duração
12/fev	Edifício Via Triíndade	Allés Group	Novidades das marcas Phyto, Jowaé e Lierac	2 horas
13/fev	Holiday Inn Gaia	Pharma Nord	"Inflamação: o amigo silencioso"	2 horas
18/fev	Holiday Inn Gaia	Uriage	Sessão expicativa de toda a gama dermatológica da marca	Toda a manhã
18/fev	Hotel Crowne Plaza	SVR	Sessão expicativa de toda a marca	Toda a tarde
20/fev	Farmácia Barreiros	Farmácia Barreiros	Medicamentos de uso veterinário: desparasitantes	1 hora
23/jul	Online - Microsoft Teams	Biersdorf	"Master session" das marcas Eucerin e Hansaplast	Toda a manhã
06/ago	Farmácia Santa Catarina	Reckitt	Novidades da marca Durex - higiene íntima feminina	10 minutos
28/set	Farmácia Santa Catarina	ISDIN	Formação relativa à gama Glicoisdin	30 minutos



Parte II – Projetos desenvolvidos no âmbito do estágio curricular

1. Cuidados a ter com a pele em contexto de pandemia

1.1. Contextualização

A COVID-19, doença que foi declarada como pandemia mundial a 11 de março de 2020, veio mudar, inequivocamente, a rotina diária de todos. As medidas de proteção recomendadas pela DGS são vistas agora como atos diários imprescindíveis e/ou obrigatórios e assim, o uso de máscaras e a higienização frequente das mãos e superfícies já é algo enraizado no nosso dia-a-dia.²⁵

Através do contacto com os utentes no contexto de atendimento foi-me chamada a atenção a preocupação da população em relação à forma como a sua pele estava a reagir a estas novas medidas. Os relatos foram variados, mas foi possível observar a existência de um padrão: pessoas que notaram a mudança de uma pele normal a mista para uma pele oleosa com tendência a acneica, pessoas com pele sensível e reativa que sentiram um maior desconforto decorrente do uso de máscara e pessoas que começaram a desenvolver dermatites de contato após exposição repetida ao álcool presente nas soluções e géis desinfetantes.

Desta forma, cada pessoa, atendendo ao tipo de pele, deve ter cuidados acrescidos e diferenciados com a sua pele.

1.2. Pele oleosa com tendência a acneica

Foi estabelecida uma relação entre o uso prolongado de máscara de proteção e o aumento da produção de sebo, assim como consequente desenvolvimento/exacerbação de acne.^{26,27}

Aquando o uso da máscara de proteção, o ar que exalamos vai inevitavelmente contribuir para o aumento da temperatura e humidade à superfície da pele do rosto.²⁶ Sendo a excreção de sebo diretamente influenciada pela temperatura — o aumento de 1°C é responsável por um aumento da excreção de sebo em 10% — e que a humidade acrescida contribui para a oclusão dos poros e irritação dos ductos pilosebáceos, é possível entender com facilidade a relação estabelecida.²⁶

Em adição ao referido anteriormente, em algumas situações, o excesso de humidade, consequente do ar exalado, e a transpiração podem resultar no aumento de volume dos queratinócitos que constituem os folículos pilosebáceos e consequente obstrução dos mesmos.²⁶ É também relevante referir que as alterações, quer na composição do sebo, quer na hidratação da pele podem contribuir para a alteração da flora cutânea, sendo este um fator acrescido ao potencial desenvolvimento de acne.²⁶

O uso de produtos *oil free*, não comedogénicos e com textura mais ligeira são sempre os mais indicados para peles mista/oleosas quer sejam cremes hidratantes diários, produtos de



maquilhagem ou de limpeza, de forma a que não haja obstrução adicional dos poros.²⁸ Contudo, uma vez que o uso prolongado de máscara de proteção é frequentemente indispensável, devemos introduzir cuidados adicionais de forma a minimizar a acumulação de sebo e exacerbação da acne.

É recomendado que a limpeza da pele do rosto seja integrante de pelo menos as rotinas matinal e noturna de cuidado da pele, podendo ser reforçada ao longo do dia, principalmente após uma atividade que resulte num aumento sudorese ou imediatamente após um uso prolongado da máscara de proteção.^{27,28} Usar maquilhagem de rosto, como base e corretor, aquando o uso prolongado de equipamentos de proteção individual (EPIs) contribui também para a obstrução dos poros devendo ser, por isso, evitado.²⁷

A escolha da máscara pode ser determinante. Uma máscara certificada composta 100% por algodão é a melhor aposta em todas as situações em que o uso de uma máscara NK95 seja dispensável, uma vez que é um tecido mais respirável e suave que não irrita a pele e impede uma acumulação de sebo tão acentuada.^{27,28}

1.3. Pele sensível ou reativa

A pressão que a máscara de proteção exerce sobre a pele pode levar à maceração da mesma e até a provocar lesões dermo-abrasivas.^{29,30} Esta questão é principalmente pertinente em pessoas cuja pele é sensível e usam frequentemente e/ou prolongadamente máscaras NK95, visto que estas, embora confirmam uma maior proteção, são mais oclusivas e exercem uma maior pressão na pele comparativamente a uma máscara cirúrgica.³⁰

Para uma pele sensível o simples facto de estar em contacto direto com o tecido da máscara cirúrgica pode ser suficiente para despoletar uma reação, seja essa apenas desconforto, algum prurido e vermelhidão ligeiros ou algo mais grave como eczema irritativo ou dermatite de contacto nas áreas onde este é maior, como a cana do nariz, as bochechas e a região abaixo do queixo.³⁰ O uso de cremes de barreira e/ou pensos de silicone imediatamente antes do uso de máscara de proteção, com o intuito de minimizar estas alterações de pele é desaconselhado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma vez que pode comprometer a proteção que o EPI confere. É, porém, legítimo colocar um pouco de gaze nas zonas de maior fricção desde que seja garantida a mesma proteção.³⁰

Nestes casos, a melhor opção é, novamente, a máscara reutilizável de algodão visto que é um material mais suave, mais respirável e menos propício a causar irritação.^{28,29} A lavagem da máscara com um detergente sem fragrância e hipoalergénico é, também, o mais recomendável.^{27,28}

Nos cuidados diários devem estar presentes produtos apropriados para peles sensíveis e/ou reativas, principalmente produtos com quais a pessoa já tenha tido uma boa experiência, e devem ser evitados produtos com potencial ação irritante, como produtos contendo ácido



salicílico, retinol, alfa-hidroxiácidos, exfoliantes ou peelings, pelo menos aquando o período de uso prolongado de máscara de proteção.^{28,30} É também relevante salientar que se houver alguma doença dermatológica associada, o tratamento da mesma pode e deve ser continuado.³⁰ Se o uso de máscara contribuir para o surgimento de uma afeção de pele esta deve ser analisada por um dermatologista para que possa ser tratada da forma adequada.³⁰

1.4. Higiene das mãos e dermatites de contacto

O aumento da frequência de higienização das mãos, embora seja uma medida fundamental para a prevenção da infeção por SARS-COV-2, acaba por ser o fator precipitante do surgimento/exacerbação de algumas afeções de pele, nomeadamente a secura, o eczema e a dermatite de contacto.³¹

O uso “exagerado” de detergentes e desinfetantes de base alcoólica, sendo os mesmos capazes de emulsificar ou dissolver os lípidos constituintes do manto hidro-lipídico, contribui para a disfunção da barreira cutânea.^{29,31} Estando a função de barreira comprometida, os alergénios e agentes irritantes conseguem permear o estrato córneo e causar inflamação com mais facilidade, levando assim a eczema e dermatite de contacto.³¹ A água quente, os detergentes e o álcool são, por si só, agentes irritantes.³¹ Sendo que são usados com muito mais frequência e estando a função de barreira cutânea alterada, eles próprios podem causar dermatite de contacto, principalmente numa pele sensível.³¹

Uma vez que o uso de água quente aquando a lavagem das mãos não aumenta a eficiência da higienização, deve ser usada água tépida ou água fria de forma minimizar o dano.^{28,31} A lavagem com água e sabão deve ser priorizada em relação ao uso de desinfetantes à base de álcool visto que o álcool provoca uma maior secura e irritação da pele.^{32,33} Após lavagem, a secagem das mãos deve ser efetiva e realizada com o auxílio de uma toalha fofa, sem esfregar.²⁸

O uso de produtos de desinfeção antibacterianos deve ser evitado, visto que não são mais eficazes na prevenção da COVID-19 e que são bastante irritantes para a pele.³¹ A escolha do desinfetante também deve ser tomada em consideração. Peles sensíveis beneficiam da escolha de um desinfetante sem fragrância de forma a minimizar o risco de reação alérgica ou irritação da pele.^{31,32} Desinfetantes contendo agentes humectantes como glicerina, propilenoglicol e aloé vera são uma escolha mais acertada, uma vez que contribuem para a retenção de água, sendo por isso melhor tolerados pela pele.^{34,35}

De forma diminuir o dano à barreira cutânea desencadeado pelas novas medidas de higiene, devem ser aplicados com a maior frequência possível cremes emolientes, idealmente após cada lavagem/desinfeção e de preferência sem qualquer tipo de perfume ou fragrância de forma a que não seja um possível agente irritante para a pele.^{31,32,33}



Se o reforço dos cuidados não for suficiente para impedir o desenvolvimento ou exacerbação de eczema ou dermatite de contacto é recomendado a análise por um dermatologista seguido de tratamento adequado.³²

1.5. Cuidados gerais

Existem outras preocupações que surgiram após o uso massivos das máscaras faciais de proteção, nomeadamente a secura e irritação ocular e a secura dos lábios.^{36,37}

Consequente à existência de uma barreira física na zona do nariz e boca, há um aumento da passagem de ar expirado para a região ocular que, muito provavelmente, acelera a evaporação do filme lacrimal quando o uso da máscara de proteção é prolongado.³⁶ De forma a manter a hidratação ocular, é recomendada a aplicação de lágrimas artificiais/gotas lubrificantes.³⁶

A aplicação de um bálsamo labial emoliente com uma frequência acrescida é recomendada devido à secura dos lábios decorrente do uso de máscara de proteção.²⁸

1.6. Execução

No contexto de atendimento, tornou-se claro o interesse da parte da população em perceber a causa das alterações no tipo de pele ou o surgimento e/ou exacerbação de algumas afeções específicas, como acne, eczema e dermatite de contacto, assim como relativa à forma de prevenir as mesmas. A secura das mucosas foi também uma das preocupações mais relatadas.

De forma a responder a estas questões de forma simples, clara, concisa e facilmente disponível, decidi compilar todas as recomendações para uma pele o mais saudável possível em contexto de pandemia e aumento de agressões à pele, num só documento de apoio. Visto que a distribuição de panfletos não era possível, de acordo com as medidas de prevenção de COVID-19, o documento de apoio que seria mais facilmente acessível ao maior número de pessoas possível seria um poster.

Assim, elaborei um cartaz (**Anexo II**) no qual estão descritas recomendações gerais de manutenção de uma pele saudável fase à mudança de rotina e uso frequente de máscara de proteção e de agente desinfetantes, tais como a escolha preferencial de uma máscara reutilizável de algodão, em situações em que o uso da máscara NK95 não é indispensável, a lavagem diária da mesma, a limpeza diária adequada da pele e a hidratação das mucosas. Estão também presentes recomendações indicadas para cada tipo de pele e cada uma das afeções mais comuns resultantes das alterações à rotina referidas.

O cartaz encontra-se afixado num dos separadores de balcão em acrílico, numa zona de grande visibilidade, desde o início do mês de agosto.



1.7. Conclusão

O tipo de documento de apoio escolhido para a divulgação da informação referente a este tema não permite a quantificação do número de pessoas que teve acesso ao mesmo, como se de um panfleto se tratasse.

Embora seja impossível calcular o número de pessoas que leram o cartaz, os utentes, de um modo geral, demonstraram interesse pelo mesmo. Era comum observar o cliente que estava a ser atendido no balcão em que o separador se encontrava, a ler o poster durante os momentos de espera e alguns relatavam mesmo o seu interesse.

Assim, considero que a informação foi distribuída da forma pretendida, mesmo com as limitações físicas do projeto.

Mesmo após a realização deste projeto persistiram os relatos da exacerbação da excreção de sebo e hiperatividade da pele associados ao uso de máscara de proteção, assim como os de dermatite de contacto associado ao uso repetitivo de desinfetante; facto que contribui para demonstrar a relevância deste tema tendo em conta a situação que vivemos.

2. Perturbação do espectro do autismo (PEA)

2.1. Contextualização

A PEA é uma perturbação no desenvolvimento neurológico, caracterizada pela alteração na capacidade de comunicação e interação social e na presença de comportamentos repetitivos e interesses restritivos.³⁸ Embora estas sejam as características típicas, comuns a toda comunidade autista, a forma como que se manifestam varia muito interpessoalmente, assim como algumas das comorbilidades que podem estar associadas.³⁹

Os dados mais recentes apontam um aumento de prevalência nos últimos anos, sendo 1 em 89 crianças europeias diagnosticada com PEA⁴⁰. O aumento do número de pessoas diagnosticadas com PEA pode ser explicado pela evolução dos métodos de diagnóstico, assim como pelo aumento da acessibilidade da informação sobre a condição a pais e professores.⁴¹ É relevante salientar que os números estimados de prevalência em todo mundo podem ainda ser bastante desfasados da realidade, sendo que a obtenção de diagnóstico nem sempre é fácil e acessível a todos.³⁹ A existência de mitos e a má representação do autismo nos media e na sociedade em geral contribuem para dificuldade de diagnóstico em alguns grupos como pessoas do sexo feminino e adultos.³⁹

O último estudo referente à prevalência do autismo em Portugal foi publicado em 2005 com dados recolhidos em 2000, no qual foi estimado que uma em cada mil crianças na idade escolar seria autista.^{42,43} Irá ser publicado, brevemente, um estudo epidemiológico



com dados referentes a 2017, no qual a prevalência estimada será garantidamente mais elevada, à semelhança do que tem sido observado um pouco por todo o mundo, pelas mesmas razões ilustradas anteriormente.^{41,44}

Os métodos de diagnóstico atualmente utilizados em Portugal são muito mais abrangentes relativamente aos métodos utilizados antes de 2013, ano em que foi publicado o atual Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V.⁴⁵ Contudo, é expectável que os métodos se tornem ainda mais abrangentes no futuro, tendo em conta as propostas de revisão de diagnóstico publicadas pelas organizações representativas da comunidade autista de forma, a que o diagnóstico possa ser acessível a todas as pessoas no espectro.⁴⁶ Se as propostas forem devidamente analisadas e aceites, o aumento da prevalência irá certamente verificar-se.

Da mesma forma que ainda existe necessidade de melhoria dos métodos de diagnóstico, a necessidade de educação da população relativamente ao tema é clara. A informação que está mais acessível sobre as perturbações do espectro do autismo é, muitas vezes, errónea e desajustada à realidade da comunidade autista. É fácil encontrar, numa pesquisa rápida, informações desatualizadas de classificação e diagnóstico, informações estereotipadas, terapias prejudiciais e a caracterização do autismo como sendo uma doença, ideia errada e, muitas vezes, prejudicial.

Sendo o farmacêutico o profissional de saúde mais próximo da população, faz todo o sentido que tenha a formação adequada para educar a população relativamente às características mais comuns de PEA; alertar famílias para algumas das possíveis primeiras manifestações da condição em crianças, de forma a que o diagnóstico e o apoio sejam disponibilizados o mais precocemente possível; ajudar a garantir o uso racional de fármacos prescritos para as comorbilidades; saber aconselhar outros tipos de apoio assim como algumas adições à rotina diária que possam melhorar a qualidade de vida das pessoas autistas e saber redirecioná-las, ou seus familiares, fontes de informação fidedignos e direcionados ao bem estar da comunidade.⁴⁷

Os farmacêuticos devem sobretudo ter uma formação ainda que científica, que vá ao encontro dos melhores interesses da comunidade autista, usando como ferramenta a voz das pessoas autistas. Assim, a abordagem mais adequada será aquela que levará a um melhor entendimento do que é a realidade da comunidade — tendo em conta que essa realidade pode ser bastante diferente em pessoas diferentes — ou seja, a abordagem de ouvir o que a comunidade tem a dizer e não falar em nome desta, para depois contribuir para desmistificar algumas ideias enraizadas na população geral. Quanto melhor for o entendimento da população geral sobre a PEA, maior o número de pessoas autistas que conseguem o diagnóstico, melhor a sua integração social e qualidade de vida.



2.2. Introdução teórica

A perturbação do espectro do autismo é uma deficiência complexa e heterogênea de neurodesenvolvimento, caracterizada por alterações na comunicação, na interação social e resposta a estímulos, assim como presença de padrões de comportamento restritivo e repetitivo.^{38,43}

Estudos de neuroimagem permitem a observação de algumas diferenças estruturais, funcionais e de conectividade em cérebros quer de crianças como adultos autistas comparativamente ao cérebro de uma pessoa neurotípica.^{38,48} Algumas diferenças na arquitetura cerebral podem explicar as características principais de PEA, como por exemplo, alterações no lobo frontal, no córtex temporal superior, no córtex parietal e na amígdala podem mediar alguns das alterações na interação social.⁴⁸ Os défices sinápticos, mais ou menos marcados, afetam quer a conectividade neuronal local, como de entre as diferentes regiões, assim como atividade de determinadas regiões cerebrais.⁴⁸ As alterações são heterogêneas, explicando assim a variabilidade no fenótipo clínico de PEA.^{38,48}

Algumas diferenças neuro-estruturais e neuro-funcionais estão normalmente associadas a determinados genes.^{38,48} Embora haja uma componente genética na etiologia do autismo, tornada evidente pelo risco de diagnóstico acrescido em irmãos de pessoas autistas, esta não é suficientemente significativa para ser considerado o único fator de risco, sendo que o risco pode ser condicionado por fatores ambientais pré, peri e pós-natais.³⁸ Assim, a PEA é considerada uma condição multifatorial, condicionada quer por fatores genéticos como por fatores ambientais e pela sua interação.^{38,43,53} O nascimento prematuro, a diabetes mellitus gestacional, algumas infeções maternas no período de gravidez e exposição pré-natal a fármacos como a talidomida e valproato de sódio são alguns dos fatores ambientes apontados como contribuidores do aumento de risco.^{38,49} Não existe nenhuma evidência científica que suporte a suposição de que a exposição a vacinas, ou mais especificamente, ao tiomersal — composto organometálico usando em algumas vacinas como conservante — aumenta o risco de PEA.^{38,50}

A classificação de autismo e a forma como é visto foi sofrendo grandes alterações ao longo do tempo.^{38,42} O termo “espectro” apenas começou a ser associado ao autismo em 2013, com o lançamento do DSM-V, o manual que define as diretivas de diagnóstico de, entre outras perturbações, o autismo.^{38,42,51} Na versão anterior, o DSM-IV, o Autismo era uma das perturbações que compreendiam as “Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento” em conjunto com a “Síndrome de Asperger, o Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação”, a “Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância” e “Perturbação de Rett”.^{38,42} A alteração da classificação tornou-se necessária devido à variabilidade de



características e diversidade da forma como estas se podiam manifestar e consequente dificuldade de diagnóstico.

Após 2013, todas as pessoas diagnosticadas com “Autismo”, “Síndrome de Asperger” e “Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação” passaram a ter como diagnóstico a “Perturbação no Espectro do Autismo”, visto que as três perturbações eram caracterizadas por alterações na comunicação, interação social e presença de comportamentos repetitivos e restritivos, presentes desde o início do desenvolvimento, sendo o único fator diferenciador as características que tinham que estar presentes obrigatoriamente em cada uma das perturbações.^{38,42,51} As restantes perturbações referidas não são integradas na classificação atual “Perturbações no Espectro do Autismo”.^{38,42}

2.3. Diagnóstico atual e comorbilidades

O diagnóstico e consequente intervenção especializada precoce é importante para a melhoria da qualidade de vida da pessoa autista e as pessoas em seu redor.⁵² A DGS emitiu uma norma, integrante do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, relativa à vigilância e o rastreio da PEA no âmbito do Programa de Saúde Infantil e Juvenil.⁴⁵ Na mesma, estão enumerados os sinais precoces de autismos tendo em conta a idade e as metas de desenvolvimento infantil correspondentes a cada fase da infância.⁴⁵

Nem todas as pessoas que são diagnosticadas com autismo são crianças. Embora o diagnóstico nesta faixa seja mais frequente, o diagnóstico tardio, seja na adolescência ou na idade adulta não é invulgar.^{39,45} No adulto as características descritas na norma sofrem, tendencialmente, alterações influenciadas pelo crescimento, aprendizagem e alguns métodos de adaptação inconscientes.⁴⁵ Deste modo, a avaliação clínica deve ser focada na presença de interação social desadequada, rigidez comportamental e cognitiva, restrição de interesses, comportamento repetitivos, assim como a presença dos sinais referidos na norma aquando a infância, visto que a PEA é uma perturbação que se manifesta nos primeiros estádios de desenvolvimento, prolongando-se na idade adulta e presente durante toda a vida.⁴⁵

Os critérios de diagnóstico de PEA diferem consoante a idade, mas a avaliação diagnóstica é transversalmente realizada através da análise da presença de determinadas características.⁴⁵ Segundo as diretrizes da DGS, o diagnóstico da Perturbação do Espectro do Autismo é realizado em conformidade com o DSM-5, estando os critérios agrupados em dois grupos, como representado na Tabela IV.⁴⁵

**Tabela IV: Adaptação das diretrizes da DGS relativas ao diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, estando os critérios em conformidade com o DSM-5**

Défices persistentes na comunicação e interação social	a) Défices na reciprocidade socio-emocional
	b) Défices nos comportamentos comunicativos não-verbais
	c) Défices em desenvolver, manter e compreender os relacionamentos
Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades	d) Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos
	e) Aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamentos verbal ou não verbal
	f) Interesses altamente restritos e fixos
	g) Hiper ou hipo reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente

Segundo o DSM-5, para que se realize o diagnóstico de PEA é necessário observar as características gerais englobadas em “défices persistentes na comunicação e interação social” e pelo menos duas das características integrantes do domínio “Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades”.^{45,51}

Nas diretrizes publicadas pela DGS estão enumerados exemplos ilustrativos da forma variada como as características representadas de a) a g) na tabela acima se podem manifestar, sendo salvaguardado que estes não são exaustivos, existindo uma variabilidade muito elevada na forma como estas alterações podem ser observadas.⁴⁵

Os défices na reciprocidade socio-emocional podem ser manifestados, por exemplo, por uma aproximação social desajustada, seja isolamento social ou demasiada aproximação sem ter noção de espaço individual, dificuldade em iniciar interações sociais ou compreender os turnos de conversação e partilha reduzida de interesses e emoções, podendo haver dificuldade a demonstrar algumas emoções e a compreender as emoções demonstradas por terceiros.^{42,45}

Algumas pessoas autistas podem ser não-verbais, ou seja, ter uma marcada dificuldade na comunicação verbal ou esta estar completamente ausente, mas esta característica não é transversal à PEA, é sim transversal o défice de comunicação em geral. Este pode ser manifestado não só pela alteração na capacidade de comunicar verbal e não verbalmente mas também por alterações no contacto visual, linguagem corporal e expressão facial podendo estas formas de comunicação ser muito reduzidas ou excessivamente presentes, por vezes derivado a mecanismos de adaptação: muitas vezes pessoas com PEA aprendem que uma determinada expressão facial está associada a uma determinada emoção, então usam-na de forma a expressar o que sentem, mas de forma desajustada porque não é algo natural como é



numa pessoa neurotípica.^{39,42,45} Integrante do défice de comunicação é também a dificuldade na compreensão, sendo frequente uma pessoa autista demorar mais do que o expectável a interiorizar o que lhe é dito e a formular uma resposta.^{39,42}

A característica representada na alínea c) da Tabela IV pode variar de, por exemplo, dificuldade em ajustar o comportamento em conformidade com o contexto social, a dificuldade em partilhar jogos imaginativos ou a aparente falta de interesse nas pessoas.^{42,45}

A alteração na resposta a *inputs* sensoriais traduz-se, quer por um interesse incomum por aspetos sensoriais, quer pela presença de hiper e hipo reatividade a determinados estímulos, estímulos esses que podem variar muito interpessoalmente.^{39,42,45} A hiper sensibilidade a um determinado estímulo, por exemplo som, leva a que determinados sons ou ao ruído excessivo causem uma reação adversa podendo mesmo levar a uma sobrecarga sensorial que causa grande transtorno.^{39,42,45} A hipo sensibilidade pode ser, por exemplo, à dor ou à temperatura.^{39,42,45}

Os comportamentos repetitivos, critério de diagnóstico integrante do segundo domínio representado na tabela IV, podem-se manifestar na comunicação verbal, como o uso de ecolalia (repetir sons, palavras ou frases) ou o uso de frases idiossincráticas; ou em movimentos, como por exemplo, alinhar brinquedos, desmontar e montar repetidamente objetos e movimentos repetitivos e estereotipados como balançar o corpo contra uma superfície ou o movimento repetitivo do braço ou da perna que são formas de autoestimulação sensorial, frequente denominadas de *stimming*, termo proveniente do conceito *self-estimulation*.^{39,42,45}

Outros características típicas de PEA avaliadas em contexto de diagnóstico são a aderência inflexível a rotinas que se pode traduzir numa angústia extrema com pequenas modificações à rotina diária e os interesses altamente restritos e fixos, anormais na intensidade ou no foco, visto que as pessoas se ligam muito fortemente a determinado temas, sejam estes abrangente como anatomia ou história ou mais específicos como animais marinhos, querendo, a todo o custo, adquirir um conhecimento aprofundado sobre os mesmos.^{39,42,45}

Só se obtém o diagnóstico de PEA se as alterações observadas não forem mais bem explicadas por outra condição como perturbação do desenvolvimento intelectual ou atraso global do desenvolvimento.⁴⁵

Embora não façam parte dos critérios de diagnóstico, as alterações do controlo motor como a coordenação, movimentos estereotipados, dificuldade na alternância de movimentos e dificuldade no controlo vocal são habituais nas pessoas com PEA e a sua presença deve ser tida em conta no diagnóstico.^{39,45}

Em concordância com as normas da DGS, após o diagnóstico, é determinado o nível de gravidade — variando entre 1 a 3 — e este condiciona a orientação terapêutica, sendo que a pessoas com PEA de nível de gravidade 3 ou *low-functioning* têm um apoio terapêutico superior a pessoas com PEA com nível de gravidade 1 ou *high-functioning*.^{42,45}



É frequente as pessoas com PEA serem diagnosticadas com algumas comorbilidades sejam estas psiquiátricas ou neurológicas, sendo a prevalência de algumas das perturbações mentais mais frequentes superior nesta população em relação à população geral.^{42,45} Entre as comorbilidades mais frequentes, encontram-se descritas as perturbações de ansiedade, a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), perturbação obsessiva compulsiva e a depressão, as alterações do sono, a impulsividade e a perturbação do desenvolvimento intelectual.^{42,45}

2.4. Abordagens terapêuticas

A abordagem terapêutica adequada deve ser multidisciplinar e individualizada, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida do indivíduo e dar-lhe todas as ferramentas necessárias para atingir o seu potencial máximo e viver uma vida o quanto plena possível. Nunca a intervenção deve ser feita com o intuito de se atingir uma cura, uma vez que a PEA é uma condição, não uma doença.^{42,45}

A definição da abordagem terapêutica para cada indivíduo é realizada a nível de consulta de especialidade hospitalar em articulação com —de acordo com a idade e situação clínica do indivíduo — equipas locais de intervenção precoce, intervenção escolar ou transição para a vida adulta.^{42,45}

São apontadas como possíveis integrantes da intervenção terapêutica não farmacológica a terapia ocupacional de integração sensorial, terapia da fala, psicologia clínica que fazem parte da componente terapêutica e ensino especial e reabilitação, inclusão educativa em centros de apoio à aprendizagem para a educação de alunos com PEA sendo a componente pedagógica.^{42,45} Para crianças a partir da idade escolar, para além das componentes anteriormente referidas, a intervenção deve também assentar no treino de autonomia e de socialização em contexto ambiental e comunitário.^{42,45}

A terapêutica farmacológica é dirigida exclusivamente às comorbilidades que estejam associadas.⁴⁵

2.5. A PEA segundo a comunidade

O autismo não deve ter uma conotação inerentemente negativa. As pessoas com PEA são pessoas como qualquer outra pessoa neurotípica e, como tal, devem ter um papel na sociedade igualmente importante.⁵⁴ A sua voz deve ser valorizada em qualquer contexto, mas principalmente aquando a toma de decisões relativas à comunidade e aos seus direitos. “Nada sem nós sobre nós”.^{54,55} Este é o lema que tem sido utilizado para promover os direitos das pessoas com deficiência, no qual é explícito que todas as decisões que dizem respeito à comunidade devem ser tomadas tendo como base a cooperação com a própria comunidade,



nomeadamente as suas organizações representativas, como a *Autistic Self Advocacy Network* (ASAN).⁵⁴

Um dos movimentos apoiados pela comunidade autista é a neurodiversidade cuja premissa é a existência de diversidade de função neurológica da mesma forma que há diversidade de género, raça e sexualidade ou seja, as perturbações neurológicas quer seja a PEA, a PHDA, a síndrome de Tourette ou qualquer outra condição, fazem parte da diversidade humana. Desta forma, as pessoas com deficiência a nível de função neurológica devem ser aceites e integradas na sociedade.^{46,56} A abordagem correta não é procurar uma cura ou fazer com que uma pessoa autista deixe de se comportar como uma pessoa autista, uma vez que o seu cérebro apenas funciona de forma diferente.⁴⁶

A PEA é uma deficiência uma vez que a nossa sociedade está construída para pessoas neurotípicas, não estando adaptada para as características de pessoas com autismo. Deste modo, uma pessoa autista necessita de algum apoio de forma a navegar na sociedade em que vivemos mais facilmente e conseguir atingir o seu potencial máximo.⁴⁶

Embora o paradigma tenha evoluído, especialmente no que diz respeito ao conhecimento geral sobre a condição, a classificação e os critérios de diagnóstico, há um longo caminho a percorrer de forma a que todas as pessoas tenham acesso ao mesmo apoio e ao diagnóstico.

A ASAN propõe algumas alterações ao diagnóstico sendo as principais a expansão dos critérios de diagnóstico e a abolição dos níveis de gravidade e dos termos *high functioning* e *low functioning*.⁴⁶

Tendo em conta os critérios de diagnóstico, a ASAN propõe a diminuição do número de características que têm que estar presentes no domínio da comunicação e interação social de 3 em 3 para 2 em 3.⁴⁶ Se esta alteração não for possível no contexto do diagnóstico geral, propõe-se que seja implementada em contexto de diagnóstico em pessoas com idade superior a 14 anos, uma vez que nem todas as alterações de comunicação são evidentes numa observação clínica.⁴⁶ Algumas pessoas no espectro desenvolvem a capacidade, ainda que inconsciente, de mascarar as suas características imitando as pessoas neurotípica e, por isso, no diagnóstico pode não ser tão aparente a existência de algumas das alterações que são critérios de diagnóstico.⁴⁶ Ainda neste tópico, é igualmente proposto a inclusão das alterações motoras ou de movimentos no domínio “padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades”, alteração os critério de diagnóstico de observação de 2 em 4 características para 2 em 5.⁴⁶

É proposta, também, a abolição do gradiente de gravidade e dos termos *high functioning* e *low functioning* uma vez que, na verdade, não existe uma pessoa mais autista do que outra, apenas diferentes formas de manifestação de características.^{46,57} Algumas pessoas no espectro têm mais dificuldade do que outras em determinados aspetos e vice-versa. Um maior défice na



comunicação não equivalente a uma forma mais grave de PEA.^{46,58} O uso do termo *low functioning* é degradante e, sendo que está muitas vezes associado a autistas não-verbais, acaba por descredibilizar a sua voz.⁴⁶ Visto que a abordagem terapêutica é definida em concordância com o “nível de gravidade”, os indivíduos com PEA considerados *high functioning* acabam por ter um acesso mais restrito ao apoio disponível, comparativamente aos indivíduos com PEA considerada mais grave mas este “grupo” integrante da comunidade autista necessita do mesmo apoio, pode é ser em área diferentes.⁴⁶ A terapêutica deveria ser escolhida tendo em conta a necessidade de apoio que a pessoa com PEA tem em determinada característica.^{46,57,58}

2.6. Diferenças entre sexos

O número de pessoas do sexo masculino a serem diagnosticadas com PEA continua a ser bastante superior ao número de diagnósticos no sexo feminino, sendo que por cada 1 menina/mulher diagnosticada com PEA são diagnosticados 3 meninos/homens.^{59,60}

Alguns estudos apontam a possibilidade de haver uma componente genética que confere um efeito protetor, tornando o risco de PEA mais reduzido, havendo também teorias de os efeitos hormonais contribuírem para esse risco.⁶⁰ Deste modo, a literatura sugere que o risco de PEA é provavelmente mais reduzido no sexo feminino.⁶⁰

Ao mesmo tempo, existem evidências de que os critérios de diagnóstico contribuem para esta disparidade de prevalências, uma vez que estes não têm em conta as variações nas manifestações de PEA numa mulher comparativamente ao homem, sendo que na realidade existem diferenças nos fenótipos comportamentais nos dois sexos.^{59,60}

É mais comum a coexistência de perturbação de desenvolvimento intelectual em pessoas com PEA do sexo masculino comparativamente ao sexo feminino.⁵⁹ Vários estudos verificaram que, apresentando um nível comparável de manifestação de défice de socio-comunicação, as mulheres tinham menos probabilidade de serem diagnosticadas do que os homens.^{59,60}

Comparando as características demonstradas aquando a avaliação clínica com as características reportadas por familiares, é possível entender que algumas destas eram “mascaradas” em determinados contextos, dessa forma, embora os critérios necessários para o diagnóstico estivessem presentes podiam não ser evidentes no contexto de diagnóstico, o que contribui para que muitas mulheres com PEA não sejam devidamente diagnosticadas.^{59,60}

Embora o comportamento adaptativo inconsciente seja uma capacidade que se verifica em várias pessoas com PEA, independentemente do género, verificou-se uma maior tendência para este tipo de “camuflagem” de características em autistas do sexo feminino, o que pode ser explicado por uma maior sensibilidade às pressões sociais e às expectativas criadas pela sociedade relativamente à forma como se deve agir sendo rapariga.^{59,60}



Deste modo, embora as meninas tenham uma maior tendência em “mascarar”, de forma não intencional, os seus défices de socio-comunicação e comportamentos repetitivos e restritivos, imitando a forma de agir de uma pessoa neurotípica, não quer dizer que este sexo não apresente estas características, não quer dizer que não tem PEA e que não precisam de apoio, muito pelo contrário.^{59,60}

Desta forma, deve-se ter consciência que a PEA pode-se manifestar de forma diferente em ambos os sexos.^{54,59,60} As propostas de alteração dos critérios de diagnóstico referidas anteriormente também visam o interesse de uma maior percentagem de mulheres com PEA ser diagnosticada.⁴⁶

2.7. Papel do farmacêutico

Como referido anteriormente, o farmacêutico deve saber as características comuns e primeiras manifestações de PEA, assim como as principais abordagens terapêuticas, incluindo as farmacológicas para as comorbilidades e saber recomendar recursos e apoio adicionais para pessoas ou familiares de pessoas recentemente diagnosticadas.⁴⁷

É, também, útil reconhecer algumas das entidades e terapêuticas consideradas problemáticas por maior parte da comunidade e com quais as organizações representativas da mesma que são fundadas e compostas por membros da comunidade não se querem associar, nomeadamente a abordagem terapêutica Análise Comportamental Aplicada (ABA) e a organização *Autismspeaks*.

Embora não faça parte das abordagens terapêuticas nomeadas pela DGS, a ABA continua a ser uma das terapêuticas mais conhecidas no mundo e bastante presente em Portugal, direccionada principalmente a crianças autista chamadas de *low functioning* e não-verbais.⁶¹ Esta assenta na premissa que o autismo é uma doença e é aplicada com o intuito de modificar comportamentos e aumentar as capacidades de linguagem, comunicação social, atenção, entre outras características usando o método castigo/recompensa, por vezes durante um longo período de tempo.⁶¹ Embora este seja um método usado também em crianças neurotípicas aquando o treino do uso do bacio, por exemplo, este é apenas aplicado em tarefas específicas, durante um curto período de tempo e não em características e défices que resultam de uma condição que a própria pessoa não controla.⁶¹ As crianças com PEA não percebem a razão de serem recompensadas quando, por exemplo, estabelecem contacto visual forçado e castigadas quando usam movimentos de autoestimulação.^{54,61} Este tipo de condicionamento por longos períodos de tempo e sendo que alguns dos métodos de castigo usados são claramente abusivos, demonstra-se prejudicial.^{54,61}

A *Autismspeaks* é uma organização cujo objetivo é aumentar a consciencialização do autismo, mas sobre a perspetiva de que o autismo é uma epidemia que precisa de ser controlada.⁵⁴ É responsável por várias campanhas de publicidade cuja mensagem se baseava



na suposta necessidade de encontrar uma cura para esta “terrível doença” —como é referida nas mesmas — que arruína a vida das pessoas que a têm e da sua família.^{54,63} Não só é este tipo de ideologia errado, como muito prejudicial para a comunidade autista. Organizações com uma elevada influência como esta, deveriam concentrar os seus esforços na luta pelos direitos das pessoas com PEA e pela maior acessibilidade ao apoio que necessitam, porém o que esta organização conseguiu foi contribuir para a opressão destes indivíduos, desvalorizando a sua voz e, até mesmo, a sua vida.⁵⁴ O símbolo desta organização é a peça de puzzle azul, passando a ser essa a cor representante do autismo.⁵⁴ A comunidade autista, de forma a publicamente demonstrar que não compactua com esta organização, fez nascer o movimento *REDINSTED*, sendo a cor vermelha a que deve ser associada, atualmente, ao autismo.⁵⁴

São exemplos de organizações dirigidas por pessoas com PEA, direcionadas ao o bem-estar e luta pelos direitos da comunidade autista a ASAN, a Federação Portuguesa de Autismo e a *Autisminpink*, sendo a última direcionada mais especificamente para as pessoas do sexo feminino com PEA.^{54,62,63} O farmacêutico pode recomendar a alguém recentemente diagnosticado ou seu cuidador estes recursos uma vez que permitem adquirir uma imagem da perturbação mais real e contribui para a escolhas mais informadas em relação a terapias e suportes de apoio.

Para além das características típicas anteriormente mencionadas e que fazem parte dos critérios de diagnóstico, um indivíduo com PEA pode também ter algumas dificuldades que condicionam as atividades do dia-a-dia, como a dificuldade em processar informação, prever as consequências de uma ação, entender o conceito de tempo e a executar algumas tarefas básicas. De forma a facilitar o dia-a-dia, o farmacêutico pode recomendar a introdução de, por exemplo, suportes visuais podendo estes ser calendários ou tabelas com imagens representativas das tarefas a realizar; o uso de alarmes para assinalar as horas de refeições e de dormir; a organização das tarefas por cores segundo uma lógica ou gravações de áudio com orientações específicas.⁶⁴ Todos estes elementos podem ser benéficos e podem ser utilizados e ajustados à necessidade.

Existem também objetos ou outros tipos de apoios que podem dar assistência, nas características consideradas mais típicas. É casos dos *fidget rings* ou qualquer outro objeto que permita a autoestimulação, de uma forma segura, e simultâneo desenvolvimento da capacidade motora fina; do uso de imagens e sons em novas tecnologias, como *tablets*, para comunicar e dos coletes de pressão que funcionam como um abraço sensorial.⁵⁴

Nas crianças de idade escolar e pré-escolar, brincar em paralelo pode ser muito benéfico visto que não força uma interação, mas ajuda a disponibilizar cenários de interação e ajuda a que as crianças, mesmo se não interagirem com a criança que está seu lado, sintam que estão a criar uma amizade.⁵⁴



2.8. Execução

A perturbação do espectro do autismo é um tema sobre o qual eu tinha um conhecimento um pouco rudimentar, ou até mesmo estereotipado e desfasado da realidade, construído, essencialmente, por relatos de pessoas que trabalham com crianças autistas e pelos media.

Com a quarentena, o uso das redes sociais foi mais frequente e foram várias as vezes que encontrei conteúdo sobre o tema, conteúdo esse feito e partilhado por pessoas integrantes da comunidade. Percebi então, que o conhecimento que tinha sobre PEA e as formas como se pode manifestar, embora não completamente errado, era muito diminuto. Foi através do conteúdo feito por pessoas autistas que me foi possível alargar horizontes e realmente perceber a vasta variabilidade de características que integram o espectro, entender que algumas das formas como o autismo é visto são prejudiciais para a comunidade e ter conhecimento que algumas das organizações que, à primeira vista visam alertar a população e garantir que a comunidade autista recebe o devido apoio e integração na sociedade, são responsáveis pela má informação à população e opressão da comunidade.

Com a nova precessão do desfasamento entre o meu conhecimento sobre a PEA e a realidade e entendendo que a grande maioria da população terá um nível de conhecimento semelhante ao meu na altura, fez-me todo o sentido conduzir uma formação direcionada à equipa da farmácia, nomeadamente à equipa de balcão, em que abordasse o tema quer com uma base clínica, nomeando as características de diagnóstico, as comorbilidades e as abordagens terapêuticas recomendadas pelas entidades de saúde, quer num prisma dos interesses da comunidade, nomeando as suas contribuições para as decisões sobre a PEA, salientando a diversidade de características e mostrando diferentes elementos de apoio que pode ser recomendados em contexto de atendimento de balcão se assim o for solicitando.

O meu objetivo na realização deste projeto foi sobretudo abordar o tema de forma a que o papel de mais relevância fossem as pessoas com PEA, os seus direitos e qualidade de vida e não simplesmente as decisões clínicas feitas em seu nome.

A formação teve como apoio físico um documento PowerPoint (**Anexo III**) e a exposição teve duração de, aproximadamente, 15 minutos.

2.9. Conclusão

O *feedback* que recebi pelos membros da equipa ao quais a formação se dirigiu foi bastante positivo. Foi revelado interesse pelo tema e pela abordagem do mesmo e relataram que a formação foi útil, na maneira que serviu para alertar a equipa para aspetos que não tinham conhecimento anteriormente.

Posto isto, concluo que atingi o meu objetivo de dar a conhecer aspetos desta condição que não são do conhecimento da população e até dos profissionais de saúde que não trabalham diretamente com esta população e de priorizar o bem-estar das pessoas autistas.



O aspeto limitante deste projeto foi, sem dúvida, o tempo destinado à formação. Inicialmente, a formação teria a duração de 10 minutos, porém, mesmo sem explicação extensiva de qualquer dos tópicos, tornou-se impossível não estender o tempo de formação para 15 minutos de forma ter sucesso na abordagem do tema segundo os moldes a que me tinha proposto.

A meu ver, seria uma mais valia se os farmacêuticos tivessem formações direcionadas a este tema, sendo estas conduzidas por pessoas com PEA e integrantes de organizações representativas.

3. Saúde Mental

3.1. Contextualização

Embora a consciencialização da população geral de que a saúde mental é tão importante como a saúde física e da importância em preservá-la tenha aumentado bastante nos últimos anos, ainda existe estigma sobre este tema, principalmente quando falamos da existência de uma perturbação mental. Uma boa parte da população ainda associa perturbações mentais a fraqueza ou até mesmo a “loucura”. Mesmo as pessoas mais bem informadas e mais preocupadas em manter a sua mente sã, desconhecem muitos dos sintomas de cada uma das perturbações.

Os distúrbios psiquiátricos e as perturbações mentais são agora a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade em todo o mundo.⁶⁵ Na Europa, os problemas de saúde mental são responsáveis por cerca de 26,6% da carga total de problemas de saúde e o suicídio é uma das 10 principais causas de morte prematura.⁶⁵

Um estudo publicado em 2013, revela que as perturbações mentais com maior prevalência em Portugal, excluindo as perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes, são as perturbações da ansiedade seguidas das perturbações depressivas.⁶⁵ As perturbações da ansiedade mais prevalentes no nosso país são a fobia específica, a perturbação obsessivo-compulsiva (POC), a fobia social, o stress pós-traumático e a ansiedade generalizada.⁶⁵

Embora ainda não existam dados concretos relativos à prevalência deste tipo de perturbações pós-quarentena, é muito provável que esta tenha sofrido um incremento por uma multitude de razões.⁶⁶ O próprio confinamento contribuiu para o aumento/aparecimento de irritabilidade, ansiedade, insónia e humor deprimido para muitos durante esse período. O isolamento em si pode também aumentar o risco de perturbações depressivas e as perturbações de stress pós-traumático.⁶⁶ O receio de ficar infetado pelo SARS-COV-2, juntamente com a instabilidade económica e, nos casos aplicáveis, a impossibilidade de estar com os familiares e/ou despedir-se dos que perderam a vida neste período, são sem dúvida condicionantes para um agravamento da saúde mental da população.⁶⁶



No próprio contexto de atendimento durante o meu estágio em farmácia comunitária tive oportunidade de ser confrontada com esta realidade. Fossem utentes que iam começar terapêutica com antidepressivos ou ansiolíticos, que iriam aumentar a dose dos mesmos ou pessoas que procuravam MNSRM que os ajudasse a estar mais calmos durante o dia ou ter um sono mais reparador, vários reportaram que o principalmente fator agravante tinha sido a quarentena.

3.2. Perturbações depressivas

De acordo com a OMS, a depressão é apontada como o maior contribuinte da incapacidade para atividade produtiva e estima-se uma prevalência de 4,4% em toda a população mundial.⁶⁷

Embora seja uma perturbação que pode afetar qualquer pessoa, independentemente da idade ou estatuto social, observa-se um aumento de risco com a pobreza ou o desemprego e é comum que o primeiro episódio depressivo ocorra entre os últimos anos da adolescência e os primeiros anos da vida adulta.^{67,69}

As perturbações depressivas são subdivididas em perturbação depressiva major/episódio depressivo e distímia. Os sintomas observados em ambas as perturbações são semelhantes, porém a distímia caracteriza-se como uma forma persistente ou crónica de depressão em que os sintomas tendem a ser menos intensos, comparativamente a um episódio depressivo.^{67,70} Os episódios depressivos podem ser categorizados por ligeiros, moderados ou graves.^{67,70}

As perturbações depressivas são caracterizadas por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, fadiga e dificuldade na concentração ou até presença de pensamentos suicidas.^{67,68,70} Os sintomas variam interpessoalmente, assim como a mesma pessoa pode reportar sintomas diferentes de episódio depressivo para outro.^{68,70} Por alterações de sono e apetite pode entender-se a falta de apetite e insónia ou aumento de apetite e hipersónia, não estando necessariamente agrupados desta forma.^{68,70} O retardamento psicomotor está mais frequentemente associado do que a agitação mas ambos são comuns.⁶⁸ Embora esta não seja a norma, alguns indivíduos são diagnosticado com perturbação depressiva major sem relatar sentimento de tristeza mas sim um aumento de irritabilidade.⁷⁰

Estudos apontam que nas pessoas com perturbações depressivas ou nas que têm maior risco de ter episódios depressivos, por norma, a sua autoanálise é muito condicionada por pensamentos negativos, havendo por vezes falta de pensamentos positivos. Verifica-se, também, a existência de estratégias cognitivas mal-adaptativas na regulação das emoções.⁷¹

A perturbação bipolar pode também ser inserida nesta categoria de perturbações mentais, uma vez que é uma perturbação de humor na qual se verifica a presença de episódios depressivos.^{69,74} Porém, esta perturbação caracteriza-se pela existência quer deste tipo de episódios como de episódios maníacos, tipicamente, separados por períodos de estabilização



de humor, resultando assim com que esta perturbação não esteja integrante de num dos subdomínios referidos anteriormente.^{67,72}

Esta é uma perturbação crónica e cíclica. Segundo o DMS-V, esta pode ser classificada, essencialmente, em dois tipos. A perturbação bipolar I é caracterizada pela presença de episódios depressivos e episódios maníacos, enquanto que na perturbação bipolar II verificam-se episódios depressivos e hipomania.^{51,72}

Os episódios maníacos são caracterizados pelo DMS-V por um período de humor anormal e persistentemente elevado; aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos, seja a nível social, no trabalho, escola ou sexualmente, ou agitação psicomotora; envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas e redução da necessidade de sono.^{51,72} Esta alteração de humor está presente num período mínimo de uma semana, durante maior parte do dia, quase todos os dias.^{51,72} Não é incomum que este tipo de episódio requeiram a hospitalização do indivíduo, visto que por vezes incluem sintomas de psicose e a perturbação do humor pode ser suficientemente grave para causar dano no fundamento social ou profissional.^{51,72}

Nos episódios hipomaníacos, a alteração de humor tem duração mínima de quatro dias e é caracterizada pela presença dos mesmos sintomas que os episódios maníacos, porém estes não são suficientemente marcados que levem a prejuízo na vida social e profissional do indivíduo.^{51,72}

Embora os episódios hipomaníacos não sejam responsáveis por um dano tão marcado em relação ao episódio maníacos, a perturbação bipolar II não é considerada uma perturbação mais leve relativamente ao tipo I, uma vez que os episódios depressivos são, por norma, mais graves e mais prolongados no tempo.⁵¹

3.3. Perturbações de ansiedade

As perturbações de ansiedade englobam a perturbação de ansiedade generalizada, perturbação do pânico, ansiedade de separação no adulto, stress pós-traumático e perturbações fóbicas.^{63,65}

A perturbação do pânico caracteriza-se por ocorrência repetida e inesperada de ataques de pânico, embora a sua ocorrência não seja limitada a esta perturbação.^{51,73} Os ataques de pânico podem estar relacionados com outras perturbações de ansiedade, humor, psicóticas ou de abuso de substâncias.⁷³

Segundo o DSM-V, os ataques de pânico caracterizam-se por medo ou desconforto intenso que surge de forma súbita, sem razão aparente e atinge o seu pico em apenas alguns minutos.^{51,73} Existe uma panóplia de sintomas físico que podem acompanhar o ataque de pânico, tais como palpitações, aceleração do ritmo cardíaco, dificuldade na respiração e sensação de sufoco, dor no peito, sudorese intensa, tremores, náuseas, sensação de calor ou



frio excessivo e de formigueiro, tonturas e desorientação ou até mesmo a perda da consciência.^{51,73} É comum que uma pessoa que esteja a sofrer um ataque de pânico confunda os seus sintomas com um ataque cardíaco e a sensação que se vai morrer é muito frequentemente relatada.⁷³ Ataques de pânico particularmente intensos podem levar à dissociação com a realidade ou despersonalização, na qual o indivíduo se desliga da realidade.⁷³

Os ataques de ansiedade são similares aos ataques de pânico a nível da sintomatologia, diferenciando-se na intensidade, sendo os últimos geralmente fisicamente mais intensos que os primeiros. Os ataques de ansiedade surgem no seguimento um período de ansiedade e preocupação excessivos e podem se prolongar por longos períodos de tempo.⁷³

3.4. Perturbação Obsessiva Compulsiva

Anteriormente ao lançamento do DSM-V, a perturbação obsessiva compulsiva era integrante das perturbações de ansiedade.⁷⁴ Em concordância com o nome, a POC caracteriza-se pela presença de obsessões, ou seja pensamentos recorrentes, intrusivos e indesejáveis, que causam bastante transtorno e podem condicionar o dia-a-dia do indivíduo; e presença de compulsões, que se traduzem por comportamentos ou atos mentais repetitivos e ritualistas que surgem de forma a tentar dar resposta à ansiedade causada pela obsessão.^{51,74}

O medo de contaminação e necessidade limpeza e organização constante são apenas algumas das obsessões e compulsões mais comuns, embora sejam estas as características mais associadas a esta perturbação pela população em geral.⁷⁴ Obsessões comuns são também preocupações relacionadas com o perigo à integridade física da própria pessoa ou de terceiros, a necessidade de simetria, ordem e posição exata dos objetos, pensamentos proibidos, nomeadamente sexuais ou de vontade de agressão.⁷⁴ São compulsões comuns, para além da limpeza e arrumação, a verificação, contagem, repetição e comportamentos rotineiros.⁷⁵

3.5. Execução

Enquanto elemento da sociedade e estudante de Ciências Farmacêuticas já tinha consciência da grande prevalência das perturbações mentais quer no mundo, como no nosso país. Os meses em que tive experiência no atendimento ao público em farmácia comunitária, no contexto deste estágio curricular, deram-me oportunidade de assistir em primeira mão a essa mesma prevalência.

Durante o atendimento, foi-me possível observar uma consciencialização da população geral em relação às perturbações mentais e à sua importância na saúde geral. De qualquer modo, existem ainda alguns preconceitos, ideias erradas ou alusões descontextualizadas em relação a algumas destas perturbações. São exemplos deste fenómeno a ideia de que a



depressão é apenas um sentimento de tristeza e o uso da expressão “estar deprimido” mesmo quando apenas existe uma alteração no humor sem a existência dos outros sintomas que caracterizar o episódio depressivo. Também a perturbação obsessiva compulsiva e a perturbação bipolar são interpretadas erradamente por grande parte da população, sendo a primeira muito mais do que uma necessidade excessiva de limpar e arrumar e a segunda caracterizada, não por alterações repentinas de humor ou opinião, mas por uma existência de episódios depressivos e maníacos, alternadamente. Começou a ser aparente, também, a dificuldade da população geral em distinguir um ataque de pânico de um ataque de ansiedade.

Assim, com o intuito desmitificar estas perturbações e usando uma plataforma na quais as pessoas poderiam ter acesso facilmente, sem ter que se deslocar fisicamente à farmácia, procedi à realização de um *post* informativo sobre o tema (**Anexo IV**), nomeadamente as quatro perturbações acima referidas : perturbação depressiva major, perturbação obsessiva compulsiva, ataques de pânico e perturbação bipolar.

A informação disponibilizada no *post* é direcionada às características reais de cada perturbação, ilustrada de forma concisa e de fácil compreensão.

3.6. Conclusão

Este projeto foi disponibilizado aos utentes por meio da página da farmácia na rede social *Facebook*, sendo esta a única rede social ativa da Farmácia Santa Catarina.

Após desenvolvimento do projeto, este foi partilhado com a pessoa responsável pela gestão das redes sociais das três farmácias do grupo e consequentemente aprovado. Embora o *post* tenha sido realizado durante o mês de setembro, o último mês da componente presencial do meu estágio curricular, foi decidido, consensualmente, que a data da sua publicação seria o dia 10 de outubro, sendo o dia mundial da saúde mental celebrado a essa data.

A resposta foi, num modo geral, positiva sendo o número de interações com a publicação o esperado, tendo em conta as outras publicações na página de *Facebook* da farmácia Santa Catarina.

Tendo em conta que o meu principal objetivo era abordar a saúde mental e algumas das perturbações mais comuns, de forma de desmistificar algumas ideias pré-concebidas da população e alertar para alguns dos sintomas gerais de cada uma, considero este projeto bem-sucedido.



Referências Bibliográficas

- ¹ Portaria n.º 277/2012, 12 de setembro, Horário de funcionamento das farmácias de oficina, Diário da República n.º 177/2012, Série I de 2012-09-12.
- ² Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas em Farmácia Comunitária- Norma geral sobre as infraestruturas e equipamentos, 2015. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/norma_geral_sobre_as_infraestruturas_e_equipamentos_20240917255ab147e12498f.pdf
- ³ Direção Geral de Saúde, Norma n.º 003/2020 de 16/03/2020. Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) Farmácia comunitárias. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032020-de-19032020-pdf.aspx>
- ⁴ Sifarma. Glintt.com. [Online] Disponível em: <https://www.glintt.com/pt/o-que-fazemos/ofertas/SoftwareSolutions/Paginas/Sifarma.aspx> [Acedido a 20 de outubro 2020]
- ⁵ INFARMED. Circular Informativa N.º 019/CD/100.20.200. Projeto Via Verde do Medicamento, 2015 [Online] Disponível em: <http://www2.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/36C7F43D-C5E6-443D-88E4-BD640B73D73D/0/11702347.pdf>
- ⁶ Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, Regime jurídico das farmácias de oficina, Diário da República n.º 168/2007, Série I de 2007-08-31
- ⁷ Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas em Farmácia Comunitária- Norma geral sobre o medicamento e produtos de saúde, 2015. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/norma_geral_sobre_o_medicamento_e_produtos_de_saude_165355005ab148048a252.pdf
- ⁸ INFARMED. Deliberação n.º 047/CD/2015. Regulamento relativo às boas práticas de distribuição de medicamentos para uso humano ,2015 [Online] Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1541735/boas_praticas.pdf/b81f95af-06dc-41a0-8db6-a43bd31be43c [Acedido a 20 de outubro de 2020]
- ⁹ Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, Estatuto do Medicamento, Diário da República n.º 167/2006, Série I de 2006-08-30
- ¹⁰ INFARMED. Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde [Online] Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Prescri%C3%A7%C3%A3o/bcd0b378-3b00-4ee0-9104-28d0db0b7872
- ¹¹ Portaria n.º 284-A/2016, 4 de novembro, Prescrição e dispensa de medicamentos, Diário da República n.º 212/2016, 1º Suplemento, Série I de 2016-11-04
- ¹² Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, Diário da República n.º 93/2010, 1º Suplemento, Série I de 2010-05-13
- ¹³ Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, Diário da República n.º 105/2015, Série I de 2015-06-01



- ¹⁴ Psicotrópicos e estupefacientes. Infarmed.pt. 2010 [Online]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/22_Psicotropicos_Estupefacientes.pdf [Acedido a 21 de outubro]
- ¹⁵ Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro, Estatuto do Medicamento Diário da República n.º 32/2013, Série I de 2013-02-14
- ¹⁶ Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas em Farmácia Comunitária. 2015.[Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas_praticas_farmaceuticas_para_a_farmacia_comunitaria_2009_20853220715ab14785a01e8.pdf
- ¹⁷ Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril, Regula e prescrição de medicamentos manipulados, Diário da República n.º 95/2004, Série I-A de 2004-04-22
- ¹⁸ Decreto-Lei n.º 175/2005, de 25 de outubro, Estabelece o regime jurídico da receita médico-veterinária e da requisição médico-veterinária normalizadas, da vinheta médico-veterinária normalizada e do livro de registo de medicamentos utilizados em animais de exploração, Diário da República n.º 205/2005, Série I-A de 2005-10-25
- ¹⁹ Suplementos Alimentares . Asae.gov.pt. 2019 [Online] Disponível em: <https://www.asae.gov.pt/perguntas-frequentes1/suplementos-alimentares.aspx> [Acedido a 25 de outubro]
- ²⁰ Decreto-Lei n.º 118/2005, de 23 de junho, Legislação suplementos alimentares, Diário da República n.º 120/2015, Série I de 2015-06-23
- ²¹ Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro , Regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal, Diário da República n.º 185/2008, Série I de 2008-09-24
- ²² Dispositivos médicos. Infarmed.pt. [Online] Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos> [Acedido a 26 de outubro]
- ²³ Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, Serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias, Diário da República n.º 211/2007, Série I de 2007-11-02
- ²⁴ VALORMED: 21 anos a cuidar do ambiente e da saúde dos portugueses. :: ValorMed. Valormed.pt. 2020 [Online] Disponível em: <http://www.valormed.pt/article/view/328/valormed-21-anos-a-cuidar-do-ambiente-e-da-saude-dos-portugueses> [Acedido a 27 de outubro]
- ²⁵ Direção Geral de Saúde, Orientação n.º 019/2020, de 30/04/2020. COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO - Utilização de Equipamentos de Proteção Individual por Pessoas Não-Profissionais de Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0192020-de-03042020-pdf.aspx>
- ²⁶ Han, C., Shi, J., Chen, Y., & Zhang, Z. Increased flare of acne caused by long-time mask wearing during COVID -19 pandemic among general population. *Dermatologic Therapy*. 2020;33(4) [Online] Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.13704>
- ²⁷ Mask-related Acne Tips from a Dermatologist Bidmc.org. 2020 [Online].Disponível em: <https://www.bidmc.org/about-bidmc/wellness-insights/skin-health/mask-related-acne-tips-from-a-dermatologist> [Acedido a 20 junho 2020]



- ²⁸9 ways to prevent face mask skin problems Aad.org. 2020 [Online].Disponível em: <https://www.aad.org/public/everyday-care/skin-care-secrets/face/prevent-face-mask-skin-problems> [Acedido a 20 junho 2020]
- ²⁹Darlenski R, Tsankov N. COVID-19 pandemic and the skin: what should dermatologists know? Clinics in Dermatology. 2020. [Online] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102542/>
- ³⁰Bastos P. COVID-19: Cuidados a ter com a pele se usa máscara I CUF. Cuf.pt. 2020 [Online]. Disponível em: Available from: <https://www.cuf.pt/mais-saude/covid-19-cuidados-ter-com-pele-se-usa-mascara> [Acedido a 20 junho 2020]
- ³¹MacGibeny M, Wassef C. Preventing adverse cutaneous reactions from amplified hygiene practices during the COVID-19 pandemic: how dermatologists can help through anticipatory guidance. Archives of Dermatological Research. 2020. [Online] Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00403-020-02086-x>
- ³²DERMATOLOGIA E COVID-19: ECZEMA DAS MÃOS. Spdv.pt. 2020 [Online]. Disponível em: <https://www.spdv.pt/op/document/?co=1072&h=aee63&in=1> [Acedido a 25 de junho 2020]
- ³³Dry skin relief from COVID-19 handwashing. Aad.org. 2020 [Online]. Disponível em: <https://www.aad.org/public/everyday-care/skin-care-basics/dry/coronavirus-handwashing>[Acedido a 25 de junho 2020]
- ³⁴Jing J, Pei Yi T, Bose R, McCarthy J, Tharmalingam N, Madheswaran T. Hand Sanitizers: A Review on Formulation Aspects, Adverse Effects, and Regulations. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(9):3326. [Online] Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/9/3326/htm>
- ³⁵Berardi A, Perinelli D, Merchant H, Bisharat L, Basheti I, Bonacucina G et al. Hand sanitisers amid CoViD-19: A critical review of alcohol-based products on the market and formulation approaches to respond to increasing demand. International Journal of Pharmaceutics. 2020;584:119431. [Online] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229736/>
- ³⁶Moshirfar M, West W, Marx D. Face Mask-Associated Ocular Irritation and Dryness. Ophthalmology and Therapy. 2020;9(3):397-400. [Online] Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7362770/pdf/40123_2020_Article_282.pdf
- ³⁷Purushothaman P, Priyanga E, Vaidhyswaran R. Effects of Prolonged Use of Facemask on Healthcare Workers in Tertiary Care Hospital During COVID-19 Pandemic. Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. 2020 [Online] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7490318/>
- ³⁸Hodges H, Fealko C, Soares N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. Translational Pediatrics. 2020;9(S1):S55-S65. [Online] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082249/>
- ³⁹Network A. About Autism Autistic Self Advocacy Network. 2020 [Online]. Disponível em: <https://autisticadvocacy.org/about-asan/about-autism/> [Acedido a 15 de agosto 2020]



- ⁴⁰Increase in the number of children affected by autism spectrum disorder. *Europarl.europa.eu*. 2020 [Online]. Disponível em https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/P-9-2020-001299_EN.html [Acedido a 4 de outubro 2020]
- ⁴¹Autism spectrum disorders. *Who.int*. 2020 [Online]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> [Acedido a 4 de outubro 2020]
- ⁴²Lima C. Perturbação do Espectro do Autismo [Tese]. Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015. [Online]. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/32770/1/ulfl242735_td.pdf
- ⁴³Oliveira G. Epidemiologia do autismo em Portugal : um estudo de prevalência da perturbação do espectro do autismo e de caracterização de uma amostra populacional de idade escolar [Tese de Doutoramento]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2005. [Online]. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/848>
- ⁴⁴ Martins C. 50 mil portugueses têm perturbações do espectro do autismo. *Expresso*. 2020 [Online] Disponível em: <https://expresso.pt/sociedade/2020-08-01-50-mil-portugueses-tem-perturbacoes-do-espectro-do-autismo> [Acedido a 3 de outubro 2020]
- ⁴⁵ Direção Geral de Saúde, Orientação nº 002/2019, de 23/04/2019. Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022019-de-23042019-pdf.aspx>
- ⁴⁶ Kapp S, Ne'eman A. ASD in DSM-5: What the Research Shows and Recommendations for Change *Autisticadvocacy.org*. [Online] Disponível em: https://autisticadvocacy.org/wp-content/uploads/2012/06/ASAN_DSM-5_2_final.pdf [Acedido a 15 de Agosto 2020]
- ⁴⁷ Pala Kara Z, Cakir B, Kaleli Durman D, Uydes Dogan B. The role of pharmacists in the management of autism spectrum disorder: A survey to determine the knowledge and perception of the parents. *Istanbul Journal of Pharmacy*. 2019. [Online] Disponível em: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/924757>
- ⁴⁸ Ha S, Sohn I, Kim N, Sim H, Cheon K. Characteristics of Brains in Autism Spectrum Disorder: Structure, Function and Connectivity across the Lifespan. *Experimental Neurobiology*. 2015;24(4):273-284. [Online] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4688328/>
- ⁴⁹ Ornoy A, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Prenatal factors associated with autism spectrum disorder (ASD). *Reproductive Toxicology*. 2015;56:155-169. [Online] Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890623815000751>
- ⁵⁰ Price C, Thompson W, Goodson B, Weintraub E, Croen L, Hinrichsen V et al. Prenatal and Infant Exposure to Thimerosal From Vaccines and Immunoglobulins and Risk of Autism. *PEDIATRICS*. 2010;126(4):656-664. [Online] Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/126/4/656.short>
- ⁵¹ MANUAL DIAGNOSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. 5th ed. Artmed; 2020 [Online] Disponível em: http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf



- ⁵² Elder J, Kreider C, Brasher S, Ansell M. Clinical impact of early diagnosis of autism on the prognosis and parent-child relationships. *Psychology Research and Behavior Management*. 2017;Volume 10:283-292. [Online] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5576710/>
- ⁵³ Pimenta A. Early screening for Autism Spectrum Disorder: can we predict the diagnosis? A prospective longitudinal study. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2017.
- ⁵⁴ Network A. Position Statements. Autistic Self Advocacy Network. 2020 [Online] Disponível em: <https://autisticadvocacy.org/about-asan/position-statements/> [Acedido a 15 de agosto]
- ⁵⁵ Sassaki R. NADA SOBRE NÓS, SEM NÓS: Da integração à inclusão. Sinprodf.org.br. [Online] Disponível em: <https://www.sinprodf.org.br/wp-content/uploads/2012/01/nada-sobre-n%C3%93s-sem-n%C3%93s2.pdf>
- ⁵⁶ den Houting J. Neurodiversity: An insider's perspective. *Autism*. 2018;23(2):271-273. [Online] Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1362361318820762>
- ⁵⁷ "High/low-functioning" labels are harmful to autistics | LDT. LDT. 2019 [Online] Disponível em: <https://www.learningdisabilitytoday.co.uk/why-highlow-functioning-labels-are-hurtful-to-autistic-people> [Acedido a 20 de agosto de 2020]
- ⁵⁹ McColloch J. High functioning Autism and why it needs to die. Unapologetically Autistic. [Online] Disponível em: <https://unapologeticallyautistic.com/high-functioning-autism/> [Acedido a 20 de agosto]
- ⁵⁹ Ratto A, Kenworthy L, Yerys B, Bascom J, Wieckowski A, White S et al. What About the Girls? Sex-Based Differences in Autistic Traits and Adaptive Skills. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2017;48(5):1698-1711. [Online] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5925757/#maincontent>
- ⁶⁰ Schuck R, Flores R, Fung L. Brief Report: Sex/Gender Differences in Symptomology and Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019;49(6):2597-2604. [Online] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6753236/>
- ⁶¹ Sandoval-Norton A, Shkedy G. How much compliance is too much compliance: Is long-term ABA therapy abuse?. *Cogent Psychology*. 2019;6(1). [Online] Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23311908.2019.1641258>
- ⁶² Características do autismo | FPDA - Federação Portuguesa de Autismo. Fpda.pt. [Online] Disponível em: <http://www.fpda.pt/caracteristicas-do-autismo> [Acedido a 20 de agosto]
- ⁶³ Autism in Pink. *Autisminpink.net*. [Online] Disponível em: <http://autisminpink.net/> [Acedido a 20 de agosto]
- ⁶⁴ Organising and prioritising - a guide for all audiences. *Autism.org.uk*. 2020 [Online] Disponível em: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/behaviour/organising-and-prioritising/all-audiences> [Acedido a 20 de agosto]
- ⁶⁵ Direção Geral da Saúde. Portugal - Saúde Mental em números. 2013. [Online] Disponível em: <https://reflexoesdeumpsiqiatra.files.wordpress.com/2014/09/dgs-saude-mental-em-numeros-portugal-2013.pdf>

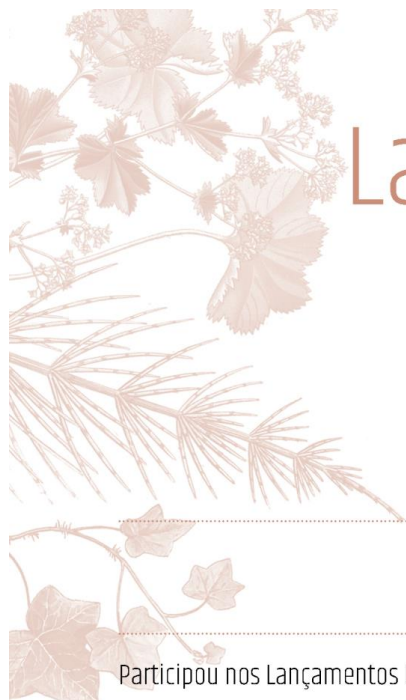


- ⁶⁶ O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental. Revista Científica da Ordem dos Médicos. 2020;33(5):351-358. [Online] Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/13877/5925>
- ⁶⁷ Direção Geral da Saúde. Portugal - DEPRESSÃO E OUTRAS PERTURBAÇÕES MENTAIS COMUNS. 2013. [Online] Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- ⁶⁸ Torres F. What Is Depression? Psychiatry.org. 2020 [Online] Disponível em: Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression> [Acedido a 5 de setembro]
- ⁶⁹ Organização Mundial da Saúde. Depression and Other Common Mental Disorders - Global Health Estimates. 2017. [Online] Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- ⁷⁰ Kanter J, Busch A, Weeks C, Landes S. The nature of clinical depression: Symptoms, syndromes, and behavior analysis. The Behavior Analyst. 2008;31(1):1-21. [Online] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395346/>
- ⁷¹ LeMoult J, Gotlib I. Depression: A cognitive perspective. Clinical Psychology Review. 2019;69:51-66. [Online] Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735817303914>
- ⁷² Jann MW. Diagnosis and treatment of bipolar disorders in adults: a review of the evidence on pharmacologic treatments. Am Health Drug Benefits. 2014;7(9):489-499. [Online] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4296286/>
- ⁷³ Cackovic C, Nazir S, Marwaha R. Panic Disorder. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; June 25, 2020. [Online] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430973/>
- ⁷⁴ Hirschtritt M, Bloch M, Mathews C. Obsessive-Compulsive Disorder. JAMA. 2017;317(13):1358. [Online] Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2614194>



Anexos

Anexo I. Formações



Lançamentos

Fevereiro 2020

CERTIFICADO

A ALÈS GROUPE PORTUGAL CERTIFICA QUE

MARIANA BATISTA

Participou nos Lançamentos LIERAC, PHYTO e JOWAÉ, que se realizaram no dia 12 de FEVEREIRO de 2020, no Hotel Crowne Plaza - Porto. Esta ação de formação teve a duração de 3h30.

Diretora Técnica e de Formação Portugal
& International Training Manager

Programa

Sessão de Boas-vindas

Novidades JOWAÉ

CUIDADOS DE DUCHE HIDRATANTES
Revitalizante - Energizante - Relaxante

Novidades LIERAC

PHYTOLASTIL
Nova gama antiestrias

MÉSOLIFT

Novo programa de mesoterapia facial

Novidades PHYTO

PHYTOPHANERE
Crescimento, força, volume

PHYTOSPECIFIC
Cabelos texturizados

PHYTOAPAISANT
Couro cabeludo sensível e irritado

Portal de Formação
Alès Groupe

Debate

Encerramento
da sessão

Esta ação de formação foi realizada por:

Joana Nobre

Diretora Técnica e de Formação da Alès Groupe Portugal, International Training Manager Grupo Alès Groupe, Mestre em Ciências Farmacéuticas pela FFUL, Pós-Graduada em Dermofarmácia e Cosmética pelo ISCS-Norte e Pós-Graduada em Branding e Gestão de Imagem pelo IPAM-Lisboa.

Teresa Faria

Farmacêutica do Departamento Técnico e de Formação da Alès Groupe Portugal, Licenciada em Ciências Farmacéuticas pelo ISCS-Norte.

Diana Oliveira

Farmacêutica do Departamento Técnico e de Formação da Alès Groupe Portugal, Mestre em Ciências Farmacéuticas pela FFUC.

LABORATOIRES
LIERAC
PARIS

PHYTO
O PODER VEGETAL

JOWAÉ
NATURELLEMENT SENSIBLE



Certifica-se que Mariana Batista

esteve presente na acção de formação subordinada ao tema:

INFLAMAÇÃO: O INIMIGO SILENCIOSO

realizada pela Pharma Nord, no Hotel Holiday Inn em Gaia,
a 13 de Fevereiro de 2020, com a duração de 3 horas.

Inês Vega
(Directora Técnica)

 **Pharma Nord**



Anexo II. Cuidados adicionais a ter com a pele em contexto de pandemia - cartaz

A SUA PELE TAMBÉM DEVE SER PROTEGIDA

Pele sensível e reativa

Evite produtos com ácido salicílico, retinol, exfoliantes e peelings

Se tiver doença dermatológica continue o tratamento

Se precisar, use gase ou algodão nas zonas de maior fricção

Pele oleosa ou mista

Evite o uso de base ou outro tipo de maquilhagem de rosto

Escolha produtos cosméticos não comedogêneos ou "oil-free"

Mesmo se tiver pele normal ou mista evite cremes ricos



Escolha uma máscara de algodão e substitua-a sempre que esta estiver húmida



Limpe a pele do rosto 2x/dia com produtos de limpeza adequados ao tipo de pele



Aplique um bálsamo labial com frequência



Aplique gotas lubrificantes com frequência

Evite eczemas e dermatites de contacto



Sempre que possível, lave as mãos com água tépida e sabão



Pele sensível: escolha um desinfetante sem perfume e/ou com aloe vera



Seque bem as mãos após lavagem com um toalha, sem esfregar



Aplique um creme emoliente, sem perfume após cada higienização

Anexo II. Perturbações do Espectro do Autismo – Formação Interna

Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)

Formação interna à equipa

Mariana Ferreira Batista

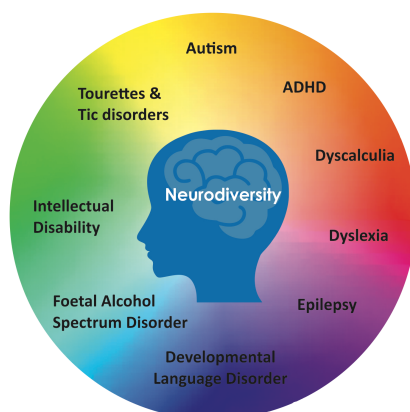
Neurodiversidade

Como existe diversidade de raça e sexualidade também existe de função cognitiva.



O autismo não é uma doença e sim uma perturbação no desenvolvimento neurológico.

- Tentar "curar"/mudar pessoas com autismo 
- Respeitar, integrar e dar ferramentas para atingirem o seu potencial máximo. 





Diagnóstico	
O diagnóstico é ajustado à idade As alterações na comunicação e interação social descritas nas diretrizes da DGS não se restringem às representadas.	Alterações na comunicação e interação social
	Comportamentos restritivos e repetitivos
	➤ Défice na reciprocidade social e emocional; ➤ Dificuldade na compreensão ou utilização da comunicação não-verbal; ➤ Défice em estabelecer e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento.
	➤ Discurso, movimentos motores e uso dos objetos repetitivo ou estereotipado; ➤ Manutenção rígida de rotinas com resistência excessiva à mudança ➤ Fixação extrema ou atípica num item ou tópico – “special interests” ➤ Resposta atípica a informação sensorial



Diagnóstico

Só há diagnóstico de PEA se:

- Apresentar um determinado nº de determinadas características;
- Os sintomas estiverem presentes num período precoce do desenvolvimento*;
- Os sintomas causarem uma perturbação clínica significativa nas áreas sociais, ocupacionais, ou outras áreas importantes do funcionamento atual;
- Estas alterações não são melhor explicadas por uma perturbação do desenvolvimento intelectual ou atraso global do desenvolvimento psicomotor.

*mas podem não se manifestar totalmente até que a exigência social exceda as suas capacidades pessoais, ou podem estar mascarados

Características

MEASURED INTELLIGENCE

Intellectual disability ————— Gifted

SOCIAL INTERACTION

(Making eye contact, enjoying interaction with others, etc.)

Not interested in others ————— A variety of friendships

COMMUNICATION

(Using words correctly to communicate)

Nonverbal ————— Verbal

BEHAVIORS

(Repetitive behaviors, unusual behaviors such as hand flapping, etc.)

Intense ————— Mild

SENSORY

(Response to touch, smell, sound, taste, and feel)

Not very sensitive ————— Very sensitive

MOTOR

(Gross motor, such as walking)

(Fine motor, such as using fingers to grasp a small item)

Uncoordinated ————— Coordinated

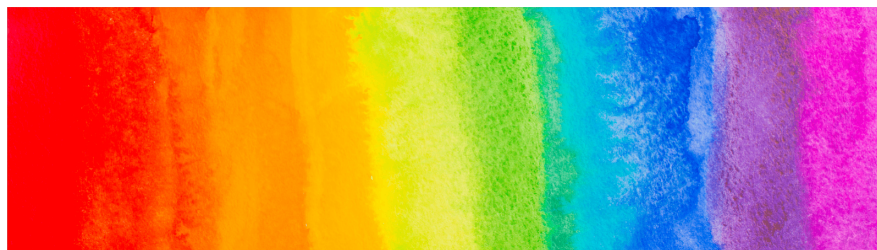
Existe uma grande variedade de características associadas a PEA e elevada variedade na intensidade de cada uma.



Comorbilidades

- Perturbações do sono;
- Impulsividade/Labilidade emocional;
- Ansiedade, depressão, perturbação obsessiva compulsiva (POC);
- Perturbação de hiperatividade e déficit de atenção;
- Perturbação do desenvolvimento intelectual.

Após o diagnóstico, é feita uma classificação de acordo com o tipo de características e comorbilidades e é segundo essa classificação que se faz a indicação terapêutica



Low functioning

Normalmente pessoas não-verbais e/ou com déficit de inteligência

High functioning

Pessoas com mais facilidade em comunicar; QI elevado



Propostas da comunidade autista para alteração do método de diagnóstico

Abolir os termos “low” e “high functioning”

“Low functioning”

- É insultoso: uma pessoa não é menos “funcional” que outra só por ter um maior défice na comunicação ou um QI mais baixo;
- Descredibiliza pessoas que não comunicam verbalmente: não é porque não te conseguires exprimir verbalmente que tens menos a dizer ou que a tua opinião não deve ser tomada em conta.

“High functioning”

- Não é por alguém autista comunicar mais facilmente que precisa de menos apoio que alguém não-vocal;
- O apoio deve ser direccionado para aquilo que a pessoa mais precisa e não canalizar o apoio apenas para as pessoas que têm mais dificuldade na comunicação.



O Papel do Farmacêutico: Outros métodos de apoio

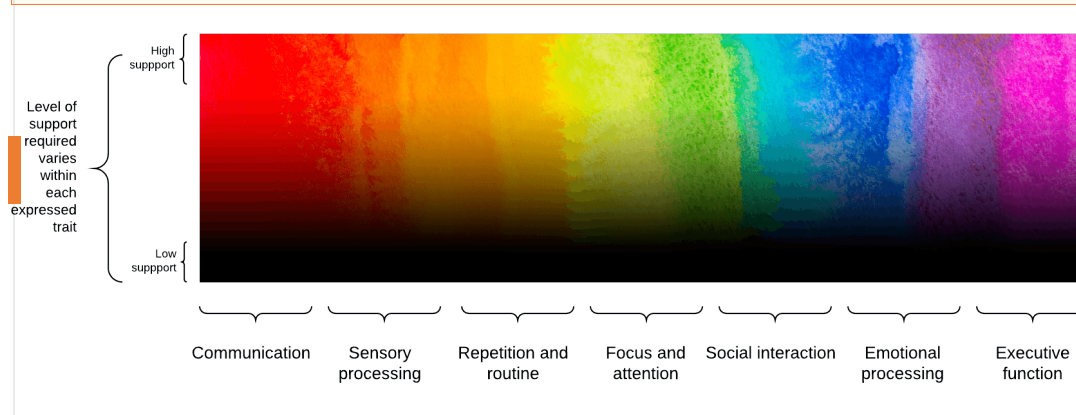


Quartos sensoriais



Brincar em paralelo

Ver o autismo como um espectro, não um gradiente





Mudar os critérios de diagnóstico

- Os critérios de diagnóstico podem ser bastante limitantes pois obrigam a que as pessoas tenham características específicas ou determinado número de características.



- Nem sempre as características são óbvias – algumas pessoas no espectro inconscientemente adquirem formas de comunicação ou socialização imitando o comportamento de pessoas neurotípicas.

 **MASKING**

Diferenças de PEA entre sexos

- Por cada mulher diagnosticada com PEA são diagnosticados 3 homens.



As mulheres normalmente têm mais tendência a mascarar inconscientemente as incapacidades na interação social e comunicação



Pode ser justificado porque as mulheres são, geralmente, mais sensíveis à pressão de se integrarem, pelas expectativas de comportamento social.

- É também mais recorrente as meninas no espectro aprenderem mais vocabulário mais cedo;



O diagnóstico é tendencialmente mais tardio



Diferenças de PEA entre sexos

Table 2

Logistic regression of Autism Diagnostic Interview-Revised

	B	Wald criterion	p value	Exp. (B)
Total sample				
Reciprocal social interaction	0.107	4.787	.029	1.113
Communication	0.105	2.683	.101	1.111
Restricted/repetitive behavior	0.229	6.961	.008	1.258
Abnormal development	0.464	9.215	.002	1.591
Females only				
Reciprocal social interaction	0.114	2.311	.128	1.121
Communication	0.030	0.112	.738	1.030
Restricted/repetitive behavior	0.178	2.889	.089	1.195
Abnormal development	0.515	6.597	.010	1.673
Males only				
Reciprocal social interaction	0.125	3.182	.074	1.133
Communication	0.208	4.323	.038	1.232
Restricted/repetitive behavior	0.289	3.659	.056	1.335
Abnormal development	0.405	2.585	.108	1.499

Resultados mais baixos nos scores de diagnóstico no sexo feminino

Diferenças de PEA entre sexos

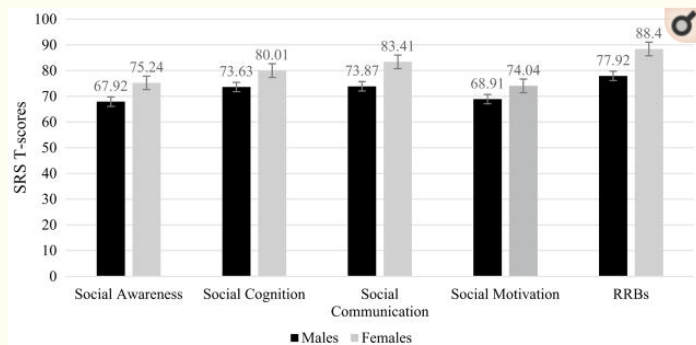
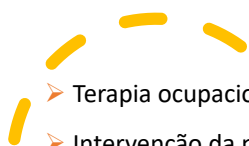


Fig. 1

Sex differences in parent-reported autistic traits on the Social Responsiveness Scale. Note: results shown with standard error bars

Resultados mais altos no sexo feminino nos reports dados pelos pais



- Terapia ocupacional de integração sensorial;
- Intervenção da psicologia clínica;
- Terapia da fala;
- Inclusão educativa em centros de apoio à aprendizagem para a educação de alunos com PEA);
- Psicologia educacional;
- >6 anos: o acima + treino de autonomia e de socialização em contexto ambiental e comunitário;
- Tratamento farmacológico para algumas comorbidades (ex: perturbações do sono, ansiedade...)

TERAPIA (pode incluir)

O Papel do Farmacêutico: Não devemos recomendar

ABA (Applied Behavior Analysis):

- É das terapias mais usadas;
- Ideal que há uma cura para PEA;
- Usa o método de recompensa/castigo para treinar pessoas autistas a comportarem-se como não-autistas;
- As crianças nunca chegam a perceber o porquê de estarem a ser castigadas ou recompensadas;
- Alguns dos métodos chegam a ser claramente abusivos como o uso de choques elétricos;
- Não ensinam as skills que as pessoas com PEA precisam para navegar no mundo como pessoas com deficiência.

Austismspeaks

- Organização/site de informação sobre autismo;
- Espalha a imagem que o autismo é uma doença terrível, que destrói vidas e famílias;
- A comunidade de pessoas com PEA é muito vocal sobre a ofensa, discriminação e desumanização causada por esta organização;



O Papel do Farmacêutico: Saber mais do que as características comuns

Uma pessoa autista pode ter dificuldade em:

- Processar informação;
- Prever a consequência de uma ação;
- Entender o conceito de tempo;
- Completar tarefas simples do dia a dia;
- Usar diferentes expressões faciais e o que significam;
- Saber conduzir uma conversa/quando falar



Suportes que podem ajudar no dia-a-dia de uma pessoa autista:

- Listas, calendários, objetos físicos;
- Colour coding;
- Audios;
- Alarmes para as refeições, para ir dormir;
- Horários

O Papel do Farmacêutico: Outros métodos de apoio



Apoios visuais



Coletes de pressão
Abraço sensorial



Fidget ring
Auto-estimulação



O Papel do Farmacêutico: Outros métodos de apoio

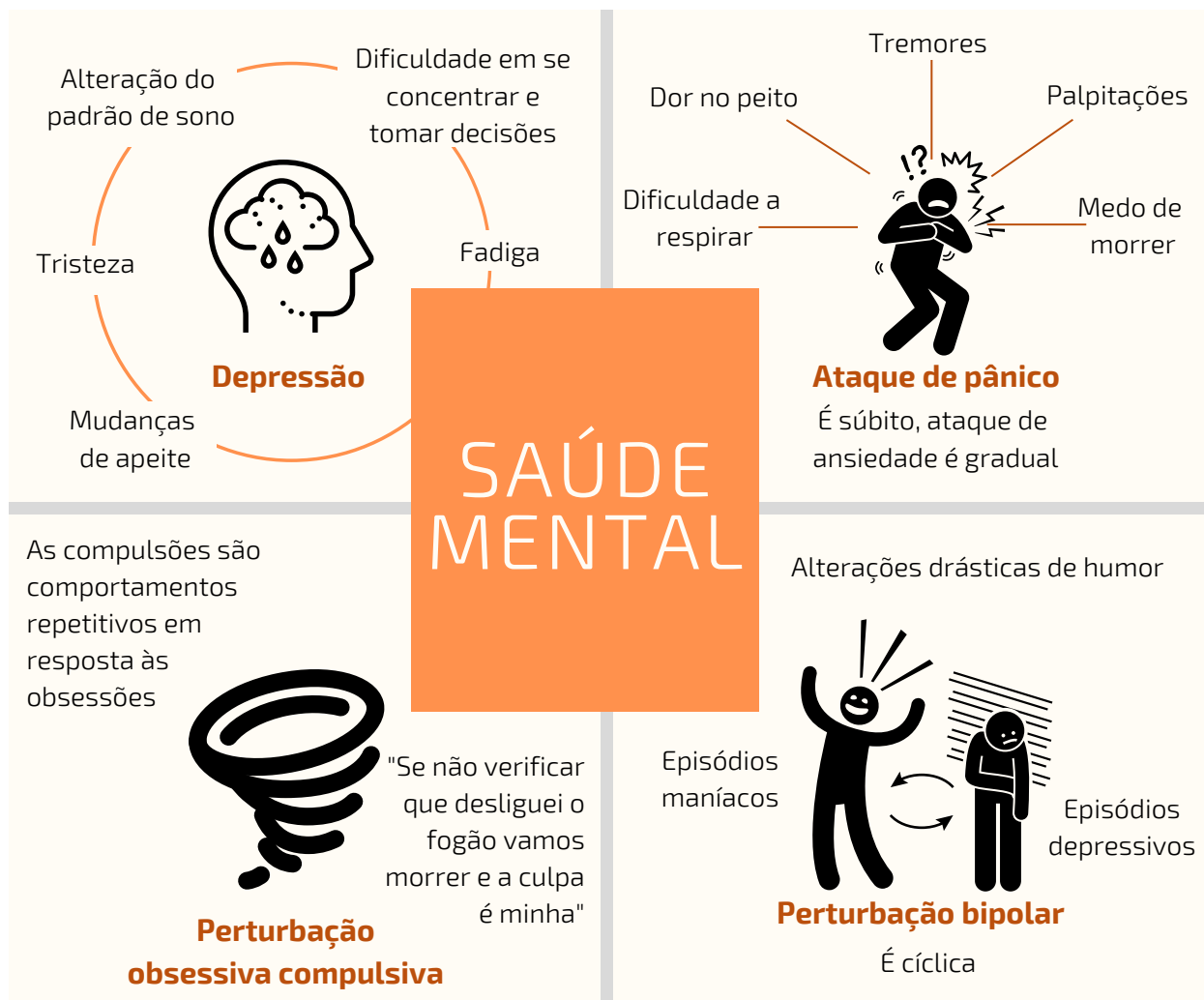


Quartos sensoriais



Brincar em paralelo

Anexo III. A saúde mental e algumas perturbações mentais



**RELATÓRIO
DE ESTÁGIO**
2019 - 2020

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