

CAPA

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

Farmácia Helena Freitas

Março a setembro de 2015

Marta Isabel Ribeiro Teixeira

Orientadora: Dra. Helena da Conceição Lopes de Freitas

Tutora FFUP: Prof. Doutora Gloria Queiroz

Setembro 2015

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Declaração de Integridade

Eu, Marta Isabel Ribeiro Teixeira, abaixo assinado, nº 20090009, 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 _____ de ____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Este Relatório Final de Estágio não representa apenas o resultado de muitas horas de estudo, reflexão e trabalho durante as diversas etapas que a constituem. É igualmente o culminar de um objetivo académico a que me propus e que não seria possível sem a ajuda de diversas pessoas.

Agradeço a toda a equipa de trabalho da Farmácia Helena Freitas, pelo apoio e disponibilidade prestada ao longo do estágio.

Quero agradecer à Professora Doutora Glória Queiroz, minha orientadora, pelo seu sentido crítico e por todas as sugestões pertinentes, para que fosse possível elaborar este relatório.

Quero ainda agradecer aos meus pais e irmão pelo apoio e incentivo durante o percurso académico. A toda a minha família e amigos que contribuíram direta ou indiretamente para que tudo isto fosse possível.

A todos o meu sincero obrigado!

Resumo

O presente relatório elaborado no âmbito do estágio profissionalizante do curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade da Universidade do Porto, tem como objetivo descrever a minha experiência enquanto farmacêutica estagiária no contexto da farmácia comunitária, com especial destaque para as atividades que exerci ao longo dos seis meses de aprendizagem na Farmácia Helena Freitas, bem como os temas sobre os quais eu pesquisei e que resultaram das necessidades que senti no meu dia-a-dia, uma vez que eram temáticas frequentes.

Desta forma, o relatório está dividido em duas partes. Na primeira parte descrevo o meu estágio em farmácia comunitária e na segunda parte destaco os temas desenvolvidos durante este período, nomeadamente: a Doença Venosa Crónica e a necessidade de uma exposição solar com precaução, com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de saúde pública.

Na parte inicial do trabalho, abordo pormenorizadamente o local de estágio, o tipo de serviços prestados aos utentes, os produtos com maior rotatividade de acordo com as necessidades da população que recorre à farmácia, bem como uma série de questões burocráticas necessárias à subsistência e gestão e uma série de tarefas que visam assegurar a dispensa de produtos de saúde e serviços baseados na segurança e qualidade.

Na segunda parte, exponho os temas que senti necessidade de aprofundar: a doença venosa crónica, um tema dirigido à população adulta e idosa que apresentem fatores de risco ou manifestações iniciais para o desenvolvimento de complicações associadas à patologia. Por último, alerto para a necessidade de precaução na exposição à radiação solar e a minha intervenção prática teve como público-alvo as crianças.

Palavras-chave: Relatório de estágio; Farmácia comunitária; Doença Venosa Crónica; Proteção Solar.

Lista de Abreviaturas

AMI - Assistência Médica Internacional
ANF-Associação Nacional de Farmácias
BCC- Carcinoma Basocelular
CEC-Carcinoma Espinocelular
DL- Decreto-lei
DM-Dispositivo Médico
DNA- Ácido desoxirribonucleico
DT-Diretora Técnica
DVC- Doença Venosa Crónica
FHF- Farmácia Helena Freitas
FPS- Fator de Proteção Solar
INFARMED- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.
IVA-Imposto Sobre o Valor Acrescentado
IVC-Insuficiência Venosa Crónica
MBPF-Manual de Boas Práticas Farmacêuticas
mmHg-milímetro de mercúrio
MNSRM-Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MSRM- Medicamento Sujeito a Receita Médica
ND- Nota de Devolução
nm- nanómetro
NMSC-Cancro não melanoma
PA-Pressão Arterial
PCHC-Produtos Cosméticos e Higiene Corporal
PF-Profissional de Farmácia
PNV- Plano Nacional de Vacinação
PS- Protetor Solar
PV- Prazo Validade do Produto
PVF-Preço de Venda à Farmácia
PVP- Preço de Venda ao Público
RM- Receita Médica
RUV-Radiação Ultravioleta
SI-Sistema Informático

SNS- Sistema Nacional de Saúde

UV- Ultravioleta

VALORMED- Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos

Lista de Figuras

Figura 1-Imagem representativa da divisão do Sistema venoso em compartimentos.....	23
Figura 2-Imagens representativas das manifestações clínicas da Doença Venosa Crónica	28
Figura 3-Representação das camadas da pele. Adaptada	35
Figura 4- Queimadura solar.....	43

Lista de Tabelas

Tabela1- Cronograma mensal das atividades desenvolvidas na FHF	1
Tabela2- Grupo de trabalho da FHF	4
Tabela3- Enumeração das formações assistidas	5
Tabela 4 – Classificação clínica da DVC da perna.	28
Tabela 5- Classificação dos fármacos venoativos de acordo com a sua origem	30

Índice

Declaração de Integridade	I
Agradecimentos	II
Resumo.....	III
Lista de Abreviaturas.....	IV
Lista de Figuras	VI
Lista de Tabelas	VII
Parte I: Tarefas desenvolvidas ao longo do estágio	1
1-Introdução.....	1
2- Caraterização da Farmácia Helena Freitas.....	2
2.1-Enquadramento geral da Farmácia Helena Freitas.....	2
2.2- Horário de atendimento	2
2.3-Espaço físico exterior	2
2.4- Espaço físico interior	2
2.5- Recursos Humanos.....	4
3-Fontes de informação	5
4-Gestão da farmácia	5
4.1-Sistema informático	6
4.2- Gestão e rotação de <i>stocks</i>	6
4.2.1- Aprovisionamento e armazenamento de encomendas.....	6
4.2.1.1- Fornecedores e realização de encomendas.....	6
4.2.1.2-Receção e retificação de encomendas	7
4.2.1.3-Marcação de preços.....	8
4.2.1.4 - Armazenamento	8
4.2.2-Controlo dos prazos de validade e devoluções de produtos	9
5- Dispensa de medicamentos	10
5.1- Medicamentos sujeitos a receita médica	10
5.1.1- Prescrição e aviamento da receita médica	11
5.1.2-Regimes de comparticipação	12
5.1.3-Dispensa de medicamentos psicotrópicos e estupefacientes	14
5.1.4-Produtos de Protocolo da <i>Diabetes Mellitus</i>	14
5.1.5-Medicamentos manipulados	15
5.2-Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e automedicação.....	15

6- Dispensa de outros produtos	16
6.1- Medicamentos para uso veterinário.....	16
6.2-Produtos cosméticos e de higiene corporal.....	16
6.3-Produtos homeopáticos.....	17
6.4-Produtos fitoterapêuticos.....	17
6.5- Suplementos alimentares e produtos para alimentação especial.....	18
6.6-Dispositivos médicos.....	18
6.7-Artigos de puericultura	19
7- Serviços e cuidados prestados na Farmácia Helena Freitas.....	19
7.1-Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos.....	19
7.2-Testes de gravidez.....	20
7.3-Testes à urina	20
7.4-Administração de vacinas não incluídas no plano nacional de vacinação.....	20
7.5-VALORMED e recolha de radiografias.....	20
7.6-Estágio na Farmácia Helena Freitas	20
Caso 1 - Doença Venosa Crónica	21
1-Enquadramento teórico.....	21
2-Escala do problema.....	22
2.1-Epidemiologia	22
2.2-Impacto socioeconómico e na qualidade de vida.....	22
3-Sistema Venoso dos Membros Inferiores.....	23
4-Fisiopatologia	24
4.1-Génese da DVC.....	24
5-Fatores de risco.....	25
6-Sinais e Sintomas.....	25
7-Diagnóstico.....	26
7.1-Classificação CEAP.....	27
8-Tratamento	28
9-Papel do farmacêutico	31
10-Intervenção farmacêutica na FHF	31
Caso 2- Proteção Solar: Verão com precaução e sem Escaldão.....	34
1-Enquadramento teórico.....	34
2-Anatomia e fisiologia da pele.....	35

3-Radiação Solar.....	36
4- Fotoproteção.....	37
4.1-Protetor Solar.....	37
4.1.1- Filtros solares	38
4.1.1.1- Fator de Proteção Solar	39
4.2-Fotoeducação.....	39
5-Aconselhamento farmacêutico no âmbito da Proteção Solar.....	40
6-Intervenção farmacêutica na FHF	41
Conclusão	44
Bibliografia	45

Parte I: Tarefas desenvolvidas ao longo do estágio

1-Introdução

O estágio curricular em farmácia comunitária permite ao aluno aplicar todos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo do curso e estabelecer o primeiro contato com a profissão. Este passo é importante para que o futuro farmacêutico, na sua interação com os utentes, adquira experiência perante as diversas situações inesperadas que vão surgindo porque cada utente necessita de um atendimento personalizado que vá ao encontro das suas necessidades.

O meu estágio teve a duração de seis meses e foi inteiramente dedicado à farmácia comunitária, permitindo-me aplicar e aperfeiçoar toda a minha aprendizagem ao longo dos anos do curso onde procurei ser uma aluna curiosa e sábia na busca e assimilação do conhecimento ministrado.

Neste relatório descrevo a minha experiência no exercício da atividade farmacêutica de oficina (**Tabela 1**), na farmácia FHF. Começo por referir que toda a equipa de trabalho me disponibilizou todas as “ferramentas” para eu aprender, praticar e evoluir os meus conhecimentos teórico-científicos apreendidos ao longo do curso.

No sentido de contribuir para promoção da saúde pública e para a melhoria da qualidade de vida decidi abordar junto dos utentes dois temas a doença venosa crónica e os problemas relacionados com uma exposição solar desprotegida e intensa.

As tarefas desenvolvidas ao longo deste percurso nem sempre foram fáceis, exigindo de mim dedicação e capacidade de dissipar as dúvidas e contribuíram para a minha evolução profissional e pessoal.

Tabela1- Cronograma mensal das atividades desenvolvidas na FHF

	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto
Receção de encomendas	X	X	X	X		
Verificação de encomendas (incluindo marcação de preços e etiquetagem)	X	X	X	X		
Armazenamento	X	X	X	X	X	X
Conferência de PV		X	X			
Medição da pressão arterial		X	X	X	X	X
Determinação de parâmetros bioquímicos		X	X	X	X	X
Devoluções aos fornecedores		X	X	X		
Atendimento (de observação, com acompanhamento e autónomo)		X	X	X	X	X
Receitas (impressão de verbetes de lote, ordenação de lotes)		X				X

2- Caraterização da Farmácia Helena Freitas

2.1-Enquadramento geral da Farmácia Helena Freitas

A FHF situa-se na Rua Camilo Carvalho da Fonseca, da Vila da Longra, no concelho de Felgueiras, distrito do Porto, e tem como Diretora Técnica (DT) a Dr.^a Helena Freitas que é também proprietária do estabelecimento. Apesar de se encontrar edificada na periferia do concelho, nas suas imediações existem zonas residenciais, a associação da Casa do Povo da Longra, uma escola de condução, uma escola primária, um centro hípico, uma zona industrial e conta também com a afluência populacional das freguesias vizinhas pertencentes à vila da Longra, beneficiando de um público-alvo heterogéneo mas, ainda assim, com predominância de uma população envelhecida, sobretudo reformados, com poucas habilitações literárias e recursos económicos reduzidos.

2.2- Horário de atendimento

A FHF está aberta de segunda a sexta-feira das 9:00h às 20:30h, e no sábado das 9:00h às 19:00h, não fazendo serviço permanente devido à localização em que se encontra. O horário de atendimento ao público está afixado na porta da farmácia, de forma visível do seu exterior^[1].

2.3-Espaço físico exterior

No cumprimento do artigo n.º 28, do Decreto-Lei (DL) n.º 307/2007, de 31 de agosto, a farmácia encontra-se devidamente sinalizada com uma ‘cruz verde’ iluminada nas horas de serviço^[2].

O acesso é facilitado a todos os utentes, incluindo portadores de deficiência motora, idosos e crianças, tal como descrito no Manual de Boas Práticas Farmacêuticas para Farmácia Comunitária (MBPF)^[1]. A FHF encontra-se junto a uma paragem de autocarros o que facilita a deslocação dos utentes, principalmente os residentes em freguesias vizinhas.

A fachada exterior é envidraçada o que permite visualizar a montra que vai sendo renovada com produtos relativos à época sazonal e que possam suscitar o interesse do público. Na vitrina encontra-se também exposta a informação relativa aos serviços de saúde prestados na FHF e o respetivo preço.

2.4- Espaço físico interior

A FHF apresenta as áreas mínimas exigidas no DL n.º 171/2012, de 1 de agosto^[3], de forma a garantir um atendimento de qualidade. Passo a mencionar descritivamente cada uma das divisões da farmácia onde estagiei.

- **Área de atendimento:**

A FHF apresenta uma área de atendimento ao público que apesar de não ser muito ampla, é um espaço acolhedor com ar condicionado, música ambiente e boas condições de iluminação, contribuindo para melhorar o diálogo entre o PF e o utente. A fachada interior é colorida e está organizada por categorias, tais como: puericultura, dermocosmética, suplementos alimentares, bucodentários, entre outros e em lugar de destaque, encontram-se os produtos sazonais, visando cativar a atenção dos clientes.

De forma a facilitar o atendimento, existem gavetas deslizantes por detrás dos balcões de atendimento com medicamentos e produtos que apresentam maior rotatividade para que o PF se afaste o menos possível do local de atendimento.

Esta área apresenta três postos de trabalho individuais, cada um devidamente equipado com um computador, impressora associada e um leitor ótico de códigos de barras. Há também quatro caixas registadoras e um dispositivo de pagamento com cartão multibanco.

Perto da porta existe um espaço de descanso para que os utentes possam esperar pela sua vez, mais confortavelmente. Neste espaço existe ainda uma balança eletrónica onde os utentes podem determinar o seu peso e altura e o respetivo Índice de Massa Corporal (IMC).

- **Gabinete de atendimento personalizado**

Este espaço é destinado a um atendimento mais sigiloso, realizando-se neste local os parâmetros bioquímicos e a medição da Pressão Arterial (PA).

- **Área de receção e processamento de encomendas**

Nesta secção da farmácia faz-se a receção e o controlo das encomendas. Há um balcão com equipamento informático, nomeadamente um computador interligado a uma impressora de códigos de barras, um sensor de leitura ótica e ainda uma impressora comum.

- **Área de stocks ativos**

Neste espaço está inserida a área de receção de encomendas e está interligado com as demais divisões da farmácia. É um espaço onde se cruzam diversas tarefas, tais como: revisão de prazos de validade (PV), receção de encomendas e armazenamento dos medicamentos. Nesta divisão existe ainda um pequeno espaço para arrumação de produtos que saem normalmente com mais frequência e, portanto, são adquiridos em maior número.

- **Armazém**

Neste espaço encontram-se armazenados medicamentos de maior rotatividade e caixas com dimensões maiores, produtos de uso veterinário que têm bastante saída na FHF, produtos capilares, dispositivos médicos, produtos para necessidades especiais de alimentação, entre outros. É a zona dos medicamentos que requerem um armazenamento com condições especiais, existindo um

frigorífico para medicamentos de uso humano e outro para uso veterinário, e é neste espaço que se insere o laboratório da farmácia.

- **Laboratório**

O laboratório apresenta as condições exigidas no Manual de Boas Práticas Farmacêuticas (MBPF) em termos de luminosidade, temperatura, humidade e ventilação para preparação de manipulados e a conservação das matérias-primas, bem como os requisitos mínimos de equipamento exigidos por lei de acordo com a Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de dezembro ^[1,4].

- **Gabinete administrativo**

Local onde a DT exerce as suas funções de gestão, administração, organização da farmácia e receção de delegados.

A FHF dispõe ainda de instalações sanitárias.

2.5- Recursos Humanos

Para o bom funcionamento de uma farmácia, esta deve ser constituída por uma equipa de profissionais competentes e empenhados, cuja produtividade e interajuda se manifeste e chegue até ao público. Na FHF pude encontrar um ambiente exemplar, sendo um bom suporte ao longo do meu estágio, quer na minha integração, quer na aprendizagem enquanto PF.

Durante o meu estágio curricular fui-me apercebendo que existe uma relação de fidelização da maioria dos utentes aos serviços oferecidos pela FHF, uma vez que residem ou trabalham nas suas proximidades. Os Profissionais da Farmácia (PF) conhecem muitas vezes o historial de doença dos utentes, facilitando a adesão à terapêutica e o aconselhamento dado a cada paciente.

O grupo de trabalho da farmácia onde estagiei é formado por cinco elementos. Cada um desempenha funções específicas de acordo com o seu grau de formação e experiência, com o objetivo comum de promover a fidelização dos utentes à farmácia e potenciar a confiança nos PF enquanto promotores de saúde. Os grupos de funcionários estão descritos na **tabela 2**.

Tabela 2- Grupo de trabalho da FHF

Funcionários	Habilitação
Dr. ^a Helena Freitas	Proprietária e de DT
Dr. João Mesquita	Farmacêutico adjunto
Dr. ^a Joana Antunes	Farmacêutica
Sr. Pedro Costa	Técnico de farmácia

Sr.^a Sandra Teixeira

Técnica de farmácia

3-Fontes de informação

Por vezes, é necessário recorrer a informação adicional de forma a dissipar todas as dúvidas que possam eventualmente surgir e promover um atendimento seguro ao utente. Neste seguimento, o MBPF refere que o farmacêutico deve possuir obrigatoriamente durante o processamento da dispensa de medicamentos, quer em suporte físico, quer informático, conhecimento atualizado e organizado relativo a contraindicações, interações, posologia e precauções com a utilização do medicamento ^[1].

Na farmácia existe uma pequena biblioteca onde constam publicações obrigatórias de acordo com o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto ^[2]. Para além da biblioteca, a FHF possui ainda suporte eletrónico, o Sifarma 2000®, que é uma ferramenta de fácil e de rápido acesso à informação pelo PF, tendo sido o mais utilizado por mim durante o estágio curricular, bem como a internet que nos permite aceder a *websites* fidedignos.

Neste âmbito, e de acordo com o Código Deontológico, o farmacêutico deve manter atualizadas as suas capacidades técnicas e científicas de modo a exercer conscientemente a sua atividade perante a sociedade ^[5]. Ao longo do estágio fui assistindo a ações de formação, descritas na **Tabela 3**, que contribuíram para melhorar e aperfeiçoar os meus conhecimentos e o meu desempenho enquanto farmacêutica.

Tabela3- Enumeração das formações assistidas

Formação	Duração (horas)
Obesidade (ANF)	1
Afeções induzidas pelo Sol & Cuidados e proteção Bucodentários (ISDIN®)	1
Défice hídrico cutâneo (ISDIN®)	1
Dor moderada a intensa (Grunenthal®)	1
Gama adn (adn pharma®)	1/2
Cuidados a ter com o Sol (URIAGE®)	2

4-Gestão da farmácia

Para além da dispensa de medicamentos e prestação de serviços de saúde aos utentes, a farmácia necessita de ser gerida e a sua gestão vai desde a parte comercial até questões burocráticas.

No que respeita à gestão de *stocks*, nem sempre se traduz numa tarefa fácil, uma vez que se deve saber quais os produtos que apresentam maior rotatividade, apostar nos produtos sazonais e estar

atento aos novos produtos que possam suscitar a curiosidade dos utentes. Esta gestão deverá ir ao encontro das necessidades de cada cliente, uma vez que a falta de *stock* pode despromover o elo de fidelização farmácia-cliente, mas a tudo isto deverá estar também subadjacente a capacidade económica da farmácia.

4.1-Sistema informático

O Sistema Informático (SI) é uma ferramenta essencial na gestão diária e no funcionamento de uma farmácia, sendo fundamental na execução de qualquer serviço. Se houver alguma falha neste sistema, todo o trabalho na farmácia fica condicionado.

A aplicação usada na FHF é o Sifarma 2000® desenvolvido pela *Glintt*, para auxiliar os PF na sua atividade^[6].

Este aplicativo permite gerir as tarefas relacionadas com a mercadoria desde a sua entrada até à sua saída, respeitando sempre a sua especificidade. Paralelamente, permite estabelecer o *stock* máximo e mínimo de cada produto, efetuar encomendas, devoluções e a regularização das mesmas; aceder à ficha dos medicamentos e à informação científica, fazer atendimento ao público, efetuar a faturação mensal, devoluções e regularização das mesmas, bem como o controlo dos Prazos de Validade (PV), entre outras^[6].

Tudo isto permite que o atendimento seja rápido e organizado de forma a minimizar os erros e a elevar a qualidade dos serviços prestados.

4.2- Gestão e rotação de stocks

O *stock* corresponde à quantidade de produtos de saúde e medicamentos existentes na farmácia. Segundo o MBPF, a gestão de *stocks* de medicamentos e outros produtos de saúde deve ser garantida, de forma a suprir as necessidades dos doentes^[1].

Com recurso ao SI é possível evitar a rutura de *stocks* ou a sua acumulação desnecessária, visando rentabilizar o espaço físico disponível para o seu armazenamento e evitar perdas monetárias devido ao vencimento do PV dos produtos sem rotação.

4.2.1- Aprovisionamento e armazenamento de encomendas

4.2.1.1- Fornecedores e realização de encomendas

A aquisição de medicamentos e produtos de saúde pode ser feita diretamente a partir dos laboratórios de indústrias farmacêuticas, através de delegados que visitam frequentemente a farmácia, e/ou indiretamente, a partir de armazenistas, que funcionam como elo de ligação entre o laboratórios e as farmácias.

A compra direta ao laboratório permite obter os produtos com uma maior percentagem de desconto e/ou bonificações. Contudo esta compra obriga a maiores quantidades. Já a encomenda a grossistas, pode efetuar-se sem limite mínimo de quantidades de determinado produto, e o tempo de entrega da encomenda é mais rápido.

Fazem parte do leque de fornecedores grossistas da FHF, a PLURAL[®], Cooprofar[®], Medicanorte[®], Alliance Healthcare[®] e OCP Portugal[®]. A relação comercial com vários grossistas é essencial para reduzir o risco de rutura de *stock* de determinado produto, e também para que a farmácia possa beneficiar de melhores ofertas em termos económicos.

Na FHF são efetuadas duas encomendas diárias (ao final da manhã e ao final da tarde), a partir do SI, via *modem*, de forma a equilibrar a entrada e saída dos produtos, e por vezes é necessário recorrermos a encomendas instantâneas para satisfazer pedidos mais urgentes.

Durante o estágio pude assistir e ouvir as explicações relativas ao processo de realização de encomendas diárias. Quando iniciei o atendimento ao balcão, tive oportunidade de efetuar encomendas instantâneas, quer via *modem*, quer via telefone, aos fornecedores, de modo a suprir as necessidades pontuais de determinado produto solicitado pelo utente.

4.2.1.2-Receção e retificação de encomendas

Faz parte das boas práticas farmacêuticas a conferência das encomendas aquando da sua receção, confirmando sempre o fornecedor, as condições dos produtos rececionados, o estado de conservação e o controlo do PV^[1];

Nesta primeira etapa é essencial verificar se as encomendas vêm nos caixotes apropriados e devidamente selados, tendo sempre em atenção a identificação da farmácia e a presença da fatura em duplicado ou a guia de transporte. No caso dos produtos que necessitam de condições de armazenamento especiais como “os de frio”, vêm à parte dos outros medicamentos e devem ser os primeiros a ser conferidos e armazenados de forma evitar a sua degradação.

No que diz respeito às benzodiazepinas, psicotrópicos e estupefacientes, estes devem ser acompanhados de uma guia especial assinada pelo DT ou pelo farmacêutico responsável.

A receção da encomenda propriamente dita faz-se recorrendo ao Sifarma 2000[®]. Deve-se selecionar a encomenda que se quer rececionar e, através da leitura ótica, inserir os produtos no SI, efetuando a verificação do PV e a correlação entre o Preço Impresso na Cartonagem (PIC) e o aprovado pelo INFARMED. Caso os produtos não tenham PIC marcado e sejam de venda livre, deve-se estabelecer o preço de acordo com a margem de lucro pré-estabelecida pela farmácia. O valor total da encomenda (PVF Total) deve estar conforme com a fatura e caso se depare com alguma anomalia a nível da encomenda deve-se comunicar ao fornecedor via telefone de forma a

tentar resolver o problema, que poderá envolver troca ou creditação de produtos. No final guardam-se as faturas e caso existam faturas de psicotrópicos e /ou benzodiazepinas estas devem ser arquivadas em pastas apropriadas.

4.2.1.3-Marcação de preços

Segundo a legislação em vigor ^[7], os Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) têm obrigatoriamente impresso na cartongem o PVP previamente estabelecido.

Já nos produtos considerados de venda livre, tais como: Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), Dispositivos Médicos (DM), Produtos de Cosmética e Higiene Corporal (PCHC) e etc, pertence à farmácia determinar o seu preço com auxílio do SI, sendo o preço constituído pela taxa de IVA, Preço de Venda à Farmácia (PVF) e da margem de lucro pré-estabelecida pela farmácia, como referido anteriormente. Esta operação abrange a impressão de etiquetas autocolantes que apresentam o código atribuído ao produto, o respetivo nome, a taxa de IVA aplicada e o PVP. Todos os produtos têm de estar etiquetados, de forma a que seja visível o PV, o n.º de lote e informações relevantes. A marcação de preços foi uma das tarefas que fui fazendo ao longo do estágio, tendo sempre em conta o conhecimento acima referido.

4.2.1.4 - Armazenamento

Após a receção da encomenda procede-se ao acondicionamento da mesma de forma a manter a sua qualidade até à dispensa ao cliente. Desta forma, as zonas destinadas ao armazenamento devem respeitar as necessidades específicas de cada produto. Para que os utentes adquiram medicamentos e produtos seguros e sem sinais de deterioração, existe o registo periódico das condições de humidade, temperatura e ventilação das zonas de armazenamento ^[1].

Como já referido anteriormente, os primeiros produtos a serem guardados são os “de frio”, no frigorífico, cujas temperaturas se situam entre os 2°C e os 8°C. O controlo da temperatura é conseguido através de termohigrómetros e é feito diariamente. Os restantes produtos são armazenados a temperaturas inferiores a 25°C, sob condições de luminosidade pré-definidas e de humidade inferior a 60%. Os Medicamentos Psicotrópicos e Estupefacientes (MEP) devem ser armazenados num local específico, separados dos outros produtos em gaveta fechada com chave ^[1].

Nas FHF são cumpridas as exigências referidas, e respeita-se dois princípios de armazenamento, que passo a citar: se os produtos apresentam PV os de menor PV devem ser armazenados de forma a ser dispensados primeiro; se os produtos não têm PV, os que chegam primeiro são os primeiros a serem vendidos.

Os MSRM devem ser armazenados apenas de forma acessível ao PF, enquanto os MNSRM podem estar expostos ao público de forma a despertar o seu interesse.

A disposição dos produtos na farmácia é ordenada de forma a encontrar-se mais rapidamente o produto desejado e a passar uma boa imagem, que prime pela organização e limpeza dos locais de armazenamento dos produtos.

4.2.2-Controlo dos prazos de validade e devoluções de produtos

O controlo dos PV é uma tarefa importante na organização, eficácia e segurança dos serviços prestados pela farmácia ao seu público.

São várias as etapas em que se verifica o PV, nomeadamente aquando da receção e da dispensa do produto. Mensalmente são emitidas listagens com os produtos que vençam o PV nos próximos 3 meses e as respetivas quantidades em *stock*, de forma a poder-se retificar tanto o PV como a contagem física dos produtos. Quando o PV é mais alargado do que consta na lista deve proceder-se à sua correção no SI, caso os produtos expirem dentro dos próximos 3 meses, são separados dos produtos utilizáveis para se efetuar a respetiva devolução aos fornecedores.

As devoluções da farmácia aos laboratórios ou fornecedores podem ser efetuadas também quando se verificam erros na encomenda, (caixas danificadas; erros no pedido; erro no PVP; ausência de concordância entre a fatura e a encomenda) ou situações em que existe uma circular de recolha de determinado produto do mercado.

Recorre-se ao Sifarma 2000[®] para efetuar as devoluções, pela emissão de uma Nota de Devolução (ND) em triplicado onde deve constar a identificação da farmácia, o número de guia de devolução, a informação sobre o produto a devolver e o motivo da devolução. Uma das cópias fica na Farmácia e as duas restantes são enviadas para o fornecedor ou laboratório devidamente assinadas e carimbadas pelo PF. Em caso de existirem estupefacientes ou psicotrópicos ou produtos com condições de armazenamento especiais, como os produtos “de frio”, as devoluções devem ser efetuadas numa ND, em separado. Após avaliação da situação por parte do armazenista/laboratório, a resolução pode passar pela emissão de uma nota de crédito à farmácia com o valor dos produtos devolvidos, ou pela troca de produto por produto com um PV mais alargado. Caso a devolução não seja aceite dá-se a quebra do produto, sendo posteriormente encaminhado para o VALORMED.

Durante o meu estágio pude realizar várias tarefas relacionadas com a gestão de *stocks*, desde a conferência de encomendas até a emissão de ND aos fornecedores, passando pela etiquetagem de produtos, armazenamento e controlo de PV. Estas atividades revelaram-se de extrema importância no meu estágio, refletindo-se nas mais diversas atividades realizadas. Revelaram-se uma base na

minha familiarização com o espaço de trabalho, o *stock* existente e a respetiva rotatividade e local destinado a cada produto.

5- Dispensa de medicamentos

Cabe ao farmacêutico esclarecer o utente sobre todas as dúvidas que este possa ter de forma a assegurar a adesão do utente à medicação ^[1].

Após o 1º mês de estágio pude acompanhar o trabalho desenvolvido pelos profissionais da FHF, de forma a perceber como realizavam os seus atendimentos, quer a nível informático, quer a nível de aconselhamento, prestando atenção aos aspetos que mais se focavam na interação com o utente.

Nesta fase, os profissionais da FHF forneceram-me informações relevantes no atendimento de MSRM, ajudando-me a interpretar a informação constante nas receitas e todo o processo informático envolvido na dispensa deste tipo de medicamentos.

Em finais de abril iniciei o atendimento ao balcão sem acompanhamento. Foi uma experiência estimulante, de grande responsabilidade e de reflexão que exigiu de mim uma pesquisa diária no sentido de aperfeiçoar o meu desempenho.

Foram vários os atendimentos e aconselhamentos que tive oportunidade contudo seleciono o caso de um utente com prescrição médica de benzoato de benzilo indicado para uma situação de escabiose. Contudo, o utente referiu que o produto apresentava um odor desagradável característico e não o iria usar. E ainda demonstrou não estar convencido do diagnóstico médico.

Em conversa com o paciente tentei perceber os sinais e sintomas e promover a sua adesão à terapêutica, continuando a explicação ao utente como deveria proceder à aplicação do produto sobre o corpo, e ainda medidas essenciais para eliminação do parasita da roupa do corpo e da cama. Assim na fase final do atendimento demonstrou-se mais recetivo à terapia.

5.1- Medicamentos sujeitos a receita médica

De acordo com o DL n.º 176/2006 de 30 de agosto são considerados MSRM os medicamentos que preencham pelo menos umas das seguintes condições ^[8]:

- Medicamentos que possam constituir um risco direto ou indireto na saúde do doente, mesmo que usados para o fim a que se destinam, caso sejam usados sem vigilância médica;
- Medicamentos que possam constituir risco direto ou indireto para a saúde quando usados com frequência em quantidades consideráveis para um fim diferente para o qual se destinam;

- Medicamentos que contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias cuja atividade ou efeitos adversas sejam necessários aprofundar;
- Medicamentos que se destinem a ser administrados por via parentérica.

Como próprio nome sugere, estes medicamentos podem apenas ser dispensados nas farmácias mediante apresentação de RM válida. E de acordo com o tipo de receita a que estão sujeitos podem ser divididos em 3 categorias diferentes ^[8]:

- **Medicamentos de receita renovável:**

A receita apresenta validade de 6 meses e é composta por 3 vias. Facilita o acesso a medicamentos dos doentes com tratamentos farmacológicos prolongados. No caso de patologias crónicas como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, DPOC, etc, evitando-se a deslocação do doente constantemente ao médico de família.

- **Medicamentos de receita restrita:**

Medicamentos destinados exclusivamente a pacientes sujeitos a tratamento ambulatorio ou hospitalar.

- **Medicamentos sujeitos a receita médica especial:**

Correspondem a medicamentos que apresentam características especiais, tais como:

- ✓ Medicamentos que contêm na sua composição substâncias classificadas como estupefacientes ou psicotrópico;
- ✓ Medicamentos cujo uso de forma inadequado pode causar toxicod dependência, riscos de abuso medicamentoso ou serem usados para fins ilegais.
- ✓ Medicamento cuja recente introdução no mercado necessita de maior resguarda na sua utilização.

5.1.1- Prescrição e aviamento da receita médica

“A Lei n.º 11/2012, de 8 de Março, veio instituir um novo modelo na prescrição, dispensa e monitorização da utilização de medicamentos no nosso país ^[9].”

Atualmente está em vigor o modelo receita eletrónica materializada, que visa facilitar a comunicação entre médico e o PF, de modo a aumentar a segurança no processo de prescrição e dispensa de medicamentos ^[9].

A prescrição médica é efetuada via eletrónica, salvo raras exceções, como a falência do SI, inadaptação fundamentada do médico prescriptor, prescrição ao domicílio, entre outras situações, e até a um máximo de 40 receitas médicas por mês pode ser efetuada a prescrição manual ^[10].

A prescrição deve incluir obrigatoriamente a Denominação Comum Internacional (DCI) da substância ativa, incluindo a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação ou tamanho da

embalagem e posologia. Em casos excepcionais poderá incluir a denominação comercial ou o nome do titular de autorização no mercado, situações em que não exista medicamento genérico caso o produto não seja compartilhado pelo Estado ou haja uma justificação técnica para o fato do medicamento prescrito não poder ser substituído. As exceções são assinaladas no local apropriado da receita pelo médico prescriptor, e podem ser as seguintes ^[10,11]:

a) Prescrição de medicamento com margem ou índice terapêutico estreito; **b)** intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial; **c)** Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias.

Esta última exceção permite ao utente optar por um medicamento pertencente ao mesmo grupo homogéneo mas mais barato ^[11].

Em cada receita podem constar até 4 medicamentos distintos, não podendo ultrapassar o máximo de duas embalagens por medicamento, salvo exceção de medicamentos de toma única ^[11].

É obrigatório a verificação e validação da receita médica, aquando da dispensa da mesma. De acordo com o artigo n.º5 da Portaria nº137 A/2012, de 11 de maio, a RM só é válida se cumprir na totalidade os seguintes requisitos ^[10]:

- ✓ “Número de receita (constituída por 19 dígitos);
- ✓ Local de prescrição e identificação do médico prescriptor;
- ✓ Nome e número do utente;
- ✓ Entidade financeira responsável (se aplicável);
- ✓ Identificação do medicamento por DCI, dosagem, fórmula farmacêutica, dimensão da embalagem, número de embalagem e posologia;
- ✓ Data de prescrição e assinatura do médico;
- ✓ Período de validade da receita.”

5.1.2-Regimes de participação

De acordo com o DL n.º 106-A/2010, de 1 de outubro, a comparticipação dos medicamentos divide-se em 2 regimes: **regime geral e regime especial**. No primeiro, o Estado é a entidade responsável pela comparticipação pagando uma percentagem do preço total dos medicamentos à farmácia, consoante os escalões A,B,C e D, que variam de acordo com o grupo terapêutico em que se insere o fármaco. Já o regime especial abarca apenas determinado grupo de patologias e determinado grupo de doentes ^[12].

Nos **regimes especiais de comparticipação**, o utente pode beneficiar de uma comparticipação superior, como no caso dos **pensionistas** cujo rendimento anual total não exceda 14 vezes o salário mínimo nacional, estes são identificados na RM com a letra “R”^[12]

Este tipo de regime também engloba **doentes com determinadas patologias crónicas** (exemplo: lúpus, doença de alzheimer, psoríase e etc). Neste caso o despacho é impresso nas receitas para que o utente possa usufruir da comparticipação^[12,13].

A comparticipação pode ainda ser efetuada em regime de complementaridade ao SNS por várias entidades, mas para isso, é necessário que o utente apresente o cartão de beneficiário da entidade em questão^[13].

Os medicamentos manipulados podem ser objeto de comparticipação pelo Serviço Nacional de Saúde se constarem na lista publicada no Despacho nº18694/2010^[13,14].

Têm uma comparticipação especial os produtos abrangidos pelo Protocolo de Controlo da Diabetes das quais fazem parte tiras-teste, lancetas e agulhas^[13].

- **Faturação**^[15]

A farmácia deve enviar mensalmente a faturação do receituário às entidades responsáveis pela comparticipação de forma a receber o reembolso das comparticipações.

É durante o atendimento que se inicia a verificação e faturação da RM com a introdução da receita no SI, validação pelo PF que efetua a venda, e posterior impressão da informação relativa à faturação no verso da receita.

O SI atribui a cada receita um número de forma sequencial, e estas vão sendo agrupadas por ordem em lotes de 30 receitas de acordo com o organismo a que pertencem.

Os planos de comparticipação mais comuns são o 01- SNS e o 48-Regime especial de pensionistas, em caso de complementaridade de comparticipação é necessário tirar uma fotocópia da receita, onde também é impresso o documento da faturação. A receita original vai para o organismo primário e a fotocópia vai para o segundo organismo de comparticipação.

Diariamente, à medida que vão sendo faturadas, as receitas vão sendo conferidas e no caso de estar tudo conforme, o responsável deve datar, assinar e carimbar a receita. No final de cada mês as RM são reunidas e separadas nos respetivos lotes e faz-se a impressão do Verbete de identificação de lote (resumo do Lote), o resumo de lotes emitidos para cada organismo e ainda a fatura global para cada organismo onde consta o valor total da compartição a reembolsar à farmácia.

Com a reforma da receita eletrónica os possíveis erros relativos à faturação e dispensa de medicamentos foram reduzidos. Com este novo sistema, o código de acesso constante na guia de tratamento tem acesso direto à receita, já com o respetivo plano introduzido e em caso de inconformidade com o PV o SI dá-nos automaticamente o alerta. Antes de terminar a faturação da

receita, todo o processo é revisto pelo sistema, em caso de inconformidade, este não permite ao PF finalizar o atendimento. Todas as receitas conformes adquirem o organismo 99, no caso das não conforme o 98, mantendo-se todo o processo anteriormente descrito na faturação das receitas.

5.1.3-Dispensa de medicamentos psicotrópicos e estupefacientes

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes (MPE) apresentam elevada aplicabilidade terapêutica, uma vez que têm ação a nível do Sistema Nervoso Central, sendo usados no tratamento de diversas doenças. Contudo, estas substâncias apresentam alguns riscos como habituação, dependência física e psíquica, sendo muitas vezes usadas de forma indevida. Por esta razão, o Decreto de Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro visa uma fiscalização rigorosa destas substâncias através da implementação de regras de controlo e penalização. A dispensa deste tipo de medicamentos só pode ser efetuada pelo farmacêutico ou sob a sua supervisão e mediante a apresentação de RM [16,17].

Aquando do aviamento da receita desta classe de medicamentos, para além dos cuidados normais com a RM, é necessário verificar que na prescrição médica não constam outros medicamentos. O adquirente tem de ser maior de idade, e é obrigatório o preenchimento de alguns dados relativamente ao médico prescritor, ao doente e ao adquirente. Efetuada a venda, para além da impressão do documento de faturação no verso da receita, é impresso um talão de compra de psicotrópicos que é anexado a uma fotocópia da receita [11,16,17].

Cabe ao INFARMED a fiscalização e supervisão dos MEP. As farmácias devem então enviar a esta entidade todos os documentos de registo de entrada e saída deste tipo de medicamentos. As farmácias devem ainda manter estes documentos em arquivo durante pelo menos 3 anos [16,17].

No período do meu estágio tive oportunidade de aviar este tipo de receitas e constatei alguma desconfiança por parte dos utentes quando lhes eram pedidos os dados para a dispensa deste tipo de medicamentos. Assim, é imperativo a necessidade de lhes explicar a importância deste requisito, nomeadamente o controlo e fiscalização associados a estas substâncias de forma a evitar o seu uso ilícito.

5.1.4-Produtos de Protocolo da *Diabetes Mellitus*

A diabetes é uma doença de cariz metabólico com grande incidência em Portugal. Foi elaborado um protocolo entre o Ministério da Saúde e os diversos parceiros do setor, no sentido de desenvolver e implementar programas de controlo da diabetes. Este programa tem como objetivo melhorar o acesso das pessoas com esta doença aos dispositivos indispensáveis na autovigilância dos níveis de glicémia e da administração de insulina. Neste contexto, a comparticipação sobre as

tiras-teste para a determinação de glicémia está definido em 85% do PVP e em 100% do PVP no caso das agulhas, seringas e lancetas, pela na Portaria n.º 364/2010, de 23 de junho ^[18].

5.1.5-Medicamentos manipulados

O DL n.º 95/2004, de 22 de abril, define medicamento manipulado, como qualquer fórmula magistral ou preparado oficial produzido e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico, respeitando sempre as normas relativas ao pessoal, instalações, equipamentos, documentação, qualidade e rotulagem ^[19].

Segundo este mesmo DL o farmacêutico é responsável pela preparação do medicamento manipulado, garantindo a segurança do medicamento e do utente, pela avaliação de possíveis interações e inconformidades no que respeita às doses das substâncias ativas. Os manipulados apenas se podem realizar quando a indústria farmacêutica não tem uma resposta adequada como no caso de não existir no mercado especialidade farmacêutica com igual dosagem, ou forma farmacêutica pretendida ^[19,20].

No decorrer do meu estágio não tive oportunidade de observar, nem efetuar este tipo de preparações.

5.2-Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e automedicação

De acordo com o Estatuto do Medicamento, os MNSRM correspondem a todos os Medicamentos de uso Humano que não satisfazem as condições requeridas para a classificação de MSRM, sendo que a sua dispensa é facilitada sem necessidade de RM, e não estão sujeitos a qualquer comparticipação por parte do Estado ^[8].

A automedicação corresponde ao início de um tratamento com recurso a medicação por iniciativa própria do doente. Nesta situação o farmacêutico deve avaliar a aplicabilidade do medicamento solicitado ^[1].

Durante o período do meu estágio, foram vários os MNSRM procurados pelos utentes, nomeadamente para situações ligeiras como estados gripais e constipações, distúrbios gastrointestinais, dores musculares, problemas de circulação venosa dos membros inferiores, reações alérgicas entre outros. Nestas situações tentei saber, através de diálogo com o utente, as informações necessárias para perceber se a medicação solicitada era a mais indicada para os sintomas que o utente apresentava. Aquando da dispensa do medicamento informava sobre a posologia, a duração do tratamento e possíveis reações adversas. Outras indicações que procurei incutir nos meus atendimentos estava relacionada com medidas não farmacológicas que ajudavam no alívio de determinados sintomas.

Relativamente à automedicação em conversa com os utentes fui-me apercebendo de alguns erros que cometiam, especialmente relacionadas com a toma de medicamentos que apresentavam diferente nome comercial, mas a substância ativa era a mesma. Casos em que intercalavam Griponal[®] com Ben-u-ron[®].

6- Dispensa de outros produtos

6.1- Medicamentos para uso veterinário

O medicamento veterinário é definido como “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” tal como o predisposto no DL nº 148/2008, de 29 de julho^[21].

A FHF apresenta uma variada gama de produtos de uso veterinário, armazenados separadamente dos medicamentos de uso humano. A farmácia tem o apoio de um veterinário ao qual pode ligar para satisfazer qualquer dúvida que tenha sobre este tipo de medicamentos.

No período do meu estágio dispensei e aconselhei vários produtos para animais como cães e gatos, e a procura incidia maioritariamente em desparasitantes internos e externos, e ainda anticoncecionais, muito pela época do ano em que decorreu o meu estágio.

6.2-Produtos cosméticos e de higiene corporal

Desde os tempos mais remotos que a população se preocupa com o seu bem-estar e aspeto físico e, atualmente tem-se registado um aumento da procura deste tipo de produtos.

De acordo com o DL em vigor^[22], produtos cosméticos são definidos como qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, cujo objetivo incide, exclusiva ou principalmente, em limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger ou mascarar os odores corporais.

Cabe ao INFARMED a responsabilidade da supervisão do mercado dos produtos cosméticos, de forma a garantir o cumprimento dos requisitos legais exigidos para estes produtos^[23].

Em resposta às exigências dos utentes nesta secção, a FHF dispõe de uma gama heterogénea adequada às mais variadas situações, desde afeções cutâneas, envelhecimento cutâneo, higiene corporal, produtos destinados a afeções bucodentárias, proteção solar, entre outros.

Foram vários os aconselhamentos efetuados nesta área para o mais variado público desde crianças aos mais idosos. Por exemplo uma senhora de aproximadamente 40 anos de idade

solicitou um produto antirrugas. Para iniciar o atendimento questionei se já usava algum produto para esse efeito, ao que me respondeu que era a primeira vez. Durante o diálogo com a utente apercebi-me que o objetivo principal era prevenir o envelhecimento da pele e disfarçar as primeiras marcas da idade. Foi então que aconselhei um creme antirrugas à base de óleo de Jojoba, que devido à sua ação hidratante previne o envelhecimento cutâneo e disfarça as rugas, promovendo a suavidade da pele. Referi ainda que este processo é demorado não se verificando resultados de um dia para o outro, devendo evitar-se interrupções, caso contrário não se verificam melhorias com o uso do produto.

6.3-Produtos homeopáticos

A Homeopatia é uma abordagem terapêutica particular, cujo tratamento passa pela utilização de remédios altamente diluídos de forma a estimular a capacidade inata, nas pessoas, de se curar. Baseia-se na lei dos “similares”, segundo a qual os remédios podem produzir, em indivíduos sadios, os mesmos sintomas manifestados pelo doente ^[24].

Este tipo de produtos, não tem rotatividade na FHF, daí que a sua inclusão no *stock* é escassa. Durante o meu estágio não me foi solicitado qualquer produto homeopático.

6.4-Produtos fitoterapêuticos

De acordo com o Estatuto do Medicamento ^[9], os medicamentos à base de plantas correspondem a qualquer medicamento que contenha uma ou mais substâncias ativas à base de plantas ou preparações à base de plantas, sob diversas formas farmacêuticas.

Apesar de, na generalidade, a procura de medicamentos naturais ter aumentado, não só pela crença de não apresentarem complicações, mas também pelas vantagens de aquisição em termos monetários e acessibilidade ao público, estes não estão desprovidos de efeitos adversos, contraindicações e interações (por exemplo o Hipericão usado nas depressões, apresenta interação com contraceptivos orais, anticoagulantes e com os próprios antidepressivos e etc.) O farmacêutico deve zelar pelas escolhas do utente, promovendo o uso racional dos medicamentos “naturais” que podem também ser responsáveis por intoxicações.

Na FHF existem vários produtos à base de plantas desde, para os mais diversos fins terapêuticos como: emagrecimento, regulação intestinal, problemas urinários, problemas circulatórios, controlo da ansiedade, entre outros.

6.5- Suplementos alimentares e produtos para alimentação especial

Os suplementos alimentares são géneros alimentícios que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutriente ou fisiológico, separadas ou combinadas que visam complementar e ou suplementar a dieta normal, comercializadas em forma doseada ^[25].

A FHF contém em *stock* diversos suplementos alimentares para as diferentes necessidades de cada utente. No meu estágio tive oportunidade de aconselhar este tipo de produtos para várias situações, sendo que os casos que mais surgiram estavam relacionados com queixas de fadiga intelectual e cansaço físico. Tive sempre cuidado de referir que estes suplementos não substituem a necessidade de optar por um estilo de vida e uma alimentação saudáveis.

Para efeitos do DL n.º 227/91, de 19 de junho “entendem-se por géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial os produtos alimentares que, quer pela sua composição ou quer pelos processos especiais de fabrico, se diferenciam dos géneros alimentícios de consumo corrente, sendo indicados e adequados a determinadas categorias de pessoas com necessidades nutricionais especiais ^[26]. “

Deste grupo de pessoas fazem parte lactentes e crianças até aos 3 anos de idade saudáveis; indivíduos com condição fisiológica especial ou perturbações na assimilação e metabolismo do sistema digestivo. Dentro deste tipo de produtos, a FHF possui sais de reidratação oral, leite para as mais variadas indicações (hipoalergénico, antidiarreico e etc), papas para diferentes fases do desenvolvimento das crianças, suplementos hiperproteicos e hipercalóricos para doentes oncológicos, produtos indicados na geriatria e para diabéticos, etc.

Como exemplo indiquei o primeiro leite de farmácia para a alimentação parcial de um bebé de 3 semanas devido à falta de leite materno que suprisse as necessidades do lactente. Por isso aconselhei um leite hipoalergénico, indicado para alimentação dos lactentes desde o nascimento. Tive em atenção as doses de preparação do biberão referindo sempre a necessidade do leite materno no desenvolvimento físico e mental da criança.

6.6-Dispositivos médicos

Os Dispositivos Médicos (DM) são importantes instrumentos de saúde que englobam um vasto conjunto de produtos. Destinados pelos seus fabricantes, a serem utilizados para fins de prevenção, diagnóstico ou tratamento de uma doença humana,” cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, tal como o predisposto no DL n.º. 145/2009, de 17 de julho ^[27]. “

A FHF dispõe de uma vasta gama de DM, como meias de compressão, material ortopédico, testes de gravidez, seringas, materiais de penso, emplastos medicamentosos, entre outros.

6.7-Artigos de puericultura

De acordo com o pressuposto no DL n.º10/2007, de 18 de janeiro, artigo de puericultura define-se “por qualquer produto cuja finalidade seja facilitar o sono, o relaxamento, a higiene, a alimentação e sucção das crianças ^[28]. “

7- Serviços e cuidados prestados na Farmácia Helena Freitas

O farmacêutico é um agente de saúde. Para além da dispensa de medicamentos, pode prestar serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes ^[6]. A farmácia comunitária tem vindo a alargar o seu campo de ação, apresentando-se atualmente como um local com profissionais qualificados capazes de prestar serviços que estão discriminados na Portaria n.º 1429/2007 ^[29].

A FHF disponibiliza vários serviços aos utentes desde testes bioquímicos como a medição dos valores de colesterol total, glicémia, triglicérideos, ácido úrico- parâmetros fisiológicos como a medição da Pressão Arterial (PA) e Índice de Massa Corporal (IMC) - administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (PNV), testes de gravidez, entre outros.

7.1-Determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos

Na FHF a determinação dos parâmetros bioquímicos efetua-se no gabinete de atendimento privado, da parte da manhã, encontrando-se os utentes em jejum e recorrendo a um espectrofotómetro devidamente calibrado e validado, no sentido de obter resultados mais precisos.

Estes destinam-se à monitorização dos valores de glicémia e colesterol e de forma a avaliar o estado de saúde, e, por vezes, a eficácia do tratamento prevenindo a evolução para possíveis complicações. A FHF disponibiliza ainda a cada utente um cartão de registo destes parâmetros para que tanto o médico como o farmacêutico acompanhem o histórico de valores do doente.

A medição da PA também se faz neste espaço e é importante na monitorização dos valores dos já hipertensos, e dar ao apoio ao diagnóstico de indivíduos suspeitos de hipertensão, seguindo sempre as normas para a medição mais precisa da PA.

Durante o meu estágio pude realizar frequentemente este tipo de testes quando oportuno aproveitando este momento em que há maior proximidade com o utente para tentar promover a sua adesão à terapêutica e adoção de medidas não farmacológicas, relativamente aos parâmetros avaliados.

7.2-Testes de gravidez

Nos testes de gravidez a amostra usada é a urina, preferencialmente a primeira urina da manhã na altura do dia em que está mais concentrada. Efetua-se no laboratório da farmácia e baseia-se na detecção da hormona gonadotrofina coriônica humana (hCG), segregada pelas células da placenta, que se encontra aumentada na urina nos dias seguintes à fertilização o que faz com que seja o marcador fiável da gravidez ^[30].

Nos casos em que as utentes optavam por realizar o teste em casa, na dispensa do dispositivo forneci todas as indicações necessárias ao seu correto manuseamento.

7.3-Testes à urina

Na FHF realiza-se ainda teste à urina tipo II, em que a amostra usada é preferencialmente a primeira urina da manhã. É um teste com fita reativa, que permite obter um resultado rápido e semi-quantitativo. Permite detetar a presença de determinadas substâncias na urina como a glucose, proteínas, nitritos, leucócitos, corpos cetónicos, hemoglobina, urobilinogénio e bilirrubina ^[31].

Os casos mais frequentemente pedidos para efetuar este teste na FHF correspondem a casos de suspeita de infeções urinárias.

7.4-Administração de vacinas não incluídas no plano nacional de vacinação

Para além dos serviços de saúde já referidos, na FHF são administradas vacinas não incluídas no PNV, por profissionais habilitados, no espaço reservado ao atendimento privado tal como o predisposto na Portaria 1429/2007, de 2 de novembro ^[29].

7.5-VALORMED e recolha de radiografias

A VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos, criada no âmbito da cooperação conjunta entre a Indústria farmacêutica e os seus Distribuidores no sentido de promover a recolha e gestão dos resíduos das embalagens dos medicamentos vazias e medicamentos cujo PV já se encontra vencido, contribuindo não só na gestão do uso racional do medicamento mas também na prevenção de danos ambientais ^[32]. Para além da recolha de medicamentos e embalagens vazias, FHF faz também recolha de radiografias usadas pertencente à "Campanha de Recolha e Reciclagem de Radiografias". O objetivo consiste em angariar fundos a favor do trabalho de ajuda humanitária da AMI.

7.6-Estágio na Farmácia Helena Freitas

Ao longo destes seis meses foram várias as tarefas realizadas e estão descritas de forma geral na tabela 1.

Numa primeira fase deste estágio pude conhecer o *stock*, a organização e o funcionamento da farmácia, asseguradas pela realização de tarefas como a receção e armazenamento de encomendas. Estas tarefas foram importantes para aprender a trabalhar com o SI, que é uma componente essencial no dia-a-dia da farmácia comunitária.

A segunda fase do estágio foi dedicada ao atendimento ao público, realizada de forma gradual de aprendizagem por observação do trabalho dos profissionais da farmácia, que posso caraterizar como uma fase de reflexão e interiorização de determinados comportamentos a adotar durante o aconselhamento e dispensa de medicamentos. Seguindo-se o atendimento de forma individual, mas sempre que necessário recorrendo ao apoio dos colegas de trabalho e das fontes de informação científica disponíveis para auxiliar o farmacêutico nas suas atividades.

Parte II: Casos clínicos

Caso 1 - Doença Venosa Crónica

1-Enquadramento teórico

A Doença Venosa Crónica (DVC) tal como o nome sugere, refere-se a uma patologia de carácter crónico e evolutivo que engloba as alterações morfológicas e funcionais que afetam o sistema venoso. O seu diagnóstico e tratamento atempados impedem a evolução para manifestações graves, capazes de condicionar o dia-a-dia dos doentes ^[33-35].

Esta patologia engloba uma série de sinais e sintomas, que vão desde a dor, a sensação de pernas pesadas, o cansaço dos Membros Inferiores (MI), as câibras noturnas a manifestações mais graves como varizes, edema, hiperpigmentação, e úlceras venosas na perna ^[37].

A adoção de medidas higiénico dietéticas, a terapêutica compressiva, o uso de fármacos venoativos, o tratamento do refluxo e da hipertensão venosa por ablação térmica, química e física estão incluídos na gama de tratamentos disponíveis para a DVC ^[35].

Esta doença apresenta valores elevados de incidência na população do mundo ocidental, de uma forma geral, tendo em conta que se trata de uma patologia, cuja evolução dos sintomas pode ser prevenida. Relativamente a Portugal, um terço dos indivíduos padece de DVC ^[36]. O elevado impacto socioeconómico das manifestações mais graves da DVC, leva a que deixe de ser um problema de cariz individual para se tornar numa questão de saúde pública ^[34].

No nosso país, a Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular (SPACV) tem vindo a promover campanhas de sensibilização relacionadas com a subvalorização e subdiagnóstico da DVC ^[33, 34]. Neste contexto optei por aprofundar este tema e abordá-lo junto dos utentes que recorriam aos serviços da FHF, transmitindo informação essencial sob a forma de folheto

desdobrável, com identificação de eventuais sintomas que a patologia possa apresentar e a necessidade de procurar ajuda clínica para evitar que se torne incapacitante. Nesta ação, enfatizei os conselhos gerais que ajudam a limitar o agravamento de DVC, com o objetivo de consciencializar a população para a necessidade de prevenção e do tratamento precoce esta patologia.

2-Escala do problema

2.1-Epidemiologia

Tal como já foi referido anteriormente, a DVC dos membros inferiores é uma patologia que merece especial atenção, uma vez que tem uma incidência significativa na população dos países ocidentais, incluindo Portugal ^[36].

De acordo com os estudos desenvolvidos por investigadores na Europa, 1 em cada 2 adultos apresenta queixas associadas a manifestações de DVC. É também referido que a úlcera venosa manifesta-se com uma prevalência de 0,3% na população adulta ^[36].

Em Portugal a DVC afeta 2 milhões de mulheres com mais de 30 anos; 7 em cada 10 mulheres com mais de 30 anos sofre de problemas de circulação venosa, e metade ainda não está tratada; no geral $\frac{1}{3}$ da população portuguesa sofre de DVC ^[38].

2.2-Impacto socioeconómico e na qualidade de vida

Nos países ocidentais, a elevada prevalência de varizes e úlceras venosas apresenta um impacto significativo nos recursos de cuidados de saúde da DVC, principalmente em investigações e tratamentos. Segundo os dados do artigo de *Bergan et al*, são estimados gastos de 1 a 3% da percentagem total do orçamento dos cuidados de saúde nos países com sistemas de saúde desenvolvidos ^[37].

Tratando-se a DVC de uma patologia, é certo que tem repercussões a nível da qualidade de vida. Neste caso, o impacto está essencialmente relacionado com a dor e o comprometimento da capacidade física, tendo-se, em vários estudos, associado as úlceras venosas (manifestação mais grave da doença crónica) com o isolamento social e a depressão ^[37,39].

De acordo com a literatura disponibilizada pela SPACV, 8% dos doentes em Portugal reformam-se antecipadamente, devido à DVC, e a úlcera venosa é também responsável por várias repercussões sociais, nomeadamente em termos de interrupção temporária da atividade profissional, na ordem dos 55.4%, situação que agrava com a idade ^[38].

Em termos de qualidade de vida, esta mesma literatura cita que em Portugal, 48% da população sofre regularmente de dor nos tornozelos e/ou pernas, e também 58% da população feminina com

mais de 40 anos assim como 64% das mulheres cuja faixa etária se encontra acima dos 50 anos de idade, sentem a sua qualidade de vida significativamente afetada pela DVC [38].

3-Sistema Venoso dos Membros Inferiores

O sistema venoso funciona ainda como reservatório de sangue e o objetivo principal da circulação venosa é o retorno do sangue ao coração para reoxigenação e recirculação, o que se revela de grande importância na manutenção da homeostasia cardiovascular [41].

O sistema venoso dos membros inferiores, o mais afetado pela DVC, é dividido em termos anatómicos em dois compartimentos: o Sistema Venoso Superficial (SVS) e o Sistema Venoso Profundo (SVP) (figura 1) [40-42].

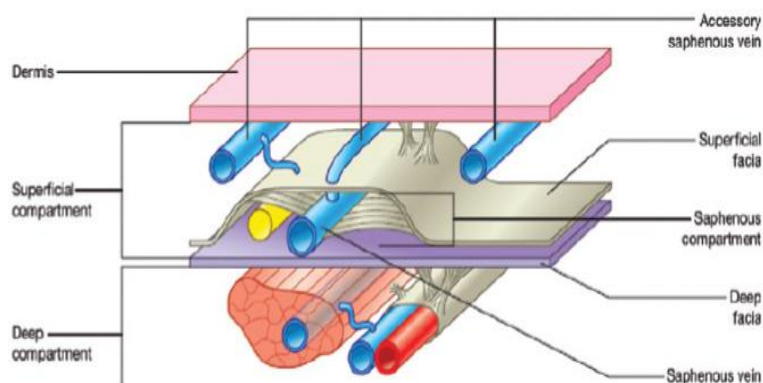


Figura 1-Imagem representativa da divisão do Sistema venoso em compartimentos [40]

O sistema venoso superficial é limitado superficialmente pela pele e profundamente pela fáscia muscular. Incluem-se neste compartimento a grande veia safena, pequena veia safena e suas tributárias. Por sua vez, o sistema venoso profundo localiza-se abaixo da fáscia muscular. Fazem parte deste compartimento as veias anterior tibial, peroneal, poplítea, femoral profunda, femoral superficial e as veias ilíacas [38, 40]. A comunicação entre os compartimentos superficial e profundo faz-se através das veias perforantes que penetram a barreira anatómica. No que diz respeito à comunicação entre veias pertencentes ao mesmo compartimento, esta é feita recorrendo às veias comunicantes [40,43].

O SVS compreende uma rede de vénulas e veias superficiais que recolhem o sangue da pele e dos tecidos subcutâneos e funcionam como condutoras do sangue para o SVP. O sangue é drenado através de 3 vias principais: veias safenas, grande e pequena, que atingem o SVP através da junção safeno-femoral e da junção safeno-poplítea, veias perforantes originárias nas veias safenas e suas tributárias e também diretamente no sistema venoso profundo ou no sistema pélvico [38,42].

Uma das características particulares das veias é a presença de válvulas que estão localizadas em todas as veias superficiais e profundas, e cuja frequência é superior na perna relativamente à coxa, de forma a garantir o movimento do sangue na direção do coração. As veias perfurantes também contêm válvulas que têm como função direcionar o fluxo de sangue das veias superficiais para as veias profundas^[42].

O retorno do sangue até ao coração é feito contrariando a força da gravidade devido à ação de válvulas venosas, mas também depende de outras estruturas como o plexo venoso plantar e a bomba muscular periférica (músculos da região gemelar)^[38]. Uma falência em qualquer uma destas estruturas pode levar a insuficiência venosa.

4-Fisiopatologia

A doença venosa é considerada uma patologia crónica e evolutiva, com uma fisiopatologia complexa, que tem na sua génese dois processos indissociáveis: a hipertensão venosa e a inflamação venosa crónica (**anexo I**)^[38].

4.1-Génese da DVC

Atualmente considera-se que a hipertensão venosa resulta, na maioria dos casos, de uma incompetência valvular acompanhada de refluxo venoso^[38].

A alteração do fluxo sanguíneo venoso desencadeia a libertação de mediadores de inflamação ao nível das células endoteliais. Esta resposta inflamatória resulta da ativação, adesão e migração dos leucócitos através do endotélio venoso que levam à alteração da matriz extracelular devido à produção de citocinas e fatores de crescimentos^[38].

Na base da DVC existe um ciclo vicioso de inflamação e aumento de pressão nas veias, uma vez que os processos inflamatórios resultantes da interação leucócito-endotélio levam à disfunção venosa, que por sua vez origina incompetência valvular e refluxo venoso^[38].

Porém, as alterações hemodinâmicas que ocorrem nas veias superficiais e perfurantes das extremidades venosas são transmitidas para a microcirculação, ao nível da derme e dos tecidos subcutâneos. A formação de úlceras pode dever-se ao aumento da permeabilidade das veias a moléculas de maiores dimensões, tal como o fibrinogénio, o qual se polimeriza em fibrina, que se deposita na parede capilar e interfere com a difusão de nutrientes e oxigénio, promovendo a formação de úlceras^[38,42]. A ativação e libertação de mediadores inflamatórios e enzimas proteolíticas na rede capilar causa dano nas células endoteliais da microcirculação e também predispõe para a formação de úlceras^[42, 46].

Relativamente às principais alterações ao nível das válvulas e paredes venosas numa situação de insuficiência venosa, um estudo realizado em pacientes com Insuficiência Venosa Crónica (IVC)

permitiu examinar, através de angioscopia, o interior dos vasos sanguíneos [37,38]. Tais observações das permitiram verificar determinadas alterações, nomeadamente, o alongamento, o desgaste, a adesão dos folhetos das válvulas venosas e ainda a redução do seu número do nos segmentos das veias safenas dos pacientes. Um outro aspeto encontrado nas amostras de veias dos doentes com DVC foi a infiltração de monócitos e macrófagos nas paredes e folhetos das válvulas venosas, surgindo como possível consequência do processo inflamatório [37,38]. A literatura refere ainda que estudos histológicos permitiram verificar hipertrofia da parede venosa, com aumento do conteúdo em colagénio juntamente com perturbações nos arranjos ordenados de células de músculo liso e fibras de elastina em veias safenas com varizes [37,38].

5-Fatores de risco

O sistema venoso, quando sujeito a alterações no volume sanguíneo e respetiva pressão sanguínea, desenvolve uma série de mecanismos de distensão-contracção e remodelação vascular que correspondem a mecanismos fisiológicos adaptativos. Contudo, pode existir uma falha dos mesmos que conduz a uma situação de insuficiência venosa que poderá ser agravada com a pré-existência de determinados fatores de risco, sendo fundamental a sua identificação. Os fatores de risco da insuficiência venosa podem ser classificados em fatores primários ou idiopáticos, fatores secundários e fatores congénitos [47].

Relativamente aos fatores primários estes podem ser não modificáveis e modificáveis. Os fatores não modificáveis incluem a idade, o género a hereditariedade ou a raça, por sua vez, relativamente aos modificáveis, incluem a obesidade, a exposição ao calor, gravidez, estilo de vida sedentário assim como uma profissão que exija a permanência prolongada em posição ortostática [40,47]. Podem ser classificados como fatores de risco secundários a trombose venosa profunda e a iatrogenia [40,47]. Por fim, a DVC pode também ser resultado de fatores de risco congénitos, tais como angiodisplasias, fístulas arteriovenosas e agnesia valvular [40,47].

6-Sinais e Sintomas

Sendo a DVC, uma doença crónica evolutiva, é de extrema importância perceber quais os sinais e sintomas associados, de forma a atuar na fase inicial da patologia e evitar a sua progressão para fase mais avançada e respetivas complicações.

Assim sendo, a presença de DVC pode ser acompanhada pelos seguintes **sintomas** [47]:

- **Dor, sensação de pernas cansadas, formigueiro**, que são exacerbados durante a gravidez;
- **Sensação de pernas pesadas** que surge após posição ortostática prolongada que acalma com o repouso e elevação dos pés e/ou exercícios de relaxamento da musculatura;

- **Cãibras noturnas** estão associadas ao esforço e ao calor. Afetam o músculo das pernas sobretudo a região gemelar.

Relativamente aos **sinais (Figura 2)** que podem surgir com a evolução da patologia, destacam-se os seguintes ^[37,40,45,48]:

- **Telangiectasias:** Junção de vénulas intradérmicas dilatadas com diâmetro inferior a 1 mm;
- **Veias reticulares:** Veias dilatadas, não palpáveis, subcutâneas, com diâmetro entre 1 a 3 mm;
- **Varizes:** Veia subcutânea, dilatada, geralmente tortuosa com o diâmetro igual ou maior que 3 mm, medida em posição ortostática. As varizes podem causar um problema designado de tromboflebite superficial, e consiste na formação de um coágulo de sangue numa veia próxima da superfície da pele;
- **Edema:** manifestação mais frequente e precoce da IVC. Aumento perceptível no volume de fluidos da pele e tecido subcutâneo, usualmente no tornozelo, podendo atingir a perna e o pé. Surge em situações de locomoção e posição ortostática prolongadas e é reversível por elevação das pernas;
- **Atrofia branca:** área localizada de pele atrófica (perda de constituintes da pele), com aspeto frequentemente circular, de cor branca, circundada por capilares dilatados e, ocasionalmente, hiperpigmentada;
- **Lipodermatoesclerose:** Inflamação e fibrose localizada na pele e tecido subcutâneo da perna. Pode ser precedida por edema inflamatório difuso, e ocasionalmente doloroso.
- **Pigmentação:** Coloração acastanhada da pele, devido à degradação de hemoglobina em hemossiderina, dos eritrócitos extravasados. Localiza-se geralmente no tornozelo, mas pode estender-se aos pés e à perna;
- **Úlcera venosa:** com origem na DVC, corresponde a uma alteração da espessura total de pele, devido à falha espontânea de cicatrização e com localização frequente na região do tornozelo.

7-Diagnóstico

O estabelecimento do diagnóstico da patologia venosa dos membros inferiores é baseado na história clínica do paciente, que por sua vez engloba a exploração dos seus antecedentes e a recolha de sintomas, e deve ser acompanhada de um adequado exame físico. Posteriormente pode recorrer-se a provas complementares cujo objetivo é a identificação da patologia e o estabelecimento do seu grau de desenvolvimento ^[42,47].

O diagnóstico clínico inicia-se com a **anamnese** onde o médico deve procurar saber as queixas do utente bem como a duração dos sintomas que apresenta, o historial clínico dos antecedentes familiares e a história atual e anterior de saúde do utente [46, 49].

Depois da anamnese, o clínico procede ao **exame físico**. Este deve ser realizado sob boas condições de iluminação e com o paciente de pé, após alguns minutos em posição ortostática. Este exame abarca a palpação e inspeção da superfície da pele verificando a presença de alterações e saliências que sugerem a presença de varizes, ou outras alterações cutâneas tais como a hiperpigmentação, a atrofia branca ou a lipodermatoesclerose. As úlceras ativas ou cicatrizadas são sinais relacionados a casos em que a patologia já se encontra avançada [38,42,46,47].

- **Provas e procedimentos de diagnóstico:**

Existe uma série de métodos que visam confirmar o diagnóstico clínico e são classificados em métodos invasivos ou métodos não invasivos.

São exemplos dos métodos não invasivos o *doppler* de ondas continuas, o *eco-doppler* e a pletismografia. A flebografia ou venografia ou angiografia e a pressão venosa ambulatoria correspondem a exames invasivos para o diagnóstico de DVC [46,48,50].

7.1-Classificação CEAP

A classificação CEAP surgiu no âmbito da necessidade de homogeneizar o diagnóstico da DVC, e classificar a patologia de acordo com o seu grau de gravidade. Esta metodologia tem em consideração uma série de parâmetros: avaliação clínica do doente (C), a etiologia da doença (E), a região anatómica envolvida (A) e o processo fisiopatológico subjacente (P) [37,40,41].

Este método aceite internacionalmente permite sistematizar o diagnóstico clínico, o que facilita a escolha do tratamento adequado para cada paciente [36].

O termo DVC inclui alterações morfológicas e funcionais do sistema venoso, cujos sinais clínicos na perna afetada são agrupados em sete categorias designados de C₀ (doença não diagnosticável) a C₆ (úlceras não cicatrizadas) e que estão descritas na **tabela 4**. Mas, o termo “Insuficiência Venosa Crónica” é, geralmente restrito a situações de maior gravidade (C₃ a C₆). É importante referir que a presença (S) ou ausência (A) de sintomas é igualmente registada. Assim, varizes na ausência de outras manifestações da doença, não são indicativas de IVC [35,37,41].

Tabela 4 – Classificação clínica da DVC da perna. Adaptada [37]

Classe
C₀ - Sem sinais visíveis ou palpáveis da doença venosa;
C₁ - Telangiectasias. Veias reticulares;
C₂ - Varizes tronculares;
C₃ - Edema;
C₄ - Alterações da pele atribuídas à DV;
C_{4a} - Pigmentação, eczema venoso, ou ambos
C_{4b} - Lipodermatoesclerose, atrofia branca, ou ambos;
C₅ - Úlcera venosa cicatrizada;
C₆ - Úlcera venosa ativa.
(a) Assintomático;
(s) Sintomas: dor, câibras musculares, irritação cutânea, sensação de peso nas pernas.



Figura 2-Imagens representativas das manifestações clínicas da Doença Venosa Crónica

8-Tratamento

O tratamento de insuficiência venosa compreende uma série de medidas higieno-dietéticas, o uso de meias elásticas, terapia farmacológica e tratamento cirúrgico cuja finalidade será retardar a evolução da doença, melhorar o aspeto físico e evitar a manifestação de complicações [35,47].

• Medidas higiénico-dietéticas:

No caso de patologia venosa o primeiro tratamento a adotar está frequentemente relacionado com mudanças no estilo de vida, de forma a evitar a progressão da doença, a diminuição da dor e o atraso na formação de novas varizes [51]. As medidas não farmacológicas englobam uma série de comportamentos e adoção de estilo de vida saudáveis tais como [38, 47]:

Evitar a obesidade, não permanecer de pé ou sentado por períodos de tempo prolongados, evitar um estilo de vida sedentário. Quanto ao vestuário é importante optar pelo uso de roupas confortáveis e largas, deve ainda optar-se por calçado de salto compreendido entre os 3-4cm. É recomendado evitar espaços quentes, sendo desaconselhados os banhos quente, a exposição solar prolongada, a sauna, o uso de ceras depilatórias quentes, e ainda destaca-se a importância de reconhecer os fatores de risco, tal como uso de contraceção oral e a gravidez como possíveis causas de agravamento da doença. Todas estas recomendações referidas objetivam evitar o aumento da pressão venosa e o refluxo venoso, bem como impedir o bloqueio da circulação do sangue no sistema venoso [38,47].

No sentido de diminuir a pressão venosa e melhorar os sintomas da insuficiência venosa deve praticar-se regularmente determinados desportos como andar de bicicleta e praticar natação que vão facilitar a circulação venosa, mas é desaconselhada a prática de desportos como o futebol, o ténis, e

basquetebol por obrigarem a movimentos bruscos, provocando alterações da pressão do sangue nas veias e sua dilatação e consequente diminuição da circulação de sangue ao coração. Consideram-se benéficos os duches de água fria nas pernas uma vez que aliviam a sensação de pernas pesadas e a dor, por fim massajar frequente as pernas, de baixo para cima, estimulando a circulação sanguínea e o repouso deve ser com as pernas ligeiramente elevadas^[38,47,48].

- **Compressão:**

“A compressão é a forma de tratamento mais frequentemente usada no contexto das varizes tronculares (C2), edema (C3), alterações da pigmentação da pele (C4) e úlcera venosa ativa (C6)^[35].”

A finalidade da terapia compressiva é estabelecer uma compressão externa gradual na perna que promove a reabsorção do edema e previne a sua formação, diminui o calibre venoso, aumenta a velocidade do fluxo e reduz o refluxo em ortostatismo melhorando a contratilidade muscular^[42].

A pressão externa pode ser exercida através de meias elásticas, ligaduras compressivas - mais amplamente usadas- mas também por, botas de Unna, botas ou ligaduras não elásticas e aparelhos pneumáticos. A pressão externa deve ser prescrita pelo clínico experiente, de forma a minimizar possíveis malefícios de uma pressão inadequada^[35].

Atualmente existem três modelos de meias elásticas: meias até ao joelho, meias até à raiz da coxa e *collants*^[35, 38]. De acordo com a localização do dano nas veias e do seu progresso, são usadas meias de compressão de diferentes comprimentos. Há modelos especiais para homens e para grávidas. De forma a uniformizar os graus de compressão na Europa, a *Draft European Standard*, estabeleceu a existência de 4 tipos de meias^[35,38]:

Grau 1 (compressão ligeira) – 15-21 mmHg;

Grau 2 (compressão média) – 23-32 mmHg;

Grau 3 (compressão forte) – 34-46 mmHg;

Grau 4 (compressão muito forte) – > 49 mmHg.

Apesar de todos os benefícios do uso de terapia compressiva, esta é incapaz de atrasar a progressão da doença e de evitar a recorrência de varizes^[35].

- **Tratamento farmacológico:**

Os fármacos atuam no alívio da sintomatologia da patologia venosa desde as manifestações mais ligeiras às mais severas. Em diversos países europeus, a terapia farmacológica é usada normalmente em complemento a outros procedimentos, mas em situações de impossibilidade do uso de meias elásticas, a farmacologia deixa de ser um adjuvante terapêutico para passar a ser uma alternativa de tratamento^[38].

Fármacos venoativos ou venotrópicos:

Os fármacos indicados para o tratamento de insuficiência venosa designam-se por venoativos/venotrópicos e podem ser divididos em dois grandes grupos de acordo com a sua origem: naturais ou sintéticos **tabela 5** ^[35,38].

Tabela 5- Classificação dos fármacos venoativos de acordo com a sua origem adaptada ^[38]

Grupo	Substância	Origem
Alfa-benzopironas	Cumarina	<i>Melilotus officinalis</i> <i>Asperula odorata</i>
Gama benzopironas	Diosmina	Citrus spp. (<i>Sophora japónica</i>)
	Fração flavonoide purificada micronizada (FFPM)	<i>Rutaceae aurantiae</i>
	Rutina e rutosido	<i>Sophora japónica</i>
	o-(β-hidroxietyl)- rutosido troxerrutina	Eucaliptus spp. <i>Fagopyrum esculentum</i>
Saponinas	Escina	<i>Horse chestnut (Aesculus hippocastanum L)</i>
	Etrato de ruscus	<i>Butcher's broom (Ruscus aculeatus)</i>
Outros extratos de plantas	Antocianósidos	<i>Bilberry (Vaccinium myrtillus)</i>
	Protocianidinas	<i>Maritime pine (Pinus maritime)</i>
	Extrato de Ginkgo, heptaminol e troxerrutina	<i>Ginkgo biloba</i>
Produtos sintéticos	Dobesilato de cálcio	Sintético
	Benzarona	Sintético
	Naftazona	Sintético

O mecanismo de ação destes fármacos não está completamente esclarecido. Mas sabe-se que têm efeito tanto na macro e como na microcirculação. De uma forma geral, os fármacos venoativos têm ação ^[35, 38]:

- ✓ No tónus das veias;
- ✓ Na diminuição da permeabilidade capilar;
- ✓ Ao nível das paredes e válvulas venosas, protegendo as células endoteliais da hipoxia e prevenindo o refluxo venoso;
- ✓ Na melhoria do fluxo linfático;

- ✓ Na inflamação, porque apresentam propriedades anti-inflamatórias que se traduzem na inibição da interação leucócito-endotélio e redução dos radicais livres.

Na sua generalidade os fármacos venoativos são bem tolerados e apresentam um bom perfil de segurança; Alguns dos efeitos adversos mais comuns destes fármacos são: náuseas, vômitos, cólicas, dor abdominal, insónia e sonolência. De acordo com a literatura estes efeitos colaterais apresentam uma taxa de incidência inferior a 5 % nos doentes ^[38].

- **Técnicas de tratamento por** remoção ou destruição de uma veia por meio mecânico, térmico ou químico- *ablação* ^[38].

A ablação térmica endovenosa corresponde a um tratamento incisivo e minimamente invasivo, que se baseia na lesão endotelial promovida pela geração de calor, através de laser ou radiofrequência, que consequentemente promove a contração venosa e a sua oclusão ^[35].

A ablação química engloba a escleroterapia, e caracteriza-se por ser uma técnica minimamente invasiva em que a eliminação das varizes visíveis se faz mediante a administração endovenosa de esclerosantes ^[35,47].

A ablação mecânica inclui técnicas como *stripping* e a flebectomia que se baseiam no tratamento do refluxo venoso e da hipertensão venosa através da extração de varizes. E ainda técnicas como a *CHIVA* (*Cure Conservatrice et Hemodynamique de L'insuffisance Veineuse en Ambulatoire*) e *ASVAL* (*Ablation Sélective des Varices sous Anesthésie Locale*) que apesar de terem o mesmo objetivo que as anteriores fazem-no através da preservação da veia safena ^[35].

9-Papel do farmacêutico

O farmacêutico atua na prevenção da evolução dos sintomas da patologia para manifestações mais graves, através do aconselhamento de medidas preventivas e que melhorem os sintomas iniciais. Pode indicar formulações à base de venoativos de forma a aliviar eventuais incómodos desta patologia, como a sensação de cansaço, peso e parestesias na perna, bem como evitar o edema associado à DVC.

É da competência do farmacêutico a anotação e encomenda das meias elásticas prescritas pelo clínico, para que estas sejam apropriadas ao tratamento do utente.

No seguimento do que já foi citado neste relatório, o farmacêutico o papel fundamental de consciencialização dos utentes no que concerne ao uso do medicamento, e adoção de medidas não farmacológicas, para que o utente tire vantagens da terapia.

10-Intervenção farmacêutica na FHF

De forma a elaborar a componente prática do meu estágio, fui observando quais os medicamentos ou produtos de saúde com mais rotatividade na FHF, com o objetivo de selecionar um tema que beneficiasse o público em geral.

Diariamente eram dispensados medicamentos venotrópicos em formulações orais ou tópicas e, frequentemente recorriam à farmácia utentes a solicitar meias de compressão. Neste sentido, houve necessidade de abordar a DVC junto dos utentes, de forma a perceber a sua incidência e os motivos da subvalorização desta patologia.

No contato com os doentes apercebi-me que a procura de avaliação clínica da patologia é essencialmente motivada pelo efeito antiestético da manifestação da DVC, sobretudo com a chegada do Verão, ou em estados avançados da doença, ignorando-se os primeiros sinais devido à ausência de dor (situações assintomáticas), ou devido à existência de dor suportável. A população de utentes com esta patologia era principalmente do género feminino, cujas idades variavam desde a idade adulta a idades mais avançadas.

Os problemas associados à adesão da terapia estão relacionados com a terapia compressiva, nomeadamente em termos monetários, uma vez que a aquisição de meias elásticas é dispendiosa, levando, por vezes os doentes a pedir meias emprestadas de conhecidos. Para além disso, os utentes foram relatando a dificuldade de calçar as meias, especialmente os idosos e obesos que dependem da ajuda de terceiros para o fazer. Também o calor provocado pelo uso destas meias especialmente no Verão é um fator relevante no abandono à terapêutica compressiva.

As formulações orais venoativas apresentam uma maior aceitabilidade dos utentes, contudo, o facto de não serem comparticipados gerava uma certa indignação por parte dos utentes, devido à situação económica atual do país.

A minha intervenção no seio da população afetada ou com risco de desenvolver a patologia, por exemplo grávidas, indivíduos com profissão que exija períodos prolongados de pé ou sentados. A forma que optei para fazer chegar a informação à população foi através um folheto desdobrável (**anexo II**). Neste impresso enalteci a informação teórica, fruto de pesquisa científica, com uma formatação informática persuasiva, colorida e com ilustrações que traduzissem o que estava citado, facilitando assim a compreensão dos conteúdos referidos no panfleto.

Esta atividade prática teve início no final de junho decorrendo até a final do estágio. Alguns dos exemplares eram expostos junto do balcão de atendimento, enquanto outros eram entregues diretamente aos utentes quando o atendimento se relacionava com a patologia em questão, havendo a explicação do panfleto junto do paciente.

Com o *slogan* deste folheto “**Sente as suas pernas pesadas e cansadas?**”, já conhecido entre os utentes pretendia cativar a sua atenção para a informação no interior do impresso. Para além da

estatista geral do problema em Portugal, apresentei ainda de forma sucinta a definição da patologia e os sinais e sintomas associados. Também informei os utentes sobre os fatores de risco, a necessidade do diagnóstico, as medidas preventivas desta patologia e o tratamento.

O foco desta iniciativa centrava-se na informação de medidas preventivas da evolução dos sintomas, e/ou do desenvolvimento da doença, baseando-me na literatura da SPACV. Uma vez que através do diálogo com os pacientes, fui-me apercebendo que a maioria desconhecia estes hábitos dietéticos.

É importante referir ainda, que o facto de não ter colocado imagens ilustrativas dos sinais e sintomas fez com que alguns dos utentes me perguntassem acerca deles, em alguns casos pediam para identificar sinais que apresentavam nos membros inferiores. Tal como uma idosa que apresentava hiperpigmentação em ambos as pernas, manifestações num estágio avançado da patologia venosa. No diálogo com a utente acerca da duração dos sinais e sintomas, bem como a tentativa de perceber a sua evolução, a utente referiu que o médico lhe tinha recomendado meias elásticas há um tempo atrás e que na altura pediu a um familiar as meias emprestadas. Referiu ainda que as deixou de usar devido ao calor e sensação desagradável que lhe proporcionavam. Neste sentido indiquei a necessidade de recorrer ao médico e alertei para a situação do tratamento compressivo ser adaptado a cada doente no sentido de evitar um maior risco da evolução de uma lesão para a formação de úlceras.

Relativamente ao *feedback* que tive desta minha intervenção foi na sua generalidade positivo, os utentes mostraram-se recetivos à informação prestada, não só na teoria, mas também na prática, sobretudo no que respeita à adoção de comportamentos capazes de retardar a evolução dos sintomas e/ou medidas preventivas para o desenvolvimento da patologia, pelos indivíduos mais predispostos para tal, e ainda foram relatados progressos na rotina do uso de meias compressivas.

• Caso prático

Apresentação do caso:

Utente cuja faixa etária se encontrava acima dos 60 anos, solicita ajuda para edema na parte inferior da perna; apresenta sobrepeso, vive sozinha e durante o dia frequenta o lar de idosos. A paciente revela um estilo de vida sedentário, com momentos prolongados de sedentarismo.

Avaliação e intervenção:

A idosa apresentava edema na região do tornozelo agravado ao final do dia, associado a dor e sensação de pernas pesadas, fazia terapia oral para a IVC- VENEX FORTE[®]. Analisando a situação tratava-se de edema associado à DVC, acompanhado de sintomas (C₃), por isso indiquei o

uso VENOSMIL[®] hidrosmina20 mg/g em gel, indicado no tratamento tópico adjuvante das manifestações de IVC^[51].

Modo de aplicação: aplicar na zona afetada 3 a 4 vezes por dia.

Para além disso aconselhei massajar a perna enquanto colocava o gel debaixo para cima, bem como evitar períodos prolongados sentada e descansar as pernas ligeiramente elevadas.

Outra indicação importante incidiu na necessidade de recorrer ao médico caso não verifica-se melhoras.

Após visitas posteriores à farmácia, a utente revelou a sua satisfação relativamente à indicação terapêutica fornecida e referiu ainda que as suas pernas já não se apresentavam “tão inchadas”.

Caso 2- Proteção Solar: Verão com precaução e sem Escaldão

1-Enquadramento teórico

A radiação solar é essencial para que haja vida no nosso planeta. A exposição ao sol controlada e progressiva é saudável, mas uma exposição intensa e sem cuidados resultam em afeções a curto prazo na pele, no sistema imunitário e oculares, que se vão acumulando e mais tarde podem tornar-se problemas crónicos e fatais^[52].

As lesões cutâneas imediatas mais frequentes na época balnear são as queimaduras solares (escaldões) quase sempre subvalorizados, mas que tendem a evoluir mais tarde para problemas com maior gravidade como o cancro da pele. A literatura estima que cerca de 90% dos casos têm relação com exaustos de exposição à Radiação Ultravioleta (RUV), sobretudo na infância e adolescência. Contudo as queimaduras solares e práticas inadequadas de fotoproteção são ainda comuns, sobretudo na adolescência^[53,54]

Mesmo com os avanços na área da tecnologia farmacêutica e da cosmetologia no sentido de combater o fotoenvelhecimento e o cancro resultantes de uma exposição solar descontrolada a melhor forma de atuar é ainda a educação da população desde cedo para este problema de modo a prevenir os malefícios da radiação solar^[55].

Neste contexto, a aplicabilidade do tema incidiu sobretudo na aposta na prevenção dos malefícios que uma exposição sem proteção à radiação ultravioleta (RUV) acarreta. As crianças foram o público-alvo da minha campanha de sensibilização, que teve como objetivo incutir comportamentos saudáveis e adequados durante a exposição ao sol, de forma a prevenir não só consequências a curto prazo, mas também a longo prazo. Pois é nesta faixa etária que mais facilmente se apreendem hábitos que irão perdurar em toda a nossa vida.

2-Anatomia e fisiologia da pele

A pele é o maior órgão do corpo humano e cobre toda a sua superfície. Apresenta uma área média de 2m² e cerca de 4kg do peso corporal. Este órgão apresenta-se como uma barreira que protege o corpo contra as adversidades do meio externo ^[56].

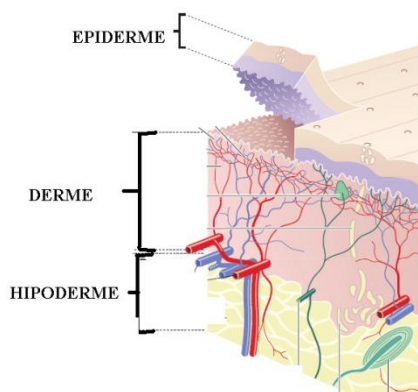


Figura 3-Representação das camadas da pele. Adaptada^[56]

A pele, segundo alguns autores, é dividida em três camadas principais: a epiderme, derme e hipoderme, enquanto outros consideram apenas a epiderme e a derme como as camadas principais da pele (**Figura 3**) ^[56,57].

A **epiderme** é a camada mais externa da pele e é formada por **epitélio pavimentoso estratificado**.

Esta camada é então constituída por mais de 85% de células denominadas de queratinócitos, que vão sendo renovadas a partir da camada mais profunda, designada de basal ou germinativa até à mais superficial, o estrato córneo, passando pelas camadas espinhosa e granular antes de atingir a camada mais externa da epiderme onde sofrem um fenómeno chamado de queratinização com libertação de queratina, uma proteína responsável pela impermeabilização da pele. Assim, as células da epiderme vão continuamente sendo eliminadas e substituídas por outras ^[56].

Na epiderme há também outros tipos de células, os **melanócitos** (produzem um pigmento, designado melanina, que proporciona proteção natural contra a radiação UV, dando tom bronzeado à pele), as células de Langerhans (célula dendrítica com papel importante em várias reações imunes) e as células de Merkel (percepção tátil) ^[56].

A **derme** é uma camada de **tecido conjuntivo denso**, que contém vasos sanguíneos, nervos e recetores sensoriais, rica em fibras de colagénio e fibras elásticas e ainda substância amorfa fundamental, cuja função é manter a firmeza, a flexibilidade, a elasticidade e hidratação da pele ^[56,].

A **hipoderme** encontra-se abaixo da derme e é constituída principalmente por **tecido adiposo**, mas também contém vasos que suprem e drenam a vascularização sanguínea da derme ^[56,57].

Os efeitos biológicos da radiação solar sobre a pele:

Em quantidades moderadas, a radiação solar promove o bem-estar físico e mental, é essencial para a síntese de vitamina D (que tem uma ação importante no desenvolvimento ósseo), estimula a síntese de melanina com consequente bronzeamento da pele, conferindo-lhe um aspeto saudável e por fim, pode ser utilizada para o tratamento de várias desordens, como a dermatite atópica ou a psoríase ^[52,56,58].

Por outro lado, uma exposição solar excessiva e sem proteção adequada estimula uma resposta inflamatória da pele conhecida como **queimadura ou eritema solar** que surge horas mais tarde, atingindo o eritema máximo 1dia após essa mesma exposição, e prolonga-se no segundo ou terceiro dias seguintes. Dependendo do tipo de pele e da intensidade da radiação, pode levar à sensibilidade, à dor, à formação de bolhas na pele e ainda a descamação intensa e pigmentação cutânea ^[56].

A radiação solar é o agente externo com maior influência no **envelhecimento prematuro da pele** que se manifesta, principalmente pela perda de elasticidade, o aparecimento de rugas, de sulcos e de manchas. A longo prazo e devido à acumulação de **danos no DNA** revela-se sobre a forma de cancro da pele ^[55,58,59].

A intensidade da radiação solar e os seus efeitos sobre o Homem depende de vários fatores, nomeadamente: das características individuais da pele exposta, da intensidade, do tempo e da frequência de exposição, que por sua vez dependem da localização geográfica, da estação do ano e do período do dia ^[58,59].

Há diferentes tipos de pele que são atualmente categorizados em 6 grupos, nomeados de I a VI (representados no **anexo III**), cuja distinção está relacionada com sua resposta aos raios UV e, requerem portanto, diferentes graus de proteção contra o sol ^[56].

As características da pele das crianças inserem-nas entre os grupos mais vulneráveis aos malefícios do sol. Nesta faixa etária a pele é mais fina e pouco diferenciada, tornando-se mais permeável à RUV, e o seu sistema imunitário também não está completamente funcional, comprometendo assim a defesa do organismo e daí a necessidade de cuidados mais rigorosos com a exposição ao Sol ^[60].

3-Radiação Solar

O espectro solar que atinge a superfície terrestre inclui maioritariamente **RUV** (100 – 400 nm), **radiação visível** (400 – 800 nm) e **radiação infravermelho** (> 800 nm). Os raios UV constituem uma maior ameaça para a pele, uma vez que são mais energéticos, e promovem reações fotoquímicas no organismo ^[58,59].

A região UV é dividida em três bandas: a UVA (315-400 nm); a UVB (280-315 nm) e a UVC (100-280 nm). Toda a radiação UVC e grande parte da radiação UVB são absorvidas na atmosfera, portanto a RUV que atinge a superfície da terra, é essencialmente composta por UVA e uma pequena porção de UVB ^[52]. Os raios UVA (*aging skin*) e UVB (*sunburn*) são então responsáveis por determinados efeitos maléficos na pele:

A radiação UVA apresenta maior comprimento de onda e é menos energética, mas tem maior capacidade de penetração sobre a pele, atingindo a derme. Tem repercussões a longo prazo devido à acumulação de exposições solares. É responsável pelo fotoenvelhecimento, reações alérgicas ao sol e pigmentação da pele devido à penetração cutânea em profundidade. A sua intensidade mantém-se constante ao longo de todo o ano e mesmo durante o dia ^[55,58,59].

Os raios UVB atingem a epiderme e estimulam a síntese de melanina que se traduz em bronzeamento ao fim de 48 horas de exposição ao sol. São os responsáveis pelas queimaduras solares, pela formação de vitamina D₃ e contribuem para o envelhecimento precoce das células. A exposição frequente e intensa a este tipo de radiação pode induzir a fotoimunossupressão, além disso pode levar a alterações no DNA ^[55,56,58].

✓ **Alterações no DNA _Consequências mais sérias da radiação UV:**

A incidência dos vários tipos de cancro da pele tem vindo a aumentar, e a taxa de cura é elevada quando o seu diagnóstico e tratamento são precoces ^[61].

O cancro cutâneo pode ser designado de acordo com o tipo de células que as tornam cancerígenas: o cancro de pele não melanoma (NMSC), alteração ao nível dos queratinócitos e o melanoma, com origem na mutação dos melanócitos ^[59].

Os dois tipos de NMSC mais comuns são o Carcinoma Basocelular (BCC) e o Carcinoma Espinocelular (CEC). Estes tipos de carcinoma tendem a aparecer nas áreas mais expostas ao sol (cabeça, face, pescoço, mãos e braços). O CEC é consequência de exposição crónica de doses cumulativas de radiação UV. Já o melanoma e o BCC estão relacionados com a exposição solar intensa ou períodos de altas doses de radiação na infância ^[59].

4- Fotoproteção

Devido à constante exposição ao sol, a pele desenvolveu mecanismos de proteção contra a RUV ^[59]. Os mecanismos endógenos de proteção incluem: o espessamento da epiderme, o mecanismo de reparação de ADN, a apoptose celular, as enzimas antioxidantes e a pigmentação da pele (melanina pigmento que absorve a radiação UV), no entanto a proteção fisiológica não é suficiente sendo necessário recorrer a proteção adicional ^[59].

Da proteção adicional contra as RUV fazem parte medidas comportamentais, uso de agentes físicos, tal como óculos de sol, vestuário adequado, chapéu de abas largas preferencialmente e ainda o uso de filtros da luz UV dos quais são exemplo os protetores solares ^[62].

4.1-Protetor Solar

O uso de Protetor Solar (PS) é a estratégia mais usual para proteger a pele contra os efeitos prejudiciais da radiação solar.

O PS ou fotoprotetor é um produto cosmético que tem como objetivo evitar queimaduras solares, mas também prevenir o fotoenvelhecimento e proteger contra o cancro cutâneo, durante o período de exposição ao sol. No entanto, a eficácia deste produto está dependente do seu uso correto ^[59,63].

A gama de proteção oferecida por um PS deve estar compreendida entre 290-400 nm, englobar portanto proteção à R UVB e R UVA ^[62].

4.1.1- Filtros solares

Os filtros solares são substâncias químicas com capacidade de absorver ou refletir/dissipar a radiação que incide sobre a pele. Estes podem ser classificados como orgânicos (químicos) ou inorgânicos (físicos) ^[58,59].

Os **filtros inorgânicos** são partículas de óxidos metálicos, cujos principais representantes são o dióxido de titânio (TiO₂) e o óxido de zinco (ZnO), e atuam por dispersão e reflexão da RUV. A ação destes filtros depende do tamanho das partículas, que devem ter idealmente o tamanho das radiações que se pretende evitar. O tamanho destas moléculas impede-as de atravessar a pele, e permite a formação de uma barreira à RUV ^[58,59,64]. Estes filtros solares são recomendados para uso infantil, de grávidas e pessoas com pele sensível, devido ao baixo potencial de irritação, apresentando-se como uma forma segura e eficaz de proteção cutânea ^[58].

As principais características destes filtros são a fotoestabilidade e a baixa permeabilidade cutânea, que se traduz na capacidade do filtro manter a fotoproteção mesmo após longos períodos de exposição solar, e ainda o seu espectro de ação e alargado ^[58].

Estes filtros são cosmeticamente menos aceitáveis pois têm tendência a deixar uma película branca sobre a pele. Contudo, o desenvolvimento de novas tecnologias, permitiu a obtenção filtros inorgânicos cosmeticamente mais aceitáveis, através da microencapsulação dos óxidos metálicos, o que evita a formação da película perceptível sobre a pele ^[58,59].

Os **filtros orgânicos** são formados por moléculas orgânicas capazes de absorver a radiação UV e transforma-la em radiação de menor energia e inofensiva para o ser humano ^[58].

Estes filtros são constituídos por moléculas de estrutura aromática com grupos carboxílicos. A eficácia das moléculas orgânicas como filtros está relacionada com as suas propriedades físico-químicas, como a natureza dos substituintes do anel aromático e o elevado número de estruturas de ressonância ^[59,62].

Devido ao espectro de ação restrito é necessário fazer uma combinação entre estes filtros, para obter uma proteção completa. Os compostos que conferem proteção contra o UVB podem ser

diferenciados em vários grupos de acordo com a sua estrutura: os derivados do ácido para-amino benzóico (PABA), os derivados dos ácidos salicílicos, derivados da canfora e misturas. As substâncias que protegem contra o UVA são os derivados do dibenzoilmetano. Os filtros de amplo espectro, que conferem proteção à contra UVA e UVB dos quais são exemplo as benzofenonas e o ácido fenilbenzotriazol sulfónico [58,64].

Devido ao seu modo de ação tornam-se cosmeticamente aceitáveis quando comparados com os filtros físicos, contudo podem causar irritabilidade da pele [58,59].

4.1.1.1- Fator de Proteção Solar

A determinação do Fator de Proteção Solar (FPS) permite avaliar a eficácia de um PS quanto à proteção contra a radiação UVB. É um valor numérico cuja finalidade é avaliar o tempo que uma pessoa pode estar exposta ao sol sem provocar eritema [59,64,65].

O FPS é a razão entre a quantidade de RUV capaz de provocar o mínimo de eritema usando o filtro solar, aplicado na quantidade de 2 mg/cm², e a quantidade de RUV capaz de provocar o mínimo de eritema não usando protetor solar. O FPS traduz-se na seguinte equação [66,65]:

$$\text{FPS} = \frac{\text{DEM} * \text{da pele protegida}}{\text{DEM} * \text{da pele não protegida}}$$

*(Dose Mínima Eritematosa)

Assim, pode concluir-se que:

- Quanto maior o FPS, maior será a proteção, ou seja, maior será o tempo que a pele ficará protegida frente à radiação UVB;

De acordo com as recomendações da Comissão Europeia, na rotulagem dos protetores solares é obrigatória a menção do FPS em várias categorias: "proteção baixa" (FPS 6-10), "média" (FPS 15-20-25), "alta" (FPS 30-50) e "muito alta" (FPS 50+) [63].

Apesar do FPS indicar somente a proteção aos raios UVB, a Recomendação da Comissão recomenda que os protetores solares forneçam uma proteção equilibrada entre os raios UVB e UVA, e a proteção deste último tipo de radiação não deve ser inferior a 1/3 do valor de FPS reivindicado. Quando um FPS é elevado obriga a uma proteção alta contra a radiação UVA [63].

4.2-Fotoeducação

As regras básicas de proteção solar que devem ser adotadas para uma proteção solar mais segura, estas vão sendo transmitidas ao longo das várias campanhas de sensibilização e incentivo

da população a adotar hábitos saudáveis de exposição ao sol e vigilância dos sinais para o tratamento precoce ^[66].

Cuidados de segurança para exposição solar ^[66]:

- A exposição ao sol deve ser cuidadosa, evitando as horas de maior intensidade, reduzindo ao máximo as atividades exteriores entre as 12h e as 16h;
- Meia hora antes de ir à praia ou à piscina aplicar o protetor solar com um fator de proteção igual ou superior a 30. A aplicação deve ser renovada de 2 horas em 2 horas e após banho ou prática de desporto mesmo que seja resistente à água, é importante não esquecer de colocar o fotoprotetor em zonas mais vulneráveis a queimaduras solares como os pés, as orelhas, o pescoço, e o nariz.
- Mesmo estando debaixo de um chapéu-de-sol não é suficiente para evitar os escaldões;
- Usar chapéu de abas largas, uma t-shirt de cor escura e óculos com proteção contra a RUV quando estiver ao sol. A exposição ao sol deve ser gradual, porque a pele necessita de tempo para se adaptar;
- Evitar usar t-shirt molhada no corpo, porque esta deixa passar os raios UV;
- Proceder ao auto-exame da pele de 2 em 2 meses. Este exame segue a regra do ABCDE dos sinais (vigiar **A**ssimetria, **B**ordos, **C**ontorno, **D**imensão e **E**volução dos sinais);
- Com o tempo nublado devem manter-se os cuidados de proteção, ;
- As crianças não devem ser expostas diretamente ao sol e deve ensinar-se desde cedo os comportamentos a adotar para uma exposição solar;
- De forma a evitar a desidratação deve beber-se água com regularidade.

5-Aconselhamento farmacêutico no âmbito da Proteção Solar

O farmacêutico tem um papel na educação da população de modo a alertar e prevenir eventuais danos provocados no organismo devido à radiação solar excessiva e desprotegida, contribuindo para a saúde pública. Tendo em conta os conhecimentos que possui, está apto para aconselhar “pós solares”, e indicar os fotoprotetores complementando o atendimento com a o esclarecimento de comportamentos básicos de cuidados a ter com o sol, para evitar não só o eritema, mas também para prevenir o fotoenvelhecimento, o cancro cutâneo e a desidratação da pele.

- **Aconselhamento de Protetores Solares:**

A escolha do fotoprotetor adequado deve ter em conta os seguintes aspetos: o fototipo do indivíduo; a característica cosméticas que o cliente aprecia, a idade, a tendência a ganhar manchas, registos de alergias solares, bem como a zona geográfica.

Os fotótipos mais claros requerem um FPS mais elevado. No que respeita aos “antecedentes solares”, é importante proteger cicatrizes, sinais, bem como situações prévias de carcinoma e existência de fotodermatoses. As crianças com menos de 3 anos devem utilizar PS com filtros físicos, bem como as grávidas e indivíduos de pele sensível. Para além destes aspetos, é conveniente escolher um produto com uma textura agradável e indicada para a zona do corpo onde se vai aplicar. Existem ainda formulações específicas para os diferentes tipos de pele e gosto pessoal.

- **Preparação da pele para o sol:**

Atualmente existe uma série de suplementos orais que contribuem para a preparação da pele para os dias de exposição ao sol. Mas por si só não conferem proteção solar, portanto são complementos à fotoproteção. São exemplos os suplementos são à base de antioxidantes, como a Vitamina E e a vitamina C, e também à base de carotenoides, tal como o β - caroteno e o licopeno. [58].

- **Tratamento de eritema solar:**

Como já referido, a queimadura solar resulta da capacidade das radiações UVB penetrarem a epiderme e estimular a produção e libertação de prostaglandinas, leucotrienos, histamina, Interleucina 1 (IL 1) e o Fator de necrose tumoral α (TNF α), que causa dor e eritema. [56]

Para tal o farmacêutico deve indicar medidas para acalmar dor e o eritema provocados pela queimadura solar e que são dependentes do estado de gravidade, e da pessoa afetada. Destas medidas fazem parte: aplicação de água fria para baixar a temperatura corporal; aplicação tópica de formulações à base de substâncias com propriedades calmantes como a calamina, mentol e aloé-vera; regeneradores da pele: alantoína e vitamina A; anti-pruriginosos tais como os anti-histamínicos. [56]

Em situações mais graves pode ser necessário recorrer ao médico, e proceder eventualmente à aplicação tópica de corticosteroides que devem ser usados em situações iniciais e por períodos não prolongados; aspirina oral para acalmar a dor; e *sprays* contendo benzocaína, um anestésico local usado para acalmar as dores [56].

6-Intervenção farmacêutica na FHF

Com a chegada da época balnear os utentes solicitavam com maior frequência protetores solares, pós solares hidratantes e calmantes.

Dentro do grupo de utentes que frequenta a FHF, foram os jovens adultos os que mais procuraram produtos para apaziguar a dor e o eritema causado pela radiação solar.

Relativamente à aquisição de protetores solares, foi essencialmente de formulações de uso corporal, e sobretudo por mulheres adultas que pretendiam formulações indicadas para toda a família.

Como futura profissional de saúde procurei para além da dispensa dos produtos requeridos e aconselhados transmitir medidas preventivas para evitar exposições UV irresponsáveis.

A componente prática deste tema “ Verão com precaução e sem escaldão!” foi dividida em duas partes. A primeira atividade desenvolvida foi uma ação de formação numa escola primária, no mês de maio, em parceria com a ÚRIAGE® e a APCC, que tinha como objetivo sensibilizar a população portuguesa, especialmente as crianças mais novas, relativamente aos cuidados adequados na exposição ao sol. O objetivo desta iniciativa era fazer chegar a mensagem a 20.000 crianças no ano 2015, contribuindo para a educação dos mais pequenos em termos de exposição solar controlada e segura.

A campanha de sensibilização intitulada de “cuidados a ter com o sol” (**Anexo IV**), abordava a questão da radiação solar, nomeadamente os benefícios e malefícios da RUV e os comportamentos a adotar nos dias de praia. No decorrer da aula e no final da mesma foram realizadas atividades que ajudaram as crianças a identificar as horas de maior perigo do sol, nas quais se deve evitar a exposição solar.

A curiosidade e a vontade de aprender das crianças despertaram em mim o gosto de fazer chegar a mensagem a mais crianças e procurar mais informação sobre o tema. Neste seguimento, elaborei um pequeno panfleto dirigido a esta faixa etária que recorria à FHF, acompanhados por adultos, tendo em vista a necessidade de proteção e adoção de cuidados com a exposição à RUV.

O panfleto (**Anexo V**) apresentava cores quentes sobre um fundo azul remetendo para o período de verão e ilustrações de banda desenhada para despertar o interesse das crianças. A linguagem utilizada era simples, com frases curtas para que eles pudessem tirar partido da mensagem que eu pretendia transmitir ou ser transmitida pelos pais, porque alguns ainda não sabiam ler.

Para além disso a escolha do tema e deste público-alvo, deveu-se ao facto das crianças serem geralmente consideradas “esponjinhas de conhecimentos” e são fundamentais para transmitir a informação aos pais, levando a uma cadeia de transmissão de informação sobre este tema. Outros motivos são: o facto de que é durante os primeiros 18 anos de vida que grandes partes da RUV é recebida, uma vez que passam grande parte do tempo ao ar livre (a praticar desporto na escola) e ainda o facto de as crianças em idade escolar serem mais influenciados pelas tendências da moda para uma pele bronzeada. ^[68]

Pela avaliação desta tarefa posso referir que foi bastante instrutiva nos comportamentos das crianças durante a época balnear e na realização das atividades ao ar livre essencialmente na escola. O público que assistiu à palestra dos “Cuidados a ter com o Sol!”, bem como o que recorreu à farmácia mostrou-se interessado e recetivo aos conselhos prestados, transmitindo a vontade de aprender e até relatar certos hábitos que já praticavam para uma exposição solar segura. Foi então uma experiência que classifico como importante para o futuro das crianças a quem pude fazer chegar esta iniciativa.

- **Caso de estudo:**

Indivíduo do sexo masculino, com 30 anos, solicitou produto para tratamento de uma queimadura solar, nos membros superiores e nas costas (**Figura 4**), no dia seguinte à exposição solar sem proteção adequada.



Figura 4- Queimadura solar

Avaliação do caso:

O utente de pele fototipo 1 apresenta eritema na parte posterior dos braços, verifica-se ausência de bolhas nem descamação da pele. As queixas principais do indivíduo são dores e sensação de calor na zona afetada.

Pela avaliação das queimaduras são de 1º grau e não é necessário indicar a visita ao médico, procedendo apenas a aconselhamento de medidas não farmacológicas ou produtos capazes de atenuar os sintomas que o incomodam.

Sendo assim remeti para o uso de um produto indicado em situações de “escaldão” sobre a zona a tratar. O produto aconselhado era de aplicação tópica sob a forma de gel, com ação refrescante e contendo substâncias como Aloé-Vera e D-Pantenol que se caracterizam pela sua ação calmante, hidratante e regeneradora da pele [67].

A aplicação do produto pode ser efetuada várias vezes ao dia, massajando bem a pele. O procedimento seria então repetido até obter o efeito desejado.

Conclusão

Neste trabalho abordei as atividades desempenhadas, quer ao nível das tarefas realizadas ao longo do estágio na farmácia comunitária, bem como o tratamento da pesquisa científica relativa à doença venosa crónica associada aos membros inferiores, e à importância de uma boa proteção aos raios UV, e concluí o farmacêutico está em constante aprendizagem, e por isso é de extrema importância que atualize os seus conhecimentos acompanhando a evolução da tecnologia farmacêutica, da cosmetologia, e também da gestão da farmácia, de maneira a contribuir para a sua evolução enquanto profissional.

De forma geral, o estágio permitiu-me adquirir experiência no contacto com o público, e na instrução dos utentes para a racionalização do uso do medicamento, na adesão à terapêutica e indicação de medidas preventivas para evitar o desenvolvimento de complicações de determinadas doenças, com especial destaque para o trabalho desenvolvido na DVC e na PS, e verifiquei de forma geral alterações no comportamento dos utentes.

Nem tudo foi fácil uma vez que a vida de estudante universitário e a aplicação teórica dos conhecimentos é uma realidade completamente diferente da prática, daí a importância desta experiência como parte integrante do curso de Ciências Farmacêuticas.

Enfrentei as dificuldades como uma forma de motivação para melhorar o meu desempenho, e motivação para aprender e o alargar do leque dos conhecimentos. Sempre que uma dificuldade era ultrapassada traduzia-se num sentimento de satisfação.

Em jeito de conclusão posso referir que o estágio foi bastante enriquecedor e importante para a minha formação para o futuro profissional.

Bibliografia

- [1] Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (2009), 3ª Edição, Ordem dos Farmacêuticos.
- [2] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto – Regime Jurídico das Farmácias de Oficina. Diário da República, 1.ª série, n.º 168, 31 de agosto de 2007, 6083_6091
- [3] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 agosto – Alterações o Regime Jurídico das Farmácias de Oficina. Diário da República, 1.ª série, n.º 148, 1 de agosto de 2012, 4030-4045.
- [4] Ministério da Saúde: Deliberação N.º 1500/2004, de 7 de Dezembro – Lista de equipamento mínimo de existência obrigatória para as operações de preparação, acondicionamento e controlo de medicamentos manipulados. Diário da República, 2.ª Série, n.º 303, 29 de dezembro de 2004.
- [5] Comissão de Ética para a Investigação Clínica: Código deontológico da Ordem dos Farmacêuticos. Acessível em: <http://www.ceic.pt> [acedido em 9 de setembro de 2015].
- [6] Análise de aplicação informática: Sifama, Acessível em: <http://www3.dsi.uminho.pt/jac/documentos/exemploanaliseati.pdf> [acedido em 19 de agosto de 2015].
- [7] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 25/2011, de 16 de Junho – Obrigatoriedade de indicação do preço de venda ao público na rotulagem dos medicamentos. Diário da República, 1.ª Série, n.º 115, 16 de junho de 2011, 3178.
- [8] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto - Estatuto do Medicamento. Diário da República, 1ª série, n.º 167, 30 de agosto de 2006.
- [9] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 11/2012, de 8 de Março – Regras de prescrição e dispensa de medicamentos de uso humano. Diário da República, 1.ª série, n.º 49, 8 de março de 2012.
- [10] Ministério da Saúde: Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio – Regime jurídico a que Obedecem as regras de prescrição de medicamentos de uso humano e as condições de dispensa dos mesmos, bem como definição da obrigação de prestar informação aos utentes. Diário da República, 1.ª série, n.º 92, 11 de maio de 2012.
- [11] Ministério da Saúde: Deliberação N.º 70/CD/2012, de 24 de Maio de 2012, INFARMED – Lista de substâncias ativas com margem ou índice terapêutico estreito.
- [12] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro – Adoção do combate à fraude e ao abuso na comparticipação de medicamentos. Diário da República, 1.ª série, n.º 192, 1 de outubro de 2010.
- [13] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio – Regime geral das

Comparticipações do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, 1.^a série, n.º 93, 13 de maio de 2010.

[14] Ministério da Saúde: Despacho n.º 18694/2010, de 18 de Novembro – Condições de comparticipação de Medicamentos Manipulados. Diário da República, 2.^a Série, n.º 242, de 16 de dezembro de 2010.

[15] Infarmed: Portaria n.º 193/2011, 13 de maio – Regulação do procedimento de pagamento da comparticipação do Estado no preço de venda ao público dos medicamentos dispensados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República 1.^o série, n.º 93.

[16] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro – Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. Diário da República, série I-A, n.º 18, 22 de janeiro de 1993.

[17] Ministério da Saúde: Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro – Regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro. Diário da República. 1.^a Série, n.º 197.

[18] Ministério da Saúde: Portaria n.º 364/2010, de 23 de Junho – Regime de preços e comparticipações dos reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e as agulhas, seringas e lancetas destinadas a pessoas com diabetes. Diário da República, 1.^a série, n.º 120, 23 de Junho de 2010.

[19] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril – Prescrição e preparação de medicamentos manipulados. Diário da República, 1.^a Série-A, n.º 95.

[20] Ministério da Saúde: Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho – Boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar. Diário da República, série 1_B, n.º 129.

[21] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de Julho – Regulamentação de Medicamentos veterinários. Diário da República, 1.^a série, n.º 145, 29 de Julho de 2008

[22] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de Setembro – Regime jurídico aplicável aos produtos cosméticos e de higiene corporal. Diário da República, 1.^a série, n.º 185, 24 de Setembro de 2008.

[23] INFARMED: Cosméticos, Acessível em: <http://www.infarmed.pt/> [acedido em 1 de setembro de 2015].

[24] Associação Portuguesa da Homeopatia: História da associação patronal da homeopatia e homeopatia. Acessível em: <http://aphomeopatia.weebly.com/> [acedido a 1 de Setembro de 2015].

[25] Legislação e Regulamentação Nacional sobre Alimentação e Segurança Alimentar: Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de Junho, Artigo 3.º. Acessível em: http://www.segurancalimentar.com/leg_desc1.php?id=902 [acedido em 15 de Outubro de 2014].

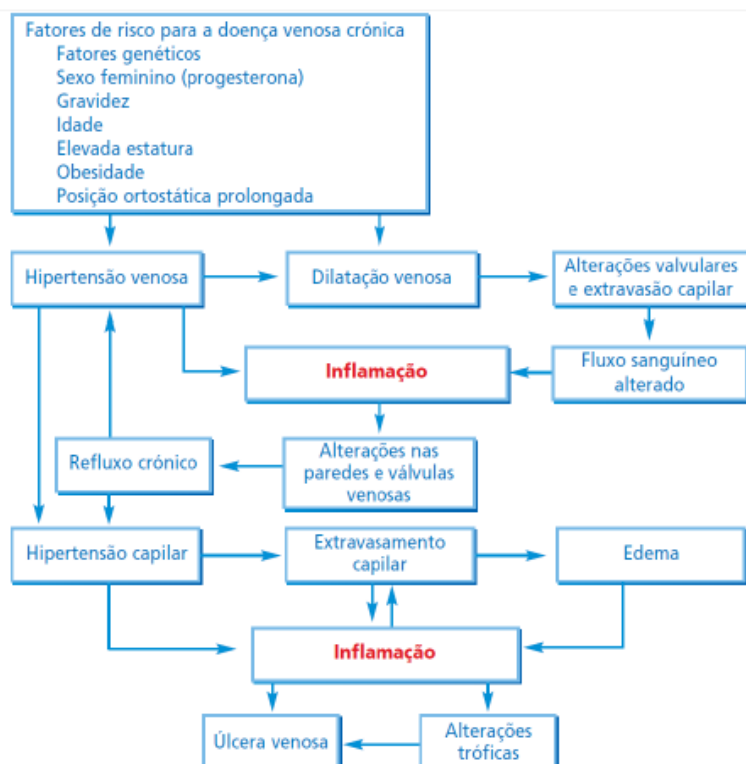
- [26] Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas: Decreto-Lei n.º74/2010, de 21 de junho – Regime geral aplicável aos géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial. Diário da República, 1ª Série, n.º 118.
- [27] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho – Regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade de dispositivos médicos e respetivos acessórios. Diário da República, 1.ª série, n.º 115, 17 de Junho de 2009.
- [28] Ministério da Economia e da Inovação: Decreto-Lei n.º 10/2007, de 18 de janeiro – Limitação da colocação no mercado e da utilização de algumas substâncias e preparações perigosas. Diário da República, 1.ª série, n.º 13.
- [29] Ministério da Saúde: Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro – Serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias. Diário da República, 1.ª série, n.º211, 2 de Novembro de 2007.
- [30]Clearblue: acessível em : <http://pt.clearblue.com/> [acedido a 12 de outubro de 2015]
- [31]Programa Harvard Medical School: Análises mais comuns de urina: acessível em: <https://hmsportugal.wordpress.com/> [acedido a 20 de agosto de 2015].
- [32]VALORMED: Os medicamentos fora de uso também têm remédio. Acessível em <http://www.valormed.pt/> [acedido a 20 de agosto de 2015].
- [33] SPACV: Alerta Doença Venosa dê mais atenção ao que as suas pernas lhe dizem: Acessível em: <http://alertadoencavenosa.pt/> [acedido em 29 de junho de 2015]
- [34] Brandão Daniel (2015) “Campanha Sensibiliza para a doença venosa crónica”, *Jornal Médico dos cuidados de saúde primários*; 25:1-20.
- [35]Medeiros, Julia; Mansilha, Armando (2012). Therapeutic strategy in the chronic venous disease. *Angiologia e cirurgia Vascular*;8:110-126.
- [36] Leal, Joana; Mansilha, Armando (2010). How to assess the impact of the chronic venous disease on the quality of Life. *Angiologia e Cirurgia Vascular*; 6: 173-187.
- [37] Bergan, Jonh, (2006) Mechanisms of disease chronic venous disease. *The New England journal medical*;355: 488-498 .
- [38] Matos A, Mansilha A, Brandão ES, Cássio I, Barbosa J, França J, *et al*, Recomendações no diagnóstico e tratamento da doença venosa crónica. *Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular ed. SPACV*. 52.
- [39]Dias T, Costa I, Salvetti M, Mendes C, Torres G(2013).Influences of health care services and clinical characteristics on the quality of life of patients with venous ulcer. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2013;26:529-534.
- [40] Bergan John (2007). *The Vein Book*. 2th ed Oxford University, New York.

- [41] Gloviczki P, Dalsing M, Eloff B, Moneta G, Walkefield T(2009). Handbook of venous disorders. 3th ed Hodder Education, London.
- [42] Robert T. Eberhardt, Joseph D. Raffetto (2005).Chronic Venous Insufficiency.*Circulation*; 111:2398-2409.
- [43] Caggiati, A, Bergan JJ,FACS, FRCS (Hon), Gloviczki P, Jantet G,Colin P, et al (2002). Nomenclature of the veins of the lower limbs: An International interdisciplinary consensus statement. *Veinsurg*; 36:426-422.
- [44] Guyton AC, Hall J(2006). Tratado de fisiologia médica. 11th ed.Elsevier Ltda, São Paulo.
- [45] NIH: Qué son las varices? Acessível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/>. [acedido a 17 de junho de 2015].
- [46] Henrique L, França G, Tavares V (2003). Insuficiência Venosa Crônica. Uma atualização. 2:319-328.
- [47] Carrasco E, Sánchez S, Ganzalez A, Barrier J (2004).Guía de Buena Práctica Clínica en Patología Venosa. ed IM&C, Madrid.
- [48] Cabral A, Barros Jr N, Castro A, Santos M(2005). Diagnóstico e tratamento de Doença Venosa Crônica; *Jornal Vascular Brasileiro* .4:185-194.
- [49] Eklöf B¹, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, Meissner MH,et al (2004),Revision of CEAP Classification for chronic venous disorders: Consensus statement; *Journal of Vascular Surgery*;40: 1248-122.
- [50] Instituto Cardiovascular de Lisboa: Angiologia e cirurgia vascular. Acessível em: Instituto Cardiovascular de Lisboa: <http://www.icvl.pt/service/exames-e-meios/angiografia-venosa>[acessível a 29 de setembro de 2015].
- [51]INFARMED: Resumo das características do medicamento VENOSMIL® 20 mg/g, Gel. Acessível em:<http://www.infarmed.pt/> [acedido a 10 de Outubro de 2015].
- [52] WHO: Ultraviolet radiation and the INTERSUN Programme. Acessível em: <http://www.who.int/uv/en/>. [acedido em 29 junho de 2015].
- [53] Associação Portuguesa do Cancro Cutâneo: Iniciativas da APCC: Ações Verão 2015. Acessível em: <http://www.apcancrocutaneo.pt/>. [acedido em 27 de setembro de 2015].
- [54] Associação Portuguesa do Cancro Cutâneo: O pediatra e o Sol por Luís Pinheiro. Acessível em: <http://www.apcancrocutaneo.pt>. [acedido em 27 de setembro de 2015].
- [55]Silva A, Sousa K, Silva A, Fernandes A, Matias V, Colares A (2015), A importância do uso de protetores solares na prevenção do fotoenvelhecimento e cancro de pele: Revista Interfaces:Saúde, Humanas e Tecnologia;3:1-8.
- [56]Hunter J, Savin J, Dahl M(2002).Clinical Dermatology.3th ed. Blackwell Science, Australia.

- [57] Young, B.e.al. (2008).Wheater Histologia Funcional – Texto e atlas a cores.5th Elsevier.
- [58] Flor J, Davolos RM e Correa MA(2007). Sunscreens; *Química Nova*; 30:153-158.
- [59] Skotarczak K, Osmola-Man'Kowska A, Lodyga M, Polanska A, Mazur M, Adamski Z (2015).Photoprotection: Facts and controversies(ano); *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 19: 98-112.
- [60] Portal da Saúde: Exposição solar e cancro da pele. Acessível em :<http://www.portaldasaude.pt/> [acedido a 30 de setembro de 2015].
- [61] Associação Portuguesa do Cancro Cutâneo: Agressão solar da pele por Osvaldo Correia. Acessível em: <http://www.apcancrocutaneo.pt/>. [acedido em 27 de setembro de 2015].
- [62] Osterwalder U, Sonh M, Herzog B (2014). Global state of sunscreens. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine* 30: 62-80.
- [63]INFARMED: Saiba mais sobre os protetores solares. Acessível em: <http://www.portaldasaude.pt/> [acedido em 16 de setembro de 2015].
- [64] Schalka S, Reis VMS (2011). Fator de proteção solar: significado e controvérsia. *Anuais Brasileiros de dermatologia* 86: 507-515.
- [65] A química dos protetores solar. Acessível em <http://gpquae.iqm.unicamp.br/> [acedido em 2 de outubro de 2015].
- [66] Associação Portuguesa do Cancro Cutâneo: Cuidados a ter com o sol. Acessível em: <http://www.apcancrocutaneo.pt/>. [acedido em 27 de setembro de 2015].
- [67]Sidefarma: Cosméticos/ Sysvera Cool gel escaldões. Acessível em: <http://www.sidefarma.pt/sidefarma/> [acedido a 10 de outubro de 2015].
- [68] Aizik A, Boldeman C, Césarini P, Ferguson A, Gerber B, Fuchs-Young R, et al (2003). Sun Protection and School. How to make a difference, ed WHO.

Anexos

Anexo I



Esquema 1_ Processo fisiopatológico da DVC, com representação do ciclo vicioso de inflamação/hipertensão ^[38]

Anexo II- Folheto desdobrável Doença Venosa Crónica

⇒ **Escolher** uma atividade física que promova o movimento das pernas e melhore o tônus muscular (exemplo: caminhar, dançar, fazer ginástica, natação ou golfe)

⇒ **Optar** por uma alimentação saudável e tentar emagrecer em caso de obesidade ou sobrepeso;

⇒ **Evitar** roupa apertada, especialmente na cintura e nas pernas;

⇒ **Evitar** usar sapatos de salto alto; **Usar** preferencialmente sapatos com salto entre 3-4 cm;

⇒ **Massajar** as pernas frequentemente de baixo para cima.

⇒ **Evitar ou reduzir** a exposição ao calor: calor do sol, depilação com cera quente, sauna e vestuário muito quente;

⇒ Um duche de água fria nas pernas, alivia a sensação de dor e pernas pesadas.



Não deixe que a doença o pare! Conheça os sintomas e os sinais que ela lhe revela e mova-se na prevenção de complicações!

Para mais informações consultar também site da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular:
(spacv.org)

“Não cruze as pernas aos sintomas da doença venosa”



Marta Teixeira
(Estagiária na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto)

U. PORTO
FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Sente as suas pernas cansadas e pesadas?



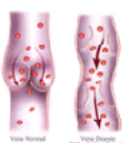
Farmácia Helena Freitas

Doença Venosa Crónica

Cerca de 35% da população adulta portuguesa sofre de doença venosa crónica, com maior incidência ao sexo feminino.

O que é a Doença Venosa Crónica?

A doença venosa é uma patologia evolutiva, crónica que se caracteriza por alteração nas veias das pernas, responsáveis pelo retorno do sangue ao coração.



Esta anomalia pode verificar-se na parede e nas válvulas das veias, dificultando a circulação do sangue ao coração, o que promove a acumulação deste nas pernas e consequentemente leva à inflamação venosa e surgem os primeiros sintomas.

Quais são os sinais ou sintomas?

Sintomas iniciais:

- ⇒ Dor e sensação de pernas pesadas e cansadas;
- ⇒ Comichão, e dormência nas pernas;
- ⇒ Tornozelos inchados;
- ⇒ Círculos noturnos.

Reconhecendo estes sintomas consulte o seu médico ou farmacêutico no sentido de EVITAR a evolução para COMPLICAÇÕES!

Sinais/Complicações:

- ⇒ Varizes (que podem evoluir para tromboflebitides* superficiais);

- ⇒ Telangiectasias (aglomerados de veias rosas que se vêem debaixo da superfície da pele);
- ⇒ Hiperpigmentação;
- ⇒ Atrofia hiarica;
- ⇒ Úlceras venozas ativas ou cicatrizadas.

Fatores de risco:

Idade avançada;

Antecedentes familiares;

Género feminino;

Gravidez;

Obesidade;

Sedentarismo

Diagnóstico:

O diagnóstico da doença venosa é feita com base na história do paciente e exame físico acompanhado de testes não invasivos. Os testes invasivos também podem ser usados para estabelecer o diagnóstico, mas são especialmente usados para estabelecer o grau de severidade da doença ou quando a intervenção cirúrgica está a ser pensada;

Provas e procedimentos de diagnósticos:

Exame não invasivo **ecodoppler**, que se caracteriza por ser rápido, indolor e permite examinar a circulação das veias e procurar a presença de coágulos, neste exame usam-se ondas sonoras para obter imagens do corpo;

Angiografia (exame invasivo): que consiste em injetar um meio de contraste nas veias, que as realça nas imagens radiográficas;

Permite observar com mais detalhe como circula o sangue nas veias. Serve para confirmar se tem varizes ou se tratar de outro problema.

Tratamento:

- ⇒ Alterações no estilo de vida;
- ⇒ Medicamentos venotónicos orais;
- ⇒ Meia elástica;
- ⇒ Escleroterapia;
- ⇒ Tratamento cirúrgico.



Dicas úteis que ajudam a prevenir a DVC:

- ⇒ Evitar permanecer estar de pé ou sentado por períodos de tempo longos;

* formação de um coágulo de sangue numa veia

Anexo III

Tabela 1- Tipos de pele classificados pela sua reação às RUV. Adaptada [53]

Tipo	Definição	Descrição
I	Queima sempre, mas não bronzeia;	Pele branca, cabelo ruivo, sardas
II	Queima frequentemente, e raramente bronzeia;	Pele clara
III	Pode queimar, frequentemente bronzeia	Pele clara a morena
IV	Raramente queima, bronzeia sempre	Mediterrâneos
V	Pigmentação constitucional moderada	Latino americanos, médio oriente
VI	Pigmentação constitucional elevada	Negros

Anexo IV



Figura.1-kit campanha “Cuidados a ter com o Sol!” URIAGE® e APCC

Anexo IV- Folheto Verão com precaução e sem escaldão!



O que os sinais nos podem dizer?

• Com a ajuda da regra ABCDE, inspeciona os teus sinais:

Regra ABCDE

 A ssimetria sinais assimétricos	 B ordas sinais com bordas irregulares	 C ores sinais com mais que uma cor	 D imensão sinais com diâmetro superior a 5mm	 E volução sinais que mudam recentemente
--	---	---	---	--

• Esta regra permite alertar para o aparecimento de cancro de pele, por isso deves procurar um médico se algum dos teus sinais tem estas alterações!

Sopa de letras

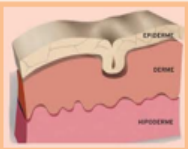
F	O	T	Y	P	E	M
H	P	E	L	E	Ç	E
O	R	A	L	P	M	L
H	A	R	I	L	I	A
D	I	T	S	O	L	N
I	A	T	J	X	U	I
O	M	Z	T	U	K	N
S	O	M	B	R	A	A

Aplica os teus conhecimentos...

1. As pessoas com pele clara estão mais protegidas quando expostas ao sol. V / F
2. As crianças com menos de 3 anos não devem ser expostas ao sol. V / F
3. É preferível usar boné ao invés de chapéu com abas largas. V / F
4. A regra da sombra permite identificar as horas em que o sol é mais perigoso. V / F
5. A radiação solar responsável pelas queimaduras solares designa-se de ultravioleta. V / F

Estagiária Faculdade Farmácia da Universidade do Porto: Marta Teixeira
Agosto 2015

Curiosidades sobre a pele



A pele ...

- ... É o maior órgão do corpo humano!
- ... Corresponde a uma média de 10-12% do nosso peso corporal e cobre uma área de cerca de 2 m²;
- ... As células da pele estão constantemente em renovação;
- ... Funciona como uma barreira entre o corpo humano e o ambiente que o rodeia;
- ... Contem três camadas sobrepostas: a epiderme, derme e hipoderme;
- ... Contem um pigmento que absorve radiação ultravioleta (UV), e é responsável pela cor da pele, que se designa melanina.

Segundo Fitzpatrick a pele pode classificar-se em 6 fototipos consoante a sua resposta à radiação UV

Fototipo	Cabelo	Cor da pele	Tendência para escaldar	Bronzeado
	Ruivo	Muito clara Sardas	Sempre	Não bronzeia
	Loiro	Clara	Quase sempre	Bronzeado suave
	Castanho claro	Clara	Frequente	Bronzeado claro
	Castanho	Morena	Raro	Pele bronzeada
	Castanho-escuro	Muito morena	Muito raro	Bronzeado escuro
	Preto	Negra	Nunca	Tom negro

Recomendação para evitar escaldões na praia:

- **Vestuário indicado para a praia:**
 - ✓ Chapéu com abas, ao invés de boné para proteger também as orelhas;
 - ✓ T-shirt escura e malha apertada protegem mais;
 - ✓ Usar óculos de sol, para proteger os olhos contra a radiação UV.
- Evitar a exposição solar entre as 12h e as 16h, porque é a altura em que o sol é mais perigoso;
- Usar protetor solar com proteção muito elevada;
- Reaplicar o protetor solar de 2 em 2 h e após o banho de mar;
- Beber água frequentemente para evitar a desidratação;
- As crianças com menos de 3 anos não devem expor-se ao sol;
- Depois de sair da água deve secar-te bem, uma vez que as gotas de água intensificam a ação do sol;
- Nos dias de nevoeiro deve manter-se os mesmos cuidados dos dias de sol, porque o sol está "escondido" atrás das nuvens;

DICA...



Regra da sombra

A tua sombra pode ajudar-te a identificar as horas de maior perigo para estar ao Sol.

É seguro expor-se ao sol quando a tua sombra é maior do que tu!!