



U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado
em Ciências Farmacêuticas

Farmácia Pereira da Silva

Ana Isabel Ribeiro Pereira

2015

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Pereira da Silva
Fevereiro de 2015 a Julho de 2015

Ana Isabel Ribeiro Pereira

Orientador : Dra Anabela Pereira da Silva

Tutor FFUP: Prof. Doutora Susana Casal

Setembro 2015

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Ana Isabel Ribeiro Pereira, abaixo assinado, nº 200901225, aluno do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

Nesse sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, ____ de Setembro de 2015

Assinatura: _____

RESUMO

O estágio curricular é o culminar de quatro anos e meio de estudo no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto e, apesar da elevada quantidade de conhecimentos adquiridos só neste última semestre nos é permitido e, de certa forma exigido, colocar em prática tudo o que aprendemos e consiste, também no primeiro contacto com a realidade profissional.

O meu estágio iniciou-se a 4 de Fevereiro de 2015 e terminou a 31 de julho de 2015, sob a orientação do Dr. Anabela Silva. Foram seis meses carregados de experiências e conhecimentos que certamente enriqueceram a minha formação e me proporcionaram ferramentas preciosas para o futuro.

Ao longo deste relatório pretendo relatar tudo aquilo que aprendi e acabei por aplicar ao longo dos seis meses de estágio que realizei.

ÍNDICE

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE	ii
RESUMO	iii
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	vi
PARTE 1	1
1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA FARMÁCIA	2
1.1. LOCALIZAÇÃO E CONTEXTO SOCIAL	2
1.2. RECURSOS HUMANOS E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	2
1.3- ESPAÇO FÍSICO.....	2
1.4- SISTEMA INFORMÁTICO	4
2-GESTÃO DA FARMÁCIA	5
2.1- GESTÃO DE STOCKS	5
2.2 – FORNECEDORES E ENCOMENDAS.....	6
2.3 – RECEÇÃO DE ENCOMENDAS.....	6
2.4 – ARMAZENAMENTO, PRAZOS DE VALIDADE E RESERVAS.....	8
2.5– INCONFORMIDADES NA RECEÇÃO, RECLAMAÇÕES E DEVOLUÇÕES..	9
2.6– RESOLUÇÃO DE NOTAS DE CRÉDITO.....	10
3-DISPENSA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE SAÚDE.....	10
3.1– MSRM.....	11
3.1.1– Receita médica	11
3.1.2– receita eletrônica	13
3.1.3– Dispensa de MSRM e Aconselhamento Farmacêutico.....	14
3.1.4– Comparticipação e Entidades	15
3.1.5– Venda suspensa.....	17
3.1.6– Conferência e correção do receituário.....	17
3.1.7– Dispensa de estupefacientes e psicotrópicos.....	18
3.1.8– Faturação.....	18
3.2– DISPENSA DE MNSRM.....	19
3.2.1– Dispensa de MNSRM por automedicação	19
3.3- MEDICAMENTOS MANIPULADOS	21
3.4- MEDICAMENTOS DE USO VETERINÁRIO.....	21
3.5- PRODUTOS DERMATOLÓGICOS E DE HIGIENE PESSOAL	22
3.6- DISPOSITIVOS MÉDICOS.....	23
4- CUIDADOS FARMACÊUTICOS	23

5- OUTROS SERVIÇOS	23
5.1-CONSULTAS DE NUTRIÇÃO E OPTOMETRIA.....	24
5.2- VALORMED	24
PARTE 2	25
1-LEUCODISTROFIA METACROMÁTICA.....	26
1.1-CONTEXTUALIZAÇÃO	26
1.2-INTRODUÇÃO	26
1.3-APRESENTAÇÃO CLINICA	26
1.4-SINTOMAS NÃO NEUROLÓGICOS.....	27
1.5-DIAGNÓSTICO	28
1.6-TRATAMENTO	29
1.7-RESULTADOS.....	29
2-DISTÚRBIOS ALIMENTARES.....	30
2.1-CONTEXTUALIZAÇÃO	30
2.2-INTRODUÇÃO	30
2.3-ANOREXIA NERVOSA.....	31
2.3.1-COMPLICAÇÕES	31
2.3.2-TRATAMENTO	33
2.4-BULIMIA.....	33
2.4.1-COMPLICAÇÕES	33
2.4.3-TRATAMENTO	34
2.5-ACONSELHAMENTO	35
3-PROTEÇÃO SOLAR	36
3.1-CONTEXTUALIZAÇÃO	36
3.2-RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA.....	36
3.3-UVA.....	36
3.4-UVB.....	37
3.5-CANCRO DE PELE.....	37
3.6-PROTETORES SOLARES	37
3.7-MEDIDAS PREVENTIVAS.....	38
3.8-RESULTADOS.....	39
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	40
ANEXOS.....	42

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ANF – Associação Nacional das Farmácias

AT – Autoridade Tributária

CNP – Código Nacional do Produto

DCI – Denominação Comum Internacional

DL – Decreto-lei

DT – Diretora Técnica

FEFO – “First expired First out”

FFUP – Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

FIFO – “First in First out”

FPS – Fator de protecção solar

IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado

LDM- leucodistrofia metacromática

MG – Medicamento Genérico

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamentos não sujeitos a Receita Médica

MSRM – Medicamentos sujeitos a Receita Médica

NIF – Número de Identificação Fiscal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PV – Prazo de validade

PA- pressão arterial

PVF – Preço de Venda à Farmácia

PVP – Preço de Venda ao Público

UV- Ultravioleta

PARTE 1

1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA FARMÁCIA

1.1. LOCALIZAÇÃO E CONTEXTO SOCIAL

A Farmácia Pereira da Silva, sita na Rua Dona Laurinda Ferreira Magalhães nº 15 em Moreira de Cónegos, freguesia do conselho de Guimarães, distrito de Braga.

A farmácia situa-se numa zona rural com uma elevada afluência de população idosa que constitui uma grande parte dos utentes da farmácia.

1.2. RECURSOS HUMANOS E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Segundo o Decreto-Lei (DL) nº 307/2007 de 31 de Agosto, nomeadamente no Capítulo IV, os colaboradores da Farmácia podem ser divididos em duas categorias: “Quadro farmacêutico” e “Quadro não farmacêutico”. É estabelecido por este DL que as Farmácias devem possuir no quadro farmacêutico pelo menos dois farmacêuticos, sendo uma deles o Diretor Técnico (DT). É também referido que os Farmacêuticos devem constituir a maioria dos colaboradores da Farmácia. Relativamente ao quadro não farmacêutico é estabelecido que os farmacêuticos podem ser coadjuvados por técnicos de farmácia ou outro pessoal devidamente habilitado [1].

Na Farmácia Pereira da Silva a direção técnica está a cargo da Dra. Anabela Pereira da Silva, também proprietária da Farmácia. O quadro não farmacêutico é composto por cinco auxiliares.

Relativamente ao horário de funcionamento a Farmácia Pereira da Silva está aberta de segunda a sábado, das 9h às 21h, e aos domingos das 9h às 13h.

Durante o Estágio o meu horário era, regra geral, entre as 9h00 e as 17h00 com duas horas de almoço entre as 12h00 e as 14h00.

1.3- ESPAÇO FÍSICO

As instalações da farmácia são a base para que a equipa de profissionais possa desempenhar um serviço de qualidade, totalmente dirigido ao utente.

Segundo o DL n.º 307/2007, 31 de agosto [1], as farmácias devem dispor de instalações adequadas a garantir a segurança, conservação e preparação dos medicamentos, bem como a acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes e da equipa técnica.

A Farmácia Pereira da Silva possui, no seu exterior, a cruz verde, tornando-a reconhecível [1] O seu aspeto exterior é composto por duas montras envidraçadas, onde são publicitados vários produtos. Para que esta publicitação atinja a sua finalidade e atraia a atenção dos utentes, é importante a renovação periódica das montras.

Na porta de entrada, existe um painel com todas as informações previstas na lei [1], como o nome da diretora técnica e o horário de funcionamento.

Segundo a Deliberação n.º 2473/07, 28 de novembro [2], as farmácias devem dispor das seguintes divisões: uma sala de atendimento ao público, um gabinete de atendimento personalizado, destinado exclusivamente à prestação de serviços farmacêuticos, um armazém, um laboratório e instalações sanitárias, devendo cada uma ter determinadas áreas mínimas obrigatórias.

A sala de atendimento ao público é, sem dúvida, a área mais importante de qualquer farmácia. Na Farmácia Pereira da Silva, esta sala é ampla, com música ambiente, extremamente iluminada e climatizada, permitindo uma grande comodidade para os utentes e equipa de trabalho. Conta também com uma disposição, devidamente seccionada, dos diferentes lineares de produtos de dermofarmácia, cosmética e puericultura. Espalhados pela sala existem também expositores, destinados a produtos sazonais, facilitando a procura e o interesse nos mesmos.

Nesta área existem quatro postos de atendimento, cada um com o seu computador, impressora de receituário, dispositivo de leitura ótica e leitor do cartão de cidadão, e existem, ainda, um espaço infantil, uma balança digital para determinação do peso corporal, altura e IMC, um medidor da pressão arterial e alguns bancos para os utentes repousarem.

O gabinete de atendimento personalizado, anexo à área de atendimento, permite a prestação de serviços farmacêuticos e uma maior privacidade ao utente que obtém, desta forma, um aconselhamento personalizado e

confidencialidade. Neste determinam-se parâmetros bioquímicos e fisiológicos, tais como a glicémia, o colesterol e o ácido úrico, e procede-se à administração de injetáveis. A Farmácia também tem ao dispor dos clientes consultas de nutrição dadas uma vez por semana por uma nutricionista.

Apesar de não se proceder à preparação de manipulados, existe um pequeno laboratório que possui uma bancada de trabalho e um lavatório para a limpeza do material. No laboratório procede-se à reconstituição de preparações extemporâneas, como as suspensões orais de antibióticos, existindo as matérias-primas necessárias.

Existe ainda uma área destinada à receção e verificação de encomendas. É um espaço multifuncional com um computador ligado a um dispositivo de leitura ótica. Nesta zona existe ainda um frigorífico para que produtos de frio, como as vacinas e insulinas, sejam rapidamente armazenados, aquando da entrada das encomendas. Na zona de armazenamento, estão os módulos de gavetas onde se encontram, essencialmente, os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) cujas formas farmacêuticas são comprimidos/drageias/cápsulas, gotas, supositórios, colírios, geles e pomadas oftálmicas, formulações de uso externo, xaropes, suspensões orais e ampolas, separados por medicamentos de marca e medicamentos genéricos. Estes estão organizados por ordem alfabética e dispostos tendo em atenção o prazo de validade (segundo o método FEFO – *first expired first out*). Num armário separado encontram-se armazenados os estupefacientes e psicotrópicos.

Existem ainda prateleiras para a disposição dos MNSRM de maior rotatividade e que não têm espaço nos lineares, dos MSRM que não cabem nas gavetas e dos produtos de puericultura, dispositivos médicos e material de penso.

No armazém, situado no piso -1, encontram-se os excedentes relativos a produtos, comprados em grandes quantidades, devido a uma rotatividade elevada ou aproveitando as melhores condições de aquisição.

A farmácia possui ainda uma pequena área destinada à direção técnica, onde se exercem as funções de administração e gestão da farmácia.

1.4- SISTEMA INFORMÁTICO

O sistema informático utilizado é o Sifarma 2000®, criado pela empresa Glintt.

Este facilita o aconselhamento e diálogo personalizado com o utente, pois permite o acesso fácil e rápido a informação científica e técnica atualizada e o registo da medicação dispensada e parâmetros bioquímicos medidos. Além de tudo isto, o Sifarma 2000® é um auxiliar na gestão da farmácia, através do registo de vendas, receção de encomendas, controlo de stocks e prazos de validade, controlo de entradas e saídas de psicotrópicos, históricos de vendas e preços, entre outros.

2-GESTÃO DA FARMÁCIA

2.1- GESTÃO DE STOCKS

Uma boa gestão de stocks caracteriza-se pelo equilíbrio entre as encomendas e as vendas, permitindo um serviço eficiente da farmácia, de acordo com a procura dos utentes.

A existência de stocks e a sua gestão são necessárias devido à introdução ou retirada de produtos no mercado, flutuações da procura ou do fornecimento, critérios económicos, dificuldades de armazenamento ou descontos de quantidades.

Através da observação de vendas dos produtos, dos prazos de validade, da sazonalidade dos produtos, das vantagens económicas e de outras variáveis, a gestão da farmácia pode ser otimizada, assegurando sempre a existência das quantidades normalmente necessárias dos produtos. Tendo em conta esta situação, e atendendo à conjuntura atual do nosso país, os stocks estão, regra geral, nos níveis mais baixos possíveis, salvo produtos que têm uma grande rotação ou produtos de média rotação que são adquiridos em campanhas dos fornecedores. Uma grande quantidade de produtos em stock, com baixa ou nenhuma rotação representa um investimento sem retorno e que pode ser prejudicial para a saúde financeira da Farmácia.

Por vezes alguns dos produtos procurados na Farmácia não estão disponíveis quer por rutura de stock, quer por estarem esgotados nos armazenistas ou rateados, não dando resposta às necessidades dos utentes.

Para facilitar toda a gestão realizam-se periodicamente inventários que permitem a comparação entre o stock real e o stock em registo e a correção de erros. Assim, garantimos que os valores no sistema informático são fiáveis, possibilitando um trabalho eficaz.

2.2 – FORNECEDORES E ENCOMENDAS

A Farmácia Pereira da Silva possui 2 fornecedores: Alliance Healthcare e Botelho & Rodrigues.

A Alliance Healthcare realiza, regra geral, 2 entregas diárias (de manhã, e a meio da tarde) e a Botelho & Rodrigues realiza 1 entrega diária (a meio da tarde).

As encomendas diárias para a Alliance Healthcare são realizadas através do SI.

A encomenda diária a Botelho & Rodrigues é realizada pelo telefone. A Farmácia utiliza duas listas correspondentes a cada armazém onde, à medida que se vende um determinado produto, se insere o CNP e a quantidade necessária para repor o stock. É a partir destas listas que são depois realizadas as encomendas. Este método permite que todos os produtos vendidos sejam repostos e evita encomendas de produtos não necessários à farmácia.

As encomendas diretas são realizadas diretamente ao laboratório ou ao representante do produto. Normalmente estas encomendas envolvem uma quantidade elevada de produtos e por isso permitem algum tipo de desconto ou bonificação, representando portanto uma vantagem comercial para a Farmácia.

2.3 – RECEÇÃO DE ENCOMENDAS

A receção de encomendas foi o ponto inicial do meu estágio sendo também o serviço que mais vezes efetuei. Este processo é central e essencial no funcionamento de uma Farmácia, uma vez que permite o controlo de todos os produtos que entram na Farmácia bem como dos respetivos stocks. Foi

também um ponto essencial para mim, enquanto estagiária, uma vez que me permitiu familiarizar com nomes comerciais de medicamentos bem como os respetivos locais de arrumação

Cada armazenista possui uma cor identificativa diferente nas suas banheiras, sendo por vezes diferentes as que contêm produtos de frio como é o caso da Alliance Healthcare.

As faturas devem conter a identificação do fornecedor e da Farmácia bem como o número de Identificação Fiscal (NIF) de ambos, o Código Nacional do Produto (CNP), respetiva denominação, quantidade pedida e enviada, Preço de Venda à Farmácia (PVF), Preço de Venda ao Público (PVP) e o Imposto sobre o valor Acrescentado (IVA) de cada um dos produtos. Caso sejam enviados produtos psicotrópicos, estupefacientes ou benzodiazepinas são enviadas também guias de requisição, em duplicado, que depois são assinadas e carimbadas pela DT. O original desta guia fica na Farmácia enquanto o duplicado é enviado de volta para o fornecedor. No caso da Alliance Healthcare estes documentos são enviados apenas no final de cada mês sob a forma de um resumo.

Após confirmação de que a encomenda se destina à Farmácia Pereira da Silva, procede-se à entrada dos produtos, que deve ser feita o mais brevemente possível, pois é importante o stock informático estar atualizado. Assim, em “Receção de Encomendas”, no SI, procede-se à introdução do número da fatura e, seguidamente introduzem-se os produtos, por leitura ótica do código de cada produto, verificando a correspondência entre este e o código na fatura e conferindo sempre a integridade das embalagens. Introduzem-se, ainda, as quantidades recebidas, os prazos de validade, PVF e PVP, confrontando todos estes parâmetros com os descritos na fatura. Em alguns casos, há produtos faturados que não são enviados, sendo pedida uma nota de crédito ou o envio dos produtos. Noutros casos, os produtos faturados não correspondem aos enviados, sendo devolvidos juntamente com uma reclamação. A receção é terminada e aprovada quando há conformidade entre o número de embalagens recebidas e faturadas e entre o preço total da fatura e o apresentado pelo SI. É também nesta fase necessário imprimir as etiquetas dos MNSRM e dos produtos que não tenham o PVP inscrito.

Durante a receção, poderão surgir no sistema stocks negativos de alguns produtos, tratando-se de produtos que já foram pagos, sendo, aquando da entrada, separados e marcados com os dados dos utentes.

Na receção de psicotrópicos e estupefacientes deve ser sempre tirada uma cópia da fatura em que será assinalado o número do registo, neste caso de entrada, do psicotrópico ou estupefaciente.

2.4 – ARMAZENAMENTO, PRAZOS DE VALIDADE E RESERVAS

O armazenamento dos medicamentos é essencial para o bom funcionamento da Farmácia bem como para um atendimento eficaz. Os medicamentos estão arrumados em armários com gavetas deslizantes, estando separados por forma farmacêutica, estando todas elas dispostas por ordem alfabética

Existe também um armário com prateleiras para produtos do protocolo da diabetes

(lancetas, tiras e medidores). Os medicamentos de frio, como dito anteriormente, encontram-se no frigorífico.

Os psicotrópicos e estupefacientes encontram-se guardados á parte. Na zona de atendimento ao público estão dispostos em prateleiras produtos de dermocosmética, produtos de puericultura, produtos de higiene oral, medicamentos de venda livre, produtos de nutrição bem como alguns dispositivos médicos. A disposição dos mesmos varia sazonalmente ou conforme existam campanhas de promoção ou semelhantes.

A correta perceção da disposição dos medicamentos e produtos de saúde na Farmácia foi muito provavelmente o passo-chave para a minha integração nos processos de trabalho da Farmácia.

O armazenamento dos produtos faz-se segundo os sistemas FEFO (*first expire first out*) e FIFO (*first in first out*), no primeiro sistema verificam-se quais os produtos com PV (Prazo de validade) inferior e dispõem-se de forma que estes sejam vendidos em primeiro lugar. No caso de se dar entrada de um produto com a mesma validade do existente recorre-se ao sistema FIFO, dispondo-se o produto já existente de forma que seja vendido em primeiro lugar.

Periodicamente é retirada uma listagem dos produtos cujo prazo de validade termina no mês seguinte. Depois de confirmado o prazo de validade dos produtos individualmente, são devolvidos até ao dia 10 de cada mês aqueles que apresentem o seu prazo de validade a expirar.

2.5– INCONFORMIDADES NA RECEÇÃO, RECLAMAÇÕES E DEVOLUÇÕES

Durante a receção de uma encomenda podem surgir várias inconformidades, como a receção de produtos não pedidos e faturados, receção de produtos com prazo de validade curto, embalagens danificadas ou produtos faturados e não enviados.

Para resolver estas inconformidades pode recorrer-se a uma reclamação ou a uma devolução.

Uma reclamação é realizada por telefone diretamente para o fornecedor e recorre-se a este procedimento na maioria das vezes devido a produtos faturados e não enviados. Nesta situação o produto em falta é creditado e o operador do fornecedor dá um número de reclamação de forma que o desenvolvimento da mesma seja acompanhado.

A devolução é o procedimento mais utilizado para resolver inconformidades.

Nesta situação é criada uma devolução onde são inseridos os produtos e respetivos dados bem como o número da fatura em causa e o motivo da devolução. De seguida é gerada uma nota de devolução com um código que é comunicado automaticamente à Autoridade Tributária (AT). Esta nota de devolução é gerada em triplicado, estando o original e duplicado, bem como uma cópia da fatura, destinados para o transporte pelo fornecedor e o triplicado é destinado à Farmácia, sendo assinado e carimbado pelo fornecedor no momento de levantamento da devolução. A execução de uma devolução só é possível depois de conferida por um outro elemento da equipa da Farmácia, assinando o triplicado como comprovativo de conferência da devolução. Este triplicado fica pendente na Farmácia até à receção da nota de crédito.

Desde o primeiro dia que fui familiarizada quer com devoluções quer com reclamações o que me permitiu adquirir alguns conhecimentos importantes para a compreensão deste procedimento.

2.6– RESOLUÇÃO DE NOTAS DE CRÉDITO

Quando o fornecedor aceita uma devolução é enviada algum tempo mais tarde uma nota de crédito dessa mesma devolução. Para resolução de uma nota de crédito deve procurar-se o triplicado da nota de devolução que ficou pendente e confirmar se todos os produtos constam da nota de crédito, caso isso se suceda o triplicado é rejeitado e a nota de crédito (que está suspensa no SI) é resolvida, sendo arquivado o original e o duplicado da nota de crédito para efeitos contabilísticos. Caso não estejam todos os produtos da nota de devolução presentes na nota de crédito assinalam-se apenas os produtos presentes na nota de crédito e arquiva-se o triplicado da nota de devolução, aguardando por outra nota de crédito.

Quando o fornecedor não aceita uma devolução, vai reenviar os produtos juntamente com uma guia de remessa. Nesta situação dá-se reentrada dos produtos no stock ou caso o prazo de validade tenha expirado é gerada uma quebra dos produtos.

3-DISPENSA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE SAÚDE

Os processos descritos anteriormente são essenciais para o bom funcionamento da Farmácia e representam um papel central na sua organização, no entanto, é a dispensa de medicamentos e produtos de saúde que representa a maior fatia de receitas de uma Farmácia. É também quando da dispensa que o Farmacêutico contacta com o cliente, e tem um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde e aconselhamento. Segundo o DL nº176/2006, de 30 de agosto os medicamentos de uso humano estão

divididos em duas classes: Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) [2].

3.1– MSRM

Os MSRM, para serem considerados como tal, devem obedecer a uma das seguintes condições [2]:

- a) 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 [2];
- b) 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 [2];
- c) Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar [2];
- d) Destinem-se a ser administrados por via parentérica [2].

Estes medicamentos podem ser levantados exclusivamente na Farmácia e com apresentação obrigatória de Receita Médica.

3.1.1– Receita médica

A Receita Médica é um documento que permite a dispensa de MSRM e cujo modelo é regulamentado pela Portaria n.º 224-A/2013 de 9 de julho e que veio proceder a alterações à Portaria 137-A/2012 de 11 de maio.

Para uma Receita Médica ser válida necessita de cumprir alguns requisitos como estar dentro do prazo de validade (6 meses ou 30 dias), ter o número de receita, local de prescrição, identificação do médico, identificação do doente, número de beneficiário do subsistema e entidade responsável (caso se aplique), regime especial de participação (se aplicável), assinatura do Médico prescriptor, identificação das Substâncias ativas por Denominação

Comum Internacional (DCI), forma farmacêutica, dosagem, quantidade, dimensão da embalagem e denominação comercial (se aplicável).

Em cada receita médica podem ser prescritos até quatro medicamentos distintos, não podendo, em caso algum, o número total de embalagens prescritas ultrapassar o limite de duas por medicamento, nem o total de quatro embalagens, exceto medicamentos prescritos em embalagem unitária, os quais podem ser prescritos num número até 4 embalagens por receita [3].

A denominação comercial de um medicamento pode ser incluída na Receita Médica em duas situações:

- a) Prescrição de medicamento com substância ativa para a qual não exista medicamento genérico participado ou para a qual só exista original de marca e licenças [3];
- b) Justificação técnica do prescritor quanto à impossibilidade de substituição do medicamento prescrito [3].

As justificações técnicas podem ser de três tipos:

- a) Prescrição de medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, conforme informação prestada pelo INFARMED, I. P. [3];
- b) Suspeita, previamente reportada ao INFARMED, I. P., de intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial [3];
- c) Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias [3].

Atualmente as receitas são maioritariamente eletrónicas, havendo no entanto casos em que a prescrição pode ser manual. Para esta prescrição manual o prescritor tem que justificar com uma das 4 exceções seguintes:

- a) Falência do sistema informático [3];
- b) Inadaptação fundamentada do prescritor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem profissional [3];
- c) Prescrição ao domicílio [3];

d) Outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês [3].

Durante o meu estágio fui-me familiarizando aos poucos com as Receitas Médicas de forma a estar preparado para quando começasse o atendimento ao público não cometer erros. Fui desde cedo responsável por datar e separar as receitas pelos respetivos lotes o que facilitou muito a minha aprendizagem a este nível. Foi-me chamada a atenção desde logo para o prazo de validade da Receita Médica que por vezes está ultrapassado por descuido do doente.

Ao longo do tempo fui diminuindo gradualmente os erros ao nível do aviamento de receitas, pelo que considero que esta é uma situação, que apenas com a experiência e cometendo alguns erros, se consegue minorar. Considero que aprendi rapidamente e só residualmente cometi o mesmo tipo de erro duas vezes. É também importante estar atento quando a receita é assinada pelo doente para este não a guardar e levar para casa. O aviamento de receitas é um procedimento de grande responsabilidade e que exige o máximo de atenção em todos os momentos.

3.1.2– receita eletrónica

Durante o meu período de estágio iniciou-se o processo de receita eletrónica. O objetivo será, quando finalizado, possibilitar ao utente o acesso às suas receitas na farmácia apresentando o cartão de cidadão acabando-se assim com a receita em papel. Por enquanto o sistema ainda está em fase inicial e por isso temos duas opções de tratar uma receita medica no SI: fazer como receita eletrónica ou como receita normal. Nos casos da receita eletrónica a receita é imediatamente conferida pelo sistema e os organismos de participação pertencentes ao SNS, exceções e outros casos são tratados automaticamente pelo sistema. As receitas eletrónicas são separadas em dois lotes: lote 99x (sem erros de validação) e lote 98x (com erros de validação). Além disso, foi instaurado no SI um novo processo de validação em que no final, independentemente do procedimento escolhido e de haver ou não receita medica tem de voltar a ler opticamente todos os produtos dispensados para garantir que não houve erros de dispensa e quantidade. Este novo sistema

facilita muito a conferência por parte do farmacêutico pois garante que a dispensa foi feita corretamente.

3.1.3– Dispensa de MSRM e Aconselhamento Farmacêutico

Para a Dispensa de MSRM no SI é necessário aceder ao menu “atendimento” de seguida escolhe-se a opção receita médica (F3) e em seguida passa-se no leitor ótico o código de barras ou digita-se o CNP. No caso da prescrição por DCI passa-se o código que consta na Receita Médica e automaticamente o SI providencia os medicamentos disponíveis do respetivo grupo homogéneo. No caso de um medicamento compartilhado digita-se a Entidade de participação correspondente. É necessário ter muita atenção se o código da receita corresponde ao CNP do medicamento e se a quantidade de embalagens dispensadas está de acordo com o que consta na receita. O SI permite a consulta do histórico de um cliente (caso tenha ficha de cliente criada), facilitando assim a resolução de situações, como saber qual o laboratório de um determinado Medicamento Genérico que aquele doente costuma levar. Para finalizar uma venda o SI pede o nome e número de contribuinte.

No verso da Receita Médica, são impressos os dados da venda como a designação e CNP dos produtos, quantidades dispensadas, designação das entidades de participação e outras informações. O verso da receita deve ser sempre assinado pelo doente ou por quem comprou a medicação e deve também confirmar se exerceu ou não opção pelo medicamento.

Uma parte importante do papel do Farmacêutico enquanto profissional de saúde é a prestação do Aconselhamento Farmacêutico. Apesar de este ser o serviço mais prestado por qualquer Farmácia, é um serviço totalmente gratuito mas que se reveste de extrema importância para os doentes. O Farmacêutico aquando da dispensa deve esclarecer o doente, de forma oral ou escrita, das informações que considere relevantes como posologia, adesão, contraindicações ou outras. A importância dada a este processo, pelos doentes, tem vindo a diminuir com a emissão dos Guias de Tratamento

juntamente com as Receitas Médicas, e apesar de esta emissão de Guias de Tratamento ser extremamente importante para a adesão à terapêutica, pode representar um revés no papel da Classe Farmacêutica se esta não estiver à altura das mudanças que se verificam e do aumento de conhecimento e informação que os doentes dispõem atualmente. É fundamental que um Farmacêutico tenha ao longo de toda a sua vida uma formação contínua e com a maior qualidade possível.

3.1.4– Participação e Entidades

A participação de medicamentos é um processo que permite uma repartição dos encargos dos doentes com a sua saúde. Neste processo de participação o doente vai pagar apenas uma percentagem do seu medicamento.

A principal entidade participadora é o Sistema Nacional de Saúde (SNS) através de Subsistemas de participação. Destes subsistemas os que abrangem a maioria dos portugueses são o 01 (Regime de participação geral) e o 48 (Regime de participação geral para pensionistas ou reformados). Existem ainda outros subsistemas do SNS como o 21 (Lúpus e hemofilia), 45 (Participação por Despacho ou Portaria de Regime Geral), 49 (Participação por Despacho ou Portaria de Regime de Reformado ou Pensionista), 46 (Regime de participação para migrantes) entre outros. Subsistemas com ADSE, exército (ADM) e forças de segurança (SAD-GNR e PSP) atualmente são participados através do Regime de Participação Geral, tem no entanto que ser indicado o número de beneficiário do Subsistema.

Existem também sistemas de participação por complementaridade como é o caso dos SAMS, EDP-Savida ou CGD e que são relativos ao empregador ou sistemas de participação relativas a seguros de saúde como a Multicare® e a Fidelidade Mundial®. Este tipo de participação tem o valor padrão de participação do SNS e um outro valor complementar participado pela entidade existindo por vezes a possibilidade de a participação do medicamento ser total. Para este tipo de participação é necessária a

impressão da Receita (para o SNS) e de uma cópia (para a entidade de participação complementar). Caso se aplique, a cópia da receita deve ter colada uma cópia do cartão que comprove a participação complementar ou o número de beneficiário escrito à mão.

Existem também participações para medicamentos específicos como é o caso da Betmiga®.

Para determinar a participação de um medicamento, estes encontram-se divididos em quatro escalões de participação: Escalão A (95%), Escalão B (69%), Escalão C (37%) e Escalão D (15%) [4].

No caso de um Regime Especial de Participação (Reformados ou Pensionistas) o valor da participação é acrescido em 5% no caso do Escalão A e em 15% nos restantes Escalões. A participação do Estado no preço dos medicamentos para os beneficiários do regime especial de participação de medicamentos é de 95% para o conjunto dos escalões, para os medicamentos cujos preços de venda ao público sejam iguais ou inferiores ao quinto preço mais baixo do grupo homogéneo em que se inserem [4,5].

Foi essencial para mim familiarizar-me inicialmente com as entidades de participação e os respetivos procedimentos para cada uma. É importante verificar se o doente usufrui ou não de Regime Especial de Participação, qual a Entidade, se é preciso indicar o número de beneficiário ou não, a presença de DL ou portarias ou a necessidade de tirar cópia à Receita Médica ou ao cartão de beneficiário. Considero que só após um domínio considerável destes processos se consegue realizar um aviamento de receitas sem erros.

A Portaria nº 364/2010, de 23 de junho, atualizada pelo Despacho n.º 4294-A/2013, estabelece regime de preços e participações para os reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e as agulhas, seringas e lancetas destinadas a pessoas com Diabetes mellitus. Este protocolo tem um subsistema de participação especial, mediante apresentação de Receita médica, em que os reagentes são participados em 85% e as agulhas, lancetas e seringas são participadas em 100%.

Com a chegada da receita eletrónica tudo se tornou mais fácil pois todos estes processos são feitos pelo SI de forma automática. No entanto, é importante continuar familiarizada com estes conceitos para os casos em que ainda não é

possível fazer eletronicamente a receita (por exemplo receitas escritas à mão e falhas temporárias do sistema).

3.1.5– Venda suspensa

Uma venda suspensa é um procedimento através do qual se efetua uma venda de um medicamento sem processar a Receita Médica. Este procedimento pode ser realizado em duas situações: o doente não quer a totalidade dos medicamentos da Receita Médica, pretendendo comprá-los mais tarde por razões económicas ou outras, ou o doente está a tomar medicação crónica e não tem receita ou porque se esqueceu em casa ou porque ainda aguarda consulta com o Médico para lhe ser passada nova receita.

Neste processo o doente paga a totalidade do preço do medicamento e o SI gera um registo que pode ser inserido novamente aquando da apresentação da Receita Médica. Este registo pode ser inserido através do número da venda suspensa (pode ler-se diretamente por leitura óptica).

Após inserida a venda suspensa é efetuada a comparticipação e o doente vai receber o respetivo valor podendo a Receita Médica ser processada de seguida.

A realização de uma venda suspensa nunca é efetuada no caso de o medicamento ser um Antibiótico ou um medicamento sujeito a controlo especial como o caso dos Psicotrónicos ou Estupefacientes.

3.1.6– Conferência e correção do receituário

A conferência e correção de Receituário representam uma parte importante do trabalho desempenhado por um Farmacêutico, isto permite detetar desde logo qualquer tipo de erro que possa ter existido no aviamento da receita.

A Receita Médica depois de impressa no verso e assinada pelo doente, tem de ser verificada e conferida, este processo na Farmácia Pereira da Silva é realizado, obrigatoriamente, por duas pessoas. De seguida é necessário proceder às correções dos erros detetados. Neste aspeto tive oportunidade de conferir algumas receitas bem como proceder à sua correção.

3.1.7– Dispensa de estupefacientes e psicotrópicos

A Dispensa de estupefacientes e psicotrópicos está sujeita a um controlo especial

Aquando da dispensa, o SI apresenta um painel que deve ser preenchido com alguns dados como a identificação do prescritor, os dados do doente e os dados de quem levantou o medicamento (podendo ou não ser a mesma pessoa que o doente), estes dados incluem nome, número e validade do documento identificação, dada de nascimento e morada da pessoa que vai comprar o medicamento.

Depois de impresso o verso da receita é necessário que esta seja carimbada e assinada pela DT ou Farmacêutica Adjunta, sendo depois tirada uma cópia para registo na Farmácia. Para além disto é também necessário registar o número do movimento de medicamento Sujeito a Controlo Especial.

Durante o meu estágio foi-me possível realizar algumas destas vendas pelo que considero que adquiri experiência suficiente para dispensar estes medicamentos com segurança.

3.1.8– Faturação

Depois de conferidas e corrigidas as Receitas Médicas são separadas por entidade e loteadas. Na Farmácia Pereira da Silva opta-se por lotear as receitas ao longo do mês de forma a ter um controlo na organização das receitas.

Cada lote é composto por 30 receitas do mesmo organismo. No final do mês o último lote pode não ter 30 receitas e, nesse caso, este é fechado com o número de receitas existentes independentemente de qual seja. Ao processar um lote o SI vai emitir um Verbete que não é mais que um resumo das receitas que compõem o lote. Este verbete deve ser carimbado e assinado pelo operador.

No final de cada mês é fechada a faturação no último lote de cada Entidade e é impresso um resumo dos lotes bem como a fatura relativa a cada Entidade. As

receitas do SNS são faturadas em conjunto independentemente do subsistema de comparticipação e enviadas para o CCF (Centro de Conferência de Faturas) e as receitas relativas às restantes entidades são enviadas para a ANF (Associação Nacional das Farmácias), para serem enviadas às entidades correspondentes.

3.2– DISPENSA DE MNSRM

Medicamentos não sujeitos a Receita Médica, são medicamentos que não preenchem qualquer um dos requisitos necessários para um medicamento ser considerado MSRM. Estes medicamentos não são comparticipados, salvo nos casos previstos na legislação que define o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos [2]. A dispensa de MNSRM é realizada para tratamentos de curta duração, alívio de transtornos menores ou alguma sintomatologia. Estes medicamentos são normalmente de venda livre, sendo o PVP atribuído pela Farmácia que decide assim as margens de comercialização.

Estes medicamentos são dispensados por indicação Farmacêutica ou por automedicação. A elevada frequência com que os doentes recorrem à Farmácia para adquirir este tipo de medicação é reflexo da proximidade entre os doentes e a Farmácia mas corresponde também a uma demonstração da grande confiança que o público em geral tem no trabalho dos Farmacêuticos.

Foi neste tipo de dispensa que mais vezes tive dúvidas e tinha por vezes de fazer perguntas ou procurar a informação que necessitava antes de dispensar o medicamento.

Neste tipo de situação, usualmente, o Farmacêutico é o único profissional de saúde que tem contacto com o doente, pelo que o nível de responsabilidade aumenta consideravelmente.

3.2.1– Dispensa de MNSRM por automedicação

A automedicação é a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento

de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde. Esta é uma prática que é usada no caso de transtornos mais recorrentes, em que há um conhecimento geral do tipo de medicação indicada para a situação [6].

Apesar de este tipo de dispensa ser baseado na Automedicação e na escolha da terapêutica pelo doente, não pode deixar de haver um cuidado especial por parte do Farmacêutico procurando detetar qualquer contraindicação para o doente. Para isto é sempre necessário procurar fazer algumas perguntas que ajudem a perceber qual a real situação do doente bem como mais alguns dados que permitam detetar perigos para o mesmo. É também muito importante prestar informação aos doentes, pois muitas vezes dão a sensação de conhecer o medicamento e não têm informação suficiente para o utilizar.

Deve haver sempre consciência por parte do Farmacêutico que no caso de detetar que a situação é grave o doente deve ser encaminhado para o médico. Alguns medicamentos como por exemplo antibióticos estão fora de questão no que toca a automedicação, no entanto alguns doentes procuram obtê-los na Farmácia sem receita médica havendo uma certa dificuldade em explicar que se trata de uma questão de saúde pública.

3.2.2-Dispensa de MNSRM por Aconselhamento Farmacêutico

Segundo o Guia de Boas Práticas de Farmácia, da Ordem dos Farmacêuticos, “a indicação farmacêutica é o ato profissional pelo qual o farmacêutico se responsabiliza pela seleção de um medicamento não sujeito a receita médica e/ou indicação de medidas não farmacológicas, com o objetivo de aliviar ou resolver um problema de saúde considerado como um transtorno menor ou sintoma menor, entendido como problema de saúde de carácter não grave, autolimitante, de curta duração, que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente.” [7].

Em muitas situações os doentes recorrem à Farmácia com dúvidas sobre algum tipo de transtorno ou sintoma, procurando informação e ajuda sobre o mesmo. Nesta situação o Farmacêutico deve procurar questionar sobre a situação obtendo assim o maior número de informações possíveis para aconselhar o tratamento mais adequada ao caso. Há sempre que ter em conta

variados fatores que influenciam o tipo de tratamento como por exemplo sexo, idade, patologias existentes, outra medicação que o doente esteja a tomar entre outros, mas também é fundamental procurar desde logo adequar a linguagem e as formas de comunicação ao doente em questão para transmitir confiança não só para aumentar a adesão à terapêutica mas também para que o doente possa expor as suas dúvidas e desconfianças de forma aberta e clara.

Em algumas destas situações sabia exatamente qual o medicamento que devia dispensar, noutras situações, e sobretudo no início do Estágio surgiam-me mais dúvidas pois desconhecia quais os medicamentos que por hábito eram dispensados na Farmácia para determinada situação, tendo em conta segurança, número de existências e eficácia para o tratamento.

3.3- MEDICAMENTOS MANIPULADOS

Os medicamentos manipulados são “qualquer fórmula magistral ou preparado officinal preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico;” [8].

Na Farmácia Pereira da Silva a produção de Medicamentos manipulados ocorre apenas espontaneamente e existe um reduzido número de medicamentos preparados. A grande maioria de Medicamentos manipulados é pedida a outras farmácias, sendo a mais usual a Farmácia Barreiros no Porto. Durante o meu estágio não tive a oportunidade de produzir medicamentos manipulados.

3.4- MEDICAMENTOS DE USO VETERINÁRIO

Medicamento veterinário é toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-

veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas [9].

Na Farmácia Pereira da Silva a grande maioria dos Medicamentos Veterinários vendidos são para animais de estimação como cães e gatos, no entanto estes medicamentos não representam uma grande fatia das vendas da Farmácia.

A maioria dos Medicamentos Veterinários vendidos na Farmácia Pereira da Silva são antiparasitários internos ou externos.

Tive oportunidade de em variadas situações dispensar medicamentos deste tipo, porém senti algumas dificuldades sobretudo inicialmente devido ao facto de nunca ter tido formação para este tipo de medicamentos. Apesar deste constrangimento com o tempo e a experiência comecei a sentir-me bastante segura para uma dispensa adequada e confiante.

3.5- PRODUTOS DERMATOLÓGICOS E DE HIGIENE PESSOAL

Estes produtos são designados como qualquer substância ou preparação 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 [10].

No contexto atual do setor da Farmácia em Portugal, este tipo de produtos são cada vez mais uma mais-valia no que toca à gestão financeira e aos ganhos de uma Farmácia uma vez que são produtos em que a margem é definida pela Farmácia e com os quais existe a possibilidade de realizar vendas cruzadas.

Ao longo do meu tempo de Estágio fui aprendendo as diferentes características dos diversos produtos bem como as diferenças entre cada gama bem como as vantagens e desvantagens entre elas. Como é uma área onde estão constantemente a surgir produtos novos e inovadores é necessário para o Farmacêutico ir sempre procurando formação de forma a responder da forma mais adequada aos novos desafios e tendências.

3.6- DISPOSITIVOS MÉDICOS

Os dispositivos médicos são instrumentos, aparelhos, software, materiais ou artigos usados nos humanos para fins de diagnóstico, prevenção, controlo ou tratamento.

São produtos disponibilizados nas farmácias. Na Farmácia Pereira da Silva este tipo de produtos não é muito procurado, estando entre os mais vendidos: material de penso, termómetros, seringa, compressas e testes de gravidez. É importante a formação do farmacêutico nesta área, uma vez que deve ser realçado e até exemplificado o modo de utilização dos produtos.

4- CUIDADOS FARMACÊUTICOS

As Farmácias são, nos dias de hoje, mais do que locais onde são vendidos medicamentos e produtos de saúde, são locais em que são prestados cuidados de saúde à população em geral. A procura de apoio e aconselhamento farmacêutico em questões de Saúde Pública como medição de parâmetros bioquímicos, pressão arterial, administração de injetáveis ou mesmo Primeiros Socorros tem um impacto imensurável ao nível do descongestionamento de serviços Hospitalares ou em Centros de Saúde o que permite uma maior fluidez no funcionamento dos mesmos. Será certamente este dos maiores méritos das Farmácias como agentes de Saúde Pública.

Na Farmácia Pereira da Silva são realizados testes de Colesterol Total, Triglicérideos, Glicémia, ácido úrico bem como medição da pressão Arterial (PA). Estes testes são realizados no gabinete do utente com toda a segurança e privacidade. Durante o meu estágio não tive oportunidade de realizar estes testes uma vez que na Farmácia Pereira da Silva estes estão exclusivamente a cargo da DT.

É importante salientar que os testes bioquímicos realizados na Farmácia não têm efeitos de diagnóstico tendo apenas um carácter de rastreio.

5- OUTROS SERVIÇOS

5.1-CONSULTAS DE NUTRIÇÃO E OPTOMETRIA

No contexto atual da Farmácia em Portugal torna-se necessário acrescentar novos serviços à Farmácia, que tenham como objetivo final a promoção da Saúde nos clientes da Farmácia aumentando também a fidelização.

Na Farmácia Pereira da Silva existem consultas de Nutrição e Optometria. Relativamente às consultas o meu papel foi sobretudo realizar marcações quando solicitado bem como sugerir consultas ou um rastreio no caso de achar necessário.

5.2- VALORMED

A VALORMED, criada em 1999, é uma sociedade sem fins lucrativos que tem a responsabilidade da gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso. Resultou da colaboração entre a Indústria Farmacêutica, Distribuidores e Farmácias em face da sua consciencialização para a especificidade do medicamento enquanto resíduo [11].

Este programa decorre de forma contínua e permite que os clientes da Farmácia, quando assim o desejarem, possam entregar as embalagens vazias de medicamentos na Farmácia de maneira a que sejam tratadas como resíduos peculiares que são. Para uma eficácia maior na recolha destes resíduos o Farmacêutico deve ir informando os doentes desta campanha tendo em vista a consciencialização da sociedade em geral uma vez que esta não é só uma questão ambiental mas acima de tudo uma questão de saúde pública.

Os contentores quando estão cheios são fechados, pesados e selados para serem transportados pelo armazenista aquando da entrega das encomendas. No momento do levantamento o operador do fornecedor preenche um papel e carimba, garantindo assim que procedeu ao transporte do contentor. O armazenista depois encaminha o contentor para a VALORMED onde este será destruído

PARTE 2

1-LEUCODISTROFIA METACROMÁTICA

1.1-CONTEXTUALIZAÇÃO

Aquando do meu estágio na Farmácia Pereira da Silva tive contacto com um doente cujo neto de 2 anos sofre de leucodistrofia metacromática. Nunca tendo ouvido falar desta doença fiquei com curiosidade de descobrir um pouco mais. Além disso, nenhum dos restantes funcionários da Farmácia tinha qualquer informação sobre esta doença pelo que uma pesquisa iria, não só satisfazer a minha curiosidade, mas também possibilitar aos restantes funcionários um maior conhecimento desta doença e uma melhor ideia de como agir e aconselhar este avô.

1.2-INTRODUÇÃO

A leucodistrofia metacromática (LDM) é uma doença autossómica recessiva causada pela deficiência em arilsulfatase A, uma enzima lisossomal que catalisa o primeiro passo na degradação de glicolípidos sulfatados que são componentes essenciais na bainha de mielina. Os glicolípidos sulfatados não degradados acumulam-se no sistema nervoso central e nervos periféricos levando a uma desmielinização progressiva e dano neurológico severo. [12]

A LDM tem uma frequência observada de 1,4-1,8:100000. [13] Há, no entanto razões para crer que a doença não tem tido sido diagnosticada de forma eficaz globalmente, o que pode significar um elevado número de casos por diagnosticar que iriam subir de forma substancial este valor. [14]

1.3-APRESENTAÇÃO CLINICA

A doença é classificada de acordo com a idade de instalação: infantil (0,5-2 anos), juvenil (2-6 anos), juvenil tardio (6-16 anos) e adulta (16 anos). Os tipos infantil e juvenil são os mais frequentes, apresentando um fenótipo mais severo

e progridem rapidamente para manifestações clínicas, como atraso no desenvolvimento, ataxia, disfagia, cegueira, surdez, fraqueza, convulsões.[15]

A forma infantil surge antes dos 30 meses de idade e é caracterizada por uma evolução rápida com regressão psicomotora que leva a ataxia, fraqueza e diminuição dos reflexos. Algumas crianças apresentam apenas sintomas de neuropatia periférica durante vários meses até que o comprometimento do sistema nervoso central se torna aparente. À medida que a doença progride os pacientes começam a sofrer de disfagia e excessiva produção de saliva, tornando na maioria dos casos necessário recorrer a gastrotomia como via de alimentação. A morte ocorre alguns anos após o início dos sintomas. [15]

Na forma juvenil da doença os primeiros sinais são geralmente uma deterioração do rendimento escolar e anormalidades no comportamento. Os primeiros sinais neurológicos são ataxia e síndrome do piramidal levando muitas vezes a problemas em andar.[15]

No início a progressão da doença é mais lenta do que na forma infantil mas, uma vez que os sintomas neurológicos se tornem mais evidentes o declínio é rápido. A espasticidade torna-se proeminente e muitos pacientes desenvolvem também epilepsia. O estadió final da doença tem duração variável, podendo prolongar-se por vários anos.

A variante adulta tem um início insidioso após os 16 anos de idade. Os primeiros sintomas são geralmente mudanças intelectuais e comportamentais tais como défices na memória e instabilidade emocional. Em pacientes adultos com LDM acontecem frequentemente alterações psiquiátricas que levam por vezes a diagnósticos incorretos de doença de défice de atenção, esquizofrenia e psicose.[15]

A progressão da doença é geralmente a mais lenta das 3 variantes, com a morte a ocorrer décadas após o início dos sintomas.[15]

1.4-SINTOMAS NÃO NEUROLÓGICOS

Além dos sintomas neurológicos a doença pode causar também sintomas nos órgãos viscerais. O órgão mais frequentemente afetado é a vesícula biliar com problemas como espessamento das paredes, pedras, colecistite e um aumento

ou diminuição significativa do tamanho do órgão. O diagnóstico da LDM precede geralmente o envolvimento deste órgão. No entanto, há casos em que a presença de pólipos na vesícula biliar foi o primeiro sintoma descoberto, conduzindo ao diagnóstico.

Pode haver comprometimento de outros órgãos como o fígado, pâncreas, intestinos e rins. Há também casos reportados de expressão da doença ao nível das glândulas adrenais, nódulos linfáticos e ovários. [15]

1.5-DIAGNÓSTICO

Uma importante ferramenta para o diagnóstico da LMD é a ressonância magnética que permite a visualização de anormalidades cerebrais características, mas uma ressonância magnética não é, por si só, uma ferramenta de diagnóstico definitivo para LDM. Um diagnóstico adequado requer uma confirmação da deficiência da enzima e consequente atividade reduzida da Arilsulfatase A no corpo. [15] Este diagnóstico é confirmado e validado por um ou mais dos seguintes processos:

- Análises ao sangue e urina. Estes são complementares, sendo que a análise sanguínea é, geralmente feita em primeiro lugar para avaliar os níveis enzimáticos e, em seguida a análise à urina para confirmar a presença de sulfatados.
- Estudos eletrofisiológicos. A medição da resposta dos membros a um estímulo físico ou elétrico pode demonstrar a diminuição das velocidades de condução nervosa.
- Estudos patológicos da matéria branca encefálica após coloração específica.
- Estudos genéticos. Além de ser uma ferramenta de diagnóstico, estes estudos são também frequentemente utilizados para determinar quem mais na família poderá ser um portador da doença.

1.6-TRATAMENTO

Atualmente não existe nenhum tratamento curativo disponível para todos os pacientes com LMD.

O único tratamento disponível consiste no transplante de células hematopoiéticas ou de medula óssea. No entanto este não constitui uma cura. O que este tratamento faz é prevenir uma continuação da deterioração pois introduzimos uma “medula saudável” capaz de produzir a enzima em falta havendo uma prévia destruição da medula doente. Este processo é considerado de alto risco para o doente, podendo levar à morte. Além disso, este transplante não permite reverter os danos que o cérebro já sofreu pelo que o sucesso é maior quando há pouco ou nenhum dano cerebral.

Outras opções terapêuticas têm sido extensivamente estudadas em modelos de ratinho, nomeadamente terapia génica e terapia de substituição enzimática e os resultados positivos obtidos levaram à continuação para ensaios clínicos.[15]

1.7-RESULTADOS

Após esta pesquisa fiquei sem dúvida esclarecida acerca desta doença no que diz respeito as suas causas, sintomas e prognostico. Fiquei também com a perceção de que ainda há muito para estudar no que diz respeito ao tratamento. os diversos ensaios clínicos que decorrem nesse sentido deixam uma esperança de que haja em breve grandes progressos. No caso específico da farmácia Pereira da Silva esta investigação foi partilhada com os colegas de trabalho, permitindo assim que todos ficassem com uma clara ideia do que é a LDM. Infelizmente no caso do doente da farmácia o prognostico não é o melhor uma vez que a criança apresenta a forma infantil da doença que é, como visto anteriormente, uma forma de evolução rápida e severa. Por recomendação medica a criança encontra-se a fazer um tratamento experimental em França. No entanto, a doença continua a progredir e poderá levar brevemente á morte. Na farmácia, antes da viagem da criança para França os nossos serviços passavam principalmente pela dispensa de suplementos nutricionais para

ajudarem esta criança a manter a força e a energia necessárias na luta contra uma doença tão severa. A nossa grande intervenção era mais ao nível do avo que nos procurava muitas vezes para confidenciar os seus medos e dúvidas. Muitas vezes o papel do farmacêutico é também a nível social, neste caso, um conselheiro, um ombro amigo.

2-DISTÚRBIOS ALIMENTARES

2.1-CONTEXTUALIZAÇÃO

Durante o meu estágio na Farmácia Pereira da Silva tive contacto com uma doente que procurou as nossas consultas de nutrição. Esta doente sofrera de bulimia e além das consultas com a nutricionista achei que era essencial haver um aconselhamento por parte do farmacêutico e um correto acompanhamento deste caso. Os distúrbios alimentares são conhecidos pela população em geral mas de forma muito superficial e, por isso, achei também pertinente a realização de um panfleto informativo para alertar a comunidade para estes problemas que afetam muitas pessoas especialmente numa sociedade que cada vez mais valoriza a imagem acima de tudo.

2.2-INTRODUÇÃO

Os distúrbios alimentares constituem uma causa importante de morbilidade física e psicológica em raparigas adolescentes e jovens adultas, sendo que a incidência no sexo masculino é muito inferior [16]. Estes distúrbios são divididos em 3 categorias: anorexia nervosa, bulimia e distúrbios atípicos. No entanto estas doenças partilham muitos sintomas em comum sendo que muitos doentes alternam entre elas.

2.3-ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa (AN) é uma doença relativamente rara com uma incidência nos Estados Unidos da América de 14.6 em cada 100 000 indivíduos do sexo feminino entre 15 e 24 anos de idade [17]. Apesar disso, a doença apresenta-se como a terceira condição crónica mais comum entre raparigas adolescentes. [18] A AN crónica está associada com graves problemas médicos como bradicardia, hipotensão ortostática, retardamento no crescimento, osteoporose e infertilidade. Além destes a depressão e os distúrbios de ansiedade são também condições frequentemente associadas. As taxas de mortalidade são especialmente altas para uma doença “psiquiátrica” com os valores reportados entre 6 e 10%. [19]

2.3.1-COMPLICAÇÕES

A anorexia nervosa pode ter efeitos nefastos um pouco por todo o organismo. As complicações surgem como uma consequência direta da perda de peso e malnutrição.

A nível gastrointestinal as complicações podem envolver disfagia e dilatação gástrica que, não sendo tratada prontamente pode levar a perfurações. Verificam-se também alterações ao nível da função hepática, com os valores das aminotransferases significativamente aumentados.

A nível cardíaco podem verificar-se problemas como redução do ritmo cardíaco, baixa pressão arterial, ritmos cardíacos irregulares e insuficiência cardíaca. [20]

Ao contrário do que acontece com o sistema cardíaco, os pulmões não são, geralmente, afetados.

À medida que a doença progride são observadas alterações hematológicas, nomeadamente anemia, leucopenia e trombocitopenia. Os valores de ferro e os índices hematopoiéticos permanecem, normalmente, inalterados mas, apesar da leucopenia, os doentes não apresentam maior susceptibilidade para infeções.

A nível do sistema músculo-esquelético a osteoporose surge como a complicação mais comum. A diminuição da densidade óssea é evidente após cerca de um ano de doença, apesar da baixa idade dos portadores desta doença. Ao contrário do que acontece na osteoporose pós menopausa, na anorexia a osteoporose é causada tanto por diminuição de formação óssea como aumento do aumento da reabsorção óssea. Devido a estes problemas há um aumento significativo do risco de fraturas e pode levar a danos irreversíveis, mesmo após tratamento. Em pacientes do sexo masculino a osteoporose surge em grau mais avançado do que no sexo feminino.

Há múltiplos problemas endócrinos associados com a anorexia. A maioria dos pacientes, tanto do sexo feminino como do sexo masculino apresentam hipogonadismo, causado por uma diminuição na produção de gonadotrofina e consequente baixo nível de hormona de estimulação folicular e hormona luteinizante. Desta forma a amenorreia é observada na grande maioria dos doentes do sexo feminino. Normalmente a menstruação retorna quando os pacientes retomam o peso que tinham antes da doença ou atingem 90 % do seu peso saudável. No entanto por vezes a amenorreia prolonga-se no tempo e a fertilidade pode ser permanentemente comprometida. Nos pacientes do sexo masculino, os níveis baixos de produção de testosterona afetam a libido e força muscular.

A hipoglicemia surge à medida que a doença progride como consequência da diminuição das reservas de glicogénio hepáticas. Este sintoma é um indicador de mau prognóstico e deve ser atentamente monitorizado.

A atrofia cerebral ocorre como um resultado direto da malnutrição e os processos cognitivos podem ser afetados permanentemente, apesar da atrofia regredir com o restabelecimento do peso.

Há também múltiplas mudanças dermatológicas que ocorrem como consequência da anorexia. Estas incluem xerose, cabelo mais fino e fraco, acrocianose, perniose e aumento do acne. Estes problemas surgem como reflexo da diminuição do tecido subcutâneo e da tentativa do organismo de manter a temperatura, prevenindo perdas de calor. Todos estes problemas são revertidos totalmente com a restauração do peso.

2.3.2-TRATAMENTO

O tratamento da anorexia nervosa consiste num processo de 2 passos em que o primeiro passo tem como objetivo restaurar o peso para valores considerados saudáveis (IMC entre 19 e 21) e segundo passo pretende prevenir possíveis recaídas.

O tratamento é instaurado por uma equipa multidisciplinar e inclui geralmente terapia individual, familiar e de grupo, educação nutricional, terapia comportamental e psicoterapia.

Apesar do tratamento ser eficaz na diminuição da sintomatologia na grande maioria dos pacientes, 30 a 50 % dos doentes voluntariamente admitidos em programas específicos acabam por desistir prematuramente e em pacientes com sucesso no tratamento as taxas de recaída são também extremamente altas, atingindo níveis de 30 a 50 % um ano após a alta médica. [21]

2.4-BULIMIA

A bulimia nervosa é caracterizada por episódios de alimentação compulsiva que são em parte explicados por um sentimento de perda de controlo e, em seguida comportamentos compensatórios, como o vómito, para evitar o ganho de peso. [22]

Alguns estudos demonstraram uma correlação entre distúrbios de personalidade e a bulimia. Foi demonstrada uma relação entre níveis de impulsividade e falta de atenção com défices neuro psicológicos e sintomas de distúrbios alimentares, representando, assim, um fator de risco para a bulimia. [23]

2.4.1-COMPLICAÇÕES

Apesar da taxa de mortalidade ser inferior na bulimia comparada com a anorexia nervosa, este valor é ainda muito elevado. Com o vómito auto

induzido as complicações são vastas e dividem-se nas consequências diretas do vômito e nas consequências das anormalidades no equilíbrio ácido-base e nos valores de eletrólitos, que surgem à medida que a doença progride. O vômito excessivo pode levar a refluxo gástrico persistente que pode conduzir a disfagia e dispepsia. É também observada uma erosão da dentina devido à exposição excessiva dos dentes ao ácido gástrico. A exposição ácida tem também efeitos nefastos ao nível da laringe, levando a complicações inflamatórias ao nível das cordas vocais e uma rouquidão na voz.

As complicações mais severas do vômito auto induzido devem-se, no entanto, as alterações ao nível do equilíbrio ácido base e eletrólitos. Os problemas mais comuns incluem hipocalémia e alcalose metabólica. Estes surgem devido à perda de ácido e potássio no vômito e também ao aumento da produção de aldosterona como tentativa de manter a pressão arterial. A maioria dos pacientes com bulimia usa os dedos para provocar o vômito, no entanto, alguns recorrem ao abuso do xarope de ipecuanha para atingir este fim. Este comportamento é ainda mais perigoso pois a emetina, o alcalóide presente na ipecuanha responsável pela indução do vômito, é uma toxina cardíaca. A toxicidade é cumulativa e pode levar a cardiomiopatia irreversível e falha cardíaca congestiva severa. O abuso de substâncias laxativas é também característico nestes doentes o que pode levar também distúrbios eletrolíticos. Para além disso, o abuso de laxantes pode levar a efeitos adversos a nível gastrointestinal, nomeadamente prolapso rectal, diarreia e hemorróidas. Como resultado do uso crónico de laxantes, o colón pode tornar-se um tubo inerte incapaz de funcionar por si só, levando a graves casos de obstipação que podem tornar necessário recorrer a colectomia. [20]

2.4.3-TRATAMENTO

O tratamento das consequências do refluxo ácido segue as mesmas diretrizes de tratamento usadas em qualquer paciente com este tipo de problemas, nomeadamente uso de inibidores da bomba de prótons, elevação da cabeceira da cama, e minimização da ingestão de alimentos nas horas próximas da hora de dormir. O tratamento dentário inclui uma correta higiene oral para reduzir os efeitos nefastos do contacto do ácido gástrico com os dentes.

Em pacientes que recorrem ao abuso de substâncias laxativas torna-se necessário destoxificar o doente em relação a este tipo de fármacos. Adicionalmente deve ser implementada uma correta ingestão de fluidos e o uso regular de um laxante osmótico como o polietilenoglicol para obrigar à absorção de água por parte do cólon contribuindo para uma defecação bem-sucedida. O tratamento da hipocalémia e alcalose metabólica consiste na administração intravenosa de soro e potássio. [24]

2.5-ACONSELHAMENTO

Após esta pesquisa mais extensiva sobre o tema posso concluir que os distúrbios alimentares são doenças graves e com uma pesada componente psicológica. O apoio da família e dos amigos é essencial na recuperação mas, no entanto, não se pode forçar a paciente a procurar ajuda e não se pode tentar forçar uma cura até que a própria pessoa assuma que tem um problema. A paciência e a compreensão torna-se fundamental para lidar da forma mais correta com estas pessoas, que são, na sua maioria jovens adolescentes.

No caso específico da doente da farmácia, já houve uma admissão de um problema e procura da cura. A doente frequenta as consultas de nutrição e está no bom caminho para uma recuperação total. Mas, sendo as recaídas tão comuns neste caso há que ter cuidado e, além da família, o farmacêutico pode ter aqui um papel chave na conversa e motivação destes doentes, bem como na observação de possíveis sinais de risco.

Além desta doente esta pesquisa possibilitou a elaboração de um panfleto informativo (anexo 1 e 2). Este panfleto foi bem recebido pelos utentes da farmácia e verificou-se uma maior procura dos serviços da nutricionista. Apesar da farmácia dispor da nutricionista cabe ao farmacêutico divulgar as consultas de nutrição e fazer as devidas marcações. Assim, penso que este panfleto foi importante para aumentar a consciência da população em relação a este tema e, também para promover as consultas de nutrição que tantos benefícios podem ter para os utentes.

3-PROTEÇÃO SOLAR

3.1-CONTEXTUALIZAÇÃO

A pedido da DT da farmácia e atendendo à época balnear que se aproximava decidi fazer um panfleto informativo acerca da proteção solar e dos perigos associados à falta da mesma. Para tal, foi necessário proceder a uma pesquisa para ter bases científicas que servissem de suporte na elaboração do panfleto.

3.2-RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA

A radiação ultravioleta (UV) faz parte do espectro eletromagnético que atinge o planeta Terra vindo do Sol. [25] Esta radiação tem um comprimento de onda inferior ao da radiação visível, tornando-a invisível a olho nu. De acordo com os respetivos comprimentos de onda a radiação UV pode ser subdividida em UVA, que por sua vez pode ser UVA I (340-400 nm) UVA II (320-340 nm) e UVB (290-320 nm). Com comprimentos de onda inferiores encontram-se as radiações do tipo UVC que são, na sua maioria, absorvidas pela camada de ozono não atingindo a terra.

No entanto, tanto os UVA como UVB penetram na atmosfera e tem um papel importante em problemas como o envelhecimento prematuro da pele, problemas oculares (como cataratas) e cancro da pele.

A excessiva exposição do organismo aos raios UV pode levar a cancro da pele na medida em que causa mutações genéticas e causa dano no DNA celular da pele.

A radiação UV é a causa principal de cancro da pele não melanoma. Além disso, há também quem defenda que, especialmente em indivíduos de pele clara, a radiação UV desempenha também um papel no aparecimento de melanoma, o tipo mais mortal de cancro da pele.

3.3-UVA

Os raios do tipo UVA constituem 95 % de todos os raios que atingem a superfície da Terra. Estes estão presentes com intensidade relativamente semelhante durante todas as horas de dia ao longo do ano e são capazes de penetrar através das nuvens e vidros. Os raios UVA penetram na pele de forma mais profunda que os raios UVB e têm um papel importante no envelhecimento da pele e aparecimento de rugas (fotoenvelhecimento). Além disso, os raios UVA danificam os queratinócitos presentes na camada basal da epiderme o que pode contribuir ou mesmo iniciar o desenvolvimento de cancro da pele.[25]

3.4-UVB

Os raios UVB são os principais responsáveis pela vermelhidão da pele e queimaduras solar e causam danos ao nível das camadas mais superficiais da epiderme. Além de contribuir para o bronzeado e fotoenvelhecimento estes raios têm também um importante papel no desenvolvimento de cancro da pele. A intensidade destes raios varia com a localização, estação do ano e hora do dia. [25]

3.5-CANCRO DE PELE

Os três tipos mais comuns de cancro de pele são o carcinoma basocelular, o carcinoma espinocelular e o melanoma. De acordo com uma estimativa da organização mundial de saúde, em 2005, um em cada 3 cancros corresponde a um cancro de pele, com um número total de 2 milhões de cancros cutâneos, dos quais 132000 eram melanomas.

Em Portugal, de acordo com a Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo surgem, todos os anos, 100 000 novos casos de cancro da pele, dos quais 1000 correspondem a melanomas. A taxa de mortalidade global para o melanoma apresenta valores entre 10 e 15 % na Europa Ocidental. [26-27]

3.6-PROTETORES SOLARES

O fator de proteção solar (FPS) serve como uma indicação geral para o consumidor e deve constar na rotulagem de qualquer produto deste tipo, de acordo com o estipulado pela comissão europeia. Os protetores solares podem classificar-se de acordo com o FPS em proteção baixa (6-10), média (15-25), elevada (30-50) e muito elevada (superior a 50).

No mercado existe uma grande variedade de protetores solares disponível, muitos dos quais são hipoalergénicos, foto-estáveis e com um elevado índice de proteção contra UVA e UVB. Quando corretamente aplicados (quantidade e frequência de aplicação), estes são capazes de garantir uma proteção razoável face aos raios UV. É geralmente recomendado um protetor com um FPS nunca inferior a 30, com uma proteção contra UVA de pelo menos 4. É importante confirmar na rotulagem do produto que existe também proteção contra UVA.

Em casos de pele clara (fotótipos I e II), exposição solar intensa, doenças de pele, entre outros, o fator de proteção solar deve ser superior a 50. A aplicação do produto deve ocorrer 15 a 30 minutos antes da exposição solar e deve ser feita de forma generosa não esquecendo zonas como os lábios, ouvidos, pescoço, pés, mãos e couro cabeludo (em caso de calvície). [27-28]

3.7-MEDIDAS PREVENTIVAS

Para além do uso de protetores solares há um conjunto de outras medidas de proteção que são indispensáveis para a garantir a segurança do indivíduo contra as radiações UV. Deve ser evitada a exposição solar nas horas em que a radiação solar incide com maior intensidade (entre as 12h e as 16h). Devem ser usados óculos de sol e chapéus para proteger o rosto e olhos da radiação. As crianças e idosos requerem cuidados acrescidos devendo ser usado vestuário adequado para proteger a pele mais sensível. A hidratação é também uma medida fundamental que não deve ser descurada por indivíduos quando estamos perante longos períodos de tempo expostos ao sol. [27-28]

A proteção solar e medidas adicionais não devem ser apenas usadas nas praias e em dias de verão mas durante todo o ano.

3.8-RESULTADOS

Após esta pesquisa foi elaborada um panfleto informativo (anexos 3 e 4) que foi colocado na farmácia à disposição dos doentes. Como se iniciava o período balnear havia uma grande afluência de utentes que procuravam aconselhamento na compra de protetores solares. O panfleto serviu, assim, como uma ferramenta útil na consciencialização das pessoas acerca dos cuidados a ter com o sol.

CONCLUSÃO

Ao longo de 6 meses tive a oportunidade de estagiar na Farmácia Pereira da Silva. Esta foi uma etapa de grande importância para mim pois permitiu-me crescer a nível profissional mas também a nível pessoal. A equipa em que estive inserida recebeu-me de braços abertos e não hesitou em partilhar comigo conhecimentos e experiências, contribuindo assim para uma rápida integração da minha parte e levando-me a adquirir muitos conhecimentos que serão, certamente, de grande utilidade no futuro.

Após este estágio fiquei também com a noção bem assente de que o papel do farmacêutico vai muito além do medicamento, tendo também o bem estar do doente e salvaguarda da saúde pública em grande plano.

Ser Farmacêutico é ter um papel social ativo na comunidade, um papel que muitas vezes passa pelo “amigo”, o “conselheiro”, o “confidente”. As pessoas confiam no Farmacêutico no que diz respeito à sua saúde e bem-estar, recorrendo à farmácia muitas vezes em vez do próprio médico pelo que há uma grande responsabilidade intrínseca a esta profissão.

Esta foi sem dúvida uma experiência enriquecedora e sinto-me preparada para os próximos desafios que se avizinham.

REFERÊNCIAS

- [1] Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto. 2007. Regime jurídico das farmácias de oficina.
- [2] Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto. 2006. Estatuto do medicamento.
- [3] Portaria n.º 224-A/2013, de 9 de julho. 2013. Regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica, as condições de dispensa de medicamentos e as obrigações de informação a prestar aos utentes.
- [4] Decreto-Lei nº 48-A/2010, de 13 de maio. 2010. Regime geral das participações do Estado no preço dos medicamentos.
- [5] Participação de medicamentos. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt>, acessado em 20 de julho de 2015.
- [6] Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho. 2007. Lista das situações de automedicação.
- [7] Conselho Nacional da Qualidade da Ordem dos Farmacêuticos, Boas Práticas Farmacêuticas para Farmácia Comunitária. 2009.
- [8] Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril. 2004. Regula a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados.
- [9] Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de julho. 2008. Medicamentos de uso veterinário.
- [10] Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro. 2008. Regime jurídico aplicável aos produtos cosméticos e de higiene corporal.
- [11] www.valormed.pt, acessado em 25 de julho de 2015
- [12] Virgens, M.Y.F. et al. (2015): Genotypic characterization of Brazilian patients with infantile and juvenile forms of metachromatic leukodystrophy. *Gene* 568:69–75
- [13] Han, M et al. (2015) Biochemical and Genetic Analysis of Seven Korean Individuals with Suspected Metachromatic Leukodystrophy, <http://dx.doi.org/10.3343/alm.2015.35.4.458>
- [14]MLD foundation. <http://www.mldfoundation.org/> consultado a
- [15] Van Rappard ,D.F. et al. (2015): Metachromatic leukodystrophy: Disease spectrum and approaches for treatment. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 29:261-273
- [16] Fairburn, Christopher G et al.: Eating disorders, *The Lancet* 361 (9355):407 - 416
- [17] Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM: 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population based study. *Am J Psychiatry* (1991); 148:917–929
- [18] Fisher M, Golden N, and Katzman DK, et al. (1995): Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adolesc Health* 16: 420– 437

- [19] Lock, James, Le Grange, Daniel (2001): Can Family-Based Treatment of Anorexia Nervosa Be Manualized? *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10:253 – 261
- [20] Westmoreland, Patricia et al. (2015) Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine*
- [21] Guarda, A.S. (2008): Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles *Physiology & Behavior* 94:113–120
- [22] Berner LA and Marsh R (2014) Frontostriatal circuits and the development of bulimia nervosa. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 8:395
- [23] Luca, A. et al (2015): Eating Disorders in Older Adults. *Aging and Disease* 6 (1) 48-55
- [24] Mehler et al. (2015): Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Eating Disorders* 3:15
- [25] Skin cancer Foundation, <http://www.skincancer.org/> acedido a 20 de abril de 2015
- [26] Armstrong, B.K.; Kricker, A.(2001): The epidemiology of UV induced skin cancer. *Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology* 63: 8 –18
- [27] Protectores solares. Disponível em revdesportiva.pt .acedido a 18 de abril de 2015
- [28] informação do infarmed relativa a protetores solares. Disponível em www.portaldasaude.pt. Acedido a 25 de Abril de 2015.

Anexo 3- panfleto informativo acerca da proteção solar-frente

Como escolher o protetor adequado

- Optar por protetores solares minerais pois apresentam menor risco de alergias e garantem uma ampla cobertura UVA e UVB.
- Usar um protetor adequado ao fototipo com um FPS de pelo menos 30.
- Usar protetor solar diariamente.
- Aplicar o protetor solar 15-30 minutos antes da exposição solar.
- Renovar as aplicações de 2 em 2 horas e sempre após o banho (mesmo que o protetor seja à prova de água) -
- Os protetores solares devem se aplicados de forma generosa, não esquecendo os lábios, os pavilhões auriculares, couro cabeludo (nas pessoas calvas), pescoço, mãos e pés.

Para mais informações aconselhe-se na sua farmácia



Farmácia Pereira da Silva

Proteção solar





Farmácia Pereira da Silva
Rua Dona Laurinda Ferreira Magalhães 15
4815-353 MOREIRA DE CÓNEGOS
Tel: 253562172
Fax: 253488049

Anexo 4- panfleto informativo acerca da proteção solar-verso

O sol

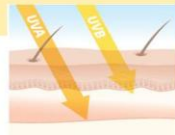
A parte ultravioleta do espectro solar (UV) desempenha um papel determinante em muitos processos da biosfera, possuindo muitos efeitos benéficos.

RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA

UVA
Mantêm a mesma intensidade durante todo o ano, Penetra na camada mais profunda da pele, Contribui para o envelhecimento precoce da pele e o aparecimento de rugas e queimaduras solares

UVB
Mais fortes do que UVA e mais intensos nos meses de Verão, a grandes altitudes e mais perto do Equador, Primeira causa de queimadura solar, envelhecimento da pele, cancro da pele e cataratas.

UVC
São os mais perigosos, Normalmente são filtrados pela Camada de Ozono e não atingem a Terra.



Reações da pele á radiação solar


- Reações Fisiológicas
Eritema Actínico "Vermelhidão"
Pigmentação "Bronzeado"
Espessamento da Epiderme
Síntese de Vitamina D
- Fotodermatoses
- Fotoenvelhecimento
- Fotocarcinogêneses

Fototipos
O fototipo corresponde à caracterização da pele quanto à sua coloração e reação à exposição solar.

Fototipo	Descrição
I	Branco, nunca bronzeia . Queimadura fácil
II	Branco, dificilmente se bronzeia. Queimadura facil
III	Moreno-claro. Bronzeado e
IV	Moreno-escuro, bronzeia com facilidade e difilmente se queima
V	Pele escura. Bronzei fácil e
VI	Raça negra

Cuidados a ter com o sol

- Evitar o sol nas horas de maior calor. Entre as 11 e as 16h é preferível manter-se á sombra.
- Use vestuário de protecção tais como t-shirt, chapéus e óculos de sol.
- Escolher um protector solar adequado ao tipo de pele (fototipo).
- Aplique o protector correctamente e repita a aplicação ao longo do dia.



U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

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

www.ff.up.pt