

U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia da Misericórdia de Braga

Diana Virgínia Antunes Gonçalves

M

2020-2021

Faculdade do Farmácia da Universidade do Porto
Mestrado Integrado em Ciência Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante



Farmácia da Misericórdia de Braga

janeiro a maio de 2021

Diana Virgínia Antunes Gonçalves

Orientador(a): Doutora Salomé Teles

Tutor FFUP: Prof. Doutor Carlos Manuel Magalhães Afonso

Setembro de 2021

Declaração de Integridade

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

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 20 de setembro de 2021.

Diana Virgínia Antunes Gonçalves

Agradecimentos

E, por fim, chegou a reta final destes 5 anos duros e cheios de aprendizagens. Daqui levo não só as quedas e as dificuldades, mas a superação, as experiências, o conhecimento e todas as relações interpessoais, porque não é só de livros que vive um estudante.

No âmbito do meu percurso na Farmácia da Misericórdia de Braga, quero agradecer à minha orientadora Dr^a Salomé Teles, pelo acompanhamento, pela disponibilidade e pelos conselhos dados, quer a nível profissional quer a nível pessoal, sem dúvida foi e é um exemplo a seguir. Um agradecimento à Dr^a. Adriana, Dr. Carlos, Dr^a Daniela, Dr^a Nathalie, Dr^a Patrícia, Dr^a Susana, Ana Teresa, Bárbara, Sr. Marques, Sr. Sérgio, Rafaela, D. Conceição e ao Sr. Manuel, pela equipa fantástica e pela muita paciência que tiveram comigo, pelos ensinamentos, pelo incentivo e por me proporcionarem uma das melhores experiências que tive a nível de estágios. Demonstraram a verdadeira importância de uma farmácia comunitária e de como uma boa equipa deve ser coesa, mesmo nos momentos de grande intensidade e desespero. Sem vocês não seria o mesmo. Um especial agradecimento à Dr^a Susana, pela sua energia e simplicidade, por me colocar à prova diversas vezes, porque é assim que um farmacêutico se distingue: a dar respostas e soluções rápidas.

Aos professores da Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, em especial ao Professor Doutor Carlos Afonso, pelo apoio, disponibilidade e prontidão com que me presenteou durante o meu percurso e conclusão de estágio.

Aos meus pais, que nunca duvidaram do meu sucesso, que sempre me incutiram que com trabalho e tempo eu conseguia tudo, bastava querer. Obrigado pela paciência e compreensão nos muitos momentos que estive ausente, porque é graças a este suporte incrível que hoje posso não só orgulhar-me, mas orgulhar-vos. Sem vocês esta vitória não seria possível.

Aos meus irmãos, sobrinhos e cunhadas, um obrigado de coração pelos mil conselhos que me deram para nunca desistir e por acompanharem, mesmo que longe, o meu percurso. Porque nunca será uma questão de distância, ou impossibilidade, mas sim de predisposição para fazer a diferença.

Aos meus amigos, pelo apoio incondicional, pelas noites dormidas e mal dormidas, por estarem sempre presentes quer nas vitórias quer nas derrotas. Obrigado a todos aqueles com quem tive o orgulho de partilhar estes 5 anos, porque “aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós; deixam um pouco de si e levam um pouco de nós”.

Por último, à Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto e a todos os docentes e não docentes com quem tive a honra de privar um sincero obrigado por me verem e fazerem crescer. Agora chegou a hora de “abrir asas e voar”. Encontrar-nos-emos nesses próximos “voos”.

Aquele abraço que nunca será tarde,

Diana Gonçalves

Resumo

O presente estágio curricular em farmácia comunitária decorreu na Farmácia da Misericórdia de Braga (FMB) de janeiro a maio de 2021, sob orientação da Doutora Salomé Teles.

Na parte I do relatório são descritas as atividades desenvolvidas durante os 4 meses de estágio na FMB, de carácter técnico-científico e de gestão farmacêutica, nas quais, devoluções e regularizações de diferentes documentos, por exemplo, notas de crédito, que permitiram a perceção de uma gerência que prima pela qualidade. Simultaneamente a aquisição de *softskills* adquiridas no mundo do trabalho, como o atendimento ao público, prestação de cuidados farmacêuticos, preparação de medicamentos manipulados e medicação individualizada.

Na parte II são apresentados os projetos “Tema I. Estudo do Impacto da COVID-19 na toma de Antidepressivos e Ansiolíticos/Benzodiazepinas em Lares no Âmbito Farmacêutico” e “Tema II - O papel do Farmacêutico na Literacia em Saúde: LEISHMANIOSE, a doença negligenciada”. O tema I toma como objetivo primordial a perceção gráfica e numérica da utilização farmacológica de antidepressivos e ansiolíticos/benzodiazepinas em lares. Visa ainda a correlação do impacto destes com a repercussão que a COVID-19 tem e teve desde a sua chegada, em março de 2020, a Portugal. Mais concretamente, aos grupos de maior risco, nos quais, os idosos, portadores de doenças crónicas e imunocomprometidos, onde se insere a maior parte da população dos lares. É ainda de importante realce perceber se o fator isolamento e mudanças de hábitos repentina pelo qual atravessamos se refletiu numa alteração exacerbada da toma destas classes terapêuticas. Em visão geral, transpondo os dados recolhidos, conclui-se ainda que há um consumo exacerbado de antidepressivos e de ansiolíticos/benzodiazepinas, supondo ainda que, noutras faixas etárias este ligeiro aumento também se tenha verificado durante este período de pandemia. A sertralina e o lorazepam foram os psicofármacos mais consumidos neste grupo em estudo. Seria de importante realce neste estudo acrescentar outro tipo de psicofármaco, os antipsicóticos. O tema II visa detetar a literacia em saúde pública, de um tema como a Leishmaniose, por parte da população que frequenta a zona circundante ou que se desloque à FMB. Foram efetuados inquéritos e entregues panfletos explicativos do projeto como forma de recolha de dados e incentivo ao aumento do conhecimento em saúde pública. Para que tal fosse possível, foram dadas formações aos elementos da equipa da FMB que fazem atendimento regular, de forma, a que o contacto e a informação passada aos utentes seja fidedigna e consistente no conhecimento referente ao tema. Atualmente, a leishmaniose humana ainda não é uma realidade muito assente em Portugal. Contrariamente, a leishmaniose canina é reconhecida entre a população, apesar da falta de informação sobre a prevenção da mesma, detetada pelos resultados apresentados na desparasitação. Portugal ainda tem um longo caminho a percorrer no combate aos vetores e às doenças transmitidas pelos mesmos, uma vez que, será uma realidade cada vez mais presente devido às mudanças climáticas.

Os farmacêuticos são os profissionais de saúde a que a população recorre em primeiro lugar aquando necessidade, por isso, as campanhas e os projetos desenvolvidos na farmácia permitem sensibilizar e captar a atenção da população perpetuando o mote de tornar a sociedade portuguesa mais conhecedora dos temas de saúde pública.

Índice

Parte I – Atividades Desenvolvidas Durante o Estágio na Farmácia da Misericórdia de Braga 1

1.	Introdução	1
2.	Farmácia da Misericórdia de Braga	1
2.1.	Localização e Horário de Funcionamento	1
2.2.	Estrutura Externa	2
2.3.	Estrutura Interna	2
2.4.	Área de Atendimento ao Público	2
2.5.	Recursos Humanos	3
2.6.	Utentes	3
3.	Gestão da Farmácia da Misericórdia de Braga	3
3.1.	Sistema Informático	3
3.2.	Gestão de Stocks	4
3.3.	Gestão de Encomendas	4
3.3.1.	Fornecedores de produtos	4
3.3.2.	Realização de Encomendas	4
3.3.3.	Receção de encomendas	5
3.3.4.	Armazenamento de produtos	6
3.3.5.	Devoluções e regularizações de devoluções	7
3.3.6.	Gestão de prazos de validade	8
3.4.	Página Online	9
4.	Dispensa de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos	9
4.1.	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica	9
4.1.1.	Receção de receitas médicas e dispensa de medicamentos	9
4.1.2.	Regimes de Comparticipação e subsistemas de saúde	11
4.1.3.	Verificação de Receituário e Faturação	12
4.1.4.	Medicamentos Sujeitos a Legislação Especial	12
4.1.4.1.	Dispensa de Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos	12
4.1.4.2.	Medicamento pertencentes ao Programa Nacional de Controlo e Prevenção da Diabetes <i>mellitus</i>	13
4.1.5.	Intervenção farmacêutica	13
4.2.	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de dispensa Exclusiva em Farmácia	14
4.3.	Outros produtos farmacêuticos	14
4.3.1.	Medicamentos Manipulados	14
4.3.2.	Medicamentos de Uso Veterinário	15
4.3.3.	Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal	16
4.3.4.	Produtos Dietéticos destinados a fins medicinais específicos	16
4.3.5.	Dispositivos Médicos	17
4.3.6.	Medicamentos à base de plantas	17
4.3.7.	Produtos Homeopáticos	17
5.	Cuidados e Serviços Farmacêuticos	18
5.1.	Aconselhamento Farmacêutico	18
5.2.	Medição de Parâmetros Bioquímicos	19

5.2.1. Glicemia Capilar	19
5.3. Medição da Tensão Arterial	19
5.4. Administração de Medicamentos Injetáveis	20
5.5. Preparação Individualizada de Medicação	20
5.6. Serviço de entregas ao Domicílio	20
6. ValorMed®	21
7. Formação Contínua	21
<i>Tema I. Estudo do Impacto da COVID-19 na toma de Antidepressivos e Ansiolíticos/Benzodiazepinas em Lares no Âmbito Farmacêutico</i>	21
1.1. Enquadramento Teórico: Antidepressivos e Ansiolíticos/Benzodiazepinas	21
1.2. Utilização Internacional e Nacional de Benzodiazepinas	22
1.3. Encargos ao SNS	22
1.4. Perturbações Neuropsiquiátrica	22
1.4.1. Farmacoterapêutica da insónia e ansiedade	23
1.4.1.1. Suspensão da toma de benzodiazepinas	23
1.4.2. Farmacoterapêutica da Depressão	24
1.4.3. Medidas não farmacoterapêuticas	24
1.5. Recomendações à população geriátrica	25
1.6. Estudo “Impacto da COVID-19 na toma de Antidepressivos e Ansiolíticos/Benzodiazepinas em Lares no Âmbito Farmacêutico”	25
1.6.1. Antidepressivos em Lares Versus. Impacto da COVID-19	26
1.6.1.1. Género versus. Antidepressivos	27
1.6.2. Ansiolíticos/benzodiazepinas em Lares Versus. Impacto da COVID-19	28
1.6.2.1. Género versus. Ansiolíticos/Benzodiazepinas	29
1.7. Conclusão	29
<i>Tema II - O papel do Farmacêutico na Literacia em Saúde: LEISHMANIOSE, a doença negligenciada</i>	30
2.1. Definição	30
2.2. Classificação	30
2.3. Ciclo de vida	30
2.4. Epidemiologia	30
2.5. Transmissão	31
2.6. Hospedeiros	31
2.6.1. Vetor	31
2.6.1.1. Atividade	31
2.6.2. Vertebrados	31
2.7. Patogénese	31
2.8. Leishmaniose humana	32
2.8.1. Legislação	32
2.8.2. Grupos de Risco	33
2.8.3. Co-infecção <i>Leishmania spp.</i> /HIV	33
2.8.4. Tratamento Farmacológico	34
2.8.4.1. Na Leishmaniose Cutânea	34
2.8.4.2. Na Leishmaniose Visceral	34

2.9.	Leishmaniose canina	34
2.9.1.	Legislação	34
2.9.2.	Grupos de Risco	35
2.9.3.	Manifestações Clínicas	35
2.9.4.	Estadiamento e Prognóstico	35
2.9.5.	Tratamento Farmacológico Primário	35
2.9.6.	Tratamento Secundário	36
2.9.7.	Medidas de Prevenção	36
2.9.7.1.	Vacinação	36
2.9.7.2.	Desparasitantes	36
2.9.7.3.	Eutanásia	37
2.9.8.	Leitura da venda de spot-on's contra flebótomos na FMB	37
2.9.9.	Formação à equipa da FMB – O papel do Farmacêutico na Saúde Pública: Leishmaniose, a doença negligenciada	37
2.9.10.	Resultados do Estudo	39
2.10.	Conclusão	40
	<i>Considerações Finais</i>	40
	<i>Referências Bibliográficas</i>	41
	<i>Anexos</i>	45

Índice de Tabelas

Tabela 1- Mapa de atividades e tarefas realizadas na FMB durante o estágio curricular	1
Tabela 2- Recursos humanos da FMB	3
Tabela 3- Patologias abrangidas pelo regime especial e respetivas condições.	46
Tabela 4- Manipulados regularmente e/ou diariamente na FMB	50
Tabela 5- Atividades formativas efetuadas durante o período de estágio curricular na FMB	51
Tabela 6- Consumos farmacológicos ao SNS	55
Tabela 7- Benzodiazepinas e análogos no mercado	56
Tabela 8- Antidepressivos atualmente no mercado	57
Tabela 9- Tratamento sistémico utilizado na região europeia da OMS para tratamento da Leishmaniose Cutânea	68
Tabela 10- Farmacoterapia utilizada na região europeia da OMS para tratamento da Leishmaniose visceral	69
Tabela 11- Manifestações clínicas da Leishmaniose canina	70
Tabela 12- Estado clínico, prognóstico e farmacoterapia da Leishmaniose canina	71
Tabela 13- Tratamento farmacológico e não farmacológico secundário	72
Tabela 14- Farmacoterapia usada no tratamento da Leishmaniose canina, na região europeia	73
Tabela 15- Impacto das respostas certas no mini-teste após formação à equipa da FMB	38

Índice de Figuras

Figura 1- Fachada da FMB	45
Figura 2- <i>Backoffice</i> da FMB	45
Figura 3- Laboratório de manipulados da FMB	45
Figura 4- Sala de preparação de medicação individualizada da FMB	45
Figura 5- Equipamento de preparação de medicação individualizada automática da FMB	45
Figuras 6,7 e 8- Área de atendimento ao público da FMB	45
Figura 9- Mapa de apoio à dispensa de produtos de saúde participados	48

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Utilização internacional de benzodiazepinas e análogos	52
Gráfico 2- Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas, demência e perturbações de ansiedade, entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), Portugal Continental	52
Gráfico 3- Distribuição de benzodiazepinas por género e faixa etária, em 2016	52
Gráfico 4- Consumo de ansiolíticos e antidepressores, por género	53
Gráfico 5- Dispensa de benzodiazepinas e análogos em contexto público vs privado, em 2016	53
Gráfico 6- Dispensa de benzodiazepinas e análogos nos cuidados de saúde primários, em 201	53

Gráfico 7 - Consumo de medicamentos estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central e psicofármacos (por embalagem)	54
Gráfico 8 - Evolução da utilização de ansiolíticos e antidepressores nos últimos 10 anos	54
Gráfico 9 - Consumo de ansiolíticos e antidepressores vs distribuição em Portugal Continental	54
Gráfico 10 - Consumo de medicamentos estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central e psicofármacos	55
Gráfico 11 - Impacto da toma de antidepressivos pós-pandemia em três lares na região de Braga, março 2020-março 2021	26
Gráfico 12 - Idosos consumidores vs número de antidepressivos consumidos em três lares na região de Braga, março 2020-março 2021	26
Gráfico 13 - Antidepressivos ministrados em três lares da região de Braga, março 2020-março 2021	27
Gráfico 14 - Género vs consumo de antidepressivos, março 2020-março 2021	27
Gráfico 15 - Impacto da toma de ansiolíticos/benzodiazepinas pós-pandemia em três lares da região de Braga, março 2020-março 2021	28
Gráfico 16 - Idosos consumidores vs número de ansiolíticos/benzodiazepinas consumidos em três lares da região de Braga, março 2020- março 2021	28
Gráfico 17 - Ansiolíticos/benzodiazepinas ministradas em três lares da região de Braga, março 2020-março 2021	28
Gráfico 18 - Género vs consumo de ansiolíticos/benzodiazepinas, março 2020- março 2021	29
Gráfico 19 - Vendas mensais de Frontline Tri-Act Sol. Cão	37
Gráfico 20 - Impacto das respostas do mini-teste antes de apresentação	38
Gráfico 21 - Resultados gráficos do inquérito em estudo	39

Índice de Anexos

Anexo I- Farmácia da Misericórdia de Braga (FMB)	45
Anexo II- Regimes excecionais de comparticipação	46
Anexo III- Produtos de saúde comparticipados	48
Anexo IV- Manipulados na Farmácia da Misericórdia de Braga	50
Anexo V- Atividades formativas	51
Anexo VI- Utilização Internacional e nacional de ansiolíticos/benzodiazepinas e antidepressivos	52
Anexo VII- Benzodiazepinas e análogos	56
Anexo VIII- Antidepressivos	57
Anexo IX- Linha de tratamento aconselhada pela Ordem dos Farmacêuticos	58
Anexo X- Exemplo de inquérito- Utente de ERPI	62
Anexo XI- Dados das três estruturas residenciais para idosos	64
Anexo XII- Leishmaniose cutânea	67
Anexo XIII- Farmacoterapia utilizada na região europeia da OMS para tratamento da Leishmaniose cutânea	68
Anexo XIV- Farmacoterapia utilizada na região europeia da OMS para tratamento da Leishmaniose visceral	69
Anexo XV- Manifestações clínicas da Leishmaniose canina	70
Anexo XVI- Estado clínico, prognóstico e farmacoterapia da Leishmaniose canina	71
Anexo XVII- Tratamento secundário da Leishmaniose canina	72
Anexo XVIII- Farmacoterapia para a Leishmaniose canina	73
Anexo XIX- Mini-teste formativo	74
Anexo XX- Apresentação “O papel do farmacêutico na Literacia em Saúde: LEISHMANIOSE, a doença negligenciável	76
Anexo XXI- Panfleto “LEISHMANIOSE: a doença negligenciável”	97

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABD	Dosoxicolato de Anfotericina B
ADT	Antidepressivos Tricíclicos
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional de Farmácias
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDNP	Base de Dados Nacional de Prescrições
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas
CCF	Centro de Conferência de Faturas do Serviço Nacional de Saúde
CNP	Código Nacional de Produtos
CNPEM	Código Nacional de Prescrição Eletrónica de Medicamentos
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTT	Correios de Portugal
DCI	Denominação Comum Internacional
DCM	Dispensação Clínica de Medicamentos
DCV	Doenças Cardiovasculares
DGAV	Direção Geral de Alimentação e Veterinária
DGS	Direção Geral de Saúde
DIM	Delegado de Informação Médica
DT	Diretor Técnico
EMA	Agência Europeia do Medicamento
ERPI	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
FC	Farmácia Comunitária
FDA	Food and Drug Administration
FF	Forma Farmacêutica
FMB	Farmácia da Misericórdia de Braga
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
IRSN	Inibidor da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
LAB	Anfotericina A Lipossomal
LC	Leishmaniose Cutânea
LMC	Leishmaniose Mucocutânea
LV	Leishmaniose Visceral
MEP	Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos
MG	Medicamentos Genéricos

MM	Medicamentos Manipulados
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MNSRM-EF	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de dispensa Exclusiva em Farmácia
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
MUV	Medicamentos de Uso Veterinário
PA	Pressão Arterial
PIC	Preço Inscrito na Cartonagem
PIM	Preparação Individualizada da Medicação
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PRM	Problemas Relacionados com os Medicamentos
PV	Prazos de Validade
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reações Adversas ao Medicamento
RGPD	Regulamento Geral de Proteção de Dados
RM	Receita Médica
RNM	Resultados Negativos associados à Medicação
SI	Sistema Informático
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SINAV	Sistema Nacional de Informação de Vigilância Epidemiológica
SNC	Sistema Nervoso Central
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS, E.P.E.	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

Parte I –Atividades Desenvolvidas Durante o Estágio na Farmácia da Misericórdia de Braga

1. Introdução

A farmácia comunitária é uma das portas de entrada para o sistema nacional de saúde, cujos principais objetivos assentam na prestação de um serviço técnico-científico e deontológico à comunidade envolvente. Pelo decreto-lei n.º131/2015, de 4 de setembro, o ato farmacêutico prestado na farmácia comunitária assenta na preparação, controlo, seleção, aquisição, armazenamento e dispensa dos medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos, desenvolvimento e preparação das formas farmacêuticas dos medicamentos, interpretação e avaliação das prescrições médicas e análises toxicológicas, hidrológicas e bromatológicas, assim como acompanhamento, vigilância e monitorização de medicamentos. Assim, o exercício da atividade farmacêutica tem como primeira e principal responsabilidade a saúde e bem-estar do doente e do cidadão em geral, devendo privilegiar o bem-estar destes em detrimento dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança.¹

Ao longo dos 4 meses de estágio curricular, tive a oportunidade de integrar e desenvolver diferentes atividades na Farmácia da Misericórdia de Braga (FMB), presentes na *tabela 1*.

Tabela 1. Mapa de atividades e tarefas realizadas na FMB durante o estágio curricular.

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Armazenamento e reposição de medicamentos e produtos de saúde	x	x	x	x	x
Atendimento ao público	x	x	x	x	x
Controlo de prazos de validade		x	x	x	x
Devoluções e regularização de notas de crédito		x	x	x	x
Formações	x	x	x	x	x
Preparação de medicação individualizada		x	x	x	x
Preparação de medicamentos manipulados	x	x	x	x	x
Prestação de cuidados farmacêuticos	x	x	x	x	x
Receção e conferência de encomendas	x	x			
Correção de receitas		x	x	x	x
Tema 1 - Estudo do Impacto da COVID-19 na toma de Antidepressivos e Ansiolíticos/Benzodiazepinas em Lares no Âmbito Farmacêutico		x	x	x	
Tema 2 - O papel do Farmacêutico na Literacia em Saúde: LEISHMANIOSE, a doença negligenciada			x	x	x

2. Farmácia da Misericórdia de Braga

2.1. Localização e Horário de Funcionamento

A FMB localiza-se no Largo Carlos Amarante, no centro da cidade de Braga, e é uma das principais farmácias do concelho. O horário de funcionamento decorre entre as 8h30 e as 20h00, em dias úteis, e das 9h00 às 13h00 aos sábados, encerrando aos domingos e feriados. De 20 em 20 dias, a FMB, integrada no

sistema de rotatividade das farmácias de serviço do concelho de Braga, funciona 24h por dia, efetuando o atendimento noturno através de um postigo localizado na porta principal.

2.2. Estrutura Externa

A FMB, remetente ao espaço exterior (Anexo I, Figura 1), apresenta na fachada principal a característica cruz verde e uma placa de caráter obrigatório, no qual consta o nome da farmácia e da Diretora Técnica (DT) responsável da FMB, de acordo com as Boas Práticas Farmacêuticas (BPF) para a farmácia comunitária. A entrada da FMB encontra-se deslocada da face da estrada, conferindo maior segurança aos utentes no acesso. Também existe um local apropriado de paragem que permite o embargo dos utentes. A estrutura arquitetónica FMB encontra-se voltada para uma das praças mais emblemáticas da cidade, sendo, por isso, um local de passagem obrigatória, quer para os habitantes, quer para os visitantes da cidade barroca. A disposição da entrada está adaptada a qualquer tipo de utente, tais como portadores de cadeiras de rodas e/ou outros veículos de deslocação, estando de acordo com as BPF.²

2.3. Estrutura Interna

A FMB dispõe de um único piso do edifício, ao nível do rés-do-chão. No *backoffice*, a farmácia é constituída por uma zona de receção de encomendas e armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos; zona de encomendas efetuadas pelos clientes; um laboratório de manipulados; o gabinete da direção técnica; um gabinete de medição de parâmetros bioquímicos, administração de injetáveis, e outros cuidados farmacêuticos efetuados pela farmácia; um gabinete administrativo; uma sala de preparação de medicação individualizada; uma sala de reuniões; uma zona de vestiário; uma zona de copa; instalações sanitárias diferenciadas para utentes e profissionais da FMB; e, 5 locais e/ou salas de armazenamento de produtos diversos (Anexo I, Figuras 2 – 5).

2.4. Área de Atendimento ao Público

A área de atendimento dispõe de um amplo espaço de espera, apetrechado com bancos (Anexo I, Figuras 6 – 8). Ao alcance da visão do utente encontram-se diversos mostradores com exposição de produtos sazonais, área da maternidade e bebé, área da higiene oral, área veterinária de exposição de repelentes, várias áreas cosmetológicas, área de suplementação capilar e ainda uma balança digital que permite ao utente efetuar a medição autónoma do peso, altura e índice de massa corporal (IMC). A FMB dispõe de 7 balcões devidamente equipados, tendo dispostos, atrás dos mesmos, medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) e diversos suplementos (nomeadamente suplementos vitamínicos ou destinado à função cognitiva), permitindo não só uma perceção mais instantânea por parte do cliente do produto que procura, como o rápido acesso e a dispensa do mesmo. Nas gavetas, localizadas atrás do balcão, existem também outros materiais de elevada rotatividade (como soro fisiológico, emplastros, suplementação feminina, matérias-primas, manipulados preparados na farmácia, entre outros).

2.5. Recursos Humanos

As equipas de profissionais das farmácias comunitárias devem incluir, pelo menos, 2 farmacêuticos, coadjuvados por técnicos de farmácia e/ou outro pessoal habilitado às funções necessárias da farmácia. Segundo o decreto-lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, a direção técnica tem de ser assegurada por um farmacêutico, cargo que comporta o cumprimento das regras deontológicas, garantido a qualidade e segurança dos serviços prestados ao utente.³ A direção técnica encontra-se a cargo da Dr.ª Ângela Daniela Ponte, coadjuvada pela farmacêutica adjunta Dr.ª Salomé Teles, e mais 13 elementos que integram uma equipa multidisciplinar na prestação de cuidados e serviços diferenciados, descritos na *tabela 2*.

Tabela 2. Recursos Humanos da FMB

Diretora Técnica	Dr.ª Ângela Daniela M. Ponte	Técnicos de Diagnósticos e Terapêutica	Ana Teresa Queiróz
Farmacêutica Adjunta	Dr.ª Salomé Teles		Bárbara Novais
Farmacêuticos	Dr.ª Adriana Louro		Joana Rodrigues
	Dr. Carlos Machado		João Marques
	Dr.ª Nathalie Portelada		Sérgio Vilaça
	Dr.ª Patrícia Marques		Rafaela Dias
	Dr.ª Susana Ferreira	Técnico de Serviços Gerais	Manuel Lima
Administrativa	Conceição Pinto		

2.6. Utentes

A FMB, conhecida pela antiga “Farmácia do Hospital”, tornou-se ao longo de muito anos um local conceituado e de confiança de muitas gerações, sendo ainda um local privilegiado pelos mais idosos, após décadas. Além disso, a farmácia presta o serviço de preparação de medicação individualizada, onde apoia recorrentemente 3 estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), pertencentes à Misericórdia de Braga, nomeadamente a Nevarte Gulbenkian, a D. Diogo de Sousa e a Nossa Senhora da Misericórdia, bem como outros lares e uma instituição particular de solidariedade social (IPSS), a Oficina de S. José. A farmácia adquiriu recentemente um equipamento (anexo I, figura 5) que visa aumentar a produtividade das preparações de medicação individualizada, como resposta à alta demanda do serviço.

3. Gestão da Farmácia da Misericórdia de Braga

3.1. Sistema Informático

O sistema informático (SI) ainda utilizado na FMB é o *Sifarma2000*® desenvolvido pela *Glintt*® - *Global Intelligent Technologies S.A.*, empresa pertencente à Associação Nacional das Farmácias (ANF). Cada elemento da equipa possui um código de acesso pessoal e secreto de forma a garantir a organização e a rastreabilidade de todas as atividades envolvidas no acesso ao sistema.

O *Sifarma2000*® é o sistema utilizado no atendimento e na gestão da farmácia, permitindo a realização de encomendas e a sua receção, realização de devoluções, regularização de notas de crédito, controlo de prazos de validade e gestão de *stocks*. Na “Ficha de Produto” de todos os medicamentos ou produtos vendidos na farmácia, consta a informação técnico-científica (como indicações terapêuticas, posologia, interações, contraindicações e reações adversas), os *stocks* mínimos e máximos, o histórico de venda e compras e o

movimento de *stock*. O *Sifarma2000*® demonstra ser uma mais valia durante o atendimento, nomeadamente através da emissão de alertas visuais das interações entre medicamentos a dispensar no momento e criação de uma “Ficha de Utente”, onde se encontram descritas diversas informações clínicas pertinentes, como a medicação efetuada ao longo do tempo, permitindo um controlo dos erros de dispensa mais eficaz, além de outras informações pessoais (morada, contactos e outros dados de identificação), fornecidas com consentimento informado segundo às regras do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) presentes no Decreto-Lei n.º58/2019, de 8 de agosto.⁴

Friso, por experiência própria, a relevância da “Ficha de Utente” e do seu histórico de compras, funcionando não só como auxiliar de memória do utente aquando esquecimento do nome do produto que deseja, mas também como linha cronológica do histórico clínico que auxilia o farmacêutico para um aconselhamento de qualidade.

3.2. Gestão de Stocks

Para garantir o bom funcionamento da farmácia, é fundamental uma boa gestão e controlo rigoroso dos stocks de medicamento e produtos farmacêuticos, evitando não só ruturas, como compras e encargos desnecessários, de forma a satisfazer a necessidade do utente com a quantidade de escolha e a qualidade de serviço à disposição. Mais uma vez, destaca-se o papel fulcral do *Sifarma2000*® como rede central de informação, criando um stock máximo e mínimo do produto (que é repostado automaticamente quando atingido no SI o stock mínimo pré-estabelecido), rastreabilidade (datas de entrada e saída do produto, e o respetivo operador responsável), e monitorização dos produtos com prazos de validade (PV) reduzidos para devolução.⁵

3.3. Gestão de Encomendas

3.3.1. Fornecedores de produtos

A aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos é realizada diretamente aos laboratórios ou a armazenistas com parceria.

A aquisição direta aos laboratórios é realizada através de intermediário, o delegado de informação médica (DIM) representante, sendo efetuadas encomendas de maiores dimensões, por forma a obter bonificações e descontos apelativos para a farmácia.

A escolha do armazenista tem por base a proximidade geográfica, as condições de compra e pagamento dadas, assim como a qualidade e a frequência de entrega e todo o processo envolvente de devoluções. Na FMB, os principais armazenistas são a *Cooprofar*® (Cooperativa dos Proprietários de Farmácia), realizando entregas regulares duas vezes por dia (10h30 e 16h15), o *A. Sousa & C Lda.*, que realiza duas ou mais entregas por dia (quando necessário), a *Empifarma*®, que realiza duas entregas regulares por dia (10h e 17h30) e a *Alliance Healthcare*®, que realiza uma ou mais entregas (de acordo com a necessidade).

3.3.2. Realização de Encomendas

Na FMB, a realização de encomendas é efetuada de quatro formas distintas: encomenda diária, encomenda instantânea, encomenda “via verde” e encomenda direta ao DIM. O SI sugere automaticamente as duas encomendas diárias com base nas vendas efetuadas ao fim da manhã (até às 13h aproximadamente) e outra

ao final da tarde, podendo o farmacêutico ou o TDT acrescentar ou remover produtos consoante a imprescindibilidade, e a encomenda segue informaticamente para o fornecedor estabelecido pela farmácia. A encomenda instantânea é efetuada durante o atendimento, aquando da falta de um dado medicamento e/ou quando a quantidade em *stock* não suporta a necessidade do cliente, através do *gadget* do fornecedor instalado no SI ou através de contacto telefónico direto. As encomendas “via verde” são realizadas para medicamentos de disponibilidade reduzida já previamente definidos, sendo efetuadas por uma via de aquisição excecional com o objetivo de garantir o stock necessário de vendas regulares. Durante o estágio, tive a oportunidade de efetuar todas as modalidades de encomenda descritas anteriormente.

Por fim, no caso de produtos de elevada rotatividade ou produtos sazonais, é efetuada uma encomenda direta para o laboratório, através do DIM. Os DIM são profissionais que se deslocam regularmente à FMB com o propósito de promover novos produtos, oferecer condições de compra rentáveis, como descontos e bonificações, auxiliando a gestão de compra de forma a permitir à farmácia aumentar a margem de lucro.

3.3.3. Receção de encomendas

Posteriormente à realização das encomendas, estas são entregues pelos distribuidores em contentores devidamente fechados (banheiras e/ou caixas de cartão seladas), acompanhadas pela respetiva guia de remessa. Antes de proceder à receção da encomenda na área de armazenamento, deve-se confirmar se a encomenda recebida se destina à FMB, validando a morada e os dados fiscais da mesma no documento anexo. De seguida, detetar se, na encomenda, existe a identificação de produtos de refrigeração, colocando-os no frigorífico o mais rapidamente possível para não haver prejuízo da estabilidade. Após validação dos aspetos iniciais, na área de receção, há uma bancada designada à receção e um computador ligado ao SI, fazendo a importação da encomenda ou criando-a manualmente para encomendas via telefónica (“T”) ou diretamente ao fornecedor (“O”). Iniciando a receção propriamente dita, o operador insere o número da fatura ou guia de remessa, bem como o valor da mesma e, através da leitura ótica do Código Nacional do Produto (CNP), código bidimensional *datamatrix* ou manualmente e inicia-se a receção individual de cada produto. A diretiva 2011/62/EU, de 8 de junho, transporta para o ordenamento jurídico nacional pelo Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, a obrigatoriedade dos medicamentos de uso humano preverem dispositivos de segurança.⁶ Segundo o regulamento delegado (EU) 2016/161, de 2 de outubro de 2015, o *datamatrix* é um dispositivo de segurança com a finalidade de identificador único, obrigatório nos lotes libertados após 09 de fevereiro de 2019, que permite verificar a autenticidade e a identificação de uma embalagem individual de um dado medicamento.⁷ A inserção manual do CNP ou da designação do produto ocorre quando há impossibilidade de leitura ótica (por exemplo, em produtos cosméticos). Concomitantemente, o operador deverá verificar se as quantidades recebidas são as mesmas que foram faturadas pelo distribuidor, se os produtos cumprem as condições exigidas, se a cartonagem chegou em devidas condições de integridade, se há descontos ou bónus associados, assim como, o stock disponível desse mesmo produto, o Preço de Venda à Farmácia (PVF), a margem de lucro, o Preço Inscrito na Cartonagem (PIC), caso seja Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM), o Preço de Venda ao Público (PVP) e o prazo de validade (PV). Aquando da verificação do stock, se aparecer um alerta que este se encontra a “-1”, significa que o produto já foi pago pelo utente e é necessário ser separado dos restantes, verificar o triplicado deixado na capa “encomendas pagas” pelo respetivo operador da compra, colocar o

triplicado em torno do produto e armazenar no respetivo armário dos produtos pagos referente a cada operador, para rastreabilidade facilitada. O Sifarma2000®, aquando alterações do PIC, emite um alerta visual com os diversos PIC existentes no mercado, permitindo ao operador proceder à alteração, se necessário e também quando há modificações das margens de forma a evitar perdas de rentabilidade à farmácia. O PVP de um produto recém-chegado poderá sofrer alterações do preço que consta no SI da farmácia, devendo ser somente alterado quando não existe nenhum exemplar em *stock*. Todavia, se houver ainda o produto em questão em *stock*, este deve ser devidamente etiquetado e colocado ao lado dos restantes produtos com um aviso informativo da alteração. Uma das ações mais importantes do operador é a monitorização do PV, que deve ser corrigido e devidamente identificado e alterado for inferior aos produtos já existentes na farmácia e/ou se o *stock* apresentado for nulo. É, também, durante a receção que se criam fichas dos novos produtos não existentes anteriormente na farmácia. Deve-se verificar sempre se constam produtos de refrigeração, dado que estarão acondicionados num local diferente da restante encomenda. Por fim, para dar a receção como concluída, verificar novamente se o valor total final é o mesmo do documento auxiliar e se o número de referências que consta na encomenda é equivalente, e ainda se houve entrada de psicotrópicos, estupefacientes ou benzodiazepinas. Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (MEP), durante a receção, são acompanhados por requisição em duplicado, sendo carimbada e assinada por um farmacêutico, o qual é posteriormente devolvido ao armazenista. O documento original é arquivado na FMB juntamente com o duplicado da fatura por um período de 3 anos. No caso de produtos não faturados ou não enviados devido a ruturas, estes devem ser transferidos para outro fornecedor, procedendo-se a uma nova encomenda.

Em medicamentos de venda livre ou MNSRM, após determinação do PVF, imposto sobre o valor acrescentado (IVA) e margem económica da farmácia, é necessário colar etiquetas devidamente identificadas com o nome e código do produto, o imposto sobre o valor acrescentado (IVA) e o seu PVP. A receção de matérias-primas para a preparação de manipulados no laboratório da FMB é da competência do farmacêutico responsável, devidamente acompanhada por boletins de análise.

Após chegada à FMB, efetuei primordialmente duas tarefas: o armazenamento e reposição de medicamentos e produtos de saúde e a receção de encomendas, de forma a contactar diretamente com o medicamento em si, permitindo o manuseamento e conhecimento da existência do mesmo, facilitando posteriormente o atendimento farmacêutico. Apesar de só ter permanecido 2 meses na receção de encomendas, entendo que é uma tarefa de grande relevo e que necessita de organização, pensamento crítico e responsabilidade.

3.3.4. Armazenamento de produtos

O correto armazenamento dos produtos rececionados é fundamental para garantir a integridade e biossegurança dos medicamentos e permitir à equipa saber onde se localiza cada item para rápido atendimento dos utentes. De acordo com as BPF, e segundo o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, as farmácias devem garantir o correto armazenamento dos medicamentos e o bom estado de conservação dos mesmos, dispondo de sistemas de registo, medição e monitorização de temperatura, humidade, iluminação e ventilação adequadas à conservação dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos.^{2,3} Regra geral, os produtos são mantidos a uma temperatura inferior a 24°C, com a exceção dos armazenados

no frigorífico que devem ser mantidos a uma temperatura entre 2-8°C.⁸ Na FMB, têm à disposição termohigrómetros, desumidificadores, ar condicionado e frigoríficos dotados de sensor de temperatura e humidade, sendo registados diariamente os parâmetros de temperatura e humidade e avaliados semanalmente. Quando os valores obtidos não se encontram de acordo com valores ótimos de armazenamento, temperatura inferior 24°C e humidade inferior a 60%, ocorre um ajuste da variante problemática.

Erros de armazenamento serão responsáveis por causar entropia na farmácia e a “não venda” do produto, implica perdas monetárias.

O armazenamento é efetuado de acordo com a forma farmacêutica (FF), se são medicamentos genéricos (MG) ou de marca, por ordem alfabética e/ou classe terapêutica, aplicando sempre a metodologia *First Expire, First Out* (FEFO), salvo exceções. A FEFO define que os produtos com menor PV devem ser dispensados primeiro e posteriormente os de maior PV, havendo uma rotação do *stock*, impedindo possíveis devoluções por proximidade do término de validade. As exceções ao FEFO encontram-se regidas pela metodologia *First In, First Out* (FIFO) – os produtos que permanecem há mais tempo na farmácia são escoados primeiro.

Os MNSRM podem ou não ser colocados à vista do utente, sem alcance direto, contrariamente aos MSRM, que são armazenados em locais fora da zona de atendimento, por motivos de segurança. Na FMB, os MG localizam-se em estantes abertas e/ou gavetas, dependendo da FF, e os medicamentos de marca em gavetas de acordo com as indicações anteriormente referidas. Produtos de dermocosmética, produtos fitoterapêuticos e dispositivos médicos variados estão organizados por marcas e categoria, em estantes com ou sem porta, em gavetas e/ou à vista do utente. Por fim, destaca-se o modo de armazenamento dos MEP, que deverão estar em compartimentos distintos dos restantes, podendo ou não o local estar identificado para essa classe terapêutica de forma a garantir a sua segurança.

No decorrer do meu estágio, foi dada a especial atenção a todas as etapas do circuito do medicamento, com intuito de tornar a farmácia mais eficiente na qualidade dos serviços e, paralelamente, permitir um contacto com todos os medicamentos e produtos dispensados de forma a garantir o meu atendimento farmacêutico, dado que, para aconselhar é preciso conhecer, é necessário haver contacto e aprofundamento teórico.

3.3.5. Devoluções e regularizações de devoluções

A realização de devolução é realizada após receção das encomendas por diversos motivos associados, tais como produtos faturados e não enviados, erros no pedido, embalagens primárias e/ou secundárias danificadas ou incompletas, produtos fora de validade, produtos entregues diferentes ou em quantidades superiores às encomendadas (à exceção dos produtos de bonificação) ou quando a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (Infarmed, I.P.) ou o detentor da Autorização de Introdução no Mercado (AIM) emite uma circular para a retirada do produto do mercado. Produtos encomendados para utentes em específico que não constem no stock normal da farmácia, se não forem levantados no prazo de 3 dias podem também ser devolvidos.

O processo de devolução inicia-se com a emissão de uma nota de devolução no *Sifarma2000*® ao armazenista ou laboratório respetivo, com os dados de identificação do produto (nome e CNP), a quantidade

a devolver, o preço de compra, o motivo da devolução e o número da fatura de origem. Após aprovada a devolução no SI, é gerada, em triplicado, uma “Nota de Devolução” que irá funcionar como guia de transporte do produto. Os documentos original e duplicado seguem juntamente com o produto para o fornecedor, e o triplicado é arquivado na farmácia todos eles, devidamente assinados e carimbados.

Após envio do produto, o armazenista ou laboratório podem ou não aceitar a devolução. Quando a devolução é aceite pelos envolvidos, é emitida uma nota de crédito ou realizada a troca do respetivo produto e, posteriormente, efetuada uma regularização da devolução no *Sifarma2000*®. Caso o pedido não seja aceite pelas entidades, o produto retorna à farmácia podendo integrar o seu *stock* ou ir diretamente para os contentores da *ValorMed*® para abate, dependendo do motivo original da devolução. Independentemente do motivo da devolução, o processo é comunicado à Autoridade Tributária.

Os utentes da FMB podem efetuar trocas ou devolução de um produto, aquando da apresentação da respetiva fatura e caso se comprove a autenticidade e integridade do produto. Mediante a constante alteração de stock, é necessário assegurar a atualização do SI da farmácia, de modo a evitar erros de quantidade e/ou validade dos produtos.

3.3.6. Gestão de prazos de validade

O controlo dos PV numa farmácia comunitária é extremamente importante para uma boa gestão da mesma, dado que o objetivo é prevenir a dispensa de medicamentos fora de prazo, assegurar a eficácia do medicamento e evitar prejuízos à farmácia por quebra de produto. A FMB destaca-se de forma exímia nesta função, controlando regularmente os produtos em todas as fases do ciclo do medicamento aquando da chegada à farmácia; mais concretamente, na fase de receção de encomendas, quando é verificada a validade do que é dado entrada e a validade do que já está armazenado, assim como, a emissão de listagens do *Sifarma2000*®, cujos produtos de PV caduca num intervalo de 2 meses. Na última situação referida, o operador recolhe e separa os produtos com término em 2 meses, e procede à devolução dos mesmos, caso seja possível. Durante o rastreamento dos PV, o operador aponta na listagem impressa o PV mais curto do respetivo produto e a quantidade do mesmo. Se o produto expirar num prazo de 6 meses, coloca-os na zona visível e destinada a “produtos a expirar”, permitido aos colaboradores o acesso rápido aos mesmo, organizando-os por preferência de venda; seguidamente aponta no documento afixado na zona do *Kaizen* da farmácia qual o produto a expirar consoante a sua indicação terapêutica; e, por último, coloca o alerta “vender produto X primeiro” nos produtos mais vendidos para a mesma indicação farmacêutica. A FMB aposta num triplo aviso nos produtos com PV relativamente reduzido de forma a haver uma gestão mais organizada, menos erros de stock, mais rotatividade de produtos e evitar devoluções desnecessárias. Os dados são posteriormente retificados no SI, havendo ajuste de *stock* e do PV.

Durante a minha estadia na FMB, tive a oportunidade de auxiliar na realização da verificação dos produtos cuja validade caducava no prazo de 2 meses, assim como nos restantes produtos de validade iguais ou inferiores a 6 meses, efetuando toda a logística anteriormente referida. Ressalvo que é uma tarefa extremamente meticulosa e rigorosa e de elevada pertinência para o sucesso de uma farmácia, dado que, garante a biossegurança do medicamento e do cliente, a satisfação dos utentes e evita prejuízos financeiros.

3.4. Página Online

A FMB dispõe de uma página nas redes sociais *Facebook®*, com o nome de utilizador “Farmácia da Misericórdia de Braga”, onde faz divulgação recorrente das suas atividades mensais, serviços, promoções e campanhas de forma a alcançar utentes de diversas idades criando um canal de proximidade.

4. Dispensa de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos

O decreto-lei n.º131/2015, de 4 de setembro, realça que o ato farmacêutico é de exclusiva competência e responsabilidade dos farmacêuticos.¹ A Dispensa Clínica de Medicamentos (DCM), segundo as BPF, é uma atividade profissional com papel imprescindível dos farmacêuticos, que consiste na dispensa de medicamentos ou produtos farmacêuticos com devido esclarecimento técnico-científico de todas as informações necessárias à sua utilização (indicações terapêuticas, posologia adequada ao utente, via de administração, contraindicações, interações, condições de acondicionamento, condições de conservação e precauções), permitindo a correta adesão à terapêutica e o uso racional do medicamento.²

Os medicamentos de uso humano disponíveis no mercado podem ser classificados em MSRM, MNSRM e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de dispensa exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF).

4.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

4.1.1. Receção de receitas médicas e dispensa de medicamentos

Os MSRM, de acordo com o Decreto-Lei n.º176/2006, de 30 de agosto, são de dispensa dependente de apresentação de receita médica (RM) obrigatória, e cumprem requisitos como constituir um risco, aquando da sua toma sem vigilância médica, apesar de usados para o fim a que se destinam; constituir um risco para a saúde, quando utilizados para fins diferentes daqueles a que se destinam, alterando a frequência e a quantidade dos mesmos; contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, que têm como necessidade aprofundar a atividade e, consequente, efeitos secundários; e, serem administrados por via parentérica por prescrição médica.⁹

A responsabilidade de prescrição da RM está a cargo de um médico habilitado, constando, de acordo com a portaria n.º 284-A/2016, de 4 de novembro, a Denominação Comum Internacional (DCI) obrigatória da substância ativa a dispensar, a FF mais adequada, a dosagem, a posologia a efetuar, o código nacional para prescrição eletrónica de medicamentos (CNPEM) e o número de embalagens. A receita pode incluir como DCI a denominação comercial do medicamento, em situações em que não há medicamento genérico (MG) similar e/ou MG participado, os medicamentos apresentarem margem ou índice terapêutico estreito, em prescrições destinadas a assegurar a continuidade de um tratamento superiores a 28 dias ou em situações suspeitas de reações adversas, devidamente comunicadas ao INFARMED.¹⁰

Durante o estágio profissionalizante, foram diversas as vezes em que presenciei a associação do utente entre o medicamento de marca e a doença, estabelecendo que a marca possuía evidência farmacológica superior determinando a sua escolha pelo mesmo. Com o objetivo de informar o utente, reforcei a evidência da eficácia farmacológica que os MG possuem para a patologia em causa, diferenciando-se somente na componente financeira, permitindo que o utente decida com base na sua opinião e potenciar o uso racional do medicamento mais ativo e fundamentando.

Em Portugal, a RM pode apresentar-se sob a forma de receita manual, receita eletrónica materializada ou receita eletrónica desmaterializada (receita sem papel). Atualmente, a SPMS, E.P.E, através do apoio de consultoria técnica e formação necessária aos prescritores, tem eliminado eficazmente a prescrição manual, privilegiando a prescrição eletrónica- salvo exceções de falência do SI, inadaptação do prescritor, prescrição ao domicílio ou um máximo de 40 receitas mensais.¹⁰

As RM manuais e materializadas podem apresentar até um máximo de quatro medicamentos ou produtos de saúde distintos, não podendo o número total de embalagens prescritas ultrapassar o limite de duas por medicamento ou produto farmacêutico, nem o total de quatro embalagens, salvo exceções.¹⁰ A receita manual possui uma validade de 30 dias a contar da data de emissão, enquanto as receitas eletrónicas materializadas podem ser renovadas, até um máximo de 3 vias, apresentando uma validade até 6 meses.¹⁰

As RM desmaterializadas possuem um limite máximo de seis embalagens por ato de prescrição, ou em casos excecionais, como por exemplo medicamentos de dose unitária, um limite de 12 embalagens, devendo ser devidamente fundamentadas pelo prescritor. Cada linha de prescrição de uma receita desmaterializada vigora por 60 dias, por um período máximo de 12 meses.¹⁰

O farmacêutico, aquando receção das receitas médicas manuais, deve garantir que estas se encontram devidamente preenchidas com a identificação do utente (nome e número de utente), vinheta de identificação do médico prescritor, vinheta identificativa do local da prescrição, entidade financeira responsável e número de beneficiário, referência ao regime especial de comparticipação (se for aplicável), número de receita visível, data, contacto e assinatura do médico prescritor, DCI, dosagem, FF, posologia, dimensão da embalagem (se não for explicitada, é dispensada a de menor tamanho), número de embalagens e identificação da exceção para utilização de receita não eletrónica.¹⁰ Em caso de engano, o médico pode submeter a rasura devidamente acompanhada com a sua rubrica. O aparecimento de RM manuais rasuradas sem acompanhamento de rubrica, caligrafias diferentes, aparecimento de canetas de cor diferente e/ou lápis levam à perda de comparticipação, não sendo aceites pela CCF para esse fim.¹¹ Após validação, é exigida a impressão no verso da RM a lista dos medicamentos que beneficiaram de comparticipação, sendo atribuído a cada receita manual um número (1 a 30) e um lote, acompanhada da assinatura do utente e do carimbo, data e assinatura, por parte, do farmacêutico ou TDT.

As RM eletrónicas, através do SI, permitem aceder de forma automática, através do número da receita e respetivo código de acesso, a toda a informação necessária referida anteriormente nas RM manuais. Para garantir a possibilidade de escolha do medicamento pelo utente, as RM eletrónicas possuem ainda um código de direito de opção.¹⁰ Contrariamente às receitas manuais, o SI não deixa prosseguir a dispensa caso a validade da linha de prescrição tenha sido ultrapassada.

No decurso dos atendimentos efetuados, foram diversas as vezes em que tive a oportunidade de dar receção de RM manuais, permitindo adquirir todo o fundamento. A grande adversidade assentou na explicação aos utentes que, contrariamente às RM eletrónicas, as RM manuais só podem ser aviadadas exclusivamente uma única vez, tendo a opção de levar a totalidade das linhas de prescrição ou somente o que pretendiam perdendo a comparticipação dos restantes medicamentos ou produtos farmacêuticos, dado que, a receita ficaria na FMB. Inicialmente a perceção da caligrafia médica foi muitas vezes alvo de dúvidas, levando-me a recorrer à ajuda dos profissionais da FMB, para uma dispensa e atendimento farmacêutico correto. No término do estágio, as dificuldades envolvidas eram cada vez menores, pela boa integração dos

membros da farmácia que propiciaram e incentivaram a minha aprendizagem quer na leitura, quer nas adversidades apresentadas nas RM.

4.1.2. Regimes de Comparticipação e subsistemas de saúde

Em Portugal, o Regime Geral de Comparticipação dos medicamentos e produtos farmacêuticos, prescritos nas RM, é regida pelo Ministério da Saúde (MS), entidade competente do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Na dispensa de medicamentos, através do SNS, existe um sistema de preços de referência aplicados aos medicamentos comparticipados consoante o grupo homogéneo. O grupo homogéneo refere-se ao conjunto de medicamentos que possuem a mesma composição qualitativa e quantitativa de substâncias ativas, a FF, a dose e a via de administração, existindo pelo menos um MG disponível no mercado, onde o preço de referência será definido pela média dos cinco PVP mais baixos praticados no mercado, pertencente a esse grupo.¹²

A nível do regime geral de comparticipações, de acordo com os 4 escalões A/B/C/D que representa 90/69/37/15% do valor do PVP que o estado paga por cada produto.¹²

A Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho, do MS, fixa cada escalão consoante o grupo e subgrupo terapêutico abrangido, a sua utilização, as entidades que o prescrevem e de acordo com determinadas patologias ou grupo de utente.¹² Pensionistas com rendimento total anual inferior a 14 vezes o salário mínimo nacional, têm o acréscimo de 5% de comparticipação em medicamento inseridos no escalão A; 15% de comparticipação em medicamento inseridos nos restantes escalões B, C e D; e, uma comparticipação de 100%, em função do PVP, em MG, independentemente do escalão.¹³ O regime especial de comparticipação é adotado para indicações terapêuticas específicas, com a obrigatoriedade de o médico prescritor responsável designar na RM o despacho que assegura a comparticipação. As patologias que se enquadram no regime especial são a doença de Alzheimer, a doença inflamatória intestinal, a hemofilia, as hemoglobinopatias, o lúpus, a psoríase, a psicose maniaco-depressiva, entre outras descritas no anexo II – tabela 3, com a referente comparticipação.^{5,13} Em Medicamentos Manipulados (MM), a comparticipação efetuada pelo SNS é de 30% face ao PVP do produto.¹⁴

O desenvolvimento do SI e consequente aparecimento das RM eletrónicas permitiram assegurar a aplicação automática do regime de comparticipação, contrariamente ao que acontece nas RM manuais, com a necessidade de introduzir manualmente o respetivo plano de comparticipação.

Em Portugal, para fins de comparticipação complementar, há ainda os subsistemas de saúde, como entidades públicas ou privadas. Na FMB, a Caixa Geral de Depósitos (CGD), EDP, a vida, a Medis-CTT e os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Norte (SAMS Norte) são entidades privadas em que os utentes beneficiam da comparticipação extra. Nesta situação, o farmacêutico terá de selecionar manualmente o plano de comparticipação e incluir o número de beneficiário independentemente do tipo de receita. Para efeitos de comparticipação, no caso da RM manual, será impresso no verso a lista de medicamentos sujeitos ao regime de comparticipação extra, atribuindo-lhe um número e lote, que devem ser devidamente assinados pelo utente. Se a RM apresentada for eletrónica, o SI emitirá uma fatura em duplicado com a lista de medicamentos sujeitos ao regime de comparticipação extra, atribuindo-lhe um número e lote, que devendo ser devidamente assinados.

Na FMB, tive a oportunidade de, muito recorrentemente, contactar com diferentes regimes de comparticipação, sendo os mais frequentes o SNS (01) e o SNS-Pensionista (48), havendo outros também recorrentemente usados, como, o SNS-Diplomas (45), o SNS-Manipulados (47), as Seguradoras Unidas (77), o SNS-Diabetes (DS), o SNS-SAVIDA (AA) e o SNS-Pensionistas-SAVIDA (AC) e o SNS-CGD (R3), SAMS-Quadros (01). No anexo III – Figura 9, encontra-se um mapa de apoio à dispensa de produtos de saúde comparticipados presente na FMB.

4.1.3. Verificação de Receituário e Faturação

O fecho do receituário é executado no fim de cada mês, organizando as RM manuais e as listas emitidas aquando da comparticipação por entidades privadas em lotes de 30, consoante o regime de comparticipação. A verificação prévia das RM manuais deve ser sempre efetuada, confirmando-se a validade, a apresentação da assinatura do utente e profissional responsável pela dispensa e se os medicamentos foram dispensados de forma correta (em qualidade, quantidade e de acordo com o permitido legalmente). Após validação, as receitas serão datadas e carimbadas.

Após o agrupamento das RM manuais e listas emitidas com finalidade de comparticipação por entidades privadas, é obrigatória a confirmação do regime de comparticipação faturado com o da prescrição e se a comparticipação realizada coincide com a indicada no resumo de lotes.

Posteriormente, emite-se o “Verbete de Identificação de Lote”, que possui a identificação da farmácia, mês, ano, plano e entidade responsável pela comparticipação, tipo e número de lote, PVP, valor pago pelo utente e valor total de comparticipação, carimba-se e anexa-se o documento aos respetivos lotes de comparticipação ao Estado e entidades privadas.

Os lotes das RM manuais comparticipados pelo SNS, a “relação resumo de lotes”, a fatura original e duplicada à entidade e a guia de fatura (que descreve as quantidades de todas as faturas) são recolhidos pelos correios de Portugal (CTT), no dia 5 de cada mês (ou dia útil posterior), e enviados para o Centro de Conferência de faturas do Serviço Nacional de Saúde (CCF). A CCF irá determinar o valor total das comparticipações, informa a *Finanfarma*, Sociedade Financeira de Crédito, S.A., que irá reembolsar a farmácia até ao dia 20 de cada mês.

Os lotes das entidades privadas, a “relação resumo de lotes” e a fatura são remetidos à Associação Nacional de Farmácias (ANF). Por sua vez, para cada um dos subsistemas são enviadas 3 cópias da “relação resumo de lotes”, o triplicado da fatura do SNS, a fatura mensal de medicamentos original, duplicada e triplicada, e o mapa comprovativo de envio de receituário do respetivo mês.

4.1.4. Medicamentos Sujeitos a Legislação Especial

4.1.4.1. Dispensa de Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos

Os MEP correspondem a substâncias que atuam a nível do Sistema Nervoso Central (SNC), implicando um controlo metódico de todo o circuito do medicamento, devido aos riscos de dependência que apresentam para o utilizador. O controlo rigoroso dos MEP em Portugal concerne ao INFARMED e apresenta uma legislação específica, descrita no Decreto-Lei nº15/93, de 22 de janeiro.¹⁵ Posteriormente, houve alterações e acrescentos ao Decreto-Lei nº15/93, de 22 de janeiro, precedido o Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, e a Lei n.º8/2019, de 1 de fevereiro, que aprovam o regime jurídico aplicável ao tráfico e

consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas e discriminam nas tabelas I e II de quais os MEP existentes no mercado português. Nestas legislações, encontra-se uma listagem completa dos medicamentos incluídos na classe dos MEP, as respetivas regras de controlo na sua utilização e as penalizações associadas ao uso e tráfico ilícitos.^{16, 17}

A receção dos MEP requer o acompanhamento da requisição, que deve ser devidamente carimbada e assinada por um farmacêutico, sendo o original arquivado na farmácia e o duplicado enviado para o armazenista. Como já frisado no “3.3.4. Armazenamento de produtos”, na FMB, os MEP que constam nas tabelas I e II são separados dos restantes medicamentos, estando guardados em gavetas respetivas não identificadas.

A prescrição médica destas substâncias, quando realizada em RM manuais ou eletrónicas, não pode conter na mesma receita medicamentos de outras classes farmacêuticas. Tal se justifica pela necessidade do registo do número da receita, dados do médico prescriptor, nome e morada do utente e dados do adquirente (nome, morada, número e validade do cartão de cidadão e data de nascimento), recolhidos durante o atendimento. Nas RM eletrónicas, o SI recolhe automaticamente parte da informação acima referida excetuando os dados do adquirente, que pode ou não ser do utente. Findado o atendimento, os dados registados informaticamente são enviados à Base de Dados Nacional de Prescrições (BDNP), e além da fatura, é necessário emitir um comprovativo de dispensa do medicamento para arquivo na farmácia, durante um período mínimo de 3 anos.¹⁰ Todos os meses, a farmácia envia para o Infarmed, I.P. digitalizações das receitas manuais contendo MEP, como descrito na listagem do seu registo de saídas. Após término de cada ano, é ainda enviado um mapa de balanço dos MEP descritos nas tabelas I, II, III e IV, que incluem benzodiazepinas.

4.1.4.2. Medicamento pertencentes ao Programa Nacional de Controlo e Prevenção da Diabetes mellitus

O Programa Nacional de Controlo e Prevenção da Diabetes tem como objetivo progredir na monitorização, vigilância, qualidade assistencial e razão custo-efetividade do tratamento da co-morbilidade, uma vez que Portugal possui uma das taxas de prevalência mais elevadas da Europa, onde 1 em cada 3 indivíduos possui elevado risco de desenvolver diabetes/ é portador da mesma.¹⁸ Surgiu, como consequência, a Portaria n.º15/2018, de 11 de setembro, que estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos dispositivos de automonitorização da diabetes, assumindo 85% de comparticipação em tiras-teste, para determinação da glicose intersticial, e 100% de comparticipação em seringas e lancetas. Para se proceder a este regime, é necessário a prescrição isolada de uma RM para os produtos abrangentes ao autocontrolo da diabetes em Portugal.⁵

4.1.5. Intervenção farmacêutica

O farmacêutico exerce um papel fundamental na avaliação da situação clínica do utente, submetendo-o a um aconselhamento personalizado, no qual se avalia a necessidade e a adequação da farmacoterapia, a posologia, a adesão à terapêutica e outras co-morbilidades, de modo a auxiliar, esclarecer e solucionar Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM), evitando Resultados Negativos associados à Medicação (RNM).

Os clientes habituais da FMB possuem uma “Ficha de Acompanhamento”, que permite o armazenamento dos dados do utente, nomeadamente o histórico de medicação e dados bioquímicos, facultativos na possibilidade de realização de vendas suspensas, caso o utente tome medicamentos de forma crónica e não possua uma RM de momento. Neste caso excecional, o farmacêutico pode efetuar uma venda suspensa do medicamento e, posteriormente, num prazo de 30 dias, o utente terá de se fazer acompanhar de uma RM para fins de regularização da venda e reembolso do valor da comparticipação. Os utentes que possuem uma conta na farmácia, que não tem possibilidade de pagar de imediato ou preferem fazê-lo mensalmente, podem criar um crédito. O SI, *Sifarma 2000®*, irá imitar um “comprovativo de crédito”, que após realização do pagamento por parte do utente, será regularizado e emitido um recibo de pagamento.

4.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de dispensa Exclusiva em Farmácia

Os MNSRM e os MNSRM-EF são todos os produtos que não se enquadram nos requisitos legais indicados para um MRSRM, no entanto, apresentam a eficácia, qualidade e segurança comprovada, validada pelo Infarmed, I.P.. Geralmente, os MNSRM não são comparticipados; contudo, há exceções previstas pelo Decreto-Lei n.º 112/2019, de 16 de agosto, e posteriores alterações, com última alteração, em Decreto-Lei n.º 112/2019, de 16 de agosto.^{9,19} A nível económico, os MNSRM comportam menores encargos para o SNS, assim como menores custos a nível individual.

São medicamentos que se enquadram crucialmente no aconselhamento farmacêutico, que após triagem do utente, permitem uma correta dispensa consoante indicação terapêutica para situações ligeiras e/ou pouco graves, sem necessidade de observação médica especializada. Este grupo de medicamentos são os maiores intervenientes na automedicação, destacando-se o papel importante do farmacêutico em contexto de saúde pública, na educação do uso responsável do medicamento, informando o utente sobre o medicamento, as finalidades do mesmo e os riscos que advêm da automedicação indevida. Os MNSRM-EF são medicamentos cujo aviamento é somente efetuado nas farmácias pela necessidade de intervenção farmacêutica, pelo conhecimento técnico-científico, para o seu correto uso, de forma a evitar o agravamento da sintomatologia. A constante formação das equipas da farmácia comunitária em MNSRM demonstra ser uma mais-valia, dada a elevada afluência de novos medicamentos no mercado, destacando a farmácia como local de excelência no aconselhamento diferenciado a cada utente.

Dada a época em que o meu estágio se desenrolou, de janeiro a maio, os MNSRM que mais vezes aconselhei tinham como indicação terapêutica a tosse, as gripes e/ou constipações, rinites e outras alergias, dor e inflamação muscular, febre, obstipação, afeções oculares e cutâneas. Durante o meu aconselhamento farmacêutico, efetuava sempre a validação com o farmacêutico ou TDT disponível, com o objetivo de garantir todas as condições de um serviço de excelência.

4.3. Outros produtos farmacêuticos

4.3.1. Medicamentos Manipulados

Os Medicamentos Manipulados (MM) correspondem a qualquer fórmula magistral ou preparado oficial, preparado e dispensado sob responsabilidade de um farmacêutico.⁵ As fórmulas magistrais são preparadas segundo uma RM, prescrita especificamente para um utente, e as preparações oficiais são preparadas de

acordo com as indicações de formulários e/ou farmacopeias. A preparação de MM surge na ausência no mercado de medicamento com dosagem e FF pretendida, doses para uso pediátrico, quando há condições de administração ou comportamento farmacocinético alterados, preparações cutâneas para casos individuais e específicos a cada utente, entre outros.

Para a preparação dos MM, o farmacêutico deve garantir que são utilizadas matérias-primas descritas na Farmacopeia Europeia ou Farmacopeia Portuguesa, assim como a máxima qualidade, higiene e segurança das matérias-primas, armazenamento e local de trabalho. Após término da preparação da formulação propriamente dita, procede-se ao acondicionamento e rotulagem, que deverá ser portadora dos dados identificativos da farmácia (nome, morada, contacto), o nome do DT, o nome da preparação, a dose, a via de administração, a posologia, a data de preparação e respetivo data de validade do produto, o número de lote atribuído, o nome do utente, as condições de conservação (como por exemplo, “conservar no frigorífico”) e informações necessárias para o correto uso e manuseamento do mesmo (tais como, “agitar antes de usar”, “uso externo”, “manter fora do alcance das crianças”, entre outras). Para cada MM, é elaborada uma “Ficha de Preparação” que ficará arquivada na farmácia e/ou outra que se destinará a encomendas de outras farmácias. A “Ficha de Preparação” é assinada sempre por dois elementos da equipa, o operador e respetivo farmacêutico supervisor e arquivada na farmácia por pelo menos 3 anos.

O preço dos MM é calculado com base na fórmula: (Valor das matérias-primas + Valor material de acondicionamento + Valor de honorários) x 1,3 + 6%, valor do IVA à taxa em vigor. Os MM que constam no Despacho n.º 18694/2010, de 18 de novembro, são comparticipados quando acompanhados de prescrição médica, indicando adicionalmente a dose, quantidade e/ou informação adicional. A comparticipação atribuída aos MM é de 30% face ao PVP. Para se proceder à comparticipação é necessário a prescrição isolada de uma RM materializada, acompanhada pela sigla “f.s.a” (faça segundo a arte) ou da inscrição “medicamento manipulado”. Se a prescrição do MM comparticipado for efetuada no campo de escrita livre, este não beneficiará da comparticipação.¹⁴

A FMB é uma das poucas farmácias do concelho de Braga que possui um laboratório de manipulados. Diariamente, são preparados dezenas a centenas de MM, com e sem necessidade de RM, daí a FMB possuir sempre em stock produtos de elevado escoamento, devido a uma constante procura associada ao estatuto prestigiado correlacionado com a eficácia dos produtos, evidenciados na tabela 4 do anexo IV.

A COVID-19 influenciou também a procura de MM na FMB. Além da venda de álcool gel produzido na farmácia, durante o meu período de estágio, a manipulação de Ivermectina em cápsulas para tratamento profilático da COVID-19, ainda em estudo, foi dos fármacos mais manipulados na FMB. Para a manipulação e dispensação da Ivermectina é necessário o utente ser portador de uma RM.

4.3.2. Medicamentos de Uso Veterinário

Os Medicamentos de Uso Veterinário (MUV) são todos os medicamentos destinados aos animais, tutelada pela Direcção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) e regulada pelo Infarmed.²⁰ O regime jurídico implementando encontra-se previsto no Decreto-Lei n.º 245/2000, de 29 de setembro.²⁰

Na FMB, os MUV são separados dos restantes produtos e medicamentos para uso humano. Devido à localização da farmácia, no centro histórico de Braga, os produtos maioritariamente dispensados são os antiparasitários internos e externos e os anticoncepcionais, destinados a cães e gatos domésticos.

No decorrer do meu estágio, tive a possibilidade de dispensar alguns MUV, prestando especial atenção a questionar o dono sobre o porte, raça, tipo de alimentação, habitat e a existência de alguma patologia de forma a prestar um serviço diferenciado, sendo que um dos meus projetos desenvolvidos se enquadra também na saúde animal.

4.3.3. Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal

Os produtos cosméticos correspondem a qualquer substância ou mistura colocada em contacto com as diversas partes superficiais do corpo, cutâneas e/ou mucocutâneas, com a finalidade de limpar, modificar, proteger e/ou corrigir odores corporais. O regime jurídico implementando encontra-se previsto no Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro.²¹

Os produtos cosméticos estão integrados de forma intrínseca na higiene diária do ser humano, sendo esta prática cada vez mais generalizada, independentemente do sexo, desde o nascimento do bebé ao envelhecimento. A procura e aquisição de produtos com relação preço-qualidade no mercado tem propiciado o aparecimento de novas marcas, o desenvolvimento de novos produtos, o melhoramento de fórmulas anteriores e uma exploração de marketing cada vez mais competitiva. Dado o contínuo upgrade das marcas, a necessidade de formações contínuas para as equipas das farmácias aumentou nas últimas décadas.

A FMB aposta em marcas diferenciadas como a Aveeno®, Avène®, Bioderma®, Edol®, Filorga®, Isdin®, La Roche Posay®, Lierac®, Neutrogena®, Papillon®, Phyto®, Saforelle®, SVR®, Uriage®, Vichy®, com visita regular das conselheiras das marcas para rastreios dermatológicos, adaptando os produtos a cada tipo de superfície corporal do cliente, tais como a epiderme, sistema piloso ou capilar, lábios, unhas, órgãos genitais externos, dentes e mucosas bucais.

Com o aparecimento da pandemia, a área da cosmética sofreu um abalo a nível de produtos de beleza, como a maquilhagem, a passo que os dermocosméticos, como hidratantes, exfoliantes, antisseborreicos se tornaram altamente requisitados, devido às repercussões do uso de máscaras.

O aconselhamento farmacêutico na área da cosmetologia foi o maior obstáculo sentido, devido ao não conhecimento das marcas no mercado e os seus objetivos/finalidades. No decorrer do estágio, consegui adquirir diversos conhecimentos com o apoio da equipa da farmácia, onde procurava saber mais e estes procuravam ensinar-me, e com as respetivas conselheiras das marcas. A dermocosmética é uma das principais fontes de receita das farmácias comunitárias, daí a necessidade e aposta por parte das equipas e indústrias na formação dos profissionais, dado que um bom aconselhamento farmacêutico fideliza clientes quer na farmácia quer às marcas.

4.3.4. Produtos Dietéticos destinados a fins medicinais específicos

O Decreto-lei n.º 216/2008, de 11 de novembro, estabelece o regime jurídico aplicável a alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos.²² A listagem dos produtos comparticipados está disponível no site da DGS.⁵

Os produtos dietéticos para alimentação especial procuram satisfazer necessidades nutricionais específicas, sendo utilizadas em casos de comprometimento dos processos metabólicos e/ou fisiológicos especiais,

como doentes oncológicos, desnutridos, anoréticos, doentes renais, lactentes, idosos acamados com necessidades proteicas e/ou energéticas, diabéticos, entre outros.

A FMB possui elevada procura deste tipo de produto, principalmente os espessantes e suplementos *Fresenius Kabi®*, no qual há descontos para consumidores regulares na compra de 5 produtos. Os produtos da *Fresenius Kabi®*, uma das principais marcas de nutrição entérica, procuram ultimamente atingir os portadores da Diabetes, além dos seus principais alvos.

4.3.5. Dispositivos Médicos

Um dispositivo médico é qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, 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.²³

Os dispositivos médicos e respetivos acessórios inserem-se num conjunto de produtos com elevada importância no registo regular da população humana. Destacam-se os materiais para ostomizados e urostomizados, produtos ortopédicos (pulsos elásticos, joalheiras, meias elásticas, meias de compressão), materiais de penso, dispositivos destinados à determinação de parâmetros bioquímicos (lancetas), dispositivos de medição (termómetro, medidores de tensão), dispositivos de autodiagnóstico (testes de gravidez, determinação da glicemia), entre outros dispositivos para fins médicos existentes na FMB.

A portaria n.º284/2016, de 4 de novembro, estabelece o regime de comparticipação dos dispositivos médicos para o apoio aos doentes ostomizados beneficiários do SNS, em 100% do PVP fixado, estando a lista abrangida disponibilizada pelo Infarmed, I.P.^{5,24}

4.3.6. Medicamentos à base de plantas

Os medicamentos à base de plantas, ou produtos fitoterapêuticos, são qualquer tipo de medicamento que tenha exclusivamente uma substância activa ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas.⁹ O Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto estabelece o regime jurídico dos medicamentos à base de plantas.⁹

Na FMB, os produtos fitoterapêuticos mais procurados são as fibras reguladoras do trânsito intestinal, produtos aconselhados para transtornos psíquicos menores e produtos para a hiperplasia benigna da próstata, tais como, chás da marca *Fitos®*, *Valdispert®*, *Biloban®*, *Pursennide®* e *Permixon®*. O uso racional destes produtos é necessário, dado o aparecimento de reações adversas devido ao uso exacerbado por parte dos utentes, tendo o farmacêutico um papel crucial na divulgação, aconselhamento e acompanhamento dos utentes na toma dos produtos.

4.3.7. Produtos Homeopáticos

Os medicamentos homeopáticos são medicamentos obtidos a partir de substâncias denominadas de matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou numa farmacopeia de um estado-membro oficial, e pode conter vários princípios.⁹ O Decreto-Lei n.º

176/2006, de 30 de agosto, estabelece o regime jurídico dos medicamentos homeopáticos, sendo estes classificados como medicamento não sujeitos a receita médica, salvo se estiverem preenchidos quaisquer dos requisitos previsto pelo Decreto-Lei.⁹

Na FMB, existem diversos homeopáticos comuns à venda no mercado, principalmente da marca *Boiron®*, nomeadamente xaropes, grânulos e pastilhas. No laboratório da FMB, são também preparados produtos homeopático, soluções e grânulos, das mais diversas matérias-primas, nas quais, *Argentum nitricum*, *Hepar sulfuris*, *Kalium carbonicum*, *Allium cepa*, *Arnica montana*, *Bryonia alba*, *Sulfur*, entre outros elementos ou preparações.

5. Cuidados e Serviços Farmacêuticos

O farmacêutico como prestador de cuidados e serviços de saúde possui um papel importante no apoio à comunidade, de forma a transmitir informações que promovam um estilo de vida saudável adaptado a cada utente, desde a avaliação de informação, medição de parâmetros bioquímicos, administração de primeiros socorros, administração de medicamentos, utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica e alerta para medidas não farmacológicas a adotar, assim como a implementação de rastreios em farmácias comunitárias e campanhas de educação para a saúde, que ajudaram a prevenir ou antecipar o agravamento de patologias.

Legalmente, segundo o Decreto-lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, está consagrada a possibilidade de as farmácias prestarem serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes, estando descrita na Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias, posteriormente alterada pela Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril, implementando os serviços de promoção da saúde.^{25,26}

Na FMB, durante a situação pandémica, foi implementado um preçário adequado a alguns dos serviços farmacêuticos.

5.1. Aconselhamento Farmacêutico

O aconselhamento farmacêutico ou indicação farmacêutica é o ato profissional pelo qual o farmacêutico se responsabiliza pela seleção de um MNSRM e/ou indicação de medidas não farmacológicas, com o objetivo de aliviar ou resolver um problema de saúde considerado como um transtorno menor ou sintoma menor, entendido como problema de saúde de carácter não grave, autolimitado, de curta duração e que não apresente relação com manifestações clínicas de outro problema de saúde do doente.²

O farmacêutico possui um papel crucial na sociedade, promovendo a educação e promoção em saúde pública. O contacto próximo do utente com o farmacêutico promove uma maior facilidade de acesso a um serviço especializado, permitindo não só a fidelização do cliente, mas também evitar erros associados a automedicação desmedida com repercussões futuras para a saúde e bem-estar do indivíduo, deteção atempada de possíveis patologias, promoção do uso racional dos fármacos, encaminhar para o médico doentes não diagnosticados ou inefetivamente tratados, entre outras. O farmacêutico destaca-se essencialmente na indicação de produtos dermatológicos, produtos com finalidade de atuação em situações de gripe, problemas gastrointestinais, infeções urológicas e genitais, alergias, tosse, assim como na identificação e notificação de reações adversas a medicamentos (RAM), resolver RNM, leitura e

interpretação de análises, baseado nos conhecimentos técnico-científicos e normas elaboradas e aceites por organizações fidedignas.

No decorrer do estágio, foram diversas as vezes que coloquei em prática as noções de uso responsável do medicamento, assim como possíveis RNM e RAMs e alternativas viáveis, medidas não farmacológicas, entre outras. Como exemplo, destaco utentes que não podiam tomar anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) em situações de inflamação, tendo que optar por princípios ativos como a bromelaína.

5.2. Medição de Parâmetros Bioquímicos

A determinação dos parâmetros bioquímicos e fisiológicos permite a medição de indicadores da correta efetividade da medicação, acompanhamento da progressão da patologia ou rastreamento. A medição em farmácia comunitária é efetuada por farmacêuticos habilitados.²

Durante o estágio na FMB, tive a oportunidade de efetuar os diversos parâmetros (medição de glicemia capilar e colesterol total), assim como, após avaliação dos resultados, aconselhar o utente para medidas não farmacológicas que poderia adotar, como implementar uma dieta mais equilibrada, cortar no teor de sal, praticar atividade física regularmente, entre outras medidas com impacto em patologias como a Diabetes ou doenças cardiovasculares (DCV).

5.2.1. Glicemia Capilar

A glicemia capilar é um dos parâmetros bioquímicos mais medidos na FMB, devido à elevada incidência de diabetes *mellitus* tipo 2 que obriga ao constante supervisionamento dos valores. A glicemia é medida através da leitura de tiras-teste num glicosímetro ou glucómetro. Esta avaliação obriga a que o utente esteja em jejum ou que a sua última refeição tenha ocorrido há pelo menos 2 horas. Além do mais, o farmacêutico deve informar-se se o paciente toma antidiabéticos orais ou injetáveis.

Na FMB, realizei algumas medições da glicemia, em que os utentes apresentaram frequentemente valores satisfatórios, abaixo dos 115 mg/dL, no entanto, informava sempre que o aparecimento de xerostomia, sede, visão turva e diurese frequente são sintomas associados a hiperglicemia, que se pode dever ao stress excessivo, sedentarismo, alimentação com porções excessivas, entre outros fatores. Por oposição, o aparecimento de palpitações, fraqueza, irritabilidade, suores e tonturas, fome excessiva, podem ser indicadores de hipoglicemia. A informação dos utentes é primordial durante atendimento e serviço farmacêutico, devido à maior facilidade de contacto e educação em contexto de saúde pública.

5.3. Medição da Tensão Arterial

A hipertensão arterial é uma doença silenciosa, precipitando casos de enfartes do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais (AVC), entre outras complicações, daí a necessidade de monitorização constante.

A tensão arterial é o parâmetro que os utentes mais frequentemente medem na farmácia, por recomendação médica, aconselhamento farmacêutico ou em períodos que sentem uma maior fraqueza, tonturas, arritmias, entre outros sinais e/ou sintomas.

Durante o estágio, foram inúmeras as vezes que procedi a medições da tensão arterial, explicando os valores obtidos, perguntando se o utente faz ou não medicação, como a faz, e as medidas não farmacológicas a adotar.

5.4. Administração de Medicamentos Injetáveis

A administração de medicamento em farmácia comunitária é de responsabilidade do farmacêutico diretor técnico da farmácia comunitária, podendo ser executada por um farmacêutico com formação certificada pela Ordem dos Farmacêuticos ou por um enfermeiro contratado pela farmácia para os respetivos serviços.² De acordo com o enquadramento legal, Deliberação n.º 139/CD/2010, de 21 de outubro, retificado pela Deliberação n.º 145/CD/2010, de 4 de novembro, enuncia os requisitos necessários para a administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (PNV) e medicamentos injetáveis extensíveis à administração por parte do farmacêutico, de forma a garantir que o serviço prestado reúne todas as condições necessárias ao utente assegurando a máxima segurança e efetividade dos medicamentos. Cabe ao farmacêutico informar o utente sobre o procedimento e quais os cuidados a adotar antes, durante ou após a administração, assim como proceder aos registos que são obrigatórios conforme a Portaria n.º 1429/2010, de 2 de novembro.²⁷

A FMB efetua regularmente administrações de vacinas não incluídas no PNV, como a vacina da gripe, vacina contra o vírus do Papiloma Humana (HPV), e medicamentos injetáveis, como o Diprofos Depot® e o Lovenox®, no qual tive a possibilidade de assistir à sua administração durante o decorrer dos 4 meses de estágio.

5.5. Preparação Individualizada de Medicação

A preparação individualizada de medicação (PIM) é um serviço personalizado preparado e prestado na farmácia comunitária, com entrega na própria farmácia, ao domicílio ou em estruturas residenciais para idosos (ERPI) que requeiram serviços farmacêuticos apropriados para a boa manutenção da farmacoterapêutica da comunidade. O farmacêutico responsável organiza as formas farmacêuticas, o modo de uso e posologia nos diversos compartimentos, selando-os para não estarem expostos a fatores externos. A toma incorreta ou não adesão à terapêutica crónica é uma das principais causas de inviabilização do tratamento do utente, para além de acarretar uma verba elevada de desperdício na área da saúde, como tal, a introdução e o aumento gradual mais lento na procura do serviço de PIM está a tornar este serviço mais interiorizado e consumido pela comunidade. Pela legislação atualizada, em Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril, com apoio da Normal Geral desenvolvida pela Ordem dos Farmacêuticos em conformidade com as recomendações da *European Medicines Agency* (EMA) foram criados documentos orientadores, por entidades reguladoras, que auxiliam os farmacêuticos na prestação do serviço de PIM.²⁸

A FMB auxilia algumas estruturas residências para idosos (ERPI) e instituição particular de solidariedade social (IPSS), na zona de Braga. Durante o meu estágio, a farmácia adotou um dispositivo de selagem automático, aumentando a capacidade de produção comparativamente ao método manual anteriormente adotado, no qual, tive a oportunidade de participar na preparação das PIM.

5.6. Serviço de entregas ao Domicílio

O *marketing* e as redes sociais são atualmente um canal importante de propaganda das farmácias e dos seus serviços, devido à situação atual em que se encontra não só o país, mas o mundo. A farmácia comunitária teve que se adaptar rapidamente a uma situação de contacto farmacêutico-doente mais virtual. A FMB, como forma de adaptação a este novo ciclo, tem vindo a publicar e a promover os contactos telefónicos, e-

mail e link de Facebook® de forma a facilitar as deslocações dos seus utentes. Durante os atendimentos são recolhidos dados do utente (nome, número de identificação fiscal, morada, contacto), dados de receitas médica (se necessário), método de pagamento a efetuar (numerário, multibanco, MBway) e dia da entrega. Durante o estágio tive a oportunidade fazer diversos atendimentos telefónicos com finalidades de aconselhamento farmacêutico e encomenda de produtos da farmácia para entrega ao domicílio, sendo a maioria receita médicas e encomendas de produtos cosméticos.

6. ValorMed®

A Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos, Lda, *ValorMed®*, é uma sociedade sem fins lucrativos responsável pela gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos de uso humano e veterinário, permitindo um processo de recolha e tratamento seguro, evitando a exposição a outros resíduos urbanos, preservando e protegendo o impacto ambiental negativo e a saúde pública.²⁹

A FMB é aderente deste projeto, tendo como tarefa regular a recolha de medicamentos que os utentes já não necessitam ou se encontram fora de validade, procedendo à selagem do contentor quando cheio. Após fecho do contentor, efetua-se a emissão de um comprovativo de entrega, onde se encontra descrita a identificação da farmácia e do armazenista, a data de processamento, o número de série do contentor e um espaço reservado às assinaturas do farmacêutico e armazenista responsável pela recolha do mesmo.

Desde o início do estágio contactei diariamente com o ValorMed®, sendo uma prática recorrente por parte da sociedade de Braga a consciencialização de um “ecoponto” para os medicamentos.

7. Formação Contínua

O farmacêutico deve, ao longo da sua atividade como profissional de saúde e prestador de cuidados, adquirir e atualizar o seu conhecimento em relação a novos produtos do mercado, novos métodos e indicações farmacoterapêuticas, de forma a ser capaz de efetuar um serviço de qualidade e eficácia. A participação regular em formações relacionadas com o ramo da farmácia de oficina, assim como cursos pós-laborais fornecidos pela Ordem dos Farmacêuticos, ou outras entidades, permitirá aumentar o leque de conhecimento do farmacêutico, sendo que, a sabedoria está em constante mudança e melhoria e no mercado de trabalho procuram-se profissionais qualificados e com um sentido de pro-atividade elevado.

Durante o meu estágio, efetuei algumas ações de formação, presentes na tabela 5 do anexo V.

Parte II – Projetos desenvolvidos durante o estágio

Tema I. Estudo do Impacto da COVID-19 na toma de Antidepressivos e Ansiolíticos/Benzodiazepinas em Lares no Âmbito Farmacêutico

1.1. Enquadramento Teórico: Antidepressivos e Ansiolíticos/Benzodiazepinas

As doenças neuropsiquiátricas destacam-se como a segunda principal causa de deficiência desde 2013 em todo o mundo, propiciando a baixa atividade produtiva do indivíduo, incapacitando-o de uma rotina diária normal, podendo conduzir mesmo a mortalidade prematura, quase exclusivamente ligada com o suicídio. Portugal é considerado o segundo país europeu com maior taxa de prevalência de perturbações psiquiátricas, cerca de 23%, evidenciado no relatório do Conselho Nacional de Saúde, refletindo-se no aumento do consumo de psicofármacos.³⁰

O transtorno depressivo grave é evidenciado por sintomas característicos como humor deprimido, perda de interesse, alterações de apetite, insónias, agitação, fadiga, excesso de culpabilização, indecisão, baixo deficit de atenção, pensamentos suicidas recorrentes ou planificação de suicídio, que decorre por períodos superiores a 1 a 2 anos, pelo menos. Outro tipo de transtorno depressivo decorre em episódios de curta duração que podem ser ou não recorrentes. Atualmente, as diretrizes abrangem uma maior gama de intervenções psicoterapêuticas para diferentes faixas etárias.³¹

A insónia primária, as perturbações da ansiedade generalizada, a depressão e as perturbações bipolares podem aparecer em qualquer fase da vida, sendo mais comum no início da adolescência e da idade adulta, mas destaca-se essencialmente na fase geriátrica.

Estudos efetuados em Portugal, anexo I, demonstraram um aumento do uso de benzodiazepinas nas últimas décadas, havendo um aumento nas prescrições e da duração do seu uso superior ao necessário face às orientações clínicas.³⁰

1.2. Utilização Internacional e Nacional de Benzodiazepinas

Na OCDE, Portugal é o maior consumidor de ansiolíticos e hipnóticos e sedativos, prevalecendo o uso de ansiolíticos, como se pode verificar no anexo V - gráfico 1.³²

Em função da caracterização de género e faixa etária, em ambos os psicotrópicos, prevalece o sexo feminino com idades acima dos 60 anos (anexo V – gráficos 4 e 5).^{30, 32}

Na distinção por setores, público ou privado, a prescrição destes medicamentos é maioritariamente evidenciada pelo público, mais concretamente nos cuidados de saúde primários (CSP).³² As distribuições efetuadas pela ARS a nível nacional demonstram uma maior prescrição e utilização na ARS Centro, seguida da ARS Norte, ARS Alentejo, ARS LVT e ARS Algarve, no entanto, se restringirmos apenas aos dispensados nas CSP, a ARS Norte lidera a utilização dos psicofármacos.³²

O consumo de ansiolíticos de ação intermédia, como a alprazolam e lorazepam, são os mais utilizados em Portugal, seguidos do diazepam, de ação longa.³²

1.3. Encargos ao SNS

Os psicofármacos (ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, antidepressores, antipsicóticos e lítio) encontram-se como segundo maior encargo do SNS.³⁴ Face aos constrangimentos orçamentais na área da Saúde, devido às comparticipações de medicamentos, tem sido necessário ao longo dos últimos 30 anos um melhoramento do uso racional dos medicamentos, no entanto, estudos tem comprovado que há um aumento constante e gradual do consumo de psicofármacos visíveis no anexo VI no presente gráfico 10 e tabela 6.

1.4. Perturbações Neuropsiquiátrica

As perturbações neuropsiquiátricas, como a insónia primária, a perturbação da ansiedade e depressão, vão ser seriadas consoante o estado clínico e psicológico de cada doente, atingindo o seu auge quando há evidência de uma condição clínica caracterizada por um sentimento de perda de interesse pela vida ou por atividades que eram consideráveis prazerosas, evidenciando um sentimento de tristeza, que deve persistir, pelo menos, durante 2 semanas.^{31,33} Os sinais ou sintomas associados a estas perturbações passam por diferentes estádios, tais como, I. Irritabilidade, agitação e mudanças de humor; II. Alterações no apetite,

propiciando ganho ou perda de peso; III. Anedonia; IV. Hipersónia e Insónia; V. Dificuldades de concentração e lentificação psicomotora; VII. Impotência, desespero e desvalorização; VIII. Pensamentos suicidas; VIII. Morte.

1.4.1. Farmacoterapêutica da insónia e ansiedade

A insónia é uma perturbação típica do sono, que se caracteriza com a dificuldade em iniciar e/ou manter o sono recorrentemente. Assim como a ansiedade, é maioritariamente associada a outra patologia médica, daí a necessidade de consultas de diagnóstico atempado.³⁵

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), as perturbações do sono dividem-se em: I. Perturbações primárias do sono: Dissónia (insónia primária, hipersónia, narcolepsia, perturbações do sono relacionados com patologia respiratória ou com o ritmo circadiano, dissónia idiopática) ou Parassónia (Sonambulismo, terrores noturnos, pesadelos, parassónia idiopática); II. Outra perturbação mental; III. Outras perturbações do sono.³⁴

O grupo farmacológico mais utilizado no tratamento da insónia e ansiedade são os psicofármacos, destacando-se as benzodiazepinas. A EMA e a *Food and Drug Administration* (FDA) recomendam um tratamento de 8 a 12 semanas para o tratamento da ansiedade, não sendo utilizada mais do que uma benzodiazepina ansiolítica, e 4 semanas para a insónia, não devendo ser utilizada mais que uma benzodiazepina hipnótica, estando incluído já o período de descontinuação da farmacoterapia. De realçar, a não prescrição de benzodiazepinas quando coexiste *miastenia gravis*, insuficiência respiratória grave, insuficiência hepática grave e apneia do sono.³⁵

O tratamento de 1ª linha implementado quando persiste a insónia primária são as benzodiazepinas hipnóticas de ação curta ou intermédia, descritas na “Tabela 7. Benzodiazepinas e análogos no mercado” presente no anexo VII. A seleção da terapêutica deve ser individualizada, regendo-se e por fatores como a preferência do doente, a idade, a resposta à terapêutica em situações anteriores, à eficácia e efetividade, às reações adversas, às co-morbilidades associadas, o tempo de semi-vida dos fármacos, as interações medicamentosas e ao custo exercido pelo fármaco.³⁴

O tratamento de 1ª linha aconselhado para crises de ansiedade são as benzodiazepinas ansiolíticas de ação intermédia ou longa, descritas no anexo VII. Na seleção da terapêutica, deve considerar-se fatores importantes na escolha do ansiolítico a idade do doente, o tratamento prévio, a eficácia e efetividade, a tolerância, o risco de pensamento suicida do doente, as reações adversas, às co-morbilidades associadas, o tempo de semi-vida dos fármacos, as interações medicamentosas, o custo exercido pelo fármaco e a preferência do doente.³⁴

1.4.1.1. Suspensão da toma de benzodiazepinas

A interrupção das benzodiazepinas requer uma constante monitorização por parte dos profissionais de saúde, sendo necessário efetuar a cada 2 a 4 semanas um check-up do doente de forma a validar os resultados após cessação da farmacoterapia, podendo haver diversas situações, tais como, uma descontinuação bem-sucedida, perceção de possível abstinência sem necessário abrandar o processo de interrupção ou retorno da sintomatologia, com necessidade de toma em SOS de benzodiazepinas.

A interrupção da toma de benzodiazepinas e fármacos análogos encontra-se inúmeras vezes associada a sintomas de privação e ansiedade *rebound*, após períodos de toma prolongados, podendo surgir até cerca de 3 semanas após interrupção. O aconselhamento e a assistência de doentes a nível nacional é efetuado pelo SICAD.^{35,36}

1.4.2. Farmacoterapêutica da Depressão

O mecanismo fisiopatológico da depressão apresenta ainda diversas teorias com algumas limitações, nomeadamente a teoria das monoaminas que defende que a perturbação depressiva advém de uma diminuição da atividade do sistema noradrenérgico e/ ou serotoninérgico, onde a disponibilidade de neurotransmissores na fenda sináptica se encontra diminuída provocando alterações no Sistema Nervoso Central (SNC).³⁷

Na última década, o aumento da utilização dos antidepressivos foi despoletado pelo aparecimento de um maior número de casos de perturbações psicomotoras, bem como pelo aparecimento de novas classes de medicamentos disponíveis no mercado, com um aumento de indicações terapêuticas, diferentes propriedades farmacodinâmicas, farmacocinéticas e perfil de segurança. A escolha dos antidepressivos segue princípios de segurança, tolerabilidade, perfil/história clínica do doente e antecedentes e rentabilidade de custo. Após início do plano farmacoterapêutico, há uma adaptação ao fármaco, não tem um início de ação sequencial, atingindo metade da intensidade pretendida às 4-8 semanas, prolongando-se até aos 9-12 meses. A necessidade de uma reavaliação da terapêutica ao longo do processo é essencial devido a possíveis respostas subterapêutica ou sobreterapêutica, procedendo-se a alteração do fármaco ou mesmo a associação com outro fármaco, geralmente um antidepressivo com um antipsicótico, tendo em atenção possíveis efeitos colaterais. Aquando do início da primeira toma, podem surgir efeitos secundários, como náuseas e cefaleias que vão regredindo durante o tratamento. Cada classe farmacoterapêutica possui diferentes efeitos secundários passíveis de tratamento ou com necessidade de cessação. A seleção da terapêutica antidepressora rege-se então por fatores como a preferência do doente, a resposta à terapêutica em situações anteriores, à eficácia e efetividade, às reações adversas e segurança, às comorbilidades associadas, ao tempo de semi-vida dos fármacos, às interações medicamentosas e ao custo exercido pelo antidepressivo.³⁴ Apesar da finalidade terapêutica, é importante frisar que todas as classes de antidepressores podem estar associados a alterações comportamentais e mentais, desencadeando risco de suicídio, daí a necessidade de monitorização do doente.³⁰ No anexo VIII, encontra-se a tabela 8 remetente aos antidepressivos existentes no mercado em Portugal.^{30, 38}

Segundo a norma, a terapêutica de 1ª linha para o tratamento da depressão são os ISRS ou os IRSN, e os de 2ª linha os ADT e outros (Bupropiona, Mirtazapina ou Trazodona), adaptando consoante a necessidade e em função do tipo e gravidade da perturbação um tratamento/estratégia terapêutica diferente como presente no anexo VIX.

1.4.3. Medidas não farmacoterapêuticas

As medidas não farmacológicas têm um papel essencial no acelerar da remissão dos sintomas e estabilização da perturbação clínica. Recorrer-se a terapias cognitivas-comportamentais (controlo de

estímulos, treino de relaxamento), modificações de estilos de vida (exercício físico, alimentação equilibrada) e medidas higiénicas do sono.³⁴

A reeducação de uma higiene do sono torna-se primordial na restabilização das diversas perturbações neuropsiquiátricas em todas as faixas etárias: a necessidade de só ir para a cama quando se tiver sono, criar rotinas levantando-se sempre à mesma hora inclusive ao fim de semana, manter condições ambientais (temperatura, luz e som) adequados ao contexto do sono e tranquilidade, praticar exercício físico, tomar um banho relaxante antes de deitar e se necessário praticar exercícios de relaxamento. Concomitantemente, evitar determinados fatores que alteram o ciclo circadiano torna-se a imprescindível, tais como reduzir ou evitar o consumo de bebidas alcoólicas, hipnóticos ou cafeína, evitar atividades stressantes, não fazer refeições excessivas antes de deitar, evitar as sestas durante o dia e após despertar não permanecer na cama.³⁶

1.5. Recomendações à população geriátrica

A preocupação face à população idosa recai na utilização prolongada dos fármacos, principalmente das benzodiazepinas, devido ao aumento do risco de diminuição da capacidade motora propiciar quedas, para além, dos habituais sintomas de privação.³⁰ Maioritariamente a população geriátrica é aquela que consome recorrentemente benzodiazepinas, principalmente residentes em Portugal Continental, com 85 ou mais anos e do sexo feminino.³²

Segundo as diretrizes da APA para o tratamento da Depressão, o tratamento farmacoterapêutico inicial para o transtorno depressivo major baseia-se num antidepressivo de segunda geração, como os inibidores da recaptação da serotonina ou um inibidor da recaptação de serotonina e norepinefrina, devido à presença de menos efeitos colaterais e apresentarem uma maior segurança para a faixa etária correspondente. A depressão menor em doentes geriátricos já apresenta uma maior gama de fármacos recomendados, como os SSRI (escitalopram, sertralina, entre outros) que são preferíveis à paroxetina devido aos efeitos anticolinérgicos.

A utilização prolongada de benzodiazepinas em situações recomendadas e não recomendadas é preocupante devido à dependência e de especial atenção devido à probabilidade de condicionar a mobilidade e atividade diária com consequência de quedas, levando ao acamamento e diminuição da qualidade de vida.³⁹

1.6. Estudo “Impacto da COVID-19 na toma de Antidepressivos e Ansiolíticos/Benzodiazepinas em Lares no Âmbito Farmacêutico”

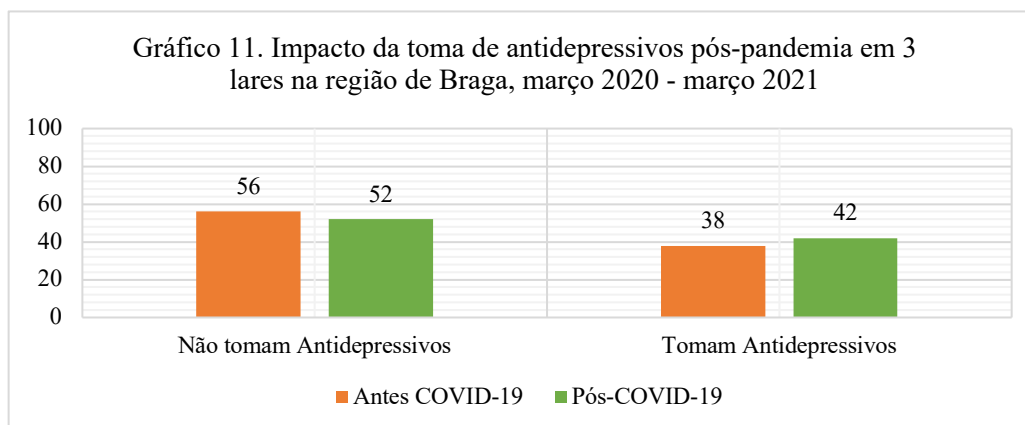
Em março de 2020, a doença respiratória causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) foi dada como situação pandémica, e uma das mais mortais da história. No decorrer no período março de 2020 a março de 2021, foram adotadas medidas preventivas de forma a conter a propagação da COVID-19, como o distanciamento social, o uso de máscaras faciais em público, o fecho de determinadas zonas de contágio e de locais propícios a convívio. Também os lares sofreram com a chegada da COVID-19, não só devido ao facto de serem um grupo de risco propenso a desenvolver formas graves da doença, mas devido ao aumento do isolamento, sem contacto com a família da parte externa durante longos períodos de tempo. A diminuição do contacto com o exterior da população em geral levou a uma regressão da saúde mental, que despoletou o aumento de sintomatologias como o stress pós-traumático,

insónias, ansiedade e depressão. O impacto da pandemia propiciou o aumento do consumo de álcool e de medidas farmacológicas como os psicofármacos, como é o caso dos antidepressivos e dos ansiolíticos/benzodiazepinas.

Durante o decorrer do estágio curricular para término do mestrado integrado em Ciências Farmacêuticas, efetuei o “Estudo do Impacto da COVID-19 na toma de Antidepressivos e Ansiolíticos/Benzodiazepinas em Lares no Âmbito Farmacêutico”, mais concretamente em 3 lares na zona de Braga, de forma a detetar a veracidade da afirmação. O estudo foi efetuado a um total de 94 idosos de três estruturas residenciais para idosos (ERPI) com os dados referentes ao período de março de 2020 a março de 2021, no anexo X encontra-se a documentação em estudo e os respetivos dados recolhidos, no anexo XI.

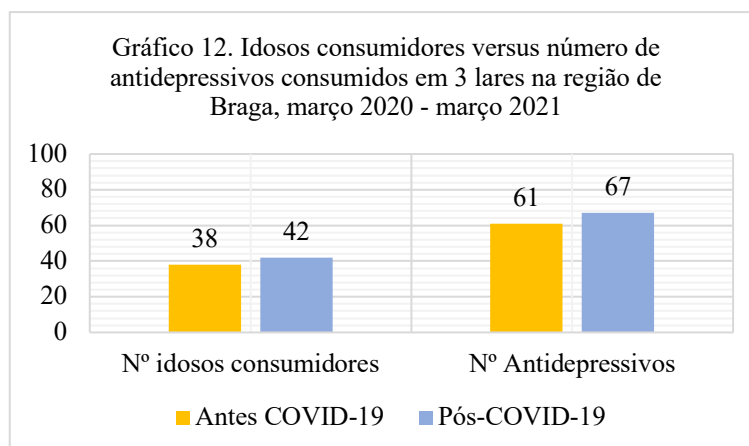
1.6.1. Antidepressivos em Lares Versus. Impacto da COVID-19

No gráfico 11, detetamos que, antes da pandemia COVID-19, em 94 idosos, 56 utentes não tomavam antidepressivos (prevalência de 59,6% dos utentes) e 38 utentes tomavam antidepressivos (prevalência de 40,4%). Após um ano de pandemia, em 94 idosos, 52 utentes não tomam antidepressivos (incidência de 55,3% dos utentes) e 42 utentes tomam antidepressivos (incidência de 44,7%).



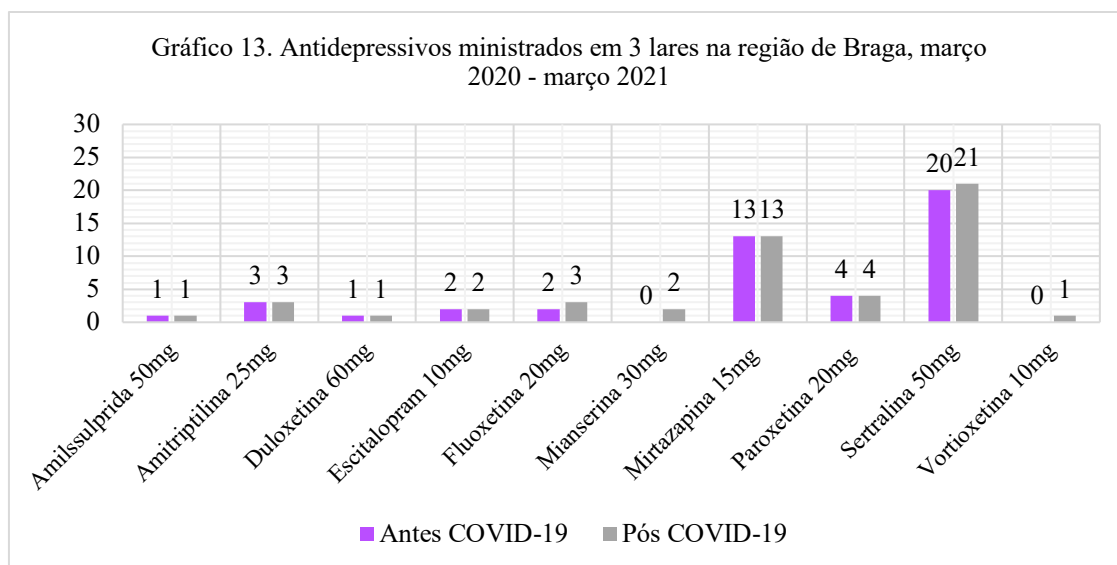
No gráfico 12, decorre a evidencia comparativa do número de antidepressivos que cada utente consumidor efetua. Em março de 2020, em 38 idosos consumidores de antidepressivos, havia um total de consumo de 61 antidepressivos, apresentando aproximadamente uma média de 2 antidepressivos por utente (1,61 antidepressivos / utente consumidor). No decorrer da pandemia, até março de 2021, o número de utentes a fazer antidepressivos no ERPI aumentou, sendo que em 42 utentes consumidores, há um total de consumo de 67 antidepressivos, apresentando aproximadamente uma média de 2 antidepressivos por utente (1,60 antidepressivos / utente consumidor).

Constatamos que houve um aumento do número de idosos a consumir antidepressivos, no entanto, houve uma alteração no número de antidepressivos por



utente consumidor, indicando uma diminuição de antidepressivos por utente ou uma alteração da dosagem permitindo tomar um menor número de fármacos antidepressivos.

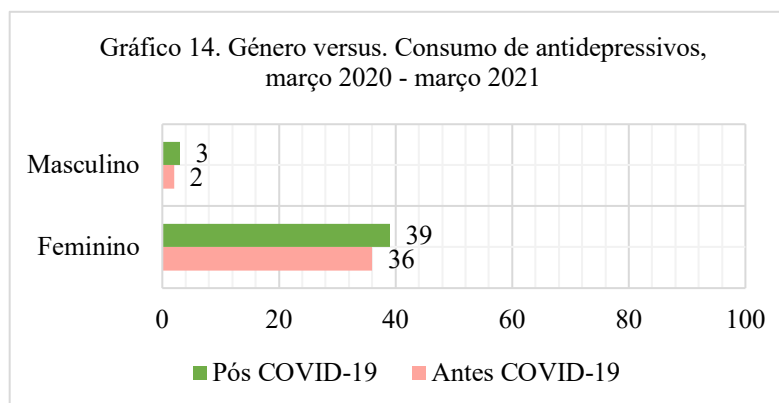
No gráfico 13, conseguimos determinar quais os antidepressivos mais utilizados em contexto geriátrico em lares, com especial destaque para a sertralina, mirtazapina e paroxetina. Como descrito no anexo VI, a sertralina e a paroxetina são inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), e fármacos de 1ª escolha nas perturbações depressivas, e a mirtazapina possui ação noradrenérgica e serotoninérgica específica com destaque de possuir menos efeitos gastrointestinais e se uma opção segura para a população idosa. Verificou-se um ligeiro aumento de fármacos como a fluoxetina, mianserina e vortioxetina pós COVID-19.



A escolha da sertralina destaca-se comparativamente aos restantes fármacos, em que após COVID-19 atingiu 39,6% (em que $n=53$) como mais utilizado nos lares em estudo. Como segundo mais usado, temos a mirtazapina que atingiu 24,5% (em que $n=53$) na população geriátrica.

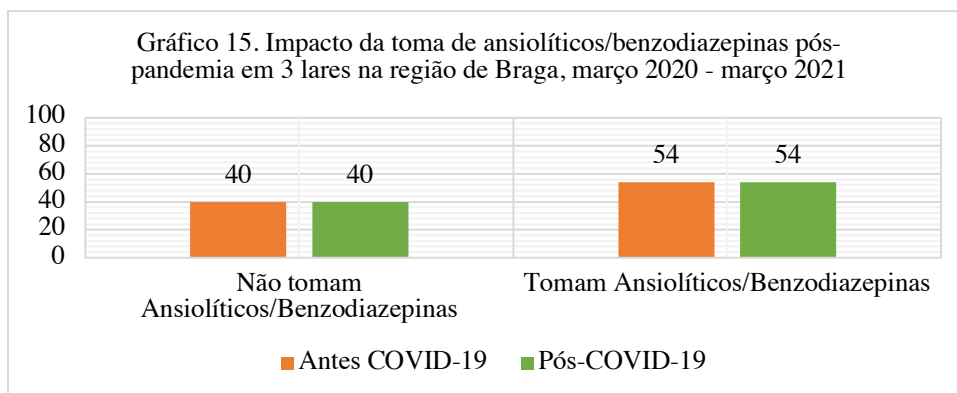
1.6.1.1. Género versus. Antidepressivos

No gráfico 14, através da população estudada ($n=94$), em que 79 utentes são do sexo feminino e 15 do sexo masculino, sabemos que 36 mulheres (45,6% da população feminina) e 2 homens (13,3% população masculina) tinham como parte da sua farmacoterapêutica diária os antidepressivos. Após chegada da pandemia, até março de 2021, verificou um aumento para 39 mulheres (49,4% população feminina) e 3 homens (20% população masculina).

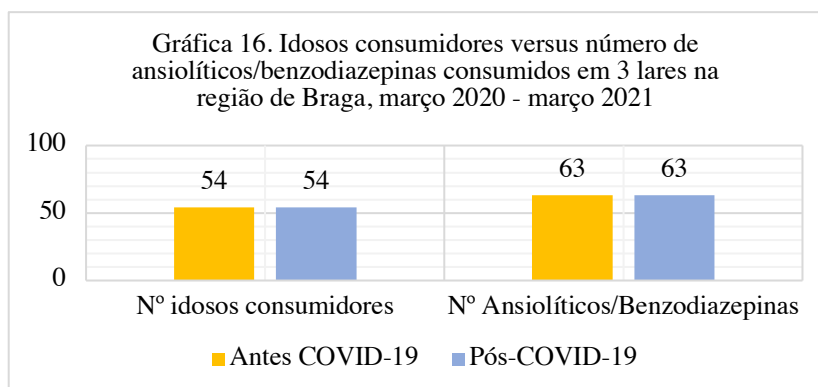


1.6.2. Ansiolíticos/benzodiazepinas em Lares Versus. Impacto da COVID-19

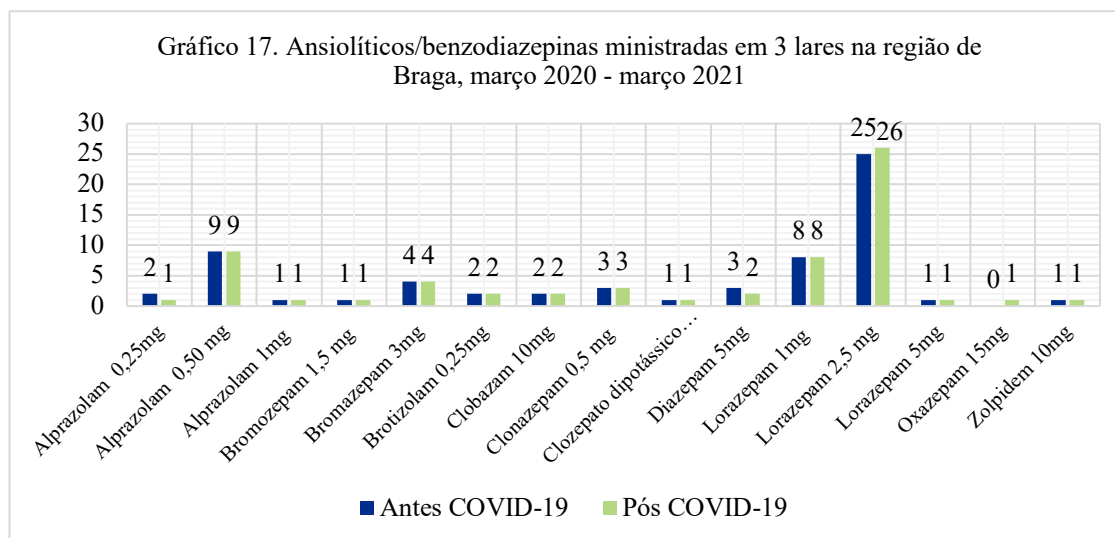
No gráfico 15, detetamos que antes e pós pandemia COVID-19, em 94 idosos, 40 utentes não tomam ansiolíticos/benzodiazepinas (prevalência de 42,5 % dos utentes) e 54 utentes tomam ansiolíticos/benzodiazepinas (prevalência de 57,4%).



No gráfico 16, demonstra-se a evidência comparativa do número de ansiolíticos/benzodiazepinas que cada utente consumidor efetua. Em março de 2020 até março de 2021, em 54 idosos consumidores de ansiolíticos/benzodiazepinas, havia um total de consumo de 63 antidepressivos, apresentando aproximadamente uma média de 1 ansiolíticos/benzodiazepinas por utente (1,17 ansiolíticos/benzodiazepinas / utente consumidor).



No gráfico 17, conseguimos determinar quais os ansiolíticos/benzodiazepinas mais utilizados em contexto geriátrico em lares, com especial destaque para o lorazepam, alprazolam e bromazepam.

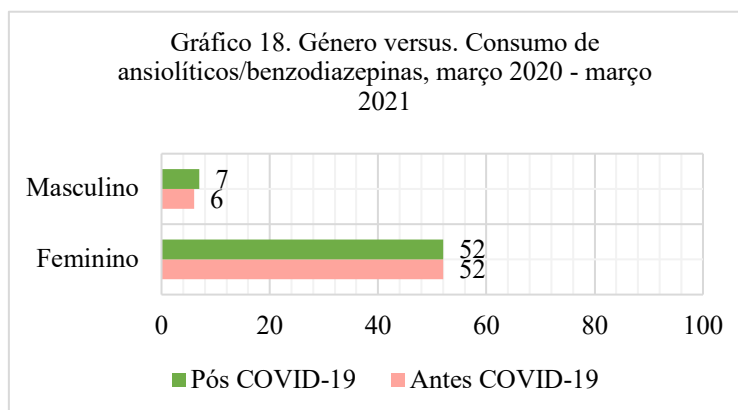


Como descrito no anexo V – tabela 7, o lorazepam, alprazolam e bromazepam são benzodiazepinas ansiolíticas de ação intermédia (8h a 24h).

Através dos dados recolhidos destaca-se o uso maioritário de benzodiazepinas ansiolíticas de ação intermédia.

1.6.2.1. Género versus. Ansiolíticos/Benzodiazepinas

A prevalência feminina destaca-se novamente nos fármacos como os ansiolíticos e as benzodiazepinas, presente no gráfico 18. Avaliando a população estudada ($n=94$), em que 79 utentes são do sexo feminino e 15 do sexo masculino, sabemos que 52 mulheres (65,8% da população feminina) e 6 homens (40,0 % população masculina) tinham como parte da sua farmacoterapêutica diária os antidepressivos. Após chegada da pandemia, até março de 2021, verificou uma manutenção de 52 mulheres (65,8% da população feminina) e um aumento para 7 homens (46,7% população masculina) na toma de ansiolíticos/benzodiazepinas.



1.7. Conclusão

A toma de antidepressivos sofreu um ligeiro aumento com a chegada da COVID-19, com introdução de fármacos mais recentes no mercado, como é o caso da vortioxetina. Ainda a dominar o pódio dos mais prescritos está a sertralina e a mirtazapina.

A toma de ansiolíticos/benzodiazepinas não sofreu um aumento exacerbado com a chegada da COVID-19, de março de 2020 a março de 2021, com sustento dos dados recolhidos dos 3 lares na região de Braga. Houve algumas mudanças de benzodiazepinas ansiolíticas intermédias por outras da mesma classificação, no entanto, nada que justifique preocupações. Consta-se através dos dados recolhidos que tal como esperado, Portugal ainda continua a ser um dos maiores consumidores de substância ansiolíticas de ação intermediária, sendo que, nos 15 psicofármacos apresentados 9 são de ação intermediária (60% ansiolíticos de ação intermediária / ansiolíticos), e mais de metade da população inquirida consumia pelo menos um ansiolítico/benzodiazepina.

Em função do género, o sexo feminino predomina no uso de antidepressivos e ansiolíticos/benzodiazepinas. No entanto, a discrepância em géneros é mais visível nos antidepressivos comparativamente aos ansiolíticos/benzodiazepinas, onde os homens estão a ganhar destaque, como podemos verificar no gráfico 18.

Em visão geral, transpondo os dados recolhidos para a população geriátrica portuguesa, conclui-se que ainda há um consumo exacerbado de antidepressivos e de ansiolíticos/benzodiazepinas, supondo que, noutras faixas etárias este ligeiro aumento também se tenha verificado durante este período de pandemia.

Seria de importante realce neste estudo acrescentar outro tipo de psicofármaco, os antipsicóticos, como a quetiapina, melperona, risperidona, entre outros, dando que, verifiquei durante a recolha de dados que houve um aumento desta classe farmacológica.

Apesar da constante monitorização da prescrição de benzodiazepinas, dos projetos de sensibilização adotados e das metas do Programa Nacional de Saúde Mental, os consumos destes psicofármacos ainda se encontram muito aquém ao necessário.

Tema II - O papel do Farmacêutico na Literacia em Saúde: LEISHMANIOSE, a doença negligenciada

2.1. Definição

A leishmaniose é uma doença zoonótica de origem parasitária causada pelo protozoário do género *Leishmania spp.*^{40,41}

2.2. Classificação

A *Leishmania spp.* pertence à família Trypanosomatidae, possuindo 53 espécies, nas quais, 20 espécies são restritas ao novo mundo e 30 espécies são referentes ao velho mundo, 1 espécie autóctone somente na Austrália e com distribuição global são conhecidas até agora 2 espécies (*Leishmania infantum* e *L. martiniquensis*). Apenas 20 espécies são patogénicas para o Homem, sendo a *L. infantum* um dos principais agentes etiológicos da Leishmaniose Visceral (LV) na Europa e no mundo.^{40,41}

2.3. Ciclo de vida

A *Leishmania spp.*, ao longo do ciclo de vida, converte-se em duas formas parasitárias: a forma amastigota e a forma promastigota. A forma amastigota caracteriza-se por estar presente no interior das células do hospedeiro. A forma promastigota desenvolve-se a nível extracelular no tubo digestivo dos vetores, no entanto, esta forma divide-se em promastigota procíclica e em promastigota metacíclica, sendo a última infecciosa para os mamíferos.^{42,42,43}

O flebotómico, fêmea adulta infetada, perfura a pele do mamífero promovendo a sucção do sangue e concomitantemente a regurgitação dos parasitas para o hospedeiro e/ou reservatório. O sinal de fagocitose pelos macrófagos e de outras células do sistema imunitário será dado após presença de *Leishmania spp.*, no entanto serão incapazes de a destruir. A permanência no interior da célula, em vacúolos parasitóforos, levará à perda do flagelo com transformação em amastigotas que se multiplicarão por divisão binária. A elevada carga parasitária levará ao rebentamento das células infetadas com consequente infeção de novas células. Posteriormente, um outro vetor pica o hospedeiro infetado aspirando o sangue contendo o parasita na sua forma amastigota. No intestino médio, há a conversão em forma promastigota procíclica que se multiplica por divisão binária, e devido ao flagelo característico adere às microvilosidades, no entanto, há uma pequena percentagem de *Leishmania spp.* presente na saliva.^{42,42,43}

2.4. Epidemiologia

A leishmaniose é considerada uma doença endémica em 100 países, nos quais Portugal se insere. No entanto, a subnotificação de casos reportados não permite avaliar o verdadeiro impacto a nível global. Anualmente, estima-se uma incidência de 6200 a 12 000 casos de LV no velho mundo. A recorrente não

hospitalização de leishmaniose cutânea (LC) leva a uma maior subnotificação do número de casos, não havendo dados sustentados do número de casos anuais. Nos últimos 5 anos, mais de 75% dos casos de LC são casos importados.

A prevalência de leishmaniose é maior em populações com condições socioeconómica e sanitária desfavorecidas apresentando concomitantemente custos acrescidos no seu tratamento e prevenção. A LV em crianças tem diminuído em Portugal. Contrariamente, o mesmo não se verificar nos adultos, principalmente quando associados a casos de infeção por HIV.^{41, 42,43,44,45}

2.5. Transmissão

A transmissão da *Leishmania spp.* pode ser do tipo vetorial e não vetorial. Em termos comparacionais, o maior número de casos de infeção deve-se ao tipo vetorial através da picada dos insetos flebotomíneos (flebótomo fêmea adulta) infetado. A transmissão pode demorar entre 1 a 3 semanas após picada do flebótomo. A transmissão não vetorial pode ser parentérica, por partilha de seringas, ou congénita, através da placenta ao feto.^{41,44}

2.6. Hospedeiros

2.6.1. Vetor

Os flebotomíneos são classificados como vetores da ordem Diptera, da família *Psychodidae* e subfamília *Phebotominae*.

No velho mundo, e concretamente Portugal, as principais espécies vetorais responsáveis pela transmissão da *Leishmania infantum* são o *Phebotomus perniciosus* e *Phebotomus ariasi*.^{40,41}

2.6.1.1. Atividade

Os flebótomos possuem uma atividade sazonal, dependendo do clima, sendo predominante nos meses de Maio a Outubro na zona mediterrânea (temperatura amena e ambiente húmido). Os insetos apresentam uma maior atividade durante os períodos de anoitecer e amanhecer, no entanto, podem atacar de forma silenciosa a qualquer momento do dia. As variações de população de flebotomíneos são condicionadas por fatores ambientais, como acumular de matéria orgânica e rotação inadequada de culturas em campos.⁴⁶

2.6.2. Vertebrados

O principal hospedeiro e reservatório da *Leishmania spp.* é o cão, embora afete outros mamíferos, como os humanos, os felinos, as raposas, os roedores, os equinos, entre outras espécies. Em Portugal, o reservatório animal comprovado ou suspeito é o cão e a *V. vulpes* (raposa-vermelha).⁴⁶

2.7. Patogénese

Dependendo da espécie parasitária envolvida e dos fatores internos e externos ao hospedeiro, o quadro clínico será diferenciador. A resposta imunológica mediada pelos linfócitos T auxiliares do tipo 1 (TH1) promove uma proteção contra agentes patogénicos, como a *Leishmania spp.*, contrariamente, a resposta imunitária mediada pelos linfócitos T auxiliares do tipo 2 (TH2) leva ao aumento da suscetibilidade às infeções, com a inatividade dos macrófagos e da produção de citocinas do tipo TH1, favorecendo a produção de anticorpos. Dependendo da manifestação clínica da doença, a resposta TH2 predomina em

relação à TH1. Na LV e em co-infetados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), a resposta pró-inflamatória é exacerbada desencadeando uma presença vinculada da resposta TH2.

O controlo da infeção pela *Leishmania spp.* em hospedeiros vertebrados dependerá dos linfócitos TH (CD4+).

A saliva do vetor flebotomíneo contém propriedades anticoagulantes, anti-agregante plaquetária, anti-inflamatória e imunomoduladora de forma a facilitar a sucção, o regurgitamento e a implementação da infeção com a alteração do perfil de citocinas e a quimiotaxia dos macrófagos. Após inoculação, os neutrófilos atuam como primeira linha de defesa, seguida de uma hiperplasia histiocitária e, por fim, promoção da fagocitose dos parasitas. A inflamação local irá dar origem ao edema local e/ou acantose, podendo ainda desenvolver hiperqueratose. O aparecimento da imunidade celular manifesta-se tardiamente, coincidindo com a diminuição da carga parasitária, e consequentemente com primeiros sinais de regressão das lesões. O processo de cura desencadeará a cicatrização e a reparação do tecido, todavia haverá a presença de uma cicatriz residual despigmentada. Devido a perturbações tróficas e mecânicas, a hiperplasia histiocitária e a inflamação local poderão causar necrose tópica que após remoção originam ulceração. Na Leishmaniose mucocutânea (LMC), além da formação de úlceras, há uma resposta imunopatológica acentuada com consequente formação de metástases, disseminação e colonização em áreas pouco recorrentes, como a mucosa nasal e a cavidade oral.

Na LV, a hiperplasia das células infetadas comprime os folículos linfáticos e impede a circulação sanguínea na cápsula do baço originando esplenomegalia. Despoletado pela doença o aumento do volume do baço leva ao aparecimento de anemia, trombocitopenia e leucopenia devido a um maior sequestro e destruição dos eritrócitos, leucócitos e plaquetas. A hepatomegalia, tipicamente associada à LV, advém do aparecimento de fibrose que despoleta uma diminuição da produção de proteínas, como a albumina, havendo manifestação de edema no fígado. A deposição de imunocomplexos, devido à sobreprodução do sistema imunitário de imunoglobulinas inespecíficas, pode desencadear casos de glomerulonefrites, poliartrites, uveítes, miosites, entre outras patologias.

A LC difusa é desenvolvida quando a infiltração de leucócitos e plasmócitos não desempenha a sua função protetora de supressão de parasitas, permitindo a continua proliferação e a hiperplasia dos macrófagos que vão ocupar áreas cutâneas mais extensas.^{40,44,46}

2.8. Leishmaniose humana

2.8.1. Legislação

Ao abrigo da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, e através do despacho nº 12513-B/2019, de 31 de dezembro, a LV encontra-se sujeita a notificação, clínica e laboratorial, obrigatória devendo ser abrangida pela rede de informação e comunicação estabelecida pelo sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica (SINAVE).^{47,48}

Pela presente legislação, para validação da leishmaniose é necessário:

- Como critérios clínicos, a pessoa possuir dois ou mais sintomas, nos quais, febre, mal-estar geral, anorexia, perda de peso, esplenomegalia (de grandes dimensões) mole e indolor, hepatomegalia moderada, adenopatias inguinais e cervicais, anenia e/ou trombocitopenia.

- Como critérios laboratoriais, a pessoa possuir pelo menos um dos critérios, a partir do isolamento de uma amostra biológica de *Leishmania spp.* com confirmação microscópica ótica, em esfregaço sanguíneo e/ou gota espessa após coloração de Giemsa.

2.8.2. Grupos de Risco

Indivíduos imunocomprometidos, como portadores de HIV, de diabetes, entre outras co-morbilidades, viajantes de áreas endémicas, emigrantes de áreas endémicas, malnutridos, crianças com idades inferiores a 5 anos e idosos são grupos propensos a um desenvolvimento imunopatológicos agravado da doença.

Na região europeia da OMS, dados apontam que a LV afeta maioritariamente indivíduos com idade igual ou superiores a 15 anos e preferencialmente do sexo masculino, a LC segue a mesma linha, no entanto, dos dados recolhidos não há nenhum sexo preferencialmente afetado.^{41,44}

2.8.3. Co-infecção *Leishmania spp.*/HIV

Casos de co-infecção entre a leishmaniose visceral e o HIV tem vindo a ganhar notoriedade ao longo dos últimos 20 anos, devido à progressão clínica dos quadros de SIDA, aumentando a mortalidade dos infetados. A co-infecção foi publicada em 42 países. Nos países europeus, mais de metade da população co-infetada é do sexo masculino na faixa dos 35-45 anos. A toxicofilia endovenosa constitui um risco de aquisição das duas infeções. Apesar de o HIV ser prevalente em zonas citadinas e a leishmaniose em locais rurais, a migração que se tem verificado entre o meio rural para a urbana tem favorecido a co-infecção.

Em termos imunopatológicos, a infeção pelo parasita induz uma ativação crónica do sistema imunitário que nos portadores de HIV despoleta uma sobreativação do vírus, aumentando a carga viral, e consequentemente, a evolução clínica para SIDA. A co-infecção contribui, por conseguinte, para um aumento da multiplicação intracelular parasitária. Aquando da pesquisa dos anticorpos específicos para a *Leishmania spp.* muitos destes co-infetados não apresentam níveis detetáveis. Comparativamente aos indivíduos infetados sem nenhuma patologia associada, os imunocomprometidos têm a presença de formas amastigostas no sangue periférico mais acentuada.

A co-infecção é um fator de risco devido à maior predisposição imunológica para o desenvolvimento de doença, a sua probabilidade de cura é diminuída, assim como a toxicidade medicamentosa implementada é maior, estando associada a uma taxa de mortalidade superior. Se a contagem de CD4+ for baixa, a ocorrência de múltiplas recorrências é comum, levando a uma resistência aos fármacos previamente usados, não sendo possível a recuperação total.

Todos os tipos de leishmaniose são possíveis de se desenvolver com a associação ao HIV, havendo um agravamento de determinadas manifestações clínicas e o aparecimento de formas atípicas recorrentes, podendo atingir outros órgãos como os pulmões, intestinos, entre outros. Os doentes portadores de HIV apresentam pancreatite subclínica frequente daí a necessidade de adaptar a farmacoterapia para a não indução de falência pancreática, como é o caso da não administração de pentamidina e terapêutica com sulfametoxazol-trimetoprim. A administração de estibogluconato de sódio não é aconselhada devido a estimular a replicação do HIV. As formulações lipídicas, como a anfotericina B lipossomal, apresentam melhor perfil de segurança e de índice terapêutico.^{49,50}

2.8.4. Tratamento Farmacológico

2.8.4.1. Na Leishmaniose Cutânea

Na LC, a cura espontânea é recorrente, optando-se por um cuidado de limpeza e desinfecção das lesões de forma a prevenir infeções secundárias. No entanto, se necessário opta-se primariamente por um tratamento local, e em casos graves, recorre-se a um tratamento sistémico à base de anfotericina lipossomal ou antimoniais pentavalentes. No esquema 1 – anexo XII e na tabela 9 – anexo XIII, encontra-se um possível tipo de linha de tratamento baseada numa avaliação da progressão da doença inserindo o indivíduo num estado de gravidade, de acordo com um conjunto de características fulcrais, como o tamanho da lesão, número de lesões, local da lesão, condições clínicas do doente (co-morbilidades, gravidez, idade, estado imunológico), espécie parasitária e estimativa de duração da doença.^{41,51, 52}

2.8.4.2. Na Leishmaniose Visceral

Na LV, o tratamento implementando na região europeia da OMS consiste em anfotericina B lipossomal (LAB), tratamento combinado com antimoniais pentavalentes ou dosoxicolato de anfotericina B (ABD), como podemos verificar na tabela 10, anexo XIV. A pentamida é utilizada como tratamento de 2ª linha, no entanto, o seu uso é condicionado devido à sua toxicidade. Há ainda outros fármacos usados noutras regiões, como a miltefosina e a paromomicina, no entanto, a falta de dados para o tratamento de *L. infantum* não está totalmente comprovado. Efeitos secundários gerais, como mialgia, artralgia, cefaleias, mal-estar, fadiga, anorexia e náuseas podem manifestar-se com a introdução da farmacoterapia.

Após diagnóstico de LV, o doente deve ser avaliado para outras doenças causadoras de imunossupressão celular, podendo ser necessário, além do tratamento antileishmaniosstático, suporte nutricional, tratamento de outras doenças infecciosas secundárias e/ou administração de hemoderivados.

Os portadores após tratamento farmacológico definido necessitam de fazer uma profilaxia secundária e monitorização contínua até recuperação imunológica sustentada, para a não ocorrência de recidivas. A descontinuação da farmacoterapia secundária é efetuada aquando da não evidência clínica de infeção ativa. Não obstante, pode ocorrer recidivas após vários anos de um tratamento bem-sucedido.

A decisão do esquema terapêutico é baseada na análise de risco-benefício para cada paciente, de forma a minimizar a ocorrência de resistência parasitária e diminuir o tempo de internamento do doente.^{41, 52}

2.9. Leishmaniose canina

2.9.1. Legislação

A portaria nº 264/2013, de 16 de agosto, define as normas técnicas de execução regulamentar do Programa Nacional de Luta e Vigilância da Raiva Animal e Outras Zoonoses (PNLVERAZ), estando descrito no atual despacho n.º 6453/2019, de 17 de julho, no ponto 3 alínea b, quando os animais são detetados como possíveis portadores de leishmaniose, tem de proceder obrigatoriamente à realização de testes diagnósticos e notificados ao médico veterinário municipal, e após apresentação de resultados num prazo de 30 dias, se positivo, proceder ao tratamento ou eutanásia animal. Todos os custos associados à deteção, tratamento e/ou prevenção de exclusivo suporte do detentor animal.⁵³

2.9.2. Grupos de Risco

A manifestação canina difere devido a fatores individuais (como raça, idade, estado imunológicos) e fatores ambientais (como o clima, uso da terra), assim, os canídeos dos sexo masculino, de idades jovens (< 6 anos), de grande porte (>20 kg, pois a área corporal exposta é maior), que habitam num meio rural (por vezes, coabitam com outros animais), preferencialmente em clima mediterrânico (temperaturas amenas, perto de rios ou pântanos, com elevada densidade de vegetação) têm maior predisposição para ser infetados através da picada do flebótomo. A população canina mais afetada são os cães de caça e de abrigos. Algumas raças como a Boxer, Pastor alemão e Rottweiler são mais afetadas.⁵⁴

2.9.3. Manifestações Clínicas

Dependendo do tipo de *Leishmania spp.*, do estado imunológico do portador e do desenvolvimento da doença visceral ou cutânea, haverá diferentes manifestações clínicas, por vezes, inespecíficas, promovendo um diagnóstico tardio da doença. No entanto, o canídeo pode ter uma alta prevalência de infeções subclínicas e ser considerado saudável. No anexo XV – tabela 11, encontram-se descritas as manifestações clínicas gerais e específicas da leishmaniose canina.⁵⁵

2.9.4. Estadiamento e Prognóstico

Existem 4 estádios clínicos da doença e prognóstico possível que vão de encontro aos sinais clínicos apresentados pelo canídeo (linfadenomegalia, dermatites, onicogrifose, ulcerações, perda de peso, uveítes, glomerulonefrites, doença renal, entre outras) que são detetados através dos resultados laboratoriais, como podemos verificar no anexo XVI – tabela 12. A avaliação da creatinina e do UCP a nível renal é efetuada aquando do diagnóstico, durante o tratamento farmacológico e em consultas de rotina, devido a serem valores laboratoriais regularmente afetados pela doença e pelo tratamento farmacoterapêutico. Geralmente, o prognóstico dependerá do desenvolvimento de sinais clínico-patológicos e da reação ao tratamento farmacológico adaptado a cada animal. A principal causa de morte associada a cães portadores de *Leishmania spp.* tem sido a insuficiência renal. Devido ao desenvolvimento ferramentas de diagnóstico e ao estudo clínico ao longo dos últimos anos, o tempo médio de sobrevivência de cães infetados com leishmaniose tem rondado 5 anos ou mais.^{55, 56}

2.9.5. Tratamento Farmacológico Primário

A adaptação farmacoterapêutica é efetuada consoante o estágio da doença, sendo que a mais comunmente utilizada é o antimoniato de meglumina durante 28 dias, combinado com alopurinol, retirado após indicação médico-veterinária, que atuam sinergicamente, conferindo uma maior eficácia, cura clínica mais rápida e prevenção de possíveis recidivas. O tratamento é complexo e não totalmente eficaz, que apesar de haver remissão clínica podem ocorrer recidivas após 6 meses a 2 anos. Recentemente, encontra-se em estudo o artesunato como possível tratamento da LV, devido a ser um fármaco mais seguro, eficaz no controlo, redução dos sinais clínicos, carga parasitária e título de anticorpos, economicamente mais barato, administrado por via oral e de um período curto de tratamento. A anfotericina B lipossomal (LAB) não é recomendada a nível animal devido à formação de estirpes resistentes.

Na tabela 13 do anexo XVIII, podemos verificar todas as possíveis farmacoterapêuticas utilizadas até ao momento na Europa e os seus possíveis efeitos adversos.

A monitorização ao longo do tratamento e após remissão é necessária para uma melhor qualidade de vida do animal, de forma a garantirmos o controlo e o prolongamento da mesma.^{55,56,57}

2.9.6. Tratamento Secundário

A ocorrência concomitante de infeções secundárias por microrganismos (bactérias, fungos, vírus, outros parasitas) é recorrente devido ao estado imunológico debilitado sendo necessário recorrer a tratamentos mecânico, nutricional, tópico e/ou sistémico. Na tabela 14 do anexo XVII, encontram-se possíveis tratamentos secundários à doença e/ou infeção.

2.9.7. Medidas de Prevenção

O uso tópico regular de repelentes inseticidas (piretróides) na forma de coleiras, spot-on's e sprays são o principal método adotado no combate ao vetor da *Leishmania spp.* Em áreas endémicas, como Portugal, é recomendado o uso de peritróides tópicos como a deltametrina, permetrina, flumetrina existentes no mercado e à venda em todas as farmácias. Um método não farmacológico que se tem revelado eficaz é manter o cão dentro de casa deste o anoitecer até ao amanhecer durante a estação de risco (maio a novembro nas áreas endémicas do sul da europa).^{55, 56}

2.9.7.1. Vacinação

Globalmente, o cão destaca-se como o principal reservatório da *Leishmania spp.*, motivo que levou ao desenvolvimento de vacinas que permitissem reduzir a infeção ativa, diminuindo o número de reservatórios existentes. A vacina é uma medida imunoprolática usada em cães saudáveis e seronegativos com, pelo menos, 6 meses de idade. Geralmente, a indução da imunidade ocorre após a quarta semana da primovacinação, tendo esta uma durabilidade, de pelo menos, um ano, sendo necessária a revacinação anual. Na Europa, a *Canileish®* e a *Letifend®* são as vacinas anti-*Leishmania* licenciadas disponíveis. Em Portugal, a vacinação anti-*Leishmania* não é legalmente obrigatória. A vacinação canina destaca-se como uma proteção da saúde pública na redução da incidência de leishmaniose canina e, consequentemente, leishmaniose humana. No entanto, a vacinação animal não confere uma proteção de 100%, sendo necessário, a implementação de outros métodos preventivos como os repelentes.^{55, 56}

2.9.7.2. Desparasitantes

A desparasitação canina assenta no uso de repelentes como forma de assegurar a capacidade de afastar e matar os flebótomos aquando do contacto destes com o animal, evitando a refeição sanguínea do vetor – efeito *anti-feeding* – e posterior infeção do reservatório. A preocupação no uso dos inseticidas está na duração da eficácia apresentada por cada tipo de método desparasitante usado, sendo necessária uma organização por parte do dono na implementação de forma a garantir a máxima proteção.^{55, 56}

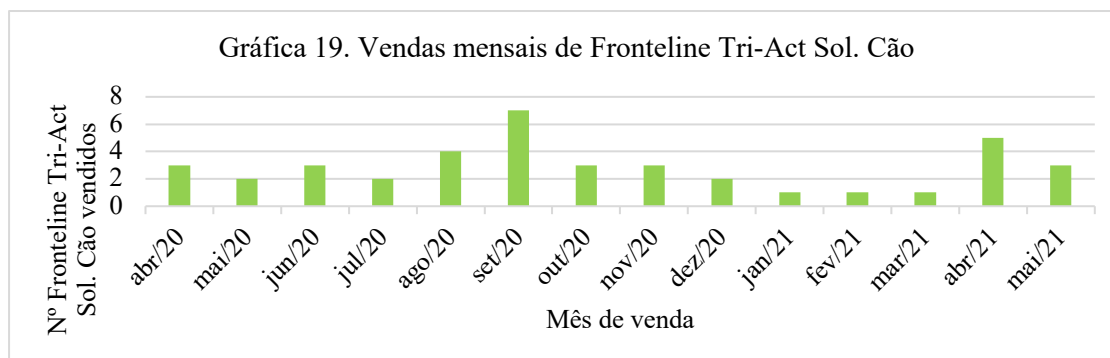
2.9.7.3. Eutanásia

A eutanásia canina continua a ser o método mais utilizado pelas políticas governamentais no combate à leishmaniose zoonótica em todo mundo. Em debate ao longo dos últimos, várias organizações contestam a viabilidade da eutanásia devido a diversos fatores não aceitáveis, nos quais; 1) Existem hospedeiros reservatórios alternativos para desempenhar um papel de manutenção do ciclo de flebótomo; 2) A constante aquisição de cães jovens substitutos, mais suscetíveis a sofrer uma infeção primária; 3) De ponto de vista económico, o preço da medicação para a eutanásia é elevado, e; 4) O impacto psicossocial sentido devido à remoção do cão aos donos.

Assim, no Fórum Mundial CVBD foram defendidas diversas recomendações e medidas no combate à infeção por *L. infantum* em animais de companhia, nas quais a implementação de mais medidas profiláticas e a sua propaganda, o apoio à saúde em geral e estado nutricional dos cães, uma monitorização mais cuidada a cada animal na ida ao veterinário que permita um diagnóstico e tratamento atempado, melhorar as condições ambientais e de habitação de modo a controlar a carga de flebotómíneos exposta aos humanos e animais.⁵⁸

2.9.8. Leitura da venda de spot-on's contra flebótomos na FMB

A FMB, tem como marca preferencial de spot-on's a Frontline®, mais concretamente a “Frontline Tri-Act solução para cão” no combate ao flebótomo. Foram recolhidos os dados de abril de 2020 a maio de 2021, presentes no gráfico 19.



Detetamos que os períodos de maior venda se inserem entre agosto – setembro e abril – maio, o que vai de acordo com os momentos de maior prevalência do vetor no meio ambiente devido às condições já descritas.

2.9.9. Formação à equipa da FMB – O papel do Farmacêutico na Saúde Pública: Leishmaniose, a doença negligenciada

Durante o mês de março e abril decorreu a formação em pequenos grupos, com o preenchimento de um mini-teste formativo (anexo XIX), seguido de apresentação de dispositivos presentes no anexo XX e, por fim, realização do mesmo mini-teste de forma a avaliar os conhecimentos adquiridos.

Gráfico 20. Impacto das respostas do Mini-teste antes da apresentação

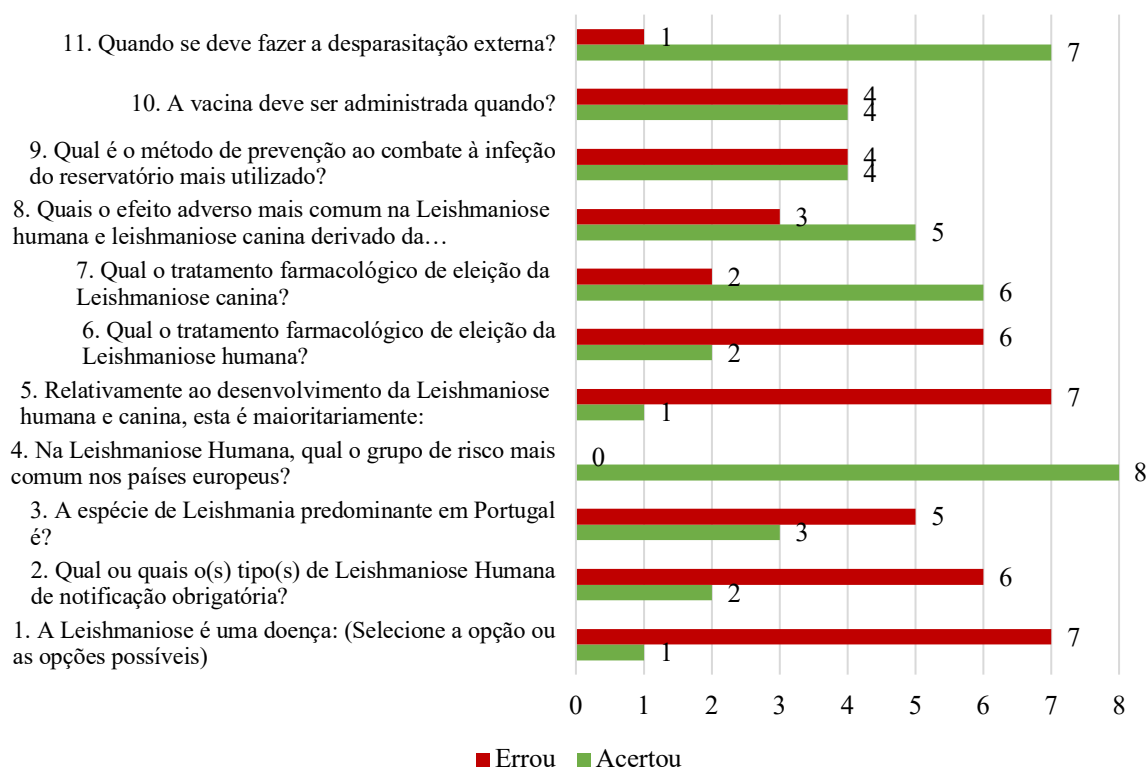


Tabela 15. Impacto das respostas certas no mini-teste após formação à equipa da FMB.

Pergunta	Taxa de Sucesso antes da formação	Taxa de Sucesso após formação
	12,50%	100,00%
	25,00%	100,00%
	37,50%	100,00%
	100,00%	100,00%
	12,50%	100,00%
	25,00%	100,00%
	75,00%	100,00%
	62,50%	100,00%
	50,00%	100,00%
	50,00%	100,00%
	87,50%	100,00%
Taxa média de sucesso	50,00%	100,00%

Verificou-se que, antes da formação a taxa média de sucesso era de 50%. Após formação da temática, a equipa da FMB, apresentou uma taxa de sucesso de 100% nas respostas do mini-teste de conhecimento, indicando o sucesso da mesma.

2.9.10. Resultados do Estudo

Durante os meses de março a maio de 2021 decorreu o inquérito referente ao tema da “LEISHMANIOSE, a doença negligenciada” na FMB. Em cada venda de produtos veterinários era efetuado, no balcão, um inquérito ao consumidor e dado um panfleto (anexo XXI) como forma de clarificação do tema. Após término do tempo estipulado do inquérito foram recolhidos os seguintes dados.

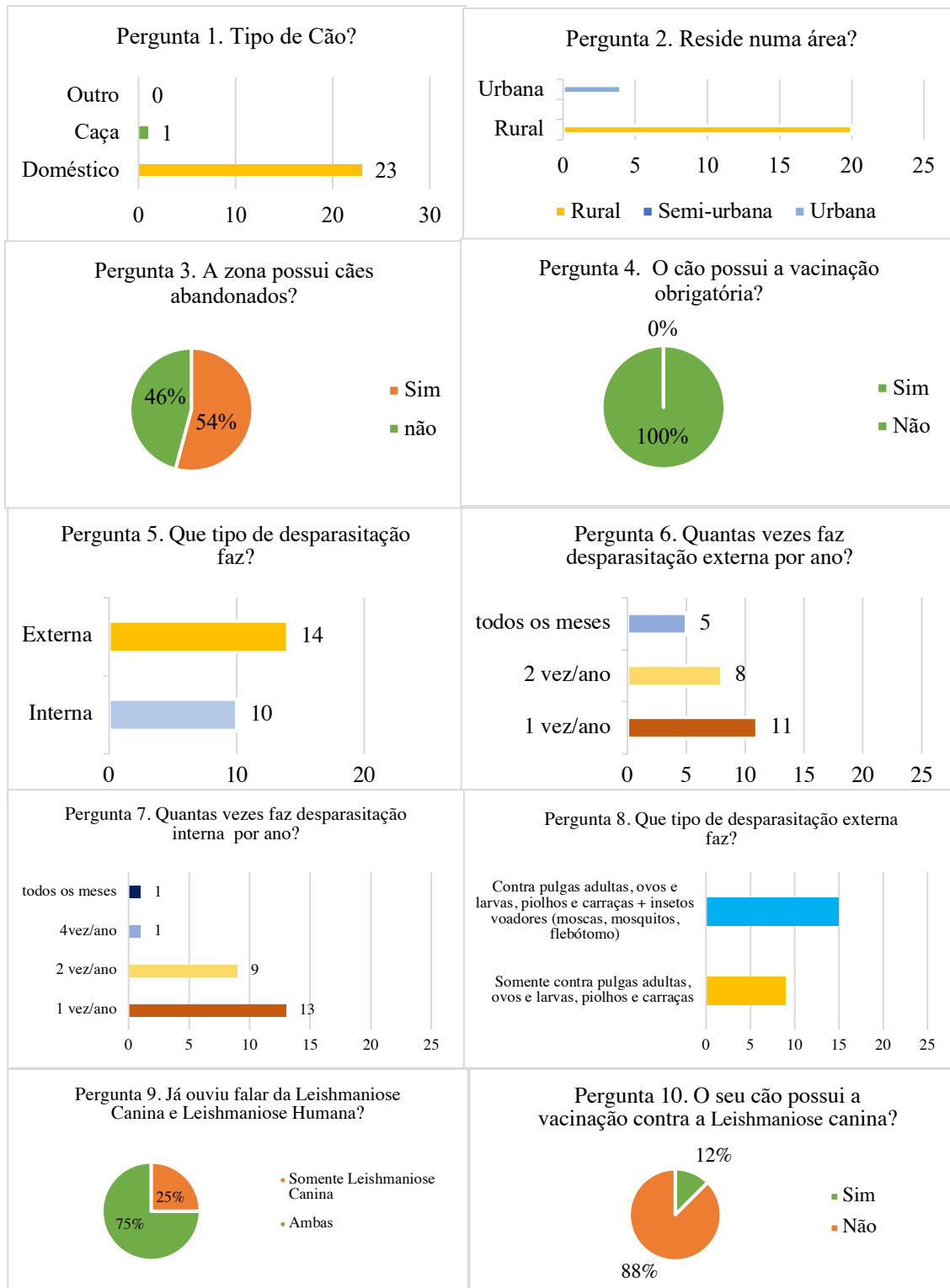


Gráfico 21 - Resultados gráficos do inquérito em estudo.

2.10. Conclusão

A leishmaniose humana ainda não é uma realidade muito assente em Portugal. Contrariamente, a presença de casos de leishmaniose canina é recorrente em Portugal- no entanto, os estudos e dados existentes ficam muito aquém dos apresentados por Espanha, na procura e rastreio do maior número possível de animais portadores, dado que não existe uma barreira fictícia nas fronteiras. Portugal ainda tem um longo caminho a percorrer no combate aos vetores e às doenças transmitidas pelos mesmos, uma vez que será uma realidade cada vez mais presente devido às mudanças climáticas.

Considerações Finais

Concluído o estágio em FC, destaco o balanço positivo da minha experiência na FMB, que, além de muitas aprendizagens e conhecimentos consolidados ligados à área técnico-científica, permitiu abrir horizontes para uma área em gestão farmacêutica desconhecida. Após 4 meses em contacto direto com os utentes, constato que o farmacêutico tem um papel fundamental na população, e que a transmissão de informação deve ser o mais concisa, clara e adequada a cada faixa etária. Foram diversos os percalços, desafios e momentos de stress que uma farmácia movimentada como a FMB demonstrou, no entanto, permitiram-me adquirir um maior traquejo e à vontade aquando do aparecimento de qualquer caso clínico.

Findo, realço a surpresa que a área de farmácia comunitária me proporcionou - não sabendo o que o futuro me reserva, no entanto - a experiência que fica foi deveras satisfatória.

Referências Bibliográficas

1. Decreto-Lei n.º 131/2015, de 4 de setembro, Quarta alteração ao estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, Diário de República, 1.ª série, n.º 173, 2015, 7010-7048.
2. Conselho Nacional de Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF), 3ª edição. Ordem dos Farmacêuticos, 2009. [Online] Disponível a partir de: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas_praticas_farmaceuticas_para_a_farmacia_comunitaria_2009_20853220715ab14785a01e8.pdf [acedido a 14 de abril de 2021]
3. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, Estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, Diário da República, 1.ª série, n.º 168, 2007, 6083-6091
4. Decreto-Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, Diário da República, 1.ª série, n.º 151/2019, 2019, 3-40.
5. SPMS, EPE. Especificações técnicas relativas aos softwares de prescrição de medicamentos e produtos de saúde. Serviços Partilhados do Ministério de Saúde, Versão 3.2., 2020. [Online] Disponível a partir de: https://pem.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/Especificaca%C3%A7%C3%B5es_t%C3%A9cnicas-relativas-aos-software-de-prescri%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos-e-produtos-de-sa%C3%Bade_V3.2.pdf [acedido a 18 de abril de 2021]
6. Diretiva 2011/62/EU, de 8 de junho, Estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, Jornal Oficial da União Europeia, n.º 174, 2011, 74-87.
7. Infarmed, I.P. Dispositivos de Segurança. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, 2018. [Online] Disponível a partir de: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1672954/FAQs%2bDispositivos%2bde%2bSeguran%ff%fa/a7bef98b-852e-4868-bf5d-d1d4fda2a6d9> [acedido a 20 de abril de 2021]
8. Infarmed, I.P. Conservação de produtos em caso de onda de calor. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Disponível a partir de: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/profissionais-de-saude/prescricao-e-dispensa/medicamentos_e_calor/conservacao_medicamentos_calor [acedido a 20 de abril de 2021]
9. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 agosto, Estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano. Diário da República, 1.ª série, n.º 167, 2006, 6297-6383
10. Portaria n.º 284-A/2016, de 4 de novembro, Regime jurídico a que obedece as regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde e define as obrigações de informação a prestar aos utentes, 1.ª série, n.º 284-A, 2016, 3908-(2) – 3909-(11)
11. Infarmed, I.P. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, 2019. [Online] Disponível a partir de: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispensa/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790 [acedido a 23 de abril de 2021]
12. Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho, Define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos de medicamentos que podem ser objeto de comparticipação e os respetivos escalões de comparticipação, Diário da República, 1.ª série, n.º 125, 2015, 4542-(11) – 4542-(15)

13. 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 97, 2010, 1654-(2) – 1654-(15)
14. Despacho n.º 18694/2010, de 16 de dezembro, Estabelece as condições de comparticipação de medicamentos manipulados e aprova a respetiva lista, *Diário da República*, 1.ª série, n.º 242, 2010, 61028 – 61029
15. Decreto-lei N.º15/93, de 22 de janeiro, Revê a legislação de combate à droga, *Diário da Republica*, 1.ª série -A, n.º18, 1993, 234-252
16. Decreto Regulamentar N.º 61/94, de 12 de outubro, Revê a legislação de combate à droga, *Diário da Republica*, 1.ª série -B, n.º236, 1994, 6183-6198
17. Lei N.º8/2019, de 1 de fevereiro, Aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, *Diário da Republica*, 1.ª série, n.º23, 2019, 780-785
18. Ministério da Saúde. PROGRAMA NACIONAL PARA DIABETES 2019: Desafios e Estratégias. Direção-Geral da Saúde, 2019.
19. Decreto-Lei n.º 112/2019, de 16 de agosto, Altera o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, *Diário da República*, 1.ª série, n.º 156, 2019, 49 – 60.
20. Decreto-Lei n.º 245/200, de 29 de setembro, Regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a importação, a distribuição, a cedência e título gratuito, a detenção ou posse e a utilização de medicamento veterinários imunológicos, *Diário da República*, 1.ª série, n.º 226, 2000, 5322 – 5351
21. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro, Estabelece o regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal, *Diário da República*, 1.ª série, n.º 185, 2008, 6826 – 6905
22. Decreto-Lei n.º 216/2008, de 11 de novembro, Estabelece o regime jurídico dos alimentos dietéticos destinado a fins medicinais específicos, *Diário da República*, 1.ª série, n.º 219, 2008, 7874 – 7879.
23. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho, Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respetivos acessórios, *Diário da República*, 1.ª série, n.º 115, 2009, 3707 – 3765.
24. Decreto-Lei n.º 284/2016, de 4 de novembro, Estabelece o regime de comparticipação aos doentes ostomizados, destinados e beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, *Diário da República*, 1.ª série, n.º 212, 2016, 3898 – 3901
25. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, Consagrou a possibilidade de as farmácias prestarem serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes. *Diário da Republica*, 1.ª série, n.º 211, 2007, 7993-7993
26. Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril, Define os serviços farmacêuticos que pode ser prestados pelas farmácias, *Diário da Republica*, 1.ª série, n.º 69, 2018, 1556 – 1557
27. Ordem dos Farmacêuticos. Administração de vacinas e medicamentos injetáveis por farmacêuticos: Uma abordagem prática. Ordem dos Farmacêuticos, 2015.
28. Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril, Define os serviços farmacêuticos que pode ser prestados pelas farmácias, *Diário da Republica*, 1.ª série, n.º 69, 2018, 1556 – 1557
29. ValorMed. Quem somos. Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos, Lda. [Online] Disponível a partir de: <http://www.valormed.pt/paginas/2/quem-somos/> [acedido a 17 de maio de 2021]

30. Infarmed, I.P. *Utilização de psicofármacos na última década em Portugal*. Direção de Informação e Planeamento Estratégico do Infarmed, 2020. [Online] Disponível a partir de: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3552218/Infarmed+Not%C3%ADcias+n%C2%BA+71+julho+2020/0bd46c6f-7515-1865-f8bf-c95c3e56df60?version=1.2> [acedido a 11 março de 2021]
31. American Psychological Association (APA). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across three Age Cohorts* American Psychological Association. Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders. American Psychological Association, 2019. [Online] Disponível a partir de: <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf> [acedido a 8 março de 2021]
32. Infarmed, I.P. *Benzodiazepinas e análogos: Utilização, tipos de instituição, ARS*. Direção de Informação e Planeamento Estratégico do Infarmed, 2016. [Online] Disponível a partir de: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/2219894/Utiliza%C3%A7%C3%A3o+de+Benzodiazepinas+e+an%C3%A1logos/adb100fa-4a77-4eb7-9e67-99229e13154f> [acedido a 14 março de 2021]
33. DGS. *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL: 2017*. Direção-Geral da Saúde, 2017. [Online] Disponível a partir de: http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf [acedido a 23 março de 2021]
34. Ordem dos Farmacêuticos. *Normas de orientação terapêutica*. Ordem dos farmacêuticos, 2011. [Online] Disponível a partir de: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/normas_de_orientacao_terapeutica_11711014759bff787ed217.pdf [acedido a 15 março de 2021]
35. DGS. *Tratamento sintomático da ansiedade e insónia com benzodiazepinas e fármacos análogos*. Direção-Geral de Saúde, 2015. Disponível a partir de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0552011-de-27122011-jpg.aspx> [acedido a 30 março de 2021]
36. ARSLVT. “Estratégias para a descontinuação de benzodiazepinas”. *Boletim Terapêutico N.º1/2017*. Comissão de Farmácia e Terapêutica, 2017. Disponível a partir de: https://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/document/file/3021/Anexo_I_Set17_Estrat_gias_para_a_de_scontinuuacao_de_benzodiazepinas.pdf [acedido a 3 abril de 2021]
37. B. Wells et al. *Pharmacotherapy Handbook*, 9th edition, McGraw-Hill Education, 2015.
38. R. Serrano, P. Cabral Barata, G. Marinho, and M. Santos. *Psiquiatria de Bolso. Um Guia para jovens Psiquiatras*. Associação Portuguesa de Internos de Psiquiatria, 2019.
39. DGS. *Abordagem terapêutica da ansiedade e insónia*. Direção-Geral de Saúde, 2011. Disponível a partir de: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Abordagem_Terapeutica_da_Ansiedade_e_Ins%C3%B3nia.pdf [acedido a 30 março de 2021]
40. Maia C, and Campino L. *Leishmaniose em Portugal no início do século XXI*. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical Saúde Global e Doenças Tropicais*. 2014; 13, 25-28.
41. Burza, S. et al. *Leishmaniasis*. *The Lancet*, 2018.
42. WHO. *Leishmaniasis*. World Health Organization (2021). Disponível a partir de: <https://www.who.int/health-topics/leishmaniasis#> [acedido a 3 abril de 2021]

43. CDC. *Parasites – Leishmaniasis*. Centers for Disease Control and Prevention (2021). Disponível a partir de: <https://www.cdc.gov/parasites/leishmaniasis/biology.html> [acedido a 3 abril de 2021]
44. Akuffo, H. et al. New insights into leishmaniasis in the immunosuppressed. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2018; 12.
45. WHO. *WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD*. World Health Organization. 2020; 25, 265-280.
46. Miró, G., and López-Vélez, R. Clinical management of canine leishmaniosis versus human leishmaniasis due to *Leishmania infantum* :Putting “One Health” principles into practice. *Veterinary Parasitology*. 2018; 254; 151–159.
47. Decreto-Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, Institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública, *Diário de República*, 1.ª série, n.º 162, 2009, 5491-5495
48. Despacho n.º 12513-B/2019 a 31 de Dezembro, Doenças de notificação, clínica e laboratorial obrigatória, *Diário da República*, 2ª série, n.º 251, 25-69.
49. Reithinger, R., et al. Cutaneous leishmaniasis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2007; 7, 581–596.
50. J. Oliveira. *A Leishmaniose em indivíduos infectados com HIV: Influência da Patogénese na Clínica, Imunologia, Tratamento e Prevenção*. Universidade de Lisboa, 2017.
51. Azim, M. et al. Therapeutic advances in the topical treatment of cutaneous leishmaniasis: A review. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2021; 15.
52. Aronson, N. et al. *Diagnosis and Treatment of Leishmaniasis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH)*. *Clinical Infectious Diseases*. 2016; 63, e202–e264.
53. Despacho n.º 6453/2019, a 17 de julho, Campanha da vacinação antirrábica 2019, *Diário da República*, 2ª série, N.º 135, 160 – 162.
54. Gálvez, R. et al. Latest trends in *Leishmania infantum* infection in dogs in Spain, Part I: mapped seroprevalence and sand fly distributions. *Parasites & Vectors*. 2020;13.
55. LeishVet (2018). *Leishmaniose Canina e Felina*. LeishVet, 2018.
56. Miró, G., et al. Novel Areas for Prevention and Control of Canine Leishmaniosis. *Trends in Parasitology*. 2017; 33,18–730
57. Medkour, H. et al. Potential of Artesunate in the treatment of visceral leishmaniasis in dogs naturally infected by *Leishmania infantum*: Efficacy evidence from a randomized field trial. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2020; 14.
58. Dantas-Torres, F. et al. Canine Leishmaniasis Control in the Context of One Health. *Centers for Disease Control and Prevention: Emerging Infectious Diseases*. 2019; 25 (12).
59. Morizot, G. et al. Travelers with cutaneous leishmaniasis cured without systemic therapy. *Clin Infect Dis*. 2013; 57, 370-380.

Anexos

Anexo I. Farmácia da Misericórdia de Braga (FMB).



Figura 1. Fachada da FMB.



Figura 2. Backoffice da FMB.



Figura 3. Laboratório de manipulados da FMB.



Figura 4. Sala de preparação de medicação individualizada da FMB.



Figura 5. Equipamento de preparação de medicação individualizada automática da FMB.



Figura 6, 7 e 8. Área de atendimento ao público da FMB.

Anexo II. Regimes excecionais de comparticipação

Tabela 3. Patologias abrangidas pelo regime especial e respetivas condições, retirado de [5]

Patologia Especial	Âmbito	Comparticipação	Preço sobre o qual incide a comparticipação	Condições
Dor Crónica Não Oncológica moderada a forte	Medicamentos referidos na Portaria n.º 329/2016, de 20 dezembro	90%	Preço de Referência (TIPO_PRECO_ID =101)	Todas as especialidades
Dor oncológica moderada a forte	Medicamentos referidos na Portaria n.º 331/2016, de 22 de dezembro	90%	Preço de Referência (TIPO_PRECO_ID =101)	Todas as especialidades
Ictiose	Medicamentos referidos no Despacho n.º 5635-A/2014, de 24 de abril	90%	Preço de Referência (TIPO_PRECO_ID =101)	Especialidades: dermatologia
Psoríase	Medicamentos referidos na Lei n.º 6/2010 de 7 de maio	90%	Preço de Referência (TIPO_PRECO_ID =101)	Todas as especialidades
Procriação medicamente Assistida	Medicamentos referidos no Despacho n.º 10910/2009, de 22 de abril, na sua redação atual	69%	Preço de Referência (TIPO_PRECO_ID =101)	Todas as especialidades
Artrite reumatoide, artrite idiopática juvenil. Artrite psoriática e espondiloartrites	Medicamentos referidos na Portaria n.º 281/2017 de 21 de setembro	100%	Preço de Referência (TIPO_PRECO_ID =101)	Especialidades: Reumatologia Pediatria Medicina interna
Doença inflamatória intestinal	Medicamentos referidos no Despacho n.º 1234/2007, de 29 de dezembro, na sua redação atual	90%	Preço de Referência (TIPO_PRECO_ID =101)	Especialidades: Gastroenterologia Medicina interna Pediatria Cirurgia geral
Psicose maniaco-depressiva	Medicamentos referidos no Despacho n.º 21094/99, de 14 de setembro	90%	Preço de Referência (TIPO_PRECO_ID =1)	Especialidade: Psiquiatria Neurologia
Doença de Alzheimer	Medicamentos referidos no Despacho n.º 13020/2011, de 20 de setembro	37%	Preço de Referência (TIPO_PRECO_ID =101)	Especialidade: Psiquiatria Neurologia
Lupus, hemofilia e hemoglobinopatias	Todos os Medicamentos Comparticipados (Despacho n.º 11387-A/2003, de 23 de maio)	100%	PVP (TIPO_PRECO_ID =1)	Todas as especialidades

Paramiloidose	Todos os medicamentos (Despacho 4521/2001 de 31 de janeiro)	100%	PVP (TIPO_PRECO_ID =1)	Todas as especialidades
Alergia à proteína do leite de vaca	Medicamentos referidos no Despacho n.º 12433/2019, de 30 de setembro	100%	PVP (TIPO_PRECO_ID =1)	Especialidade: Pediatría Local de Prescrição: Instituição Hospitalar

Anexo III. Produtos de saúde comparticipados

Figura 9. Mapa de apoio à dispensa de produtos de saúde comparticipados - [Digitalização]

Mapa de apoio à dispensa – Produtos de saúde comparticipados						
Recetário	Diploma que deverá constar na receita	Local de Prescrição	Entidade responsável	Tipo de Receita	Lote de Faturação	Observações
Ostomia	Portaria nº 284/2016	Identificação obrigatória de estabelecimento do SNS, através de vinheta do local de prescrição	SNS, ADSE, ADM (IASFA), SAD, GNR, SAD PSP	Manual – Identificação dos dispositivos através da indicação de marca, modelo e referência BME – Identificação dos dispositivos através da indicação de marca, modelo e referência (e respectivo CNP) Tipo de receita OST BSP – Identificação dos dispositivos através de CNP Tipo de linha de prescrição LOST	DO	Erro 0172 - O local de prescrição tem de pertencer a um estabelecimento ou serviços do SNS. Norma nº 026/2017 (DGS) define que existe um limite de unidades por doente/ano prevista para cada grupo de dispositivo médico.
Incontinência Urinária	Portaria nº 92-E/2017	Identificação obrigatória de estabelecimento do SNS, através de vinheta do local de prescrição	SNS, ADSE, ADM (IASFA), SAD, GNR, SAD PSP	Manual – Identificação dos dispositivos através da indicação de marca, modelo e referência BME – Identificação dos dispositivos através da indicação de marca, modelo e referência (e respectivo CNP) Tipo de receita OST BSP – Identificação dos dispositivos através de CNP Tipo de linha de prescrição LOST	DO	Erro 0172 - O local de prescrição tem de pertencer a um estabelecimento ou serviços do SNS. Norma nº 026/2017 (DGS) define que existe um limite de unidades por doente/ano prevista para cada grupo de dispositivo médico.
Câmaras Expansoras	Portaria nº 246/2015	-	SNS	BME – Identificação dos dispositivos através de CNP Tipo de receita CE BSP – Identificação dos dispositivos através de CNP Tipo de linha de prescrição LCE	DC	A dispensa no lote manual apenas é possível caso a receita tenha sido prescrita em modo online (tem que apresentar códigos de acesso para dispensa por via eletrónica) Comparticipação do Estado é limitada a 1 câmara expansora, independentemente do tipo, por utente, por cada período de um ano.

Mapa de apoio à dispensa – Produtos de saúde comparticipados

Receituário	Diploma que deverá constar na receita	Local de Prescrição	Entidade responsável	Tipo de Receita	Lote de Facturação	Observações
Produtos dietéticos		Consultar lista de locais autorizados Circular n.º 1525-2016	SMS, ADSE, SAD-GRN, SAD-PSP, IASFA (ADM), GS	<u>Mãnuál</u> – Identificação dos produtos através da indicação de marca e apresentação. O(s) produto(s) tem de ser prescrito(s) isoladamente. <u>RMF</u> – Identificação dos produtos através da indicação de marca e apresentação. O(s) produto(s) tem de ser prescrito(s) isoladamente. Tipo de receita: MDI <u>RSP</u> – Identificação dos produtos através da indicação de marca e apresentação. Tipo de receita: LMDI	47	Em RSP produtos não estão codificados, pelo que estarão sempre associados ao código 99999. Será retribuído o erro "o medicamento dispensado não corresponde ao medicamento prescrito" e a dispensa será alocada ao lote %. É necessário validar que o produto dietético é comparticipado e que o local de prescrição é autorizado. Circular n.º 1660-2016
Produtos de autocontrolo da diabetes			SMS, ADSE, SAD-GRN, SAD-PSP, IASFA (ADM), GS	<u>Mãnuál</u> – Identificação dos dispositivos através da indicação de marca e modelo. O(s) produto(s) tem de ser prescrito(s) isoladamente. <u>RMF</u> – Identificação dos dispositivos através da indicação de marca e modelo (e respectivo CHIP). O(s) produto(s) tem de ser prescrito(s) isoladamente. Tipo de receita: MDI <u>RSP</u> – Identificação dos dispositivos através de CHIP Tipo de linha de prescrição: LMDI	05	Utilizado para: tiras, lancetas, agulhas, seringas (não aplicadas a insulinas).

Anexo IV. Manipulados na Farmácia da Misericórdia de Braga

Tabela 4 - Manipulados regularmente e/ou diariamente preparados na FMB

Solução de Minoxidil 5%	Calicida	Triamcinolona
Minoxidil 1mg,2mg,2,5mg,5mg	Frieiricida	Alantoína
Atropina	Bicarbonato de Sódio	Potaba
Sulfato de Zinco 1%	Vaselina Salicilada	Ácido Acético 2%
Verniz anti-micótico	Vaselina com Enxofre (Tópica)	Ácido Acético Glacial 5%
Lugol	Permetina 5%	Violeta de Genciana
Policloral	Ivermectina	Óleo de Ricino
Champô de Alcatrão Mineral	Hidroquinona	Pomada Rosa
Solução de Cloreto de Alumínio a 20%	Álcool a 60% saturado com Ácido Bórico	Água de Rosas
Solução de Clindamicina	Álcool Gel Canforado	Tintura de Mostarda

Anexo V. Atividades formativas**Tabela 5. Atividades formativas efetuadas durante o período de estágio curricular na FMB.**

Formações	Entidade Formadora	Data	Local
Curso Geral FILORGA	FILORGA Portugal	Fev 2021	Online
Impacto dos alteradores endócrinos na Saúde	SVR		
Curso temático “OXUGEN-GLOW e MAQUILHAGEM”	FILORGA Portugal		
Vacina para o SARS-CoV-2: Eficácia, aprovação e implementação	LisbonPH		
Webinar: Capilares	Cantabria Labs		
A intervenção do Farmacêutico em situações de emergência e catástrofe	Ordem dos Farmacêuticos	Mar 2021	
VetMeds: One Health	AEFFUP	Mar 2021	
Curso: Intervenção do Farmacêutico na pessoa com Diabetes	Ordem dos Farmacêuticos	Mar –	
Curso de Introdução à Dermatologia e Cosmética powered by Caudalie	nowScience	Abr 2021	
Curso Básico em Amamentação	Ordem dos farmacêuticos	Abr 2021	
CAPILARES – Estados Descamativos, como aconselhar?	DUCRAY	Mai 2021	
Cuidados de Rosto Hidratantes que despertam naturalmente a pele	Klorane		
Cuidar da Pele Frágil no Verão	A-Derma		

Anexo VI. Utilização Internacional e Nacional de Ansiolíticos/Benzodiazepinas e Antidepressivos

Gráfico 1. Utilização internacional de benzodiazepinas e análogos, retirado de [32].

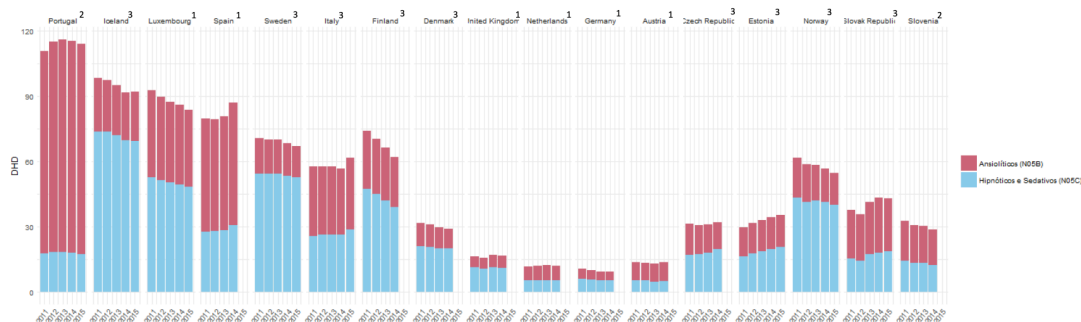
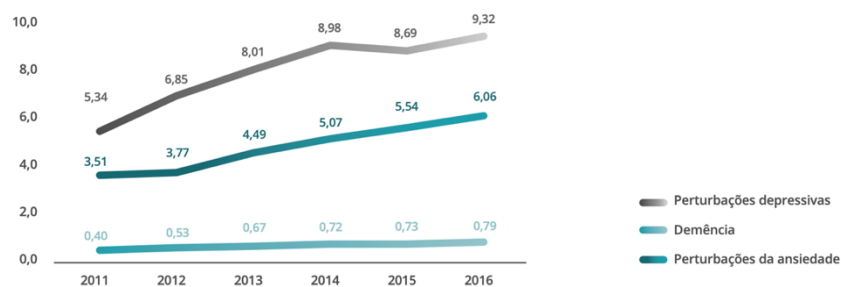


Figura 1 - Utilização de ansiolíticos (N05B) e hipnóticos e sedativos (N05C) nos países europeus da OCDE.

Os consumos referem-se a mercados diferentes, consoante o país: 1- mercado compartilhado, não incluindo hospitalar (Luxemburgo, Espanha, Reino Unido, Holanda, Alemanha, Áustria); 2-mercado compartilhado e não compartilhado, não incluindo hospitalar (Portugal, Eslovénia); 3 - mercado compartilhado e não compartilhado, incluindo hospitalar (Islândia, Suécia, Itália, Finlândia, Dinamarca, República Checa, Estónia, Noruega, Eslováquia)

Gráfico 2. Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas, demência e perturbações da ansiedade, entre os utentes inscritos ativos em CSP(%), Portugal continental | 2011-2016, retirado de [33].



Nota: Código ICPC-2-P76. Código SIM@SNS: MOR206.01 FL
Fonte: SPMS/SIARS (dados 2011-2014) e SIM@SNS (dados 2015-2016)

Gráfico 3. Distribuição de benzodiazepinas por género e faixa etária em 2016, retirado de [32]

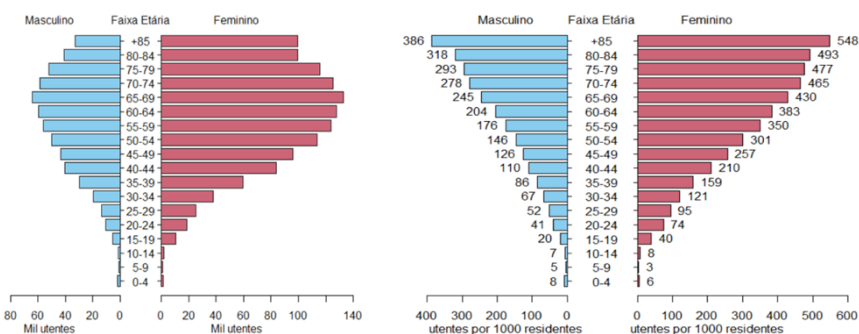


Figura 4 – Distribuição por género e faixa etária dos utentes a quem foi dispensada pelo menos uma vez benzodiazepina ou análogo em 2016.

Figura 5 – Distribuição por género e faixa etária dos utentes a quem foi dispensada pelo menos uma vez benzodiazepina ou análogo em 2016, ajustados à população residente.

Gráfico 4. Consumo de ansiolíticos e antidepressores por género, retirado de [30].

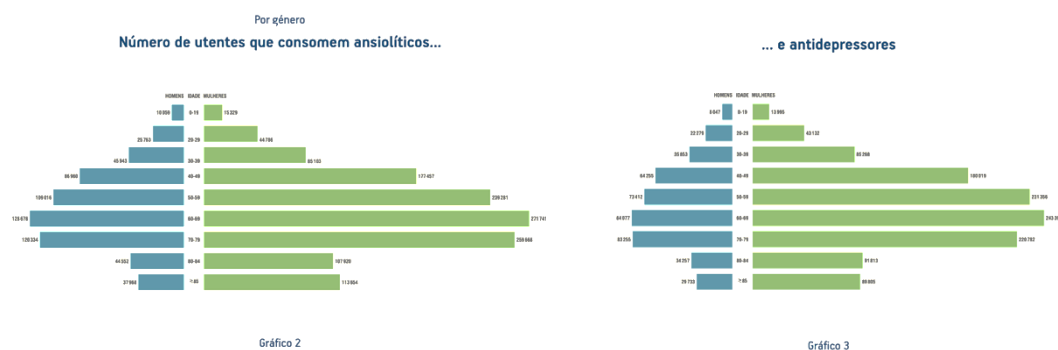


Gráfico 5. Dispensa de benzodiazepinas e análogos em contexto público versus. Privado em 2016, retirado de [32].

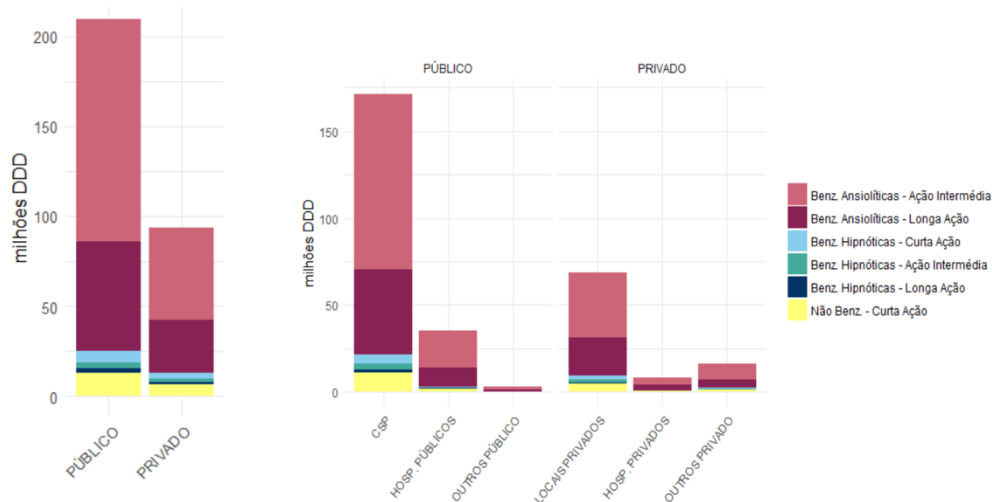


Figura 6 – Utilização (DDD) dispensa em farmácia com origem em instituições privadas e públicas. O segundo gráfico desagrega por tipo de instituição. “Outros públicos” inclui centros atendimento de toxicod dependência, Ministérios da Defesa, Administração Interna e Justiça, Serviços de Urgência Básica. “Outros privados” inclui postos empresa, hemodilise, centros convenionados de MCDT e IPSS.

Gráfico 6. Dispensa de benzodiazepinas e análogos nos cuidados de saúde primários em 2016, retirado de [32].

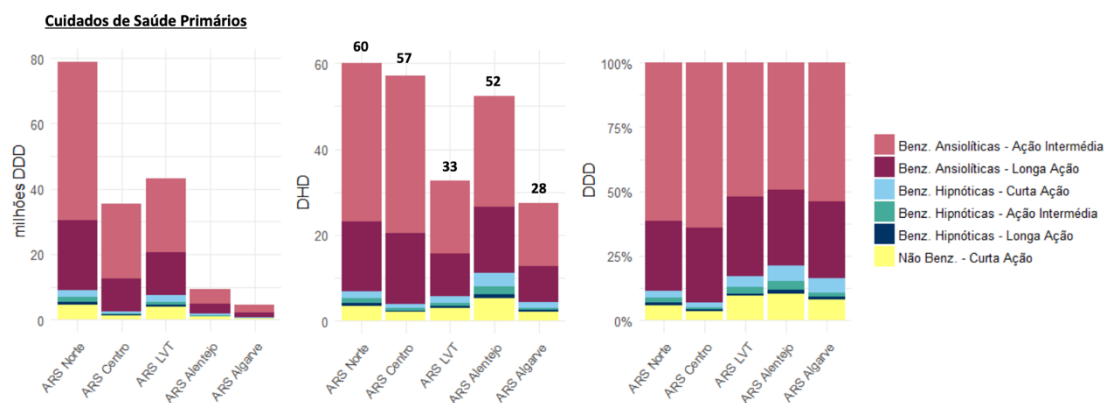


Figura 10 – Utilização de benzodiazepinas e análogos nos Cuidados de Saúde Primários, por ARS.

Gráfico 7. Consumo de medicamentos estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central e psicofármacos (por embalagem) | 2012 – 2016, retirado de [33]

	Quantidade de embalagens prescritas				
	2012	2013	2014	2015	2016
Estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central					
Metilfenidato	-	163.504	339.966	385.759	377.331
Psicofármacos					
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	-	7.345.279	12.011.514	12.868.760	12.971.342
Antipsicóticos	-	2.146.672	3.871.060	4.457.535	4.863.952
Antidepressores	-	5.556.092	9.617.464	10.973.517	11.795.898

Fonte: CCF (Centro de Conferência de Faturas)

Gráfico 8. Evolução da utilização de ansiolítico e antidepressores nos últimos 10 anos, retirado de [30].

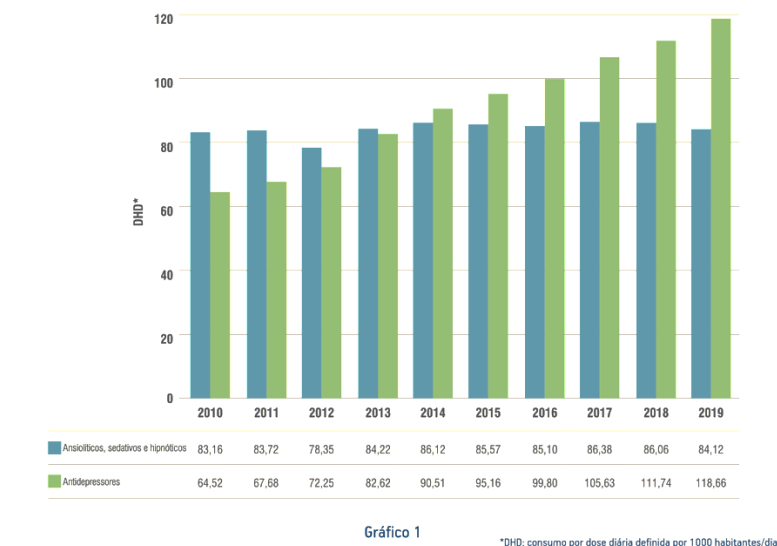
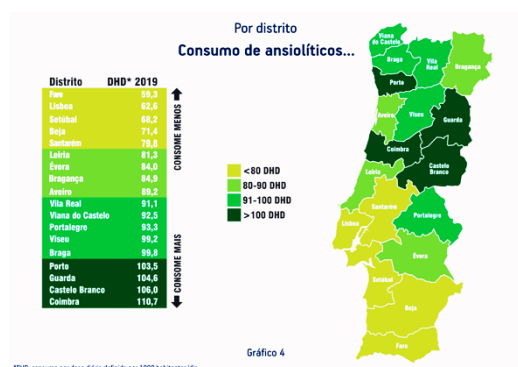


Gráfico 1

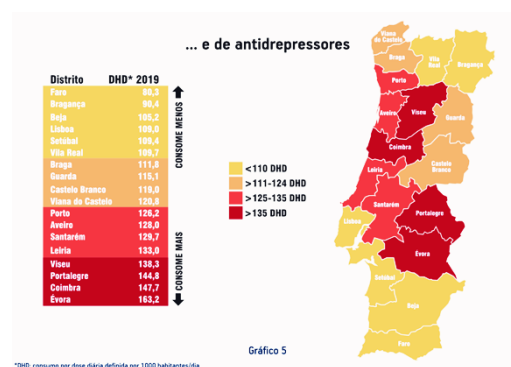
*DHD: consumo por dose diária definida por 1000 habitantes/dia

Gráfico 9. Consumo de ansiolíticos e antidepressores versus. Distribuição Portugal continental, retirado de [30].



*DHD: consumo por dose diária definida por 1000 habitantes/dia

Gráfico 4



*DHD: consumo por dose diária definida por 1000 habitantes/dia

Gráfico 5

Gráfico 10. Consumo de medicamentos estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central e psicofármacos, retirado de [30].

TABELA 2 CONSUMO DE MEDICAMENTOS ESTIMULANTES INESPECÍFICOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PSICOFÁRMACOS (POR DDD) | 2012 - 2016

	DDD consumidas				
	2012	2013	2014	2015	2016
Estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central					
Metilfenidato	5.230.531	6.515.293	7.417.042	7.778.677	7.570.163
Psicofármacos					
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	262.409.042	279.682.685	285.221.543	285.002.965	283.957.914
Antipsicóticos	38.503.145	41.155.475	43.538.359	45.216.745	46.541.333
Antidepressores	263.414.234	298.819.043	325.867.308	341.604.888	358.197.748

Fonte: CCF (Centro de Conferência de Faturas)

Tabela 6. Consumos farmacológicos ao SNS, adaptado de [33].

	2013	2016	Peso nos Encargos
Encargos SNS	117,8 M€	125,1 M€	+ 6,1%
Embalagens	15,2 M	30,0 M	+ 97,3%
Encargos SNS por embalagem	7,7 €	4,2 €	-46,2%

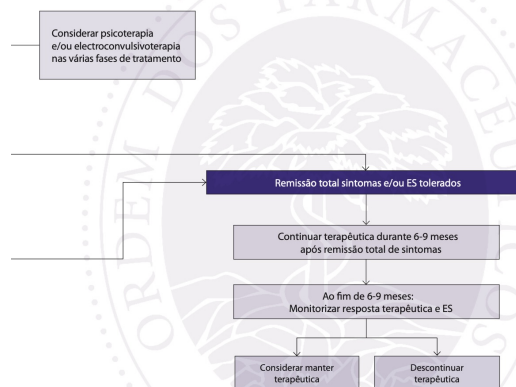
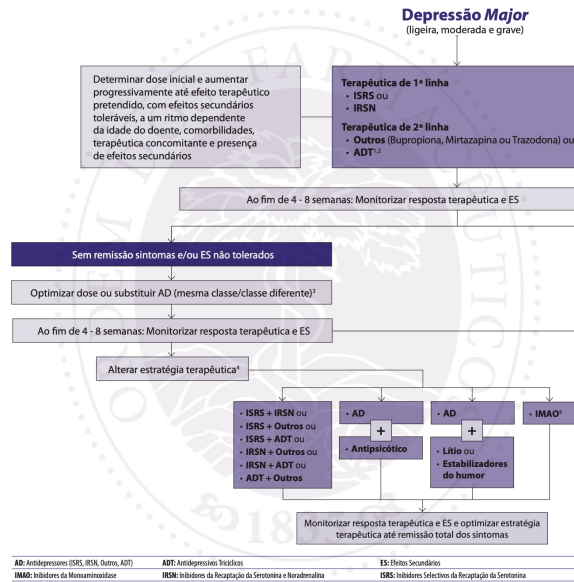
Anexo VII. Benzodiazepinas e análogos

Tabela 7. Benzodiazepinas e análogos no mercado, adaptado a [32], [34], [35], [36].				
Tempo de ação	Substância ativa	Classificação das benzodiazepinas e análogos	Tratamento de 1ª linha	Efeitos adversos
Ação curta (< 8h)	Brotizolam	Hipnótica	Tratamento de insónia persistente/crónica	Reações paradoxais de irritabilidade, agitação, agressividade, sintomatologia psicótica, excitação em demasia ou comportamentos anti-sociais, sintomas de privação e ansiedade <i>rebound</i> Especial atenção em idosos, insuficiência respiratória grave, insuficiência hepática grave, <i>miastenia gravis</i>, apneia do sono, gravidez (teratogenia)
	Midazolam	Hipnótica		
	Triazolam	Hipnótica	Tratamento de insónia persistente/crónica	
	Zopiclone	Não BZ		
	Zolpidem	Não BZ	Tratamento de insónia persistente/crónica	
	Zaleplon	Não BZ		
	Eszopiclone	Não BZ		
	Oxazepam	Ansiolítica	Tratamento de crises de Ansiedade	
	Lorazepam	Ansiolítica	Tratamento de crises de Ansiedade	
	Bromazepam	Ansiolítica	Tratamento de crises de Ansiedade	
Ação Intermédia (8h – 24h)	Alprazolam	Ansiolítica	Tratamento de crises de Ansiedade	
	Nitrazepam	Hipnótica		
	Flunitrazepam	Hipnótica	Tratamento de insónia persistente/crónica	
	Estazolam	Hipnótica	Tratamento de insónia persistente/crónica	
	Lormetazepam	Hipnótica		
	Temazepam	Hipnótica	Tratamento de insónia persistente/crónica	
	Loprazolam	Hipnótica	Tratamento de insónia persistente/crónica	
	Diazepam	Ansiolítica	Tratamento de crises de Ansiedade	
	Clordiazepóxido	Ansiolítica		
	Clorazepato dipotássico	Ansiolítica		
Ação Longa (> 24h)	Clobazam	Ansiolítica		
	Cetazolam	Ansiolítica	Tratamento de crises de Ansiedade	
	Prazepam	Ansiolítica	Tratamento de crises de Ansiedade	
	Halazepam	Ansiolítica		
	Loflazepato de etilo	Ansiolítica		
	Cloxacolam	Ansiolítica		
	Mexazolam	Ansiolítica	Tratamento de crises de Ansiedade	
	Flurazepam	Hipnótica		

Anexo VIII. Antidepressivos

Tabela 8. Antidepressivos atualmente no mercado, adaptado a [30], [38]										
Classe farmacoterapêutica	Fármaco	Neurotransmissor						Efeitos adversos	Contraindicações	Particularidades
		α -adren.	DA	H1	MT	M	NA	5HT		
Ação noradrenérgica e serotoninérgica específica	Mirtazapina	+	-	+	-	-	+	+	Pacientes com sobrepeso; Farmacoterapia com iMAO	Menos efeitos gastrointestinais; Opção viável para idosos; Propriedades sedativas; Não é necessário desmame, mas requer atenção
Agonista do recetor da melatonina e antagonista do recetor da serotonina	Agomelatina	-	-	-	+	-	-	-	Doença hepática; Farmacoterapia com inibidores da CYP450	Res sincroniza os ritmos circadianos; Eficaz no tratamento do stress ansiedade; Não é necessário desmame
Antagonistas e inibidor de recaptação da serotonina	Trazodona	+	-	+	-	-	-	+	Farmacoterapia com iMAO	Geralmente não requer desmame
Antidepressores tricíclicos (ADTs)	Amitriptilina								Evitar consumo de álcool; Evitar em crianças, idosos, obesos e doentes cardíacos; Farmacoterapia com iMAO, outros ADTs, inibidores da CYP450, prolongadores do QT	Fármacos eficazes; múltiplos efeitos secundários; toxicidade em sobredosagem; Não é 1ª linha de tratamento; útil em depressão resistente
	Clomipramina									
	Dosulepina	+	-	+	-	+	+	+		
	Imipramina									
	Maprotilina									
Inibidores da monoaminoxidase (IMAO)	Nortriptilina									
	Moclobemida	-	+	-	-	-	+	+	Farmacoterapia com iMAO, simpaticomiméticos, serotoninérgicos, siligilina, Bupropion, petidina, linezolid, Feocromocitoma; Tireotóxicose	Único inibidor reversível com menos interações fármaco-alimento; Mau perfil de interações fármaco-fármaco; Útil em casos de depressão resistentes
	Duloxetine									
Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSs)	Milnaciprino	-	+	-	-	-	+	+	Farmacoterapia com iMAO; Glaucoma de ângulo fechado	Perfil de reações adversas mais favorável; útil na potenciação pro-cognitiva, em sintomas dolorosos, de hipersónia, astenia e fibromialgia; indicado para depressão resistente a IRSs.
	Venlafaxina									
Inibidor seletivo da recaptação de dopamina e noradrenalina	Bupropion	-	+	-	-	-	+	-	Farmacoterapia com iMAO; Doentes convulsivos, bulímicos, anorexia nervosa, cirrose	Utilizado também na cessão tabágica; Menor probabilidade de disfunção sexual e ganho de peso
Inibidor seletivo da recaptação de noradrenalina (ISRNAs)	Reboxetina	-	-	-	-	-	+	+	Farmacoterapia com iMAO	Inibidor potente e altamente seletivo
Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs)	Citalopram									
	Escitalopram									
	Fluoxetina	-	-	-	-	-	-	+	Aumento da ansiedade, insónias e ataques de pânico; Farmacoterapia com iMAO, tiotiazina, promozide ou tamoxifeno	Eficácia semelhante aos ADTs, melhor tolerabilidade, menor toxicidade; Tratamento de 1ª escolha nas perturbações depressivas; Melhoria da capacidade cognitiva; Potencial ansiolítico sedativo
	Fluvoxamina									
	Paroxetina									
Modelador da serotonina	Sertralina									
	Vortioxetina	-	-	-	-	-	-	+	Farmacoterapia com iMAO	Recente no mercado; Atividade multimodal com efeito antidepressor e ansiolítico e melhoria da função cognitiva
Abreviaturas: α -adren. – α -adrenérgicos ; DA – Dopamina; H1 – Histamina; MT – Melatonina; M – Muscarínicos; NA – Noradrenalina; 5HT – Serotonina; HTA – Hipertensão Arterial										

Anexo IX. Linha de tratamento aconselhada pela Ordem dos Farmacêuticos³⁴



1. Os ADT não estão habitualmente recomendados em doentes com doença cardiovascular, glaucoma de ângulo fechado, retenção urinária, hipertrofia da próstata e distúrbios alimentares com má nutrição significativa. Nos doentes idosos, os ADT podem exacerbar hipotensão ortostática, resultando em síncope ou quedas.
2. Os ADT estão associados a efeitos secundários abrangentes, nomeadamente efeitos anticolinérgicos, cardiovasculares e neurológicos e, ainda, a toxicidade em caso de sobredosagem, pelo que não são habitualmente utilizados como terapêutica de 1ª linha.
3. Considerar substituir por um AD de uma classe terapêutica diferente após terem sido utilizados, sem resultado, 2 fármacos da mesma classe terapêutica.
4. Considerar substituir por um AD de uma classe terapêutica diferente, associar dois AD de classes terapêuticas diferentes ou associar um AD a um medicamento de outro grupo terapêutico (ex.: antipsicóticos, lítio).
5. Os IMAO não estão recomendados como terapêutica de 1ª linha devido ao risco de crise hipertensiva, devendo ser reservados para doentes que não respondem à terapêutica com outros AD ou para doentes com sintomas atípicos.

RECOMENDAÇÕES

- Factores a considerar na selecção da terapêutica antidepressora:
 - Preferências do doente
 - Resposta à terapêutica antidepressora em situações anteriores
 - Eficácia e efectividade relativas
 - Reações adversas e segurança/tolerância individuais
 - Comorbilidades associadas ou outras situações psiquiátricas
 - Semi-vida dos fármacos
 - Interações medicamentosas
 - Custo
- Em caso de ansiedade pronunciada ou insónia persistente considerar associar ansiolíticos sedativos e hipnóticos (ex.: benzodiazepinas).
- Em doentes com ideação suicida utilizar fármacos com melhor perfil de segurança em caso de sobredosagem (ex.: IRSR, Bupropiona e Mirtazapina).

RECOMENDAÇÕES PARA ALGUNS SUBTIPOS DE DEPRESSÃO

- Depressão com características psicóticas:**
- A associação de um AD e um Antipsicótico pode ser um tratamento mais efectivo do que a utilização de cada um destes grupos terapêuticos em monoterapia
 - Os ADT são mais efectivos que os outros AD no tratamento da depressão com componente psicótica
- Depressão com características melancólicas:**
- Os IRSN e os ADT podem ter vantagens sobre os IRSR na terapêutica desta situação
- Depressão com características atípicas:**
- Os IMAO têm maior eficácia do que os ADT no tratamento da depressão *major* com características atípicas

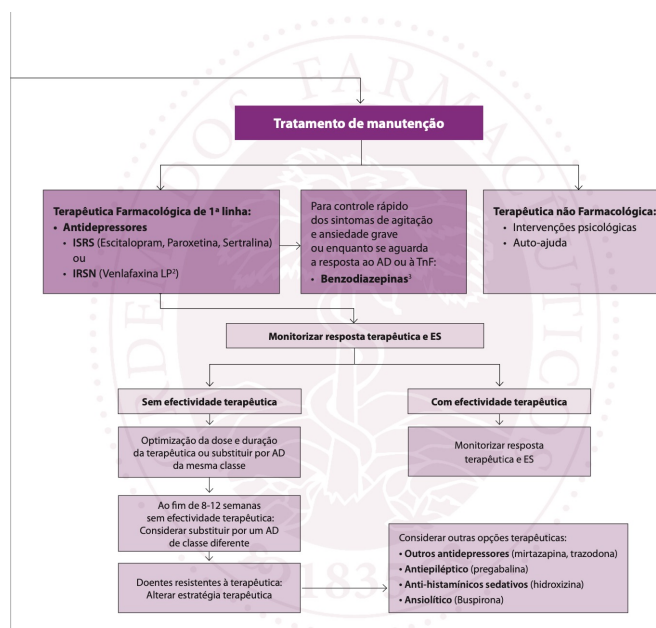
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)



AD: Antidepressor	ADT: Antidepressivo Tricíclico	ES: Efeito Secundário	IRSN: Inibidor da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina
ISRS: Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina	LP: Libertação Prolongada	Tnf: Terapêutica não Farmacológica	

1. Incertezas no diagnóstico: comorbilidade psiquiátrica ou orgânica; ideação suicida; persistência de ansiedade elevada por mais de 12 semanas de tratamento; sintomas muito incapacitantes (adaptação social e/ou laboral)

2. Não recomendada, no caso de risco elevado de arritmias cardíacas, enfarte do miocárdio recente e hipertensão não controlada (efeitos cardiotoxicos e hipertensivos, especialmente no caso de doses >75mg/dia)



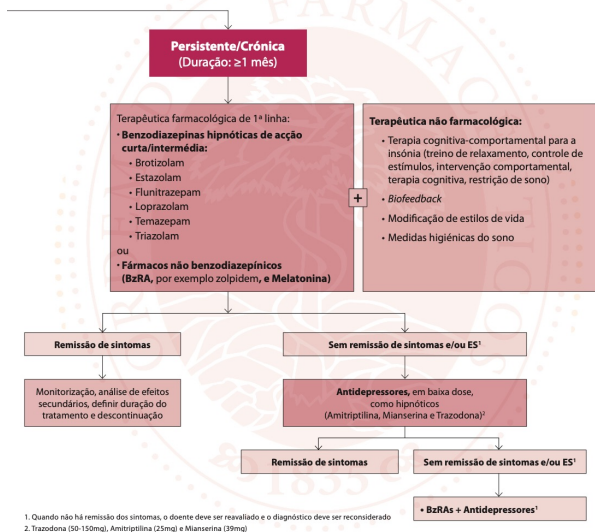
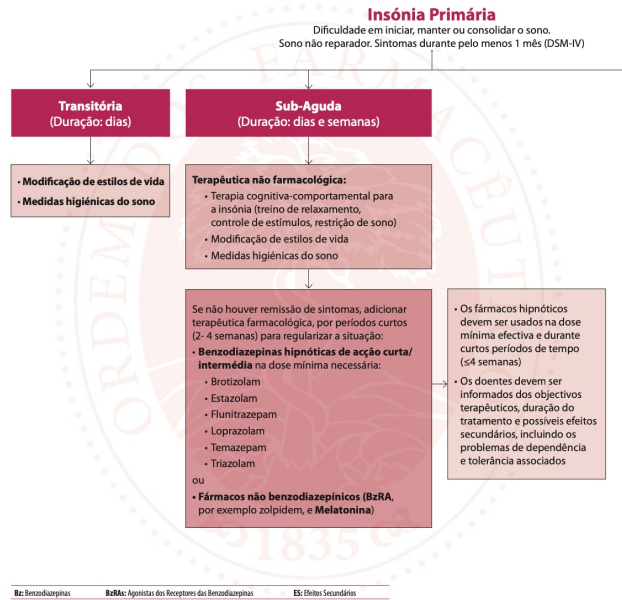
RECOMENDAÇÕES

- Factores a considerar na selecção terapêutica:
 - Idade
 - Tratamento prévio
 - Risco de ideação suicida
 - Tolerância
 - Possíveis interacções medicamentosas
 - Gravidez
 - Preferência do doente
- Informações importantes para o doente:
 - Possíveis efeitos secundários
 - Possíveis sintomas de síndrome de abstinência
 - Efeito da terapêutica não é imediato
 - Duração de tratamento
 - Necessidade de adesão à terapêutica
- No tratamento da PAG, não está recomendado a utilização de bloqueadores β (Propranolol).

Bibliografia:

As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da Internet de organizações específicas) que os autores deste Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

- Canadian Psychiatric Association. **Clinical Practice Guidelines – Management of Anxiety Disorders**. The Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 51 nº 8 Suppl 2 (2006).
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2008. **Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria**.
- PALOMO, T.; JIMÉNEZ-ARRIERO, M.A. **Manual de Psiquiatria**. 2009, p. 231-242; 377-390; 718-729.



Anexo X. Exemplo de Inquérito – Utente da ERPI**INQUÉRITO – UTENTE DA ERPI - D. DIOGO DE SOUSA**

1. Nome Identificativo (NG + nº do utente – exemplo, NG01, NG02): NG____
2. Idade: ____ anos
3. Sexo? Colocar um (X) no respetivo. ☐ feminino ☐ masculino
4. Estado do utente? Colocar um (X) no respetivo. ☐ acamado ☐ ativo
5. Presença ativa de Familiares? Colocar um (X) no respetivo. ☐ Sim ☐ Não
6. Prática de atividade física? Colocar um (X) no respetivo. ☐ Sim ☐ Não
7. Possui alguma patologia? Colocar um (X) no respetivo. ☐ Sim ☐ Não

7.1. Se sim, qual ou quais? _____

9. Em relação aos Antidepressivos:

9.1. Toma? Colocar um (X) no respetivo. ☐ Sim ☐ Não

9.2. Quais toma? Enumere.

Fármaco

10. Houve uma alteração do(s) antidepressivo(s) desde a chegada da COVID-19 a Portugal, em março de 2020? Colocar um (X) no respetivo. ☐ Sim ☐ Não

10.1. Qual foi a alteração? Enumere.

Fármaco	Dose	Posologia



11. Em relação aos Ansiolíticos/Benzodiazepinas:

11.1. Toma? Colocar um (X) no respetivo. ☐ Sim ☐ Não

11.2. Quais toma? Enumere.

Fármaco

12. Houve uma alteração do(s) ansiolítico(s)/benzodiazepina(s) desde a chegada da COVID-19 a Portugal, em março de 2020? Colocar um (X) no respetivo.

☐ Sim ☐ Não

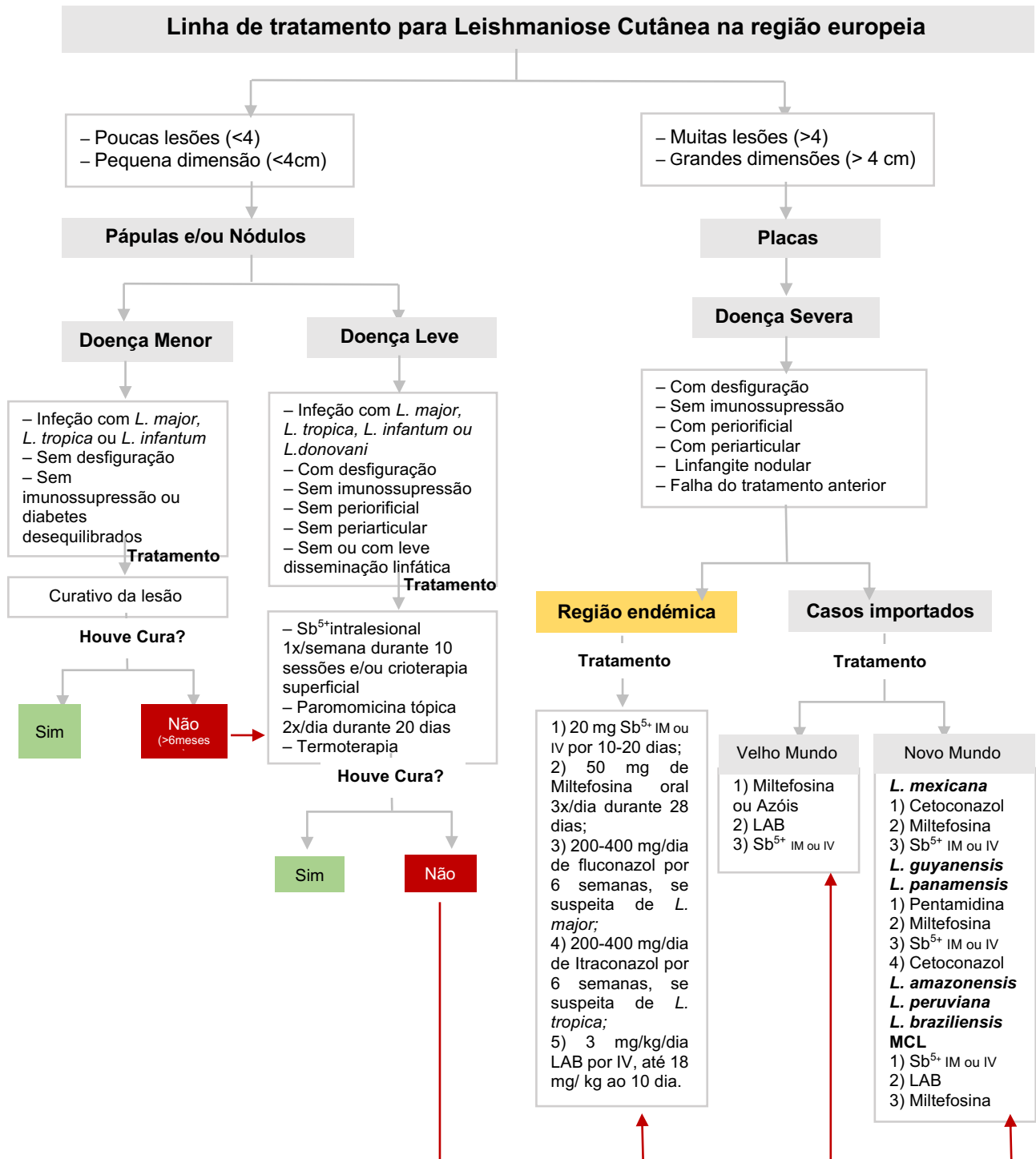
12.1. Qual foi a alteração? Enumere.

Fármaco	Dose	Posologia

O28																			

Anexo XII. Leishmaniose Cutânea

Esquema 1. Tratamento para a Leishmaniose Cutânea implementada na região europeia, adaptado a [59]



Anexo XIII. Farmacoterapia utilizada na região europeia da OMS para tratamento da Leishmaniose Cutânea

Tabela 9. Tratamento sistémico utilizado na região europeia da OMS para tratamento da Leishmaniose Cutânea.

Fármaco		Dose recomendada	Contraindicações	Monitorização	Efeitos colaterais
Antimoniais pentavalentes	Glucantime (81mg/ Sb ⁵⁺ / mL) * mais utilizado nos países mediterrânicos ** Glucantime, solução injetável em ampolas de 5 ml contendo 405 mg de Sb ⁵⁺ comercializado pela Sanofi-Aventis	Administração IM ou IV de 20 mg Sb ⁵⁺ /kg/dia por 20 dias	– Pacientes com mais de 60 anos de idade – Risco de toxicidade grave ou fatal em portadores de doenças cardíacas, hepáticas, renais, infeção avançada com HIV, desnutrição grave e Gravidez.	– Hemograma completo – Testes de função hepática (ALT, Fosfatase alcalina, AST) – Amilase e lípase séricas – Testes de função renal (incluindo ureia e creatinina) – ECG (atenção ao QTc, segmentos ST côncavos e/ou arritmias relevantes)	– RAM: náuseas, anorexia, artralgia, mialgia, dor local, fadiga e dor abdominal. – Valores bioquímicos alterados: amilase elevada (pancreatite bioquímica), enzimas hepáticas elevadas (hepatite bioquímica), leucopenia /anemia /trombocitopenia, IR. – Alterações no ECG: prolongamento do segmento ST, alteração da onda T, segmento ST côncavo.
	Pentostam (100 mg Sb ⁵⁺ /ml)				

IM – via intramuscular; IN – via Intravenosa; IR – insuficiência renal; ECG – eletrocardiograma; HIV – Vírus da imunodeficiência Humana; RAM – Reações adversas a medicamentos; ALT – Alanina aminotransferase; AST – Aspartato aminotransferase;

Anexo XIV. Farmacoterapia utilizada na região europeia da OMS para tratamento da Leishmaniose Visceral

Tabela 10. Farmacoterapia utilizada na região europeia da OMS para tratamento da Leishmaniose Visceral.

Linha de tratamento	Fármaco	Dose recomendada		Vantagens	Desvantagens	Precauções
1ª linha	Anfotericina B lipossomal (LAB)	Pop. Adulta	3-5 mg/kg/dia por IV, até uma dose total de 18-30 mg/kg	– Maior eficácia e baixa toxicidade; – Metabolismo e excreção renal e biliar pouco extensa; – Redução nº de hospitalizações; – Tratamento usado em recidivas quando antimoniais falham; – Terapia sistémica segura para grupos de risco: imunossuprimidos, grávidas, em lactação e idosos.	– Preço elevado – RAM: Possível pseudoalergia desencadeada pela ativação do complemento induzida por lipossomas.	– Exames de monitorização: Valores séricos de aminotransferase, lipase, amilase, potássio, creatinina, BUN, glicose, hemograma completo (CBC) e ECG. – Fármacos devem ser interrompidos e/ou evitados se: QTc exceder os 0,50 s, segmentos ST côncavos, arritmias relevantes ou pancreatites moderadas a graves.
2ª escolha	Antimoniais pentavalentes Glucantime (81mg/ SB⁵⁷/mL) * mais utilizado nos países mediterrânicos Pentostam (100 mg SB⁵⁷/ml)	Pop. Pediátrica	3-5 mg/kg/dia por IV, até uma dose total de 18-20 mg/kg	Mais económico	– T½ curto e rapidamente excretados na urina; – Evitar administração em pacientes com IR grave, imunossuprimidos graves, e idosos (danos renais, pancreáticos e cardíacos, com aumento da taxa de mortalidade); – Proibido administrar na gravidez (aborto espontâneo, parto prematuro e encefalopatia hepática).	– Fármacos devem ser interrompidos e/ou evitados se: QTc exceder os 0,50 s, segmentos ST côncavos, arritmias relevantes ou pancreatites moderadas a graves.
3ª linha	Dosoxicolato de anfotericina B (ABD)		0,75 – 1,0 mg/kg/dia por IV diariamente ou em dias alternados para 20-30 doses, para uma dose total de 2-3 g.	Mais económica comparativamente à LAB	– Possui maior toxicidade e menor eficácia comparativamente à LAB; – RAM: hipocalcémia, cefaleias, náuseas, vômitos, febre, mialgias, cólicas abdominais, hipomagnesémia, nefrotoxicidade, anemia; – Necessário uma pré-medicação com solução salina.	– Paciente imunossuprimidos em estadio avançado podem desenvolver pancreatite ou hepatotoxicidade de citopenia, e dor e abscessos estéréis nos locais da injeção IM.
	Isetionato de pentamidina		Administração IM ou IV a 4mg/kg/dia em dias alternados ou 3x por semana, para 15-20 doses.		– Devido à eficácia reduzida e toxicidade grave, houve abandono da terapêutica na Europa, exceto na terapia de manutenção preventiva de pacientes co-infectados com VL-HIV.	

IR – insuficiência renal; IV – intravenosa; IM – intramuscular; ECG – eletrocardiograma; RAM – reações adversas a medicamentos

Anexo XV. Manifestações clínicas da Leishmaniose canina

Tabela 11. Manifestações clínicas da Leishmaniose canina, adaptado a [55]

GERAIS	• Linfadenomegalia generalizada • Perda de peso corporal • Diminuição ou aumento do apetite • Letargia • Membranas mucosas pálidas • Esplenomegalia • Poliúria e polidipsia • Febre • Vômito • Diarreia
CUTÂNEAS	• Dermatite esfoliativa não prurítica (com ou sem alopecia), erosiva/ulcerativa (no plano nasal, almofadas plantares, proeminências ósseas e junções mucocutâneas), nodular, papular ou postular • Onicogribose
OCULARES	• Blefarite (esfoliativa, ulcerativa ou nodular) e conjuntivite (nodular) • Ceratoconjuntivite comum ou seca • Uveíte anterior • Edoftalmite
OUTRAS	• Lesões ulcerativas ou nodulares mucocutâneas e das mucosas (oral, genital e nasal) • Epistaxe • Claudicação (poliartrite erosiva ou não erosiva, osteomielite e poliomyosite) • Miosite atrófica dos músculos mastigadores • Vasculopatias (vasculite sistémica e tromboembolismo arterial) • Alterações neurológicas • Distúrbios cardiorrespiratórios (miocardite, síncope, tosse crónica)

Anexo XVI. Estado Clínico, Prognóstico e Farmacoterapia da Leishmaniose canina**Tabela 12. Estado Clínico, Prognóstico e Farmacoterapia da Leishmaniose canina, adaptado a [55], [56]**

Estádio clínico	Prognóstico	Serologia	Sinais Clínicos	Resultados laboratoriais	Tratamento
I Doença ligeira	Bom	Níveis de AC negativos e positivos baixos	Ligeiros (linfadenomegalia isolada ou dermatite papular)	Sem alterações laboratoriais significativas	– Nenhum tratamento – Alopurinol – Domperidona – Antimoniato de meglumina – Miltefosina/alopurinol + antimoniato de meglumina – Alopurinol + miltefosina
II Doença Moderada	Bom a Reservado	Níveis de AC positivos baixos a altos	– Sinais do estadio I – Linfadenomegalia generalizada – Dermatite esfoliativa – Onicogribose – Dermatites ulcerativas – Perda de peso – Anorexia	– Anemia não regenerativa ligeira – Hiperagmaglobulinemia – Hipoalbuminemia – Síndrome de hiperviscosidade sérica – Subestadios: • Perfil renal normal, com Creatinina < 1,4 mg/dl e UCP < 0,5 (não proténico). • Perfil renal comprometido, com Creatinina < 1,4 mg/dl e UCP: 0,5 – 1,0.	– Alopurinol + antimoniato de meglumina – Alopurinol + miltefosina
III Doença Grave	Reservado a Mau	Níveis de AC positivos médios a altos	– Sinais do estadio I e II; – Lesões por imunocomplexos, como uveíte e glomerulonefrite;	– Alterações do estágio II – DRC com UCP = 1 -5 e/ou creatinina 2 mg/dl.	– Alopurinol + antimoniato de meglumina – Alopurinol + miltefosina – Seguir os guias da IRIS
IV Doença muito grave	Mau	Níveis de AC positivos médios a altos	– Sinais do estadio III; – Tromboembolismo pulmonar; – Síndrome nefrótica; – Doença renal em estadio final.	– Alterações do estadio III: DRC com creatinina 2,1 – 5 mg/dl. – Estadio IV (creatinina > 5mg/dl) ou síndrome nefrótica: proteinúria acentuada com UPC > 5.	– Instituir tratamento específico – Seguir os guias da IRIS

UPC – rácio proteína/creatinina urinário, melhor método para detetar/quantificar a proteinúria no cão, devido à sua sensibilidade e especificidade; DRC – Doença renal crónica; IRIS – International Renal Interest Society.

*Anexo XVII. Tratamento secundário da Leishmaniose canina***Tabela 13. Tratamento farmacológico e não farmacológico secundário**

Tratamento Mecânico	Colar isabelino	
Tratamento Nutricional	Ração específica (hipoalérgica, função renal, entre outras)	
Tratamento Tópico	Tosquia	
	Banhos à base de clorhexidina, cetoconazol, miconazol	
	Cremes/Loções anti-micóticas à base de clotrimazol, enilconazol, cetoconazol	
	Cremes/pomadas com antibiótico associadas a corticosteróides	
Tratamento Sistémico	Dermatofitoses	Griseofulvina, Cetoconazol; Itraconazol; Terbinafina, entre outros
	Piodermas	Antibióticos como a cefalexina, Amoxicilina + Ácido Clavulânico
	Prurido	Corticosteroides, como a Prednisolona 0,5 -1 mg kg SID

XVIII. Farmacoterapia para Leishmaniose Canina

Tabela 14 - Farmacoterapia usada no tratamento da Leishmaniose canina (LC), na região europeia.

Fármaco		Mecanismo de ação	Tratamento <i>standard</i>	Vantagens	Efeitos Adversos
Antimoniais Pentavalentes	Antimoniato de meglumina (Glucantime, Leishmaster) 1ª escolha	Inibição das enzimas protozoárias responsáveis pela glicólise e oxidação de ácidos gordos, bloqueando o metabolismo.	75 a 100 mg/kg, SC, a SID ou 40 a 75 mg/kg, SC, BID, durante 3-6 semanas.		- Principal potencial nefrotoxicidade - Pode ocorrer cardiotoxicidade e hepatotoxicidade - Dor e inflamação no local da injeção (claudicações, inflamações locais e tromboflebitas); 80% excretado na urina ao final de 9h após administração; - Acumulação de compostos tóxicos vestigiais no organismo; - Dispendioso a longo prazo; - Probabilidade de resistências.
	Anti-protozoário	Inibição da penetração da <i>Leishmania spp.</i> nos macrófagos, através da interação com glicosomas e âncoras de glicosil-fosfatidil-inositol, inibindo a fosfolipase C perturbando a transdução do sinal da membrana.	2 mg/kg, PO, SID, durante 28 dias	Baixa toxicidade	Efeitos gastrointestinais (como vômito e diarreia) Efeito teratogénico (contraindicada em cadelas gestantes) Diminuição da fertilidade canina masculina
	Antibiótico aminoglicosídeo	Modificação da síntese proteica do parasita	5 mg/Kg, IM ou SC, BID, durante 3-4 semanas		Alta nefro e ototoxicidade (não é tratamento de 1ª escolha)
	Análogos das purinas	Metabolização e incorporação do alopurinol no ARN da <i>Leishmania spp.</i> , com consequentes alterações na tradução proteica e interrupção da multiplicação parasitária.	10 mg/kg, PO, BID, durante pelo menos 6-12 meses	- Pouco dispendioso - Poucos efeitos adversos - Usado em combinação com antimoniais Pentavalentes, atuando sinergicamente, para prevenção de recidivas – 1ª linha de tratamento de LC.	Urolitíase por xantinas
Antagonista da dopamina	Domperidona	Promoção da libertação de serotonina, com estimulação da produção de prolactina, desencadeando uma resposta imunitária celular do tipo Th1, com ativação dos macrófagos e morte celular.	0,5 mg/kg PO, SID, durante 1 mês (repetir processo de 4 em 4 meses)	- Não é dispendioso - Utilizado em insuficientes renais	Galactorreia

IM- intramuscular; SC – subcutâneo; EV- endovenosa; PO – administração por via Oral; SID: a cada 24h; BID – a cada 12h; ARN – ácido ribonucleico

Anexo XIX. Mini-teste formativo**QUESTIONÁRIO****O papel do Farmacêutico na literacia em saúde: LEISHMANIOSE, a doença negligenciada**

1. A Leishmaniose é uma doença: (Selecione a opção ou as opções possíveis)

- ☐ Animal
- ☐ Zoonótica
- ☐ Não Infeciosa
- ☐ Parasitária
- ☐ Endémica em países desenvolvidos
- ☐ Endémica em países em desenvolvimento
- ☐ Transmissão vectorial
- ☐ Transmissão não vectorial

2. Qual ou quais o(s) tipo(s) de Leishmaniose Humana de notificação obrigatória?

- ☐ Leishmaniose Cutânea
- ☐ Leishmaniose Visceral
- ☐ Leishmaniose Visceral e Cutânea
- ☐ Nenhuma das anteriores

3. A espécie de Leishmania predominante em Portugal é?

- ☐ *Leishmania chagasi*
- ☐ *Leishmania donovani*
- ☐ *Leishmania infantum*
- ☐ *Leishmania major*
- ☐ *Leishmania tropica*

4. Na Leishmaniose Humana, qual o grupo de risco mais comum nos países europeus?

- ☐ Imunocomprometidos
- ☐ Crianças com idades inferiores a 5 anos
- ☐ Idosos com mais de 65 anos
- ☐ Nenhuma das anteriores

5. Relativamente ao desenvolvimento da Leishmaniose humana e canina, esta é maioritariamente:

- ☐ Sintomática
- ☐ Assintomática

6. Qual o tratamento farmacológico de eleição da Leishmaniose humana?

- ☐ Anfotericina B lipossomal
- ☐ Agentes antiamoniais pentavalentes (Glucantime ou Pentostan)
- ☐ Milfosina (Milteforan)
- ☐ Alopurinol



7. Qual o tratamento farmacológico de eleição da Leishmaniose canina?

- ☐ Alopurinol + Antimoniato de Meglumina
- ☐ Alopurinol + Cefalexina
- ☐ Alopurinol + Domperidona
- ☐ Alopurinol + Miltefosina
- ☐ Nenhum dos anteriores

8. Quais o efeito adverso mais comum na Leishmaniose humana e leishmaniose canina derivado da farmacoterapia?

- ☐ Cardiotoxicidade
- ☐ Nefrotoxicidade
- ☐ Hipocalémia
- ☐ Urolitíase

9. Qual é o método de prevenção ao combate à infeção do reservatório mais utilizado?

- ☐ Desparasitação
- ☐ Eutanásia
- ☐ Inseticidas
- ☐ Tratamento farmacológico
- ☐ Vacinação

10. A vacina deve ser administrada quando?

- ☐ Administradas a cães saudáveis e seronegativos com, pelo menos, 6 meses de idade e anualmente.
- ☐ Administradas a cães saudáveis e seronegativos com, pelo menos, 1 ano de idade e anualmente.
- ☐ Administradas a cães saudáveis e seronegativos com, pelo menos, 6 meses de idade e de 2 em 2 anos.
- ☐ Administradas a cães saudáveis e seronegativos com, pelo menos, 1 ano de idade e 2 em 2 anos.

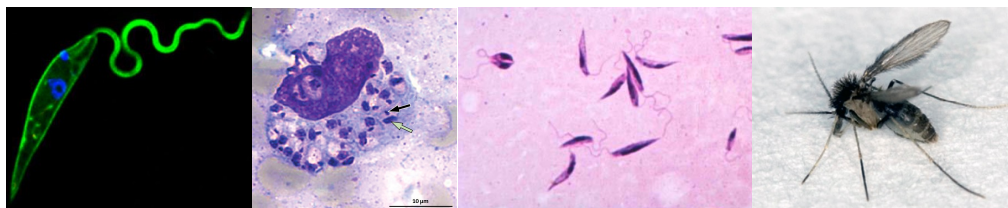
11. Quando se deve fazer a desparasitação externa?

- ☐ Mensal
- ☐ Períodos de maior pico de atividade (primavera e outono)
- ☐ Trimestral
- ☐ Nenhuma das respostas anteriores

Anexo XX. Apresentação “O papel do Farmacêutico na Literacia em Saúde: LEISHMANIOSE, a doença negligenciada



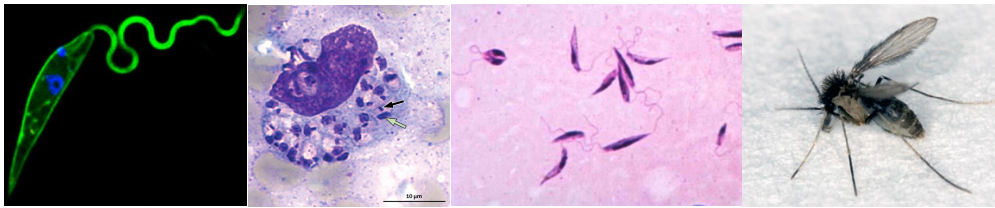
O papel do Farmacêutico na Literacia em Saúde: LEISHMANIOSE, a doença negligenciada



“Estas parasitoses constituem um grave problema veterinário e de saúde pública, em particular nos países da bacia mediterrânica.”

[Campino & Maia, 2013]

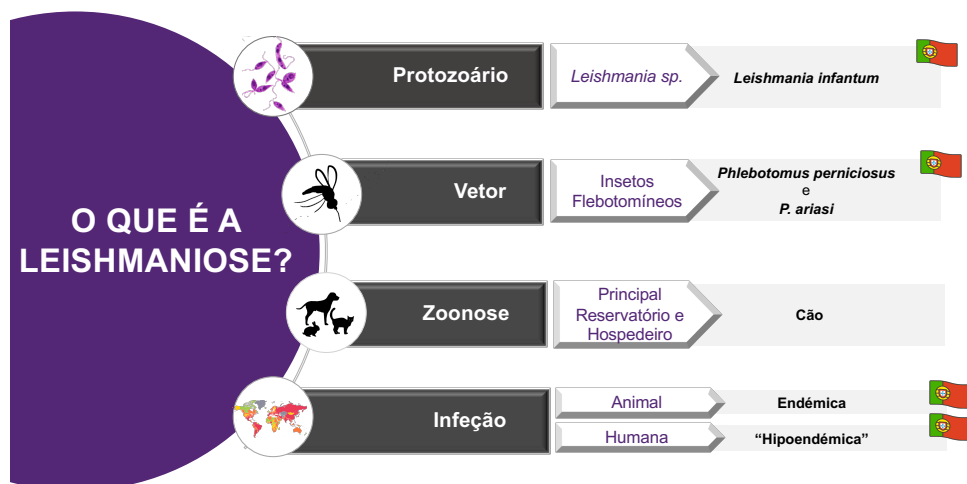




PONTOS-CHAVE

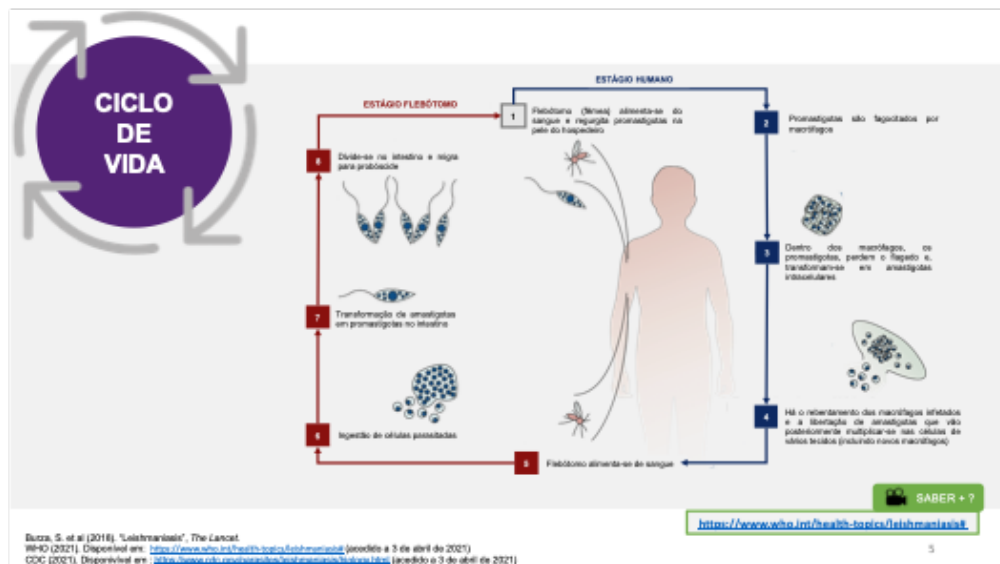


2

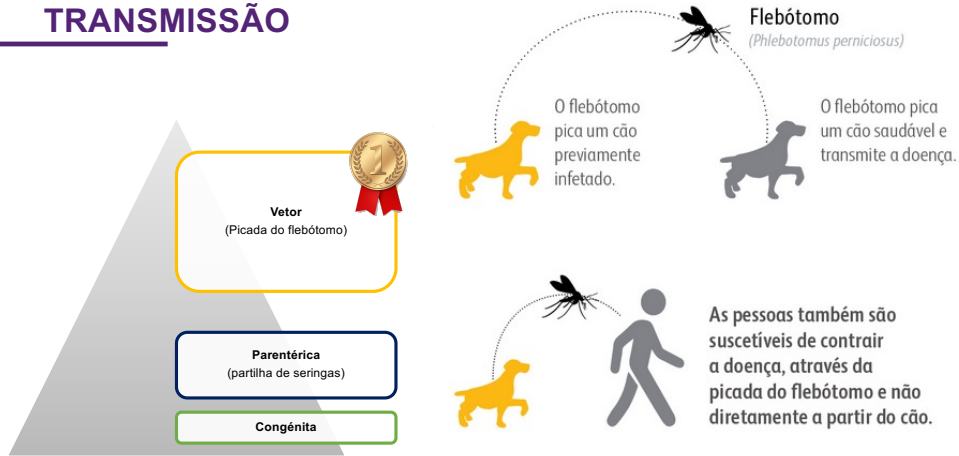


Maia, C. and Campino, L. (2014). "Leishmaniose em Portugal no início do século XXI", *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical Saúde Global e Doenças Tropicais*, Vol. 13, pp. 25-28, Lisboa.
Burza, S. et al (2018). "Leishmaniasis", *The Lancet*.

3



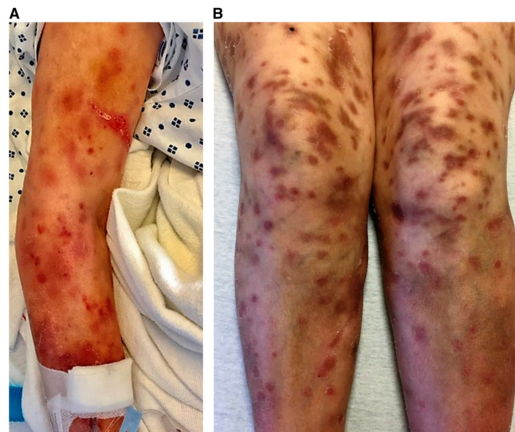
TRANSMISSÃO



6

EXEMPLO DE CASO CLÍNICO

PALPITES DE POSSÍVEIS PATOLOGIAS E/OU DIAGNÓSTICO?



7

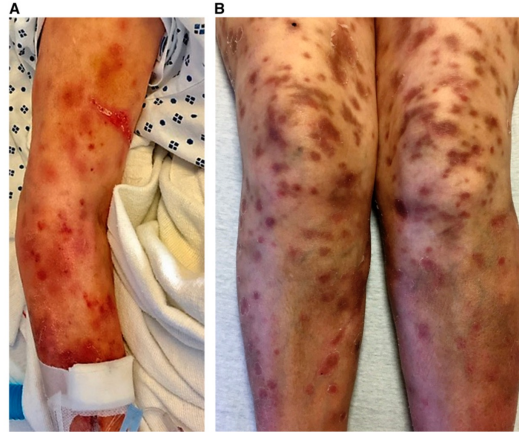
Inicialmente diagnosticado como

**Doença granulomatosa
idiopática da linha média**



**1º PROBLEMA
Diagnóstico
tardio**

**Leishmaniose
mucocutânea**



Tejura, N. et al (2019). "Case Report: Mucocutaneous Leishmaniasis Masquerading as Idiopathic Midline Granulomatous Disease", Am. J. Trop. Med. Hyg., Vol. 101, pp. 1107-1110.

8

**LEISHMANIOSE
HUMANA**



9

LEGISLAÇÃO



Lista de doenças transmissíveis de notificação obrigatória (Despacho n.º 15385-A/2016 de 21 de dezembro)

Grupo de Declaração Obrigatória					
Botulismo	Doença Invasiva Pneumocócica	Hepatite B	Paratifoide Aguda	Tétano, incluindo Tétano Neonatal	
Brucelose	Doença Invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	Hepatite C	Peritifoide Epidémica	Tétano Neonatal	
Campylobacteriose	Difteria	Hepatite E	Peste	Tosse Convulsa	
Cela	Espirococcose/Hidradrose	Infecção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)	Poliovírus Aguda	Trasplasma Congénita	
Criptosporidiose	Febre amarela	Infecção por <i>Bacillus anthracis</i>	Rubeola	Tripanosomose	
Dengue	Febre Escarlatina (<i>Streptococcus</i>)	Infecção por <i>Chlamydia trachomatis</i> , incluindo <i>Chlamydia trachomatis</i> serotipo 4	Rubeola Congénita	Tuberculose	
Distúrbio	Febre Q	Infecção por <i>Escherichia coli</i> produtora de Shiga (<i>Stx</i>) ou <i>Stx</i> (<i>Stx</i>)	Rubeola, incluindo congénita	Tuberculose	
Doença de Chagas (<i>Trypanosoma</i>)	Febre Tifóide e Febre Paratífóide	Infecção por vírus da Nilo Ocidental	Sarampo	Varicela	
Doença de Chagas (<i>Trypanosoma</i>)	Febre hemorrágica viral e Febre por arbovírus	Infecção por vírus Zika	Sarampo	Vire (incluindo pelo vírus da imunodeficiência humana) (HIV)	
Doença de Hansen (Lepre)	Giardíase	Leishmaniose Visceral	Shingles	Varicela	
Doença de Lyme (<i>Borrelia</i>)	Gonorréia	Leishmaniose	Sífilis Congénita	Resistência aos antimicrobianos	
Doença dos Legionários	Gripe Não Sazonal	Lisiose	Sífilis, incluindo Sífilis congénita		
Doença Invasiva Meningocócica	Hepatite A	Máscar	Síndrome Respiratória Aguda - SARS		

SABER +

Despacho atual: Despacho n.º12513-B/2019

Leishmaniose Visceral

Crítérios clínicos

Pessoa com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Febre;
- Má-estar geral;
- Anorexia;
- Perda de peso;
- Espenomegalia (de grandes dimensões) mole e indolor;
- Hepatomegalia moderada;
- Adenopatias inguinais e cervicais;
- Anemia;
- Trombocitopenia.

Crítérios laboratoriais

Crítérios laboratoriais para confirmação do caso:

- Isolamento de *Leishmania* spp. a partir de uma amostra biológica;
- Demonstração da presença de *Leishmania* spp. numa amostra biológica.

Crítérios laboratoriais de caso provável:

Detecção de anticorpos para *Leishmania* spp. por imunofluorescência indireta ou ELISA.

Crítérios epidemiológicos

Ligação epidemiológica a animais com infeção (residência ou visita em áreas onde a *Leishmaniose* é endémica em cães).

Definição de caso

Caso provável

Não aplicável

Caso provável

Pessoa com critérios clínicos e epidemiológicos

Ou

Pessoa que preenche os critérios clínicos e laboratoriais de caso provável.

Caso confirmado

Pessoa com critérios clínicos e laboratoriais de confirmação do caso.

Despacho n.º 15385-A/2016 a 21 de Dezembro, Diário da República, 2.ª série, n.º 243, Lisboa.
Despacho n.º 12513-B/2019 a 31 de Dezembro, Diário da República, 2.ª série, n.º 243, Lisboa.

10

GRUPOS DE RISCO

- Imunossuprimidos (HIV, diabetes, anemia, tuberculose, entre outros)
- Viajantes
- Crianças
- Idosos
- Malnutridos

Subgenus	Clinical form	Main clinical features	Natural progression	Risk groups	Main reservoir	High-burden countries or regions	Estimated annual worldwide incidence
<i>Leishmania infantum</i> *	<i>Leishmania</i> VL and CL	Persistent fever and splenomegaly in VL; typically single nodules and minimal inflammation in CL	VL is fatal within 2 years; CL lesions self-heal within 1 year and confers individual immunity	Children under 5 years and immunocompromised adults for VL; older children and young adults for CL	Dogs, hares, and humans	China, southern Europe, Brazil, and South America for VL and CL; Central America for CL	6200-12 000 cases of Old World VL and 4500-6800 cases of New World VL; unknown number of CL cases

VL=visceral leishmaniasis. PKDL=post-kala-azar dermal leishmaniasis. CL=cutaneous leishmaniasis. LR=leishmaniasis recidivans. DCL=diffuse cutaneous leishmaniasis. DsCL=disseminated cutaneous leishmaniasis. MCL=mucocutaneous leishmaniasis. *Old World leishmaniasis. †New World leishmaniasis. ‡Estimates are of all New World leishmaniasis, with *Leishmania braziliensis* comprising the vast majority of these cases.

Table 1: Clinical and epidemiological characteristics of the main *Leishmania* species

Burza, S. et al (2018). "Leishmaniasis", *The Lancet*.
Akuffo, H. et al (2018). "New insights into leishmaniasis in the immunosuppressed", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, Vol. 12.

11

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Leishmaniose Visceral



↑ % de portadores de LV são assintomáticos

Pós Kala-Azar Dermal Leishmaniasis (PKDL)

Erupções cutâneas hipopigmentadas macular, maculopapular e nodular, após recuperação da LV

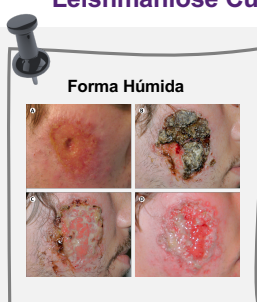


Serafim, T. D. et al (2019). "Leishmania infantum." Trends in Parasitology.
WHO (2021). "Leishmaniasis visceral", disponível em https://www.who.int/leishmaniasis/visceral_leishmaniasis/en/ (acedido a 24 de março de 2021).
Zijlstra, E. and Alvar, J. (2012). "The Post Kala-azar Dermal Leishmaniasis (PKDL) atlas: a manual for health workers", World Health Organization.

12

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Leishmaniose Cutânea



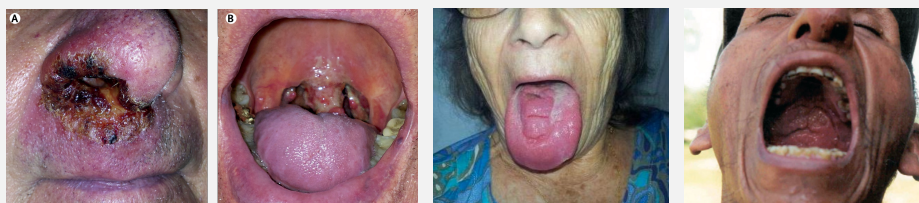
Em geral, lesões de leishmaniose cutânea cicatrizam de forma espontânea após meses, mas podem persistir durante anos.
A evolução depende das espécies de *Leishmania* sp. e do estado imune do hospedeiro.

Burza, S. et al (2018). "Leishmaniasis". *The Lancet*.
Reithinger, R., et al (2007). *Cutaneous leishmaniasis*. *The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 7, pp. 581–596.

13

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Leishmaniose Mucocutânea



Lesões destrutivas do septo nasal, lábios e palato e é causada por uma forte resposta imunopatológica.
A evolução depende das espécies de *Leishmania* sp. e do estado imune do hospedeiro.

Burza, S. et al (2018). "Leishmaniasis", *The Lancet*.
Reithinger, R., et al (2007). *Cutaneous leishmaniasis. The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 7, pp. 581–596.

14

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Leishmaniose Visceral por *Leishmania infantum*



	Via Parentérica	Coinfecção com HIV
Agentes antiamoniais pentavalentes	Antimoniato de meglumina (Glucantime [®])	✓
	Estiboglutato de sódio (Pentostan [®]) (tratamento de 2ª linha)	✓
 Anfotericina B lipossômica	✓ (Tratamento de eleição)	✓ (Tratamento de eleição)
Miltefosina (Milteforan [®])		✓ (utilizado após tratamento anfotericina B lipossômica devido a recidivas)
Pentamidina	✓ Off-label	✓ (profilaxia secundária)
Paramomicina	✓ Off-label	



Preferencialmente via parentérica mas também há possibilidade IM ou oral!



Múltiplos efeitos adversos
(hipocalcemia, nefrotoxicidade,
cardiotoxicidade)

Burza, S. et al (2018). "Leishmaniasis", *The Lancet*.
Reithinger, R., et al (2007). *Cutaneous leishmaniasis. The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 7, pp. 581–596.
Azim, M. et al (2021). "Therapeutic advances in the topical treatment of cutaneous leishmaniasis: A review", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, Vol. 15.
Anonon, N. et al (2016). "Diagnosis and Treatment of Leishmaniasis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH)", *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 63, pp. e202–e264.

15

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Leishmaniose Cutânea e Mucocutânea por *Leishmania infantum*



	Tratamento
Leishmaniose Cutânea (LC)	Termoterapia, 1-2 sessões, 50°C/30s
	Agentes antiamoniais pentavalentes, 20 mg / kg, 10 – 20 dias
	Agentes antiamoniais pentavalentes, 20 mg / kg, 15 dias
	+ Alopurinol 20mg / kg, 30 dias (tratamento de recidivas)
	Paramomicina + gentamicina
Leishmaniose Mucocutânea (LMC)	Isetionato de pentamidina por via IM, 3 doses em dias alternados
	Antimoniais pentavalentes 20 mg / kg, 1x/dia + Pentoxifilina 400 mg, 3x/dia, 1–20 dias
	Amfotericina B lipossomal 2–3 mg / kg por dia até dose total de 40–60 mg / kg

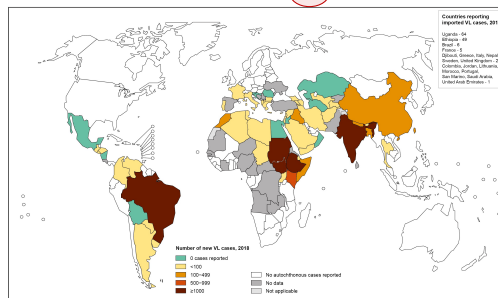
Burza, S. et al (2018). "Leishmaniasis". *The Lancet*.
 Reithinger, R. et al (2007). Cutaneous leishmaniasis. *The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 7, pp. 581–596.
 Azim, M. et al (2021). "Therapeutic advances in the topical treatment of cutaneous leishmaniasis: A review", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, Vol. 15
 Aronson, N. et al (2016). "Diagnosis and Treatment of Leishmaniasis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH)". *Clinical Infectious Diseases*, Vol.63, pp. e202–e264.

16

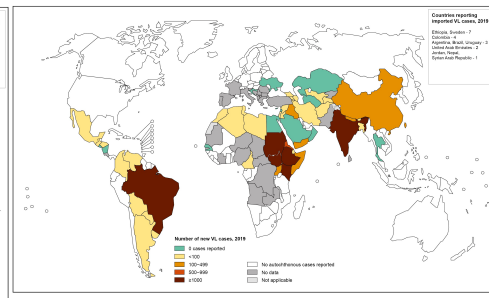


LEISHMANIOSE VISCERAL: Incidência

Status of endemicity of visceral leishmaniasis worldwide (2018)



Status of endemicity of visceral leishmaniasis worldwide, 2019



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its borders or its jurisdiction. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2021. All rights reserved.

Data Source: World Health Organization
 Map Production: Center for Geographic Information Systems
 Tropical Diseases Division
 World Health Organization



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its borders or its jurisdiction. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2021. All rights reserved.

Data Source: World Health Organization
 Map Production: Center for Geographic Information Systems
 Tropical Diseases Division
 World Health Organization

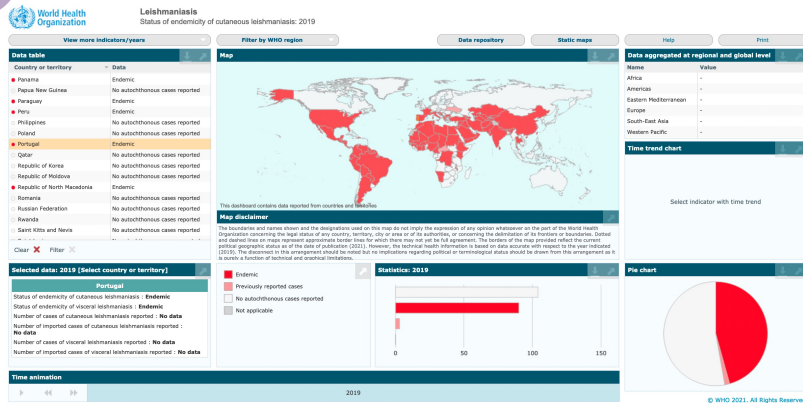


World Health Organization (2021). Leishmaniasis: Epidemiological situation, disponível em : <https://www.who.int/leishmaniasis/burden/en/> (Acedido a 3 de abril de 2021)
 World Health Organization (2020). "WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD", WHO, No. 25, pp. 265-280.

17



LEISHMANIOSE CUTÂNEA: Incidência



<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/gho-ntd-leishmaniasis>

18



LEISHMANIOSE VISCERAL: Mortalidade em Portugal

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE)									
2016									
Doença de declaração obrigatória e sexo	Total	Portugal						Unidade: n.º	
		Total	Conteúdo				A. M. Lisboa		
			Total	Norte	Centro	A. M. Lisboa			
Infeção por VIH	HM 1 030	x	x	x	x	x	x		
	H 734	x	x	x	x	x	x		
	M 296	x	x	x	x	x	x		
	HM 0	0	0	0	0	0	0		
	H 0	0	0	0	0	0	0		
	M 0	0	0	0	0	0	0		
Infeção por vírus do Nilo Ocidental	HM 21	21	16	6	6	6	6		
	H 9	9	9	3	3	3	3		
	M 12	12	9	3	3	3	3		
Infeção por vírus ZICA	HM 9	8	8	3	1	2	2		
	H 7	6	6	3	1	1	1		
	M 2	2	2	0	0	1	1		
Leishmaniose Visceral	HM 12	12	12	2	3	1	1		
	H 9	9	9	1	3	0	0		
	M 3	3	3	1	0	1	1		

2017									
2017									
Doença de declaração obrigatória e sexo	Total	Portugal						Unidade: n.º	
		Total	Conteúdo				A. M. Lisboa		
			Total	Norte	Centro	A. M. Lisboa			
Infeção por Escherichia coli produtora de Toxina Shiga ou Vero (Stec/Vtec)	HM 2	2	2	1	0	1	1		
	H 1	1	1	0	0	0	0		
	M 1	1	1	1	1	0	0		
	HM 1 068	x	x	x	x	x	x		
	H 768	x	x	x	x	x	x		
	M 300	x	x	x	x	x	x		
Infeção por vírus do Nilo Ocidental	HM 0	0	0	0	0	0	0		
	H 0	0	0	0	0	0	0		
	M 0	0	0	0	0	0	0		
	HM 1	1	1	0	0	1	1		
	H 0	0	0	0	0	0	0		
	M 1	1	1	0	0	1	1		
Infeção por vírus ZICA	HM 12	12	12	2	3	1	1		
	H 9	9	9	1	3	0	0		
	M 3	3	3	1	0	1	1		
Leishmaniose Visceral	HM 12	12	12	2	3	1	1		
	H 9	9	9	1	3	0	0		
	M 3	3	3	1	0	1	1		

Instituto Nacional de Estatística Statistics Portugal (2018). "Estatísticas da Saúde 2016", Instituto Nacional de Estatística I.P., Edição 2018, Lisboa.
Instituto Nacional de Estatística Statistics Portugal (2018). "Estatísticas da Saúde 2018", Instituto Nacional de Estatística I.P., Edição 2020, Lisboa.

19

LEISHMANIOSE CANINA



20

LEGISLAÇÃO

8. ANIMAIS DE COMPANHIA

8.1. Raiva Animal e outras zoonoses

Nome do programa: "Plano Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da Raiva Animal e outras Zoonoses (PNLVERAZ)" – vigilância e vacinação contra a raiva com vista à manutenção do estatuto indene do país; identificação e tratamento da equinococose-hidatidose, da sarna e dermatofitoses e da leishmaniose canina.

Data de início: 2003

Site: <http://www.dgv.min-agricultura.pt/portal/page/portal/DGV/genericos?generico=166863&cbou=166863>

Legislação aplicável: Decreto-Lei n.º 314/2003 de 17 de dezembro - PNLVERAZ. Portaria n.º 264/2013 de 16 de agosto - normas técnicas de execução regulamentar do PNLVERAZ. Despacho n.º 11496/2013 de 4 de setembro - vacinação antirrábica e identificação eletrónica. Despacho n.º 3595/2016 de 3 março - normas técnicas de execução regulamentar do PNLVERAZ.

Agentes: O vírus da raiva (RABV) é um *Lyssavirus*, que pertence à família *Rhabdoviridae*.

Equinococose-hidatidose: *Echinococcus granulosus*

Sarna: *Sarcoptes scabiei*

Dermatofitoses: *Microsporum canis*, *Trichophyton mentagrophytes*

Leishmaniose canina: *Leishmania infantum*.

SABER +

Despacho atual: Despacho n.º 6453/2019

Despacho n.º 6453/2019, Direção-Geral de Alimentação e Veterinária, Diário da República, 2ª série, N.º 135, pp. 160 – 162, Lisboa.

21

b) Quando os animais apresentados na campanha de vacinação antirrábica exibam sinais clínicos que permitam suspeitar de doença infecciosa com potencial zoonótico, nomeadamente leishmaniose, sarna e dermatofitose, os detentores destes animais são notificados pelo médico veterinário municipal para:

i) No caso de leishmaniose, proceder obrigatoriamente à realização de testes de diagnóstico; ou

ii) No caso de outras doenças, nomeadamente sarna e dermatofitose, de acordo com o critério clínico do médico veterinário municipal, proceder à realização de testes de diagnóstico ou de tratamento no animal;

c) Os resultados dos testes de diagnóstico, previstos na alínea anterior devem ser apresentados ao médico veterinário municipal no prazo de 30 dias a contar da notificação para a realização dos mesmos;

d) Após o conhecimento dos resultados dos testes referidos nas alíneas anteriores:

i) Os detentores de animais que tenham apresentado resultado positivo à leishmaniose são notificados para procederem ao tratamento médico do animal, sob pena de o mesmo ser sujeito a eutanásia; e

ii) Os detentores de animais que tenham apresentado resultados positivos a outras doenças, nomeadamente sarna e dermatofitose, são notificados para procederem ao tratamento médico do animal;

e) Os detentores devem fazer prova da realização dos tratamentos referidos na alínea anterior, através de atestado, apresentado no prazo de:

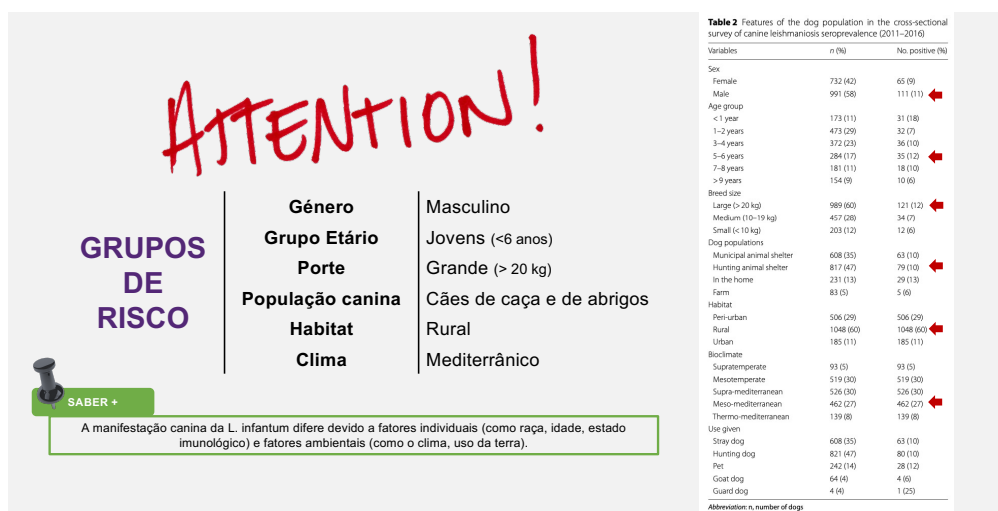
i) 60 dias a contar da notificação do médico veterinário municipal, no caso de leishmaniose;

ii) 30 dias após a notificação do médico veterinário municipal, no caso das outras doenças, nomeadamente sarna e dermatofitose;

f) Os prazos previstos na alínea anterior podem ser prorrogados sempre que a duração do tratamento do animal o justifique e se encontrar devidamente comprovada;

g) O incumprimento dos procedimentos determinados nos termos do presente número, constitui infração, nos termos das disposições conjugadas do n.º 1 do artigo 4.º da Portaria n.º 264/2013, de 16 de agosto, e na alínea ii) do n.º 3 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 314/2003, de 17 de dezembro;

h) Todos os custos inerentes aos procedimentos realizados nos termos do presente número, designadamente os testes de diagnóstico, bem como os tratamentos realizados por indicação do médico veterinário municipal, são suportados pelo detentor do animal.



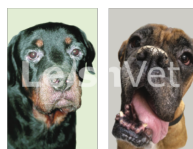
Gálvez, R. et al (2020), "Latest trends in Leishmania infantum infection in dogs in Spain, Part I: mapped seroprevalence and sand fly distributions", Parasites & Vectors, Vol. 13.

22

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS



Dermite papulo-nodular ulcero-croscosa ("torção de porcelão")



Alopecia periorbital e hiperqueratose nasal



Lesões ulcerativas

Vasculite

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Gerais

- ⊕ Linfadenomegalia generalizada
- ⊕ Perda de peso corporal
- ⊕ Diminuição ou aumento do apetite
- ⊕ Letargia
- ⊕ Membranas mucosas pálidas
- ⊕ Espenomegalia
- ⊕ Poliúria e polidipsia
- ⊕ Febre
- ⊕ Vômito
- ⊕ Diarreia

Cutâneas

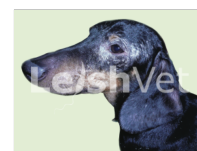
- ⊕ Dermite esfoliativa não prurítica, com ou sem alopecia
- ⊕ Dermite erosiva/ulcerativa
- ⊕ Dermite nodular
- ⊕ Dermite papular
- ⊕ Dermite pustular
- ⊕ Onicogrifose ("unhas em garra")

Oculares

- ⊕ Blefarite (esfoliativa, ulcerativa ou nodular) e conjuntivite (nodular)
- ⊕ Ceratconjuntivite (comum ou seca)
- ⊕ Uveíte anterior
- ⊕ Endoftalmite

Outras

- ⊕ Lesões ulcerativas ou nodulares mucocutâneas e das mucosas (oral, genital e nasal)
- ⊕ Epistaxe
- ⊕ Claudicação (poliartite erosiva ou não erosiva, osteomielite e polimiosite)
- ⊕ Miosite atrofica dos músculos mastigadores
- ⊕ Vasculopatias (vasculite sistêmica e tromboembolismo arterial)
- ⊕ Alterações neurológicas



Alopecia periorbital e dermatite esfoliativa facial



Dermite esfoliativa



Ceratconjuntivite

23

LeishVet (2018), "Leishmaniose Canina e Felina", LeishVet, Espanha.

ESTADIAMENTO E PROGNÓSTICO



Estádio clínico	Prognóstico	Serologia	Sinais clínicos	Resultados laboratoriais
I Doença ligeira	Bom	Níveis de AC negativos e positivos baixos	Ligeiros (linfadenomegalia isolada ou dermatite papular)	Geralmente, sem alterações laboratoriais.
II Doença Moderada	Bom a Reservado	Níveis de AC positivos baixos a altos	- sinais do Estádio I - linfadenomegalia generalizada - dermatite estoliativa - Onicogribose - Ulcerações (plano nasal, almofadas plantares, proeminências ósseas e junções mucocutâneas) - anorexia - perda de peso	- Anemia não regenerativa ligeira - hipergamaglobulinemia - hipoalbuminemia - síndrome de hiperviscosidade sérica - Subestádios - Perfil renal Normal: creatinina < 1,4 mg/dl; não proteinúrico: UPC < 0,5 - Perfil renal Comprometido: Creatinina <1,4 mg/dl; UPC = 0,5-1
III Doença Grave	Reservado a Mau	Níveis de AC positivos médios a altos	- sinais dos Estádios I e II - lesões por imunocomplexos (ex: uveíte e glomerulonefrite)	- Alterações do Estádio II - Doença renal crónica (DRC) com UPC = 1-5 ou creatinina 1,4-2 mg/dl
IV Doença muito grave	Mau	Níveis de AC positivos médios a altos	- sinais do Estádio III - Tromboembolismo pulmonar - síndrome nefrótica - doença renal em estágio final	- Alterações do Estádio III: DRC com creatinina 2,1-5 mg/dl - estádio IV (creatinina > 5 mg/dl) ou síndrome nefrótica: proteinúria acentuada com UPC > 5

Miró, G., et al (2017). "Novel Areas for Prevention and Control of Canine Leishmaniosis", Trends in Parasitology, Vol. 33, pp. 718-730
LeishVet (2018). "Leishmaniose Canina e Felina", LeishVet, Espanha.

24

FARMACOTERAPIA



Estádio clínico	Tratamento
I Doença ligeira	- Nenhum tratamento - Alopurinol - Domperidona - Antimoniato de meglumina - Miltefosina/alopurinol + antimoniato de meglumina - Alopurinol + miltefosina
II Doença Moderada	- Alopurinol + antimoniato de meglumina - Alopurinol + miltefosina
III Doença Grave	- Alopurinol + antimoniato de meglumina - Alopurinol + miltefosina - Seguir os guias da IRIS
IV Doença muito grave	- Instituir tratamento específico - Seguir os guias da IRIS

SABER +

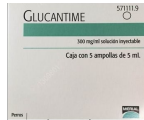
Em estudo: Artesunato como tratamento da LV

- mais seguro e eficaz no controlo e redução dos sinais clínicos de leishmaniose, carga parasitária e títulos de anticorpos;
- mais barato;
- fácil administração (via oral);
- período curto de tratamento.

Miró, G., et al (2017). "Novel Areas for Prevention and Control of Canine Leishmaniosis", Trends in Parasitology, Vol. 33, pp. 718-730
LeishVet (2018). "Leishmaniose Canina e Felina", LeishVet, Espanha.
Medkour, H. et al. (2020) "Potential of Artesunate in the treatment of visceral leishmaniasis in dogs naturally infected by Leishmania infantum: Efficacy evidence from a randomized field trial." PLoS Neglected Tropical Diseases, Vol. 14.

25

FARMACOTERAPIA



Antimoniato de meglumina 100 mg/kg SC, SID ou dividido em duas doses, durante 4-6 semanas

- Potencial nefrotoxicidade
- Dor e inflamação no local da injeção

Miltefosina 2 mg/kg PO, SID, durante 28 dias

- Vômito
- Diarreia



Aloporinol 10 mg/kg PO, duas vezes por dia, durante pelo menos 6-12 meses

- Urolitíase por xantinas

Domperidona 0,5 mg/kg PO, SID, durante 1 mês

- Galactorreia



Múltiplos efeitos adversos

Miró, G., et al (2017). "Novel Areas for Prevention and Control of Canine Leishmaniosis", Trends in Parasitology, Vol. 33, pp. 718-730
LeishVet (2018). "Leishmaniose Canina e Felina", LeishVet, Espanha.
Medkour, H. et al. (2020) "Potential of Artesunate in the treatment of visceral leishmaniasis in dogs naturally infected by Leishmania infantum: Efficacy evidence from a randomized field trial." PLoS Neglected Tropical Diseases, Vol. 14.

26

ATTENTION!

OCORRÊNCIA CONCOMITANTE DE INFEÇÕES SECUNDÁRIAS POR MICROORGANISMOS (BACTÉRIAS, FUNGOS, VIRUS, OUTROS PARASITAS).



but

and

CONFUNDIMENTO COM OUTRAS PATOLOGIAS ANIMAIS (PIDERMAS, DERMATOFITOSSES, SARNA, OUTRAS PARASITOSSES) COM CONSEQUENTE DIAGNÓSTICO TARDIO

27



TRATAMENTO SECUNDÁRIO



TRATAMENTO MECÂNICO	Colar isabelino
TRATAMENTO NUTRICIONAL	Ração específica (hipoalérgica, função renal, entre outras)
TRATAMENTO TÓPICO	Tosquia Banhos à base de clorhexidina, cetoconazol, miconazol Cremes/Loções anti-micóticas à base de clotrimazol, enilconazol, cetoconazol Cremes/pomadas com antibiótico associadas a corticosteróides
TRATAMENTO SISTÉMICO	Dermatofitoses Griseofulvina, Cetoconazol; Itraconazol; Terbinafina, entre outros Piodermas Antibióticos como a cefalexina, Amoxicilina + Ácido Clavulânico Prurido Corticosteroides, como a Prednisolona- 0,5 -1 mg kg SID

28



LEISHMANIOSE CANINA: Em Números

Table 1: Seroprevalence of CanL in different periods in western European countries, according to 947 surveys including a total of 504 369 dogs, from 1971 to 2006 (modified from Franco et al., 2011)

Country	No of surveys	No of dogs tested	1971-1980 Prevalence (range) ^(a)	1981-1990 Prevalence (range)	1991-2000 Prevalence (range)	2001-2006 Prevalence (range)	Total median (range)
France	169	39 259	4.4 % (0-40.0 %)	13.2 % (0.7-43.3 %)	9.1 % (0-27.6 %)	11.1 % (4.1-17.7 %)	8 % (0-43.3 %)
Italy	377	423 831	11.1 % (0-100 %)	19.1 % (2.5-66.7 %)	21.1 % (0-100 %)	10.7 % (0-100 %)	17.7 % (0-100 %)
Portugal	188	15 896	0 % (0-3.6 %)	10.4 % (0-39.8 %)	6.3 % (0-81.1 %)	17.6 % (0-21.4 %)	7.3 % (0-81.1 %)
Spain	213	25 383	- (0-45.5 %)	6.9 % (0-100 %)	8.8 % (3.8-66.1 %)	16.3 % (0-100 %)	5.9 % (0-100 %)
All countries	947	504 369	6.3 % (0-100 %)	10.2 % (0-66.7 %)	11.7 % (0-100 %)	11.1 % (0-100 %)	10.0 % (0-100 %)

(a): Median seroprevalence from the different studies.
(b): Minimum and maximum seroprevalence values.



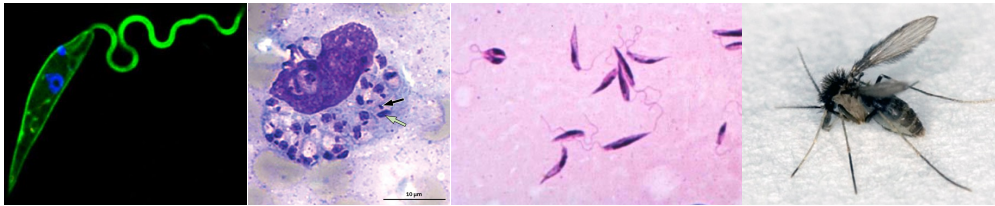
ZOONOSES em PORTUGAL CONTINENTAL 2014 a 2017

LEISHMANIOSE - Casos identificados apenas nas campanhas oficiais de vacinação antirrábica

	2014	2015	2016	2017
Cães com leishmaniose	432	402	408	441

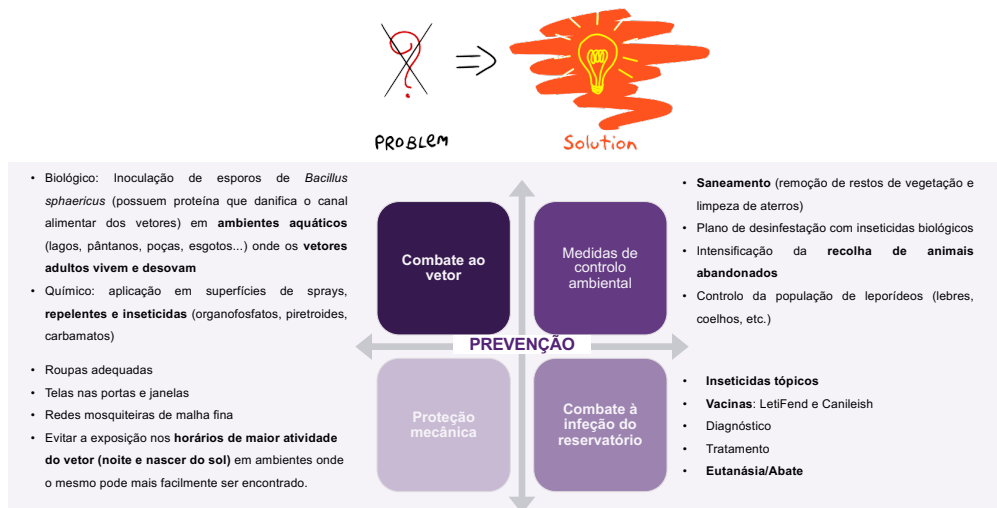
EFSA Panel Animal Health and Welfare (2015). 'Scientific Opinion on canine leishmaniosis'. EFSA Journal, Vol. 13.
DGAV (2021). 'Zoonoses em Portugal Continental 2014 a 2017', disponível em: https://www.dgav.pt/wp-content/uploads/2021/01/DadosZoonosesAnimais_2014_2017_DGS_1_COR-1.pdf (acedido a 5 de abril de 2020)

29



PROMOÇÃO PARA A SAÚDE

30



31

VACINAÇÃO

Tabela 6. Vacinas anti-*Leishmania* Licenciadas.

Nome comercial (fabricante)	Composição Antígeno Adjuvante	Disponibilidade	Protocolo de vacinação	Resultado principal	Eficácia vacinal	Interferência no diagnóstico associada à vacina
Leishmune® (Zoetis)	Ligante de fucose-mansose (FmL)	Brasil ^a	Primovacinação com três doses (SC), com intervalos de 21 dias; revacinação anual (uma dose)	Doença clínica	80%	Deteção de anticorpos vacinais com testes oficiais (DPPB, ELISA, IFAT). Anticorpos não detetados através de FAST ou DAT após 45 dias da primeira revacinação anual
Canileish® (Virbac Santé Animale)	LIESP	QA-21 Europa; Argentina; Paraguai	Primovacinação com três doses (SC), com intervalos de 21 dias; revacinação anual (uma dose)	Infeção ativa ^b	68.4%	Deteção de anticorpos vacinais com testes quantitativos (ELISA, IFAT). Deteção rara de anticorpos vacinais com Speed Leish K™
Leish-Tec® (Hertape Callier Saúde Animal)	A2	Saponina Brasil	Primovacinação com três doses (SC), com intervalos de 21 dias; revacinação anual (uma dose)	Deteção de parasitas	71.4%	Deteção de anticorpos vacinais com ELISA oficial
Letifend® (Laboratorios Leti)	Proteína Q	Nenhum Europa	Primovacinação com uma dose (SC); revacinação anual	Doença clínica	72%	Não deteção de anticorpos vacinais através de testes quantitativos (IFAT, ELISA) ou de testes rápidos

Abreviaturas: DAT, teste de aglutinação direta; ELISA, ensaio imunoenzimático; FAST, teste rápido de aglutinação direta; IFAT, teste de imunofluorescência indireta; LIESP, proteínas excretadas-secretadas de *Leishmania*; SC, subcutânea).
^a Fora do mercado à data.
^b Infeção ativa foi definida como a deteção de crescimento de parasitas em cultura de tecidos de cães positivos na PCR, seguida pela elevação dos títulos de IFAT.

LeishVet (2018). "Leishmaniose Canina e Felina", LeishVet, Espanha.



Administradas a cães saudáveis e seronegativos com, pelo menos, 6 meses de idade.

SABER +

A vacinação na **PROTEÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA** permite reduzir a infeção ativa e consequentemente o número de cães que atuam como reservatório seria um instrumento útil para reduzir a incidência da Leishmaniose humana (EMA, 2011b).

PORQUÊ SE DEVE VACINAR?

Tabela 9 - Custos de Tratamento Totais

Peso animal (kg)	Item	Cálculos Intermedios	Custo total (€)
10	(Custo Diagnóstico + Tratamento 1º Ano A) + (Custo 3 Recidivas A)	233,78 + (3 × 402,34)	1440,79
	(Custo Diagnóstico + Tratamento 1º Ano B) + (Custo 3 Recidivas B)	246,84 + (3 × 415,40)	1493,04
20	(Custo Diagnóstico + Tratamento 1º Ano A) + (Custo 3 Recidivas A)	316,55 + (3 × 485,11)	1771,88
	(Custo Diagnóstico + Tratamento 1º Ano B) + (Custo 3 Recidivas B)	332,68 + (3 × 501,24)	1836,40
30	(Custo Diagnóstico + Tratamento 1º Ano A) + (Custo 3 Recidivas A)	406,82 + (3 × 575,38)	2132,96
	(Custo Diagnóstico + Tratamento 1º Ano B) + (Custo 3 Recidivas B)	405,44 + (3 × 574,00)	2127,44

SABER +

Tratamento do 1º ano só incluir o tratamento básico (Glucontime/Milteforan + Alopurinol). O valor real gasto na necessidade de cada portador de Leishmaniose canina é superior.

Tabela 10 - Rácio Custos Tratamento versus Custos Vacinação

Peso animal (kg)	Item	1º Ano	Total
10	Custos Tratamento A/ Custos Vacinação	233,78 = 1,58	1440,79
	Custos Tratamento B/ Custos Vacinação	246,84 = 1,67	1493,04
20	Custos Tratamento A/ Custos Vacinação	316,55 = 2,14	1771,88
	Custos Tratamento B/ Custos Vacinação	332,68 = 2,25	1836,40
30	Custos Tratamento A/ Custos Vacinação	406,82 = 2,75	2132,96
	Custos Tratamento B/ Custos Vacinação	405,44 = 2,74	2127,44

	Canileish vaccination	Meglumine Antimoniate/Allopurinol treatment	Miltefosine/Allopurinol treatment
Total costs	508 €	1772 €	1836 €



Porque é o que o abate de cães não é aceitável?

- ✓ Há hospedeiros reservatórios alternativos para desempenhar um papel de manutenção do ciclo do flebótomo
- ✓ Posteriormente são adquiridos cães jovens substitutos, sendo que estes são ainda mais suscetíveis a sofrer infecção primária
- ✓ Não é um alternativa válida e económica de ponto de vista socioeconómico devido a remoção do cão aos donos e medicação utilizada para a eutanásia

Dantas-Torres, F. et al (2019). "Canine Leishmaniasis Control in the Context of One Health", Centers for Disease Control and Prevention: Emerging Infectious Diseases, Vol. 25, N.º 12.

34

DESPARASITANTES



Método	Tipo de Tratamento	Tempo de Tratamento	Em caso de viagem para áreas endémicas
"spot-on"	formulações de permetrina (vectra 3D, activyl TickPlus, Frontline Tri-Act, Advantix)	3-4 semanas na atividade repelente contra picada de flebotomíneos	aplicado até 2 dias antes da viagem ou exposição



Proteção contra flebótomo até 1 mês



Proteção contra flebótomo até 3 semanas



Proteção contra flebótomo até 3 semanas



Proteção contra flebótomo até 2 a 3 semanas

Os inseticidas tópicos de ação prolongada aplicados em cães que vivam ou viajem para áreas endémicas devem ser mantidos durante todo o período de potencial exposição e/ou atividade dos flebotomíneos.

35

DESPARASITANTES



Método	Tipo de Tratamento	Tempo de Tratamento	Em caso de viagem para áreas endêmicas
Coleiras	impregnadas com deltametrina (exemplo: Scalibor) impregnadas com flumetrina (exemplo: Seresto)	5-6 meses na prevenção de infecções por Leishmania até 8 meses na prevenção de infecções por Leishmania	Aplicadas até 1-2 semanas antes de viajar



Proteção contra flebótomo até 12 meses



Proteção contra flebótomo até 8 meses

36

EXEMPLO DE TRATAMENTO VETERINÁRIO

CLIENTE:



ANIMAL:

Benny
6200
CANIN/
Cocker Spaniel Inglês

CONSULTA:

Data: 29/12/2020 10:19:00

Responsável: 

Tipo: NORMAL

TRATAMENTO:

ACTUALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE LEISHMANIA:

1. 4 ciclos ao longo do ano, de Domperidona, durante 28 dias seguidos, 1 vez ao dia, para sempre.
Dezembro- Março- Junho- Setembro-Dezembro....

2. Alopurinol 100mg: 1/2 comprimido a cada 12 horas, durante 3 meses. Pausa de 1 mês. Realizar este ciclo continuamente até indicação médica contrária.

Proximo controlo: 6 meses (junho-julho).

Usar repelente:

Coleiras: Seresto; Scalibur

Spot on (pipetas): Vectra; Activyl Plus; Frontline TRI-ACT; Advantix (cuidado: 3 semanas para flebotomos), etc.

, MV

37

PORQUÊ OS FARMACÊUTICOS?

Farmacêuticos são os profissionais de saúde que a população recorre em 1º lugar aquando necessidade e com confiança

Contacto primário do utente em contexto saúde pública

O utente tem maior contacto com farmacêuticos do que com veterinários

As campanhas e os projetos desenvolvidos na farmácia chamam a atenção da população



38

PORQUÊ OS FARMACÊUTICOS?

O animal não “fala” logo cabe ao dono ser alertado

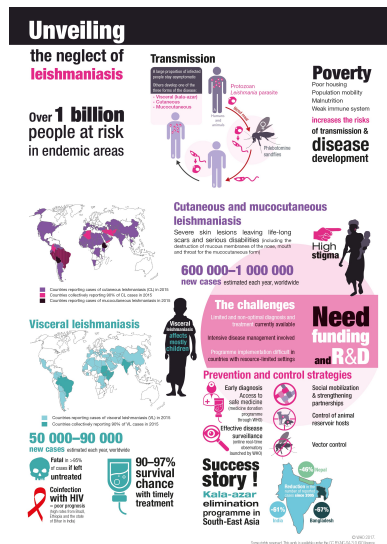
Grande parte da procura por desparasitantes é feita na farmácia

Necessidade de conhecimento farmacêutico em contexto de saúde animal tem cada vez mais procura

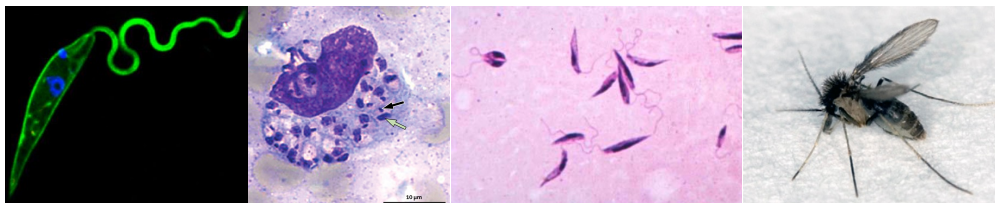
**OS FARMACÊUTICOS SÃO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DA LINHA DA FRENTE NO COMBATE À LITERACIA EM
SAÚDE**



39



40



OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO

Anexo XXI. Panfleto “LEISHMANIOSE: A doença negligenciada”

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

 Evitar o **pico de atividade**:

- ao amanhecer e ao anoitecer
- meses de março a novembro

 **Vacinação** do seu animal

IMPORTANTE

DESPARASITAÇÃO

- “spot-on”
Duração do tratamento de 3 a 4 semanas contra flebótomos
- Coleiras
Duração de tratamento de 5 a 6 meses contra flebótomos

 **Uso de repelentes e inseticidas**

 Intensificação de **recolha de animais abandonados**

 **Saneamento** e recolha de restos de vegetação e limpeza de aterros

SABIA QUE ...

... a leishmaniose afeta também outros animais, como o gato! A **Leishmaniose felina** tem ganho destaque nos últimos 10 anos.

... é uma doença de **notificação obrigatório** em Portugal! (Despacho n.º12513-B/2019)

INFORME-SE JUNTO DO SEU FARMACÊUTICO!

PROTEJA-SE A SI E AO SEU ANIMAL!

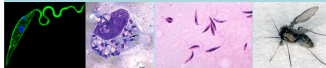
CONTACTOS

Largo Carlos Amarante
4700-308 Braga

+ (351) 253 201 680
farmacia@scmbraga.com

LEISHMANIOSE

A DOENÇA NEGLIGENCIADA


Realizado por
Diana Gonçalves

GRUPOS DE RISCO

A **Leishmaniose canina** demonstra um **maior risco** em cães

Jovens (<6 anos)	Grande Porte (>20kg)	Cães de caça e de abrigos
Raça	Clima mediterrânico	Habitat Rural

A **Leishmaniose humana** demonstra um **maior risco** em

- ▶ **Imunocomprometidos** (ex. HIV, anemia, etc.)
- ▶ **Viajantes de áreas endémicas**

QUAL O TRATAMENTO?

Tratamentos farmacológicos só com **acompanhamento médico ou veterinário**, no caso do seu animal de estimação.



O melhor “tratamento” é prevenir

Na Europa, como medida preventiva da Leishmaniose canina existem as **vacinas LetiFend e a CaniLeish**.



Ver medidas de prevenção >>>

COMO SE TRANSMITE?

A leishmaniose é transmitida através da picada de um vetor, o flebótomo (fêmea), que se alimenta do sangue do animal ou ser humano transmitindo a *Leishmania spp.*



QUAIS SÃO OS SINTOMAS?



LEISHMANIOSE CANINA

Perda de peso	Perda de pelo	Prostação
Crescimento anómalo das unhas (“em forma de garra”)	Afeções neurológicas e locomotoras	Aumento dos Gânglios
		Afeções oculares



LEISHMANIOSE HUMANA

Hepatoesplenomegalia	Febre	Perda de peso
Dores abdominais e articulares	Úlceras/ Erupções cutâneas	Fadiga
		Anemia

Geralmente, a Leishmaniose é uma doença assintomática e de diagnóstico tardio por sintomatologia inespecífica.

O QUE É A LEISHMANIOSE?

A Leishmaniose é uma **doença parasitária crónica grave** causada pela *Leishmania infantum*, em Portugal continental.

A leishmaniose é considerada uma **zoonose** pois é transmitida naturalmente dos animais para os humanos e vice-versa, sendo o cão o principal reservatório.

Sem tratamento, a doença pode ser **fatal** nos seres humanos e nos cães.



Fonte: Dados reportados pela World Health Organization (WHO) em 2019 do impacto da Leishmaniose no Mundo.

A Leishmaniose canina é **endémica em Portugal**, sendo esta mais prevalente nas regiões da área metropolitana de Lisboa e Setúbal, Trás-os-Montes e Alto Douro, Beira Interior, grande parte do Alto e Baixo Alentejo e Algarve.

No entanto, estudos recentes demonstram que a **Leishmaniose Canina tem aumentado em Portugal** ao longo dos últimos 10 anos.



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2020 - 2021

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



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Grupo Trofa Saúde: Hospital Privado Braga Centro

Diana Virgínia Antunes Gonçalves



2020-2021

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

Relatório de Estágio Profissionalizante



Hospital Privado Braga Centro - Grupo Trofa Saúde
julho a agosto de 2021

Diana Virgínia Antunes Gonçalves

Orientador(a): Doutora Patrícia André Simões Moura

Tutor FFUP: Prof. Doutor Carlos Manuel Magalhães Afonso

setembro de 2021

Declaração de Integridade

Declaro que o presente relatório é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências e outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras de atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referência.

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 20 de setembro de 2021.

Diana Virgínia Antunes Gonçalves

Agradecimentos

E, por fim, chegou a reta final destes 5 anos duros e cheios de aprendizagens. Daqui levo não só as quedas e as dificuldades, mas a superação, as experiências, o conhecimento e todas as relações interpessoais, porque não é só de livros que vive um estudante.

No âmbito do meu percurso em Farmácia Hospitalar, agradeço à Dr^a Patrícia Moura e ao Dr. Nelson Brito pela oportunidade de estagiar no Hospital Privado Braga Centro (HPBC), sem dúvida uma das melhores experiências profissionais que tive. À Dr^a Márcia Teixeira um obrigado pela receção calorosa e pela integração na equipa desde o início. A toda a equipa do HPBC, com quem tive o privilégio de trabalhar e conviver, obrigado pelos muitos momentos marcantes em tão pouco tempo, sem dúvida não há melhor grupo que vocês. Por último, e de coração cheio de alegria, orgulho e admiração, o maior agradecimento de todos à Dr^a Margarida Costa, que não é preciso dizer nada para perceber tudo, acima de uma excelente profissional e pessoa, tornou-se uma amiga, que fez da casa dela a “minha casa”, porque nem o céu é o limite para a “nossa equipa”.

Aos professores da Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, em especial ao Professor Doutor Carlos Afonso, pelo apoio, disponibilidade e prontidão com que me presenteou durante o meu percurso e conclusão de estágio.

Aos meus pais, que nunca duvidaram do meu sucesso, que sempre me incutiram que com trabalho e tempo eu conseguia tudo, bastava querer. Obrigado pela paciência e compreensão nos muitos momentos que estive ausente, porque é graças a este suporte incrível que hoje posso não só orgulhar-me, mas orgulhar-vos. Sem vocês esta vitória não seria possível.

Aos meus irmãos, sobrinhos e cunhadas, um obrigado de coração pelos mil conselhos que me deram para nunca desistir e por acompanharem, mesmo que longe, o meu percurso. Porque nunca será uma questão de distância, ou impossibilidade, mas sim de predisposição para fazer a diferença.

Aos meus amigos, pelo apoio incondicional, pelas noites dormidas e mal dormidas, por estarem sempre presentes quer nas vitórias quer nas derrotas. Obrigado a todos aqueles com quem tive o orgulho de partilhar estes 5 anos, porque “aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós; deixam um pouco de si e levam um pouco de nós”.

Por último, à Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto e a todos os docentes e não docentes com quem tive a honra de privar um sincero obrigado por me verem e fazerem crescer. Agora chegou a hora de “abrir asas e voar”. Encontrar-nos-emos messes próximos “voos”.

Aquele abraço que nunca será tarde,
Diana Gonçalves

Resumo

No culminar destes 5 anos de aprendizagem e conhecimento, o estágio profissionalizante assinala a etapa de conclusão de ciclo de estudo do mestrado integrado em ciências farmacêuticas (MICF). O estágio de término de curso pode alocar, além de Farmácia comunitária, a vertente de Farmácia Hospitalar, como forma de complementar o conhecimento das possíveis áreas de saída de um farmacêutico.

O farmacêutico, como parte integrante de uma equipa hospitalar, está diretamente envolvido na gestão farmacêutica hospitalar de todos os medicamentos e produtos de saúde existentes, assim como na garantia da segurança, qualidade e eficácia da terapêutica administrada nos utentes e todo o processo envolvente para que esta seja atingida.

No estágio em farmácia hospitalar, integrei a equipa dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Privado Braga Centro, pertencente ao Grupo Trofa Saúde, coordenada pela doutora Patrícia André Simões Moura, sob orientação da Dr^a. Ana Margarida Rocha da Costa.

O presente relatório é dividido em duas partes. Na primeira parte do relatório profissionalizante, é efetuada uma contextualização do Grupo Trofa Saúde, mais aprofundadamente acerca do funcionamento dos Serviços Farmacêuticos Hospitalar (SFH). A segunda parte explana as atividades de gestão no circuito de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos a cargo do SFH do HPBC.

Índice

PARTE I - SERVIÇOS FARMACÊUTICOS HOSPITALARES	1
1. O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA FARMÁCIA HOSPITALAR	1
2. GRUPO TROFA SAÚDE – HOSPITAL PRIVADO BRAGA CENTRO	1
3. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DO GRUPO TROFA	1
3.1. Serviço Farmacêutico do Hospital Privado Braga Centro	3
3.1.1. Instalações	3
3.1.2. Horário de Funcionamento	3
3.1.3. Sistema Informático	3
4. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	4
PARTE II – CIRCUITO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS	5
1. SELEÇÃO E AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS	5
1.1. Medicamentos Extra-Formulário	6
1.2. Pedido de Benzodiazepinas, Estupefacientes e Psicotrópicos	6
1.3. Medicamentos Sujeitos a Autorização de Utilização Excecional	6
2. RECEÇÃO E CONFERÊNCIA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS	7
2.1. Receção de Produtos de Controlo Especial	8
2.1.1. Matérias-Primas e Medicamentos Hemoderivados	8
2.1.2. Medicamentos Manipulados	8
2.1.3. Benzodiazepinas, Estupefacientes e Psicotrópicos	8
2.1.4. Medicamentos Citoxicos	8
2.1.5. Gases medicinais	8
3. ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS	9
3.1. Situações Especiais de Armazenamento	10
3.1.1. Medicamentos Termolábeis	10
3.1.2. Medicamentos Fotossensíveis e Medicamentos Higroscópicos	11
3.1.3. Substâncias Inflamáveis	11
3.1.4. Benzodiazepinas, Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos	11
3.1.5. Carro de Emergência	11
3.2. Controlo de Prazos de Validade e Contagem de Stocks	12
3.3. Controlo de gases medicinais	13
4. DISTRIBUIÇÃO E DISPENSA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS	13
4.1. Distribuição Clássica	14
4.2. Distribuição individual diária em dose unitária	14
4.3. Distribuição de Substâncias de Controlo Especial	16
4.3.1. Distribuição de Medicamentos Hemoderivados	16
4.3.2. Distribuição de Benzodiazepinas, Estupefacientes e Psicotrópicos	16
4.3.3. Sugamadex	17
5. FARMACOTECNIA	17
5.1. Formas Farmacêuticas estéreis	17
5.1.1. Medicamentos citotóxicos	17
5.1.2. Misturas para nutrição parentérica	18
5.2. Formas Farmacêuticas não estéreis	18
5.2.1. Reembalagem de comprimidos e cápsulas	18
5.2.2. Fracionamento de comprimidos	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ANEXOS	22

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Calendarização da contagem de stocks pelo SFH do HPBC	2
---	---

Índice de Esquemas

Esquema 1 – Organograma dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares e Hospitais de Dia correspondentes do Grupo Trofa Saúde	12
--	----

Índice de Anexos

Anexo I – Plano operacional semanal dos SFH do HPBC	22
Anexo II – Organização esquemática do espaço físico do SFH do HPBC	23
Anexo III – Documento de registo de levantamento de medicação	24
Anexo IV – Sistema de gestão hospitalar <i>I'mThom</i>	25
Anexo V – Requisição dos Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos – “ <i>Anexo VII</i> ”	26
Anexo VI – Requerimento para pedido de AUE ao Infarmed, I.P.	27
Anexo VII – Gráfico de humidade e temperatura do HPBC	28
Anexo VIII – Disposição de Armazenamento dos Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos nos SFH do HPBC	29
Anexo IX – Esquema dos medicamentos LASA – “ <i>Look-Alike, Sound-Alike</i> ”	31
Anexo X – Fluxograma para Gestão de Medicamentos com Prazo de Validade a terminar	32
Anexo XI – Documento de registo de gases medicinais	33
Anexo XII – Mapas/Guia de DDDU	34
Anexo XIII – Mala de DDDU	35
Anexo XIV – Documento de requisição de Medicamentos Hemoderivados – Modelo n.º 1804	36
Anexo XV – Requisição de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos – “ <i>Anexo X</i> ”	38
Anexo XVI – Documento de requisição de Sugamadex	39
Anexo XVII – Bolsa parentérica pré-fabricada tri-compartimentada	40
Anexo XVIII – Documento de registo de fracionamentos de comprimidos do GTS	41

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIM	Autorização de Introdução no Mercado
APCER	Associação Portuguesa de Certificação
AUE	Autorização de Utilização Excecional
CAUL	Certificado de Autorização de Lotes
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
COELL	Certificado Oficial Europeu de Libertação de Lote
DC	Departamento de Compras
DCI	Designação Comum Internacional
DIDDU	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
FC	Farmácia Central
FEFO	<i>First Expired, First Out</i>
FH	Farmácia Hospitalar
FHI	Formulário Hospitalar Interno
FNM	Formulário Nacional do Medicamento
GTS	Grupo Trofa Saúde
HDBN	Hospital de Dia de Braga Norte
HPB	Hospital Privado Braga Sul
HPBC	Hospital Privado Braga Centro
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INMC	Imprensa Nacional da Casa da Moeda
LASA	<i>Look-Alike, Sound-Alike</i>
MEP	Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos
MM	Medicamentos Manipulados
MPS	Medicamentos e Produtos de Saúde
PDCA	<i>Plan-Do-Check-Act</i>
PV	Prazo de Validade
RCM	Resumo das Características do Medicamento
SF	Serviços Farmacêuticos
SFH	Serviços Farmacêuticos Hospitalares
SGQ	Sistema de Gestão de Qualidade
SI	Sistema Informático
SM	Serviços de Manutenção
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermédios

Parte I - Serviços Farmacêuticos Hospitalares

1. O Papel do Farmacêutico na Farmácia Hospitalar

Os serviços Farmacêuticos Hospitalares (SFH), integrados na área e especialidade farmacêutica de Farmácia Hospitalar (FH), compreendem todas as atividades respeitantes à seleção, preparação, manipulação, armazenamento, distribuição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, assim como o aconselhamento aos utentes e profissionais de saúde sobre a segurança, qualidade e eficácia dos produtos de âmbito farmacêutico, bem como, a monitorização da política medicamentosa; a gestão hospitalar, de acordo com os processos de seleção, aquisição, prescrição e administração necessários para a otimização e alcance dos resultados hospitalares expectáveis; e, por fim, promover ações de investigação científica e de ensino.^{1,2}

O farmacêutico, durante a cedência de medicamentos, tem como função primordial validar os “7 certos”: o doente certo, com o medicamento certo, na dose certa, pela via de administração certa, com o intervalo e/ou momento de tempo de administração certo, com a informação certa e a documentação obrigatória certa para o procedimento.²

2. Grupo Trofa Saúde – Hospital Privado Braga Centro

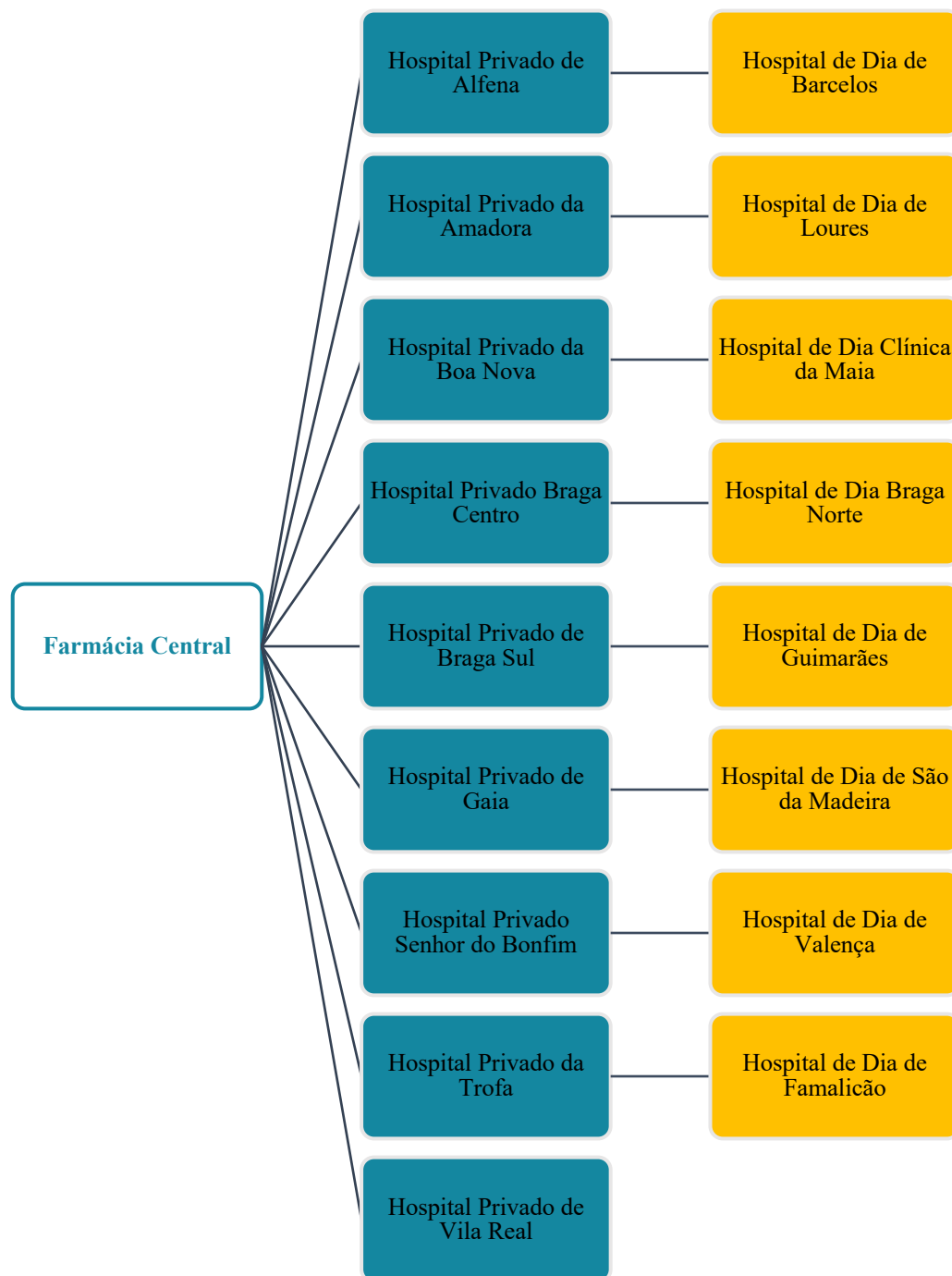
O Grupo Trofa Saúde (GTS), descendente da Casa de Saúde da Trofa fundada em 1999, integra uma vasta rede de Unidades Hospitalares, contando, até ao momento, com 17 unidades de saúde hospitalar ativas, hospitais e hospitais de dia, de referência nacional e europeia no setor da saúde e bem-estar. O GTS prima por ter toda a sua rede hospitalar certificada pela Associação Portuguesa de Certificação, APCER, segundo os requisitos da norma ISO 9001-2008.³ O grupo detém uma rede que serve uma população superior a 4 milhões de habitantes, e, como tal, as unidades de saúde estão desenvolvidas com o objetivo de prestar um atendimento personalizado e serviço eficiente, disponibilizando serviços de urgência de adultos e pediatria 24 horas, blocos operatórios, unidades de neonatologia 24 horas, maternidades com várias salas de parto, medicina física e reabilitação, consultas externas com mais de 45 especialidades clínicas e um conjunto de meios complementares de diagnóstico.³

O Hospital Privado Braga Centro (HPBC), em funcionamento na Rua do Raio nº165, localizado no centro de Braga, encontra-se ativo desde 4 de maio de 2015. A direção clínica desta unidade encontra-se a cargo do Dr. Vieira da Silva, diretor clínico, e do Dr. Nelson Brito, administrador. O HPBC é constituído por 7 pisos (do piso -1 ao piso 6), devidamente equipados para suprir as necessidades dos colaboradores e expectativa e qualidade esperadas pelos utentes, não possuindo, para já, os serviços de urgência pediátrica 24h e de maternidade, devido à sua proximidade com o Hospital Privado Braga Sul (HPB).⁴

3. Serviços Farmacêuticos do Grupo Trofa

No GTS, os SFH de todas as unidades são coordenados pela farmacêutica especialista em Farmácia Hospitalar, a Doutora Patrícia Moura, a partir do Farmácia Central (FC), com sede em Vila do Conde. A partir da FC é efetuada a distribuição de todos os medicamentos, inclusive medicamentos manipulados e citotóxicos, com necessidades de condições especiais de tratamento, e produtos de saúde para as farmácias dos vários hospitais do grupo, através da equipa da logística.

Os SFH de cada unidade ficam à supervisão de um farmacêutico responsável, assumindo o cargo de diretor técnico, excetuando os hospitais de dia, que são geridos pelo hospital com o SFH mais próximo, apresentando a estrutura organizacional do esquema 1.



Esquema 1. Organograma dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares e Hospitais de Dia correspondentes do Grupo Trofa Saúde.

Todos os farmacêuticos permanecem em constante contacto, com a finalidade de partilhar opiniões, diretrizes e informações importantes referentes aos SF, para otimização direta e indireta de todo o processo que envolve a gestão e qualidade dos serviços de cada unidade do GTS.

3.1. Serviço Farmacêutico do Hospital Privado Braga Centro

Os SFH do HPBC encontram-se, atualmente, a cargo da farmacêutica e diretora técnica Dr^a. Ana Margarida Rocha da Costa, também ela responsável por assegurar os SFH no Hospital de Dia de Braga Norte (HDBN). A responsável tem como principais funções a seleção, aquisição, aprovisionamento, armazenamento e distribuição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos; a participação em comissões técnicas (farmácia e terapêutica, higiene, qualidade, entre outras); a colaboração na prescrição de nutrição parentérica; a colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos, quando requisitada pela parte médica; a informação de medicamentos ou produtos farmacêuticos ao utente e a profissionais de saúde; prestação de cuidados farmacêuticos, farmacovigilância, farmacocinética, farmácia clínica; desenvolvimento de ações de formação; desenvolvimento de auditorias internas, como forma de monitorização dos produtos existentes no HPBC; a gestão de risco aquando da ocorrência de eventos adversos que propiciem problemas futuros, diminuindo o serviço de excelência do HPBC; gestão, em parceria com administração hospitalar, dos orçamentos hospitalares nos quais estão envolvidos os produtos da farmácia. Cabe, ainda, à diretora técnica garantir o cumprimento do plano operacional semanal implementado em cada SF do GTS, que discrimina o conjunto de tarefas a realizar durante os períodos de manhã e tarde ao longo da semana e que são de conhecimento geral no HPBC (no entanto, o plano é revisto e ajustado consoante a necessidade). O plano dos SFH do HPBC encontra-se afixado dentro da farmácia, com a informação presente no Anexo I.

3.1.1. Instalações

O SFH do HPBC está localizado no piso -1, junto ao cais, pela facilidade de acesso externo e a proximidade com o sistema de circulação vertical como monta-cargas e elevadores, sendo vantajoso no momento de receção e distribuição de grandes volumes de cargas de medicamentos e produtos farmacêuticos requisitados pelos serviços hospitalares. O SFH encontra-se devidamente identificado na porta de acesso ao local, e possui um código próprio de forma a rastrear e limitar o fluxo de pessoas com acesso à entrada do serviço. O espaço interno encontra-se adaptado às necessidades do HPBC, com uma organização otimizada e devidamente identificada, comprovada pelos anexo II, cumprindo os requisitos impostos pelas auditorias.

3.1.2. Horário de Funcionamento

O horário de funcionamento dos SF é das 9h às 18h, durante os dias úteis, com intervalo de uma hora para almoço. Após o horário de encerramento do SFH, o acesso às instalações para o levantamento de medicamentos ou produtos farmacêuticos pode ser efetuado pelos técnicos dos Serviços de Manutenção (SM) ou por profissionais de saúde competentes, com a obrigatoriedade de preenchimento do documento de registo de levantamento de medicação afixado na entrada da farmácia (Anexo III).

3.1.3. Sistema Informático

O sistema informático (SI) é um instrumento fulcral na garantia da articulação entre os serviços clínicos existentes no GTS, e mais concretamente no HPBC, para requisições e pedidos a efetuar aos SF, assim como na correta gestão da farmácia, stocks existentes no HPBC, pedidos de encomendas, transferências de

produtos para os serviços ou outros hospitais do GTS, satisfação de pedidos, validação de prescrições, DDDU, efetuar e verificar débitos de medicação efetuada a doentes noutros serviços, entre outros.

O SI adotado nos serviços farmacêuticos do HPBC é o “Companhia Portuguesa de Computadores – Healthcare Solutions” (CPC/HS), desenvolvido pela *Glintt Healthcare Solutions®* e, atualmente introduzido a 1 de setembro de 2021, o *I'mThom*, criado pela *Ciberbit®* (anexo IV).

Durante o meu estágio, a Dr^a Ana Margarida Costa ensinou-me a excetuar as várias tarefas no SI, realizando autonomamente algumas funcionalidades, destacando-se a consulta de stocks, a realização de estornos de saída de medicação da dose unitária, a verificação de débitos de medicação dos doentes e a preparação de mapas de DDDU para o fim de semana e a transferência de medicamentos e produtos para outras unidades hospitalares.

Tive ainda o privilégio de, durante o período referente ao estágio, acompanhar a introdução de um novo SI de gestão hospitalar, o I'mThom, tendo participado na formação acerca do mesmo. Ambos os SI são bastante intuitivos, embora diferentes no tratamento dos dados e ferramentas. A mudança que o novo software trará ao HPBC será satisfatória, permitindo um melhor rastreamento dos resultados obtidos, diminuição de erros e falhas informáticas e, em termos clínicos, permitirá uma visualização mais aprofundada do histórico clínico do doente, demonstrando ser uma mais-valia para o GTS.

4. Organização e gestão dos Serviços Farmacêuticos

A gestão dos SFH visa garantir o uso e a dispensação correta dos medicamentos, nas devidas condições, ao utente. Como tal, é necessário certificar a presença das condições necessárias para uma boa gestão farmacêutica hospitalar, nomeadamente a gestão de stocks com atualização automática e personalizada a cada serviço, o rastreamento dos medicamentos e produtos farmacêuticos existentes em cada serviço, efetuando uma auditoria interna às contagens pelo menos uma vez por ano. De carácter obrigatório, existe o constante controlo dos prazos de validade, assim como o adequado armazenamento dos produtos, passando pela distribuição e administração do mesmo. ¹

Face à responsabilidade do farmacêutico, os SFH necessitam de um sistema de gestão de qualidade (SGQ), pressupondo um planeamento e monitorização contínuos, baseados no *Plan-Do-Check-Act* (PDCA), ou seja, Planear – Executar – Verificar – Atuar, sendo descrita da seguinte forma:

- Planear, estabelecer os objetivos e os processos necessários para atingir os resultados, como os requisitos dos clientes e as políticas hospitalares (como, por exemplo, a elaboração do DDDU);
- Executar, implementando o processo, criando um modelo a seguir que compreende as obrigаторiedades necessárias;
- Verificar, monitorizando os processos e o resultado final, de forma a demonstrar a coerência da implementação efetuada;
- Atuar, procedendo a constantes melhorias quando surjam lacunas ou a necessidade de introduzir novas variáveis e/ou dados.

A necessidade contínua de melhorar os processos dos SF e a eficácia do sistema de gestão, com constante atualização técnica e científica dos farmacêuticos, procuram assegurar a melhor capacidade, segurança, qualidade e disponibilidade na assistência aos utentes. ²

Parte II – Circuito de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos

1. Seleção e aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos

A seleção e aquisição de Medicamentos e Produtos de Saúde (MPS) existentes na SFH do GTS segue o Formulário Hospitalar Interno (FHI) do GTS, elaborado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), composta por profissionais de saúde, entre os quais a farmacêutica coordenadora dos SFH do GTS. O FHI toma por base o Formulário Nacional do Medicamento (FNM), que é tomado como documento oficial, elaborado e atualizado regularmente pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (Infarmed, I.P), de utilização obrigatória pelos prescritores no Serviço Nacional de Saúde (SNS), caracterizado por prestar apoio médico no momento da prescrição.^{5,6}

Além do mais, a seleção de medicamentos e produtos farmacêuticos é um procedimento que atende a um conjunto de parâmetros ajustados às necessidades dos serviços do GTS, tendo em conta, além da qualidade, eficácia e segurança, a relação custo-benefício. Para garantir esta relação proveitosa, todos os anos decorre um concurso de fornecedores, de forma a estabelecer a proposta mais lucrativa, tendo em vista os seguintes parâmetros: o preço, as quantidades mínimas de encomenda e os prazos de entrega. Posteriormente, o Departamento de Compras (DC), juntamente com a farmacêutica coordenadora, decide qual o fornecedor escolhido para esse respetivo ano. Em casos de impossibilidade de escolha daquele laboratório nomeado, por situações de rutura de stock, ou outros, a encomenda será efetuada ao laboratório abaixo escolhido. Em circunstâncias de necessidade urgente de um dado medicamento que não exista em stock hospitalar, é passível a solicitação de um empréstimo de outro hospital pertencente ao GTS ou em último recurso a compra direta a uma farmácia comunitária, tendo que ser efetuado o aviso do pedido e compra do medicamento ou produto farmacêutico. O HPBC possui uma parceria com a Farmácia Pipa para situações de impossibilidade de adquirir o produto via gestão normal do GTS. A aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos do HPBC é da responsabilidade da diretora técnica, efetuando o pedido quinzenalmente através do programa CPC/HS. As quantidades e os produtos requisitados refletem os *stocks* de consumo, considerando os stocks ideais estipulados para cada medicamento ou produto e as quebras que possam ocorrer em cada serviço. Finalizando o pedido, este é enviado à FC, que engloba todos os pedidos das diferentes unidades numa só encomenda, sendo submetida ao DC, através do sistema Intranet, que gera os pedidos aos diferentes fornecedores, via *e-mail*, num prazo máximo de 24h.^{1,2,7}

O pedido de soros é executado mensalmente, de manipulados é quinzenal, dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (MEP) são mensalmente e dos citotóxicos é manual, feito pontualmente, de acordo com as sessões terapêuticas agendadas. Destaca-se que o HPBC é uma das unidades hospitalares dentro do GTS com maior afluência de cuidados oncológicos, sendo liderada pelo Hospital Privado Senhor do Bonfim.

Durante o meu período de estágio, acompanhei a Dr^a. Ana Margarida na realização dos pedidos, ajudando-a na readaptação das quantidades de alguns MPS, dado que ainda presenciei a parceria entre o GTS e o hospital público na realização do programa de cataratas.

1.1. Medicamentos Extra-Formulário

Os medicamentos regularmente prescritos e usados no GTS encontram-se descritos no FHI, no entanto, há casos particulares em que o médico prescriptor recorre a fármacos não incluídos neste formulário-base. Quando um medicamento pedido é Extra-Formulário, é necessária uma justificação médica do receituário à CFT, que fará a avaliação e a validação para o uso pontual do fármaco e/ou possível inclusão do mesmo no FHI.

A aquisição dos medicamentos extra-formulário pode ser efetuada por solicitação de um empréstimo de outro hospital pertencente ao GTS, que porventura possua o fármaco em *stock* pelos mesmos motivos, ou, em último recurso, a compra direta a uma farmácia comunitária, efetuando o aviso do pedido e compra do medicamento.

1.2. Pedido de Benzodiazepinas, Estupefacientes e Psicotrópicos

As Benzodiazepinas, os Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP) são parte integrante de uma classe farmacoterapêutica de controlo especial, desde a sua seleção, encomenda, dispensa e administração ao utente, devido à sua demarcada ação a nível do SNC, com elevado risco de abuso e dependência. A dispensa de MEP segue regras bastante particulares, uma vez que estes medicamentos são albergados por uma legislação específica, conforme descrito no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro.⁸

O pedido destes fármacos é efetuado mensalmente e de forma isolada, de acordo com os *stocks* ideais ou pelos consumos mensais do hospital. O pedido, para ser válido, terá que possuir o “Anexo VII” (Modelo nº1506), presente no anexo V, da Imprensa Nacional da Casa da Moeda (INMC), devidamente numerado e preenchido com o código interno, dosagem, forma farmacêutica, quantidade a requerer e assinado pelo farmacêutico responsável, com carimbo do impresso original e no duplicado. Na farmácia, é efetuada uma cópia do anexo e arquivado até à receção do original, que é enviado para a FC. Para finalizar o pedido, é necessário o envio prévio por carta registada ao laboratório responsável pela cedência, que fornece os medicamentos se tudo se encontrar conforme a legislação.

Durante o estágio, diversos foram os momentos em que contactei com as burocracias envolvidas na dispensação dos MEP, assim como no seu rastreamento e contagem nos diversos locais de armazenamento apropriado dos mesmos. A constante auditoria interna é necessária, bem como o registo de todas as entradas e saídas, posteriormente informadas aos órgãos de gestão do HPBC.

1.3. Medicamentos Sujeitos a Autorização de Utilização Excecional

A Autorização de Utilização Excecional (AUE) é aplicável aos medicamentos que não possuem Autorização de Introdução no Mercado (AIM) em Portugal, ou, excecionalmente, medicamentos com AIM em Portugal, mas que podem estar provisoriamente indisponíveis no mercado português. Nestas condições, é necessário elaborar um pedido de importação do medicamento ao Infarmed, I.P., ao abrigo de uma AUE. Para a concretização do pedido, é necessário o preenchimento do requerimento para pedido de AUE (anexo VI), com a informação relativa ao laboratório pretendido e as quantidades a requerer, e o envio do Resumo das Características do Medicamento (RCM), que deve existir em em três dialetos: português, inglês ou francês. No caso de indisponibilidade do RCM nestes dialetos, é

necessário requerer ao laboratório a tradução do ponto 6. Se mesmo assim o medicamento requerido para a AUE não constar do FNM, é necessário submeter uma justificação adicional, preenchida pelo diretor responsável pelo serviço hospitalar. Após a submissão dos documentos, é efetuada a deliberação pelo Infarmed, I.P., e, caso a deliberação seja positiva, é autorizada a utilização excecional do medicamento e atribuído um número específico de AUE (Anexo VI), sendo a autorização válida durante 3 anos. Para requerimento de quantidades superiores às autorizadas, é elaborado um pedido de adenda da AUE ao Infarmed, I.P.

2. Receção e conferência de medicamentos e produtos farmacêuticos

Todos os medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos destinados ao GTS, provenientes do fornecedor selecionado, são rececionados pelo Serviço de Aprovisionamento da FC, que faz uma verificação manual, qualitativa e quantitativa, dos produtos com base na Guia de Transporte e Guia de Remessa ou Fatura emitida pelo fornecedor. Durante a verificação manual, é avaliada a integridade física do produto, e posteriormente, são introduzidos informaticamente, via *Intranet*, os lotes, os respetivos prazos de validade (PV), o preço e a quantidade recebida de cada produto farmacêutico.

Em cada unidade hospitalar, após efetuar o pedido mensal, a FC separa os produtos e satisfaz os respetivos pedidos informaticamente, via CPC/HS, fazendo-se acompanhar de uma guia de transporte. Posteriormente, o Departamento de Logística e Transporte do GTS efetua a distribuição dos produtos para os respetivos hospitais, sendo estes acompanhados por uma guia de transporte. Nos SFH do GTS, os produtos são colocados pelo transportador na zona designada “Receção de Encomendas” e, de seguida, o farmacêutico responsável efetua a verificação do respetivo produto, aferindo a integridade e a conformidade do mesmo, e as quantidades recebidas de acordo com a guia de transporte. Caso ocorram irregularidades nas quantidades pedidas ou receção, deverão ser reportadas à FC, para que se proceda à correção da lacuna; se a anomalia estiver relacionada com o produto em si, este será identificado como “Produto Não Conforme”, reportado à FC, que irá avaliar a necessidade de devolução. Caso o parecer da FC seja afirmativo, procede-se à impressão de uma nota de devolução e contacta-se o fornecedor respetivo.

As encomendas de grande volume, como os soros e o paracetamol intravenoso de 100mg/100ml, são entregues diretamente pelo fornecedor a cada unidade dos SFH do GTS. Para proceder à receção destas encomendas, é obrigatório a assinatura no triplicado da fatura e na nota de entrega do responsável do respetivo SFH. As restantes faturas, original e o seu duplicado, são enviadas, através do Departamento de Logística e Transporte do GTS, à FC, onde a nota de entrega serve como comprovativo de controlo do distribuidor.^{1,7,9}

No decorrer do estágio em FH, contactei com estes procedimentos diariamente, quer seja na receção de encomendas ou nos empréstimos vindos de outras unidades hospitalares, apercebendo-me da necessidade e da importância de uma correta verificação, pois ocorrem diversas irregularidades, como por exemplo, a receção de quantidades incorretas de MPS.

2.1. Receção de Produtos de Controlo Especial

2.1.1. Matérias-Primas e Medicamentos Hemoderivados

A receção das matérias-primas e dos medicamentos hemoderivados é efetuada após confirmação da presença do respetivo boletim de análises e dados de segurança e do Certificado de Autorização de Lotes (CAUL), respetivamente. ^{1,9}

2.1.2. Medicamentos Manipulados

Os Medicamentos Manipulados (MM) distribuídos pelas unidades hospitalares do GTS são preparados no AC, à exceção da solução de formol. Durante a receção, o farmacêutico responsável deve proceder à validação da conformidade dos dados presentes na ficha de preparação que acompanha os MM, assim como verificar os dados presentes no rótulo do manipulado, nomeadamente a Denominação Comum Internacional (DCI), a dosagem, a forma farmacêutica, a quantidade preparada, o lote, a data de preparação e a validade do produto.

2.1.3. Benzodiazepinas, Estupefacientes e Psicotrópicos

As benzodiazepinas, estupefacientes e Psicotrópicos (MEP), aquando da sua receção, devem-se fazer acompanhar pelo documento original do “*Anexo VII*”, como já frisado no tópico “5.3. Medicamentos Sujeitos a Autorização de Utilização Excecional”, devidamente assinado pelo laboratório fornecedor. Os SFH devem conferir se as quantidades recebidas e descritas no “*Anexo VII*” correspondem às da guia de transporte. Os SF efetuam ainda um registo em *Microsoft Excel*® dos *stocks* de MEP, com recorrente atualização da entrada e saída dos produtos descritos, estando este documento disponível e visível para todos SFH do GTS, permitindo um melhor controlo de qualidade e rastreamento. ⁹

2.1.4. Medicamentos Citotóxicos

Os medicamentos citotóxicos são preparados na unidade de preparação de medicamentos citotóxicos na FC por profissionais especializados e, posteriormente, distribuídos pelas unidades hospitalares conforme necessidade.

O transporte é efetuado pelo Departamento de Logística e Transporte do GTS, em malas exclusivas para o transporte de medicamentos antineoplásicos, devidamente fechados, identificados como “material citotóxico”, e com controlo de temperatura. No momento da receção, o farmacêutico responsável deve verificar a integridade do produto. ¹⁰

O HPBC destaca-se como sendo um dos hospitais do GTS com maior número de utentes no processo de administração de medicamentos citotóxicos. Por isso, durante o período de estágio, tive a oportunidade de acompanhar todo o processo necessário para medicamentos citotóxicos, desde a receção à dispensação do mesmo.

2.1.5. Gases medicinais

Os gases medicinais podem ser definidos como medicamentos, pelo Decreto-Lei n.º 176/2006, ou dispositivos médicos, pelo Decreto-Lei 145/2009, consoante a indicação e uso dos mesmos. Os gases

medicinais, como medicamentos, definem-se como gases ou misturas de gases, liquefeitos ou não, destinados a entrar em contacto direto com o organismo humano e desenvolvendo uma atividade em conformidade com a de um medicamento, designadamente em terapias de inalação, anestesia, diagnóstico *in vivo* ou para conservar ou transportar órgãos, tecidos ou células destinadas a transplantes, sempre que em contacto com estes. Os gases medicinais, como dispositivos médicos, definem-se como qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou combinado, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêutica e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos.¹¹

No HPBC, e nas restantes unidades hospitalares do GTS, a gestão dos gases medicinais é da responsabilidade do SFH em parceria com o SM.

Quando é rececionada uma nova encomenda de gases medicinais, os SM devem entregar as guias de remessa aos SFH e proceder à devolução das garrafas vazias ao fornecedor.

3. Armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos

O armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos dependerá das suas especificidades, devendo garantir as condições de temperatura, luz, humidade, espaço e segurança necessárias à correta conservação.¹ A responsabilidade de garantir a segurança, qualidade e integridade de todos os produtos presentes na unidade hospitalar de cada SFH do GTS é de inteira competência do diretor técnico.

Regra geral, todos os produtos são armazenados em condições bem definidas e controladas, tais como, temperatura entre 18°C a 25°C, proteção da luz solar direta, humidade relativa inferior a 60% (preferencialmente, entre 40% a 60%) e devida ventilação, havendo exceções à regra. A recolha das variações de temperatura e humidade estão a encargo do Serviço de Manutenção (SM), que envia semanalmente um e-mail ao farmacêutico responsável com os registos das variações, os quais são, posteriormente, arquivados no respetivo dossier dos SF (Anexo VII).

Nos SFH do HPBC, os produtos são armazenados por forma farmacêutica (soluções injetáveis, comprimidos e cápsulas, colírios, xaropes, enemas, etc) e/ou, em alguns casos, por serviços (Medicina Dentária, Imagiologia, Gastroenterologia, entre outros), e, seguidamente, organizados conforme a Denominação Comum Internacional (DCI), por ordem alfabética e respetiva dosagem, como apresentado no Anexo VIII. Todos os MEP, presentes no SFH e nos respetivos serviços do HPBC, têm de estar devidamente identificados com o DCI, dosagem, lote e prazo de validade no local destinado ao seu armazenamento.

Os medicamentos LASA – “*Look-Alike, Sound-Alike*” – definidos como medicamentos cujo nome é semelhante a nível ortográfico e fonético ou cujo aspeto da embalagem é semelhante, mas com princípio ativo e uso terapêutico distintos, podem gerar lapsos na dispensa e administração aos utentes. De forma a evitar possíveis erros, os medicamentos LASA são devidamente identificados, realçando detalhes apresentados no nome, de forma a facilitar a sua distinção visual, através da inserção de letras maiúsculas,

negrito, sublinhado ou cor. Além disso, em cada serviço hospitalar, existe um cartaz que agrupa todos os medicamentos LASA dispensados (Anexo IX), de modo a alertar os profissionais de saúde.

Medicamentos ou produtos farmacêuticos com risco associado de administração, preparação, dosagem incorreta ou utilização inadequada, apresentam uma etiqueta com sinal de alerta de perigo, de forma a alertar os profissionais de saúde que os usem, dispondo de um quadro resumo do risco associado. Além deste aviso, pode ainda surgir na identificação da gaveta (SUC), na estante ou no próprio produto etiquetas de “Diluição Obrigatória”, “Utilizar primeiro”, “Uso externo”, “Conservar no frio”, “Data de abertura”, “Prazo de validade a expirar a”, entre outras.

Quando stock de produtos no SF excede a lotação do local, o excedente é armazenado na zona de stock avançado. No SFH do HPBC, existem duas zonas distintas de stock avançado: uma destinada aos comprimidos e cápsulas, pertencentes ao FHI e aos Extra-Formulário, e outra para ampolas.

Todos os medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos respeitam a metodologia FEFO – “First Expired, First Out”, a qual define que os lotes de produtos com menor prazo de validade são os primeiros a serem utilizados e dispensados, evitando o desperdício de medicamentos.^{1,7,12}

Destaco como uma das tarefas mais importante da FH o correto armazenamento dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, uma vez que é necessária uma boa gestão para a boa qualidade de serviço. O SFH do HPBC prima pela organização exemplar da Dr^a Ana Margarida Costa, com quem tive a oportunidade de aprender todo o processo associado e a necessidade de o manter e rever frequentemente.

3.1. Situações Especiais de Armazenamento

3.1.1. Medicamentos Termolábeis

Os medicamentos termolábeis devem ser armazenados numa câmara frigorífica, onde a temperatura deve estar compreendida entre 2°C a 8°C. As temperaturas de cada frigorífico ou câmara frigorífica são permanentemente registadas, onde o SM envia um relatório semanal dos resultados ao farmacêutico hospitalar responsável pelo SFH, que faz uma análise e controlo detalhado na deteção de anomalias, de forma a garantir a estabilidade e segurança dos medicamentos termolábeis. Posteriormente, os registos são arquivados no dossier respetivo por ordem cronológica, divididos por cada serviço clínico, que possui frigorífico ou câmara refrigerada, os quais são mantidos no hospital por um período mínimo de 5 anos. Se ocorrer inadvertidamente um aumento significativo da temperatura, que ultrapasse o intervalo de referência, devido ao incorreto fecho da porta ou pela abertura repetida do frigorífico, este dispara o sistema de alarme. Consequentemente, o diretor técnico responsável terá de averiguar a estabilidade dos medicamentos e verificar se a sua qualidade e segurança não foram comprometidas. Se os medicamentos em causa se encontrarem estáveis, estes retornam ao sistema de refrigeração; se a segurança e qualidade tiverem sido comprometidas, estes devem ser devidamente descartados no Contentor Vermelho (Grupo IV – Resíduos Hospitalares Específicos), para posterior incineração obrigatória.¹³

Medicamentos como a insulina devem ser armazenados com refrigeração e ao abrigo da luz, tal como os preparados citotóxicos que não são administrados ao doente após chegada ao hospital.^{1,7,12}

A organização da câmara frigorífica segue a regra dos restantes medicamentos e produtos farmacêuticos, segundo a DCI, dosagem e PV.

3.1.2. Medicamentos Fotossensíveis e Medicamentos Higroscópicos

O armazenamento de medicamentos fotossensíveis, como o caso da amiodarona, requer especial atenção à proteção contra a radiação. O processo de proteção contra a luz passa por, após retirar as ampolas de amiodarona da embalagem original, envolvê-las em papel de alumínio, para impedir o contacto direto com a radiação, e armazenamento posterior num local ao abrigo da luz.

O armazenamento de medicamentos higroscópicos exige particular resguardo de ambientes de elevada humidade, como é o caso da acetilcisteína em comprimidos efervescentes. Quando retirados da embalagem original, os comprimidos devem ser envolvidos em papel de alumínio e, posteriormente, embalados numa manga de plástico própria para o efeito, selados, identificados com os respetivos dados da substância ativa e armazenados num lugar seco.

Independentemente do tipo de medicamento, estes devem ser obrigatoriamente identificados por uma etiqueta que descreva a DCI, a dosagem, forma farmacêutica, lote, PV, código de barras e, se necessário, o modo de administração.^{1,7,12}

3.1.3. Substâncias Inflamáveis

Os produtos inflamáveis devido às suas características reativas perigosas são armazenados num armário corta-fogo e fechado, separando-os dos restantes medicamentos e outros produtos farmacêuticos, em SUCs, (Anexo VIII), de forma a prevenir possíveis acidentes, como um eventual derrame em caso de fuga.^{1,7,12}

3.1.4. Benzodiazepinas, Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos

A ação demarcada no sistema nervoso central das Benzodiazepinas, Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos tornam estes fármacos potenciais de abuso, com necessidades especiais de proteção e armazenamento. Os MEP encontram-se armazenados em cofres, possuidores de um código eletrónico e fechadura de segurança, onde só apenas os SFH, o SM, enfermeiro coordenador e profissionais de saúde restritos responsáveis têm acesso.

A organização no interior dos cofres é efetuada por ordem alfabética, dosagem e metodologia FEFO, estando separados por forma farmacêutica.^{1,7,12,14}

3.1.5. Carro de Emergência

O carro de emergência, em contexto hospitalar, é uma estrutura móvel e/ou transportável, caracterizado por possuir, no seu interior, um conjunto de fármacos de 1ª linha usados em situações de emergência, dispositivos médicos e outros produtos, e os equipamentos indispensáveis para a reanimação cardiopulmonar.¹⁵

O acesso ao carro de emergência carece do preenchimento obrigatório de um documento de registo por cada utilização com devida justificação da sua abertura, para que posteriormente seja efetuada a contagem de *stock*, com reposição dos mesmos, e nova selagem.^{1,7,12,15}

A contagem de *stock* e verificação dos PV dos produtos existentes no carro de emergência é efetuada mensalmente e após aberturas do mesmo.

3.2. Controlo de Prazos de Validade e Contagem de Stocks

A necessidade de um controlo apertado e regular dos PV e da contagem de stocks é necessária e de extrema importância, de forma a evitar possíveis perdas de recursos e prejuízo económico para o hospital.

O controlo de PV dos medicamentos, produtos farmacêuticos e alguns dispositivos médicos existentes no SFH e restantes serviços clínicos do GTS é de inteira responsabilidade do farmacêutico hospitalar. Os restantes produtos dos serviços clínicos ficam a encargo do enfermeiro coordenador.

O primeiro momento de monitorização dos PV ocorre durante a receção de encomendas: o PV de todos os produtos farmacêuticos rececionados é sempre verificado antes de validar a receção, e durante o respetivo armazenamento, havendo atualização constante da folha de cálculo.^{1,7}

O período de controlo estipulado pelo plano anual definido nos SFH é de 3 em 3 meses, onde são verificados os PV de todos os produtos do *stock* da farmácia e, posteriormente, registados numa folha *Microsoft Excel*®, indicando a DCI e a forma farmacêutica. O registo é organizado segundo um sistema de etiquetas (“Atenção Prazo de validade a expirar a ___/___/___” e “Utilizar primeiro”), de acordo com a proximidade do PV, colocadas no respetivo local de armazenamento e no produto a expirar nesse período, de forma a alertar os profissionais de saúde para a sua utilização prioritária.

O PV nos serviços do bloco operatório, internamento e urgência são submetidos a controlo trimestral, enquanto os serviços de consulta externa, endoscopia e imagiologia só necessitam de controlo semestral. Assim, nos serviços clínicos hospitalares, todos os medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos com PV inferior a 3 meses seguem o Fluxograma para Gestão de Medicamentos com Prazo de Validade a terminar, Anexo X. Caso não exista medicação no SFH e SC com PV superior para substituir, deve manter-se o produto em término de PV, podendo fazer-se transferência desse produto para um serviço com maior rotatividade de uso ou para outra unidade hospitalar do GTS, de forma a evitar desperdícios e prejuízos. Caso haja PV ultrapassados, os medicamentos e produtos farmacêuticos devem ser descartados no contentor vermelho (Grupo IV - Resíduos Hospitalares Específicos), para incineração.^{1,7,14}

A contagem de stocks, a cargo da farmacêutica responsável, no HPBC, nos serviços clínicos, é efetuada segundo a tabela 1.

Tabela 1. Calendarização da contagem de stocks pelo SFH do HPBC.

Serviços	Período de Contagem
Bloco Operatório	3 em 3 meses
Farmácia	Semestral, Anual (recorrentemente no mês de dezembro), ou conforme necessidade
Internamento	Semanalmente
Urgência	Quinzenalmente

Após contagem de *stocks*, a diretora técnica faz um balanço das quebras, verificando as inconformidades entre o stock físico e o stock informático apresentado, reportando as irregularidades ao enfermeiro coordenador via *e-mail*, de forma a efetuar a regularização informática. Nos outros SC do HPBC, o controlo dos *stocks* é de inteira responsabilidade dos respetivos enfermeiros, coordenados pelo enfermeiro chefe/coordenador.

No decorrer do estágio, além do correto armazenamento dos medicamentos, produtos farmacêuticos e alguns dispositivos médicos, destaco a contagem de stocks e controlo de prazos de validade como as tarefas mais fulcrais a nível de gestão farmacêutica. Dada a implementação do novo programa I'mThom a 1 de setembro, foi efetuada uma contagem geral antecipada de todo o stock e a verificação dos PV no mês de agosto, ou seja, a farmácia fez uma revisão conforme a necessidade, sendo que já tinha sido efetuada em junho e novamente em agosto. Como forma de melhorar a gestão e organização, dada a necessidade, eu e Dr^a Ana Margarida Costa criamos folhas de cálculo no Microsoft Excel® com todos os produtos ao encargo do SFH (organizados por serviço, forma farmacêutica e DCI), respetivos stocks informáticos e stocks físicos/reaís e as quebras, para as atuais e futuras contagens e controlos de PV. Saliento, novamente, que o SFH do HPBC possui uma organização excelente, crédito da Dr^a Ana Margarida Costa que se adapta facilmente às necessidades impostas pelos seus serviços.

3.3. Controlo de gases medicinais

Os gases medicinais devem ser armazenados num local de acesso restrito, destinado apenas ao armazenamento dos gases medicinais, bem ventilado e fora dos SFH. Os gases estão dispostos em duas rampas, esquerda e direita, cada uma composta por 6 garrafas, e por uma rampa de emergência, composta por 6 garrafas.

O SM, quando terminam as botijas, procede à troca, comunicando-a via *e-mail* aos SFH, indicando o nome do gás, lote, PV e a rampa do sistema de distribuição onde foi efetuada a troca. Os SFH, após verificação dos dados, preenchem um documento específico (anexo XI), o qual é arquivado na capa respetiva aos gases medicinais, validando todo o processo.

4. Distribuição e dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos

A distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos tem como objetivo garantir o cumprimento da prescrição, proceder à gestão e racionalização da distribuição da terapêutica, diminuindo os custos, garantindo a administração correta e diminuindo os erros relacionados com a medicação (engano na via de administração, medicação não prescrita, dose incorreta, entre outros), monitorizando a terapêutica, e, assim, reduzir o tempo de enfermaria dedicada às tarefas administrativas e de manipulação dos medicamentos.¹ A distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos aos serviços clínicos hospitalares é uma função de elevada responsabilidade por parte dos farmacêuticos, dado o impacto direto a nível da situação clínica dos utentes.

A distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos pode ser classificada em quatro categorias: a distribuição clássica, a distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU), a distribuição a doentes

em regime de ambulatório, a dispensa de medicamentos sujeitos a legislação restritiva ou de controlo especial (medicamentos hemoderivados e as benzodiazepinas, estupefacientes e psicotrópicos).^{1,7,14}

4.1. Distribuição Clássica

A distribuição clássica consiste na reposição de stock nos diferentes serviços clínicos do hospital. O aviso de reposição pode ser efetuado por pedidos do próprio serviço ou através do sistema informático estandardizado com base em *stocks* nivelados, previamente definidos pelo farmacêutico e enfermeiro coordenador. Os pedidos de cada SC encontram-se divididos em três categorias: medicamentos, soros e embalagens vazias.

Os pedidos informáticos criados com base em níveis ou *stocks* nivelados são gerados através da diferença entre o stock ideal e os consumos registados desde a última reposição do SC respetivo- no entanto, nem todos os serviços têm stocks ideais estabelecidos. No HPBC, os serviços de bloco operatório, internamento e urgência possuem um sistema de stocks ideais estabelecido com reposição baseada em stocks nivelados, sendo o farmacêutico o responsável pelo transporte e armazenamento dos produtos no serviço requerente. Nos restantes SC do HPBC e quando os produtos requisitados são soros e embalagens vazias destinados ao bloco operatório, estes são exclusivamente distribuídos após pedidos gerados pelo próprio serviço, sendo responsabilidade dos enfermeiros encarregues de fazer a própria gestão de stocks. Os produtos pedidos são posteriormente deixados no respetivo cais, cabendo aos profissionais do serviço fazer a sua recolha e reposição. Todos os pedidos efetuados aos SFH são analisados e aprovados pelo farmacêutico hospitalar responsável antes da sua satisfação. A distribuição de medicamentos termolábeis requer a utilização de bolsas térmicas, com acumuladores de frio, garantindo a estabilidade do produto durante o transporte.^{1,7,14}

Ao longo do estágio, tive oportunidade de acompanhar a Dr^a. Ana Margarida Rocha em todo o processo envolvente na dispensação, verificando se os débitos dos produtos consumidos pelo doente estavam corretos e se, durante a reposição nos SC, os stocks ideais asseguram as necessidades do serviço, dado que quando ocorrem incoerências, como, por exemplo, os consumos informáticos não corresponderem ao consumo real, há a conceção de um pedido que não corresponde às necessidades reais, originando uma falha de stock no mesmo serviço. A não correspondência entre os stocks informático e real é uma realidade assente nos serviços de bloco operatório, internamento e urgência no HPBC, destacando-se principalmente o serviço do bloco operatório, que implica uma segunda reposição de stock no dia. Estas lacunas repercutem-se em elevado gasto de tempo que poderia ser empregue na execução de outras tarefas, atrasando as atividades estipuladas pelo mapeamento dos SFH.

4.2. Distribuição individual diária em dose unitária

A Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU) corresponde à dispensação de medicamentos e produtos farmacêuticos em doses individualizadas, pelo SFH, para cada doente que se encontra internado no hospital, regra geral, para um período de 24 horas.

O DIDDU para internamento no HPBC ocorre com período de 24h, compreendidas entre as 14h de um dia e as 14h do dia seguinte, exceto aos fins de semana e feriados, devido ao encerramento dos SFH. Nestas

situações, a DIDDU é preparada para 48h, 72h, ou 96h, dependendo do caso, se porventura o feriado coincidir numa segunda ou sexta-feira.

O processo de DIDDU inicia-se com a validação da prescrição médica, através do CPC/HS, onde o farmacêutico tem acesso aos dados da ficha do doente, relativos à sua medicação e prescrição médica, qual o médico prescritor, a data e hora da prescrição, historial terapêutico, às características do tratamento e a dieta adotada durante o internamento. Na prescrição farmacoterapêutica, vem descrito o DCI do fármaco, assim como a dosagem, a forma farmacêutica, a via de administração, a posologia a adotar e a duração do esquema terapêutico. Se no mapa farmacoterapêutico do doente contiver um antibiótico, acresce ainda a informação da justificação clínica do médico para a prescrição do mesmo. A avaliação e a validação da prescrição de cada utente é de inteira responsabilidade do farmacêutico, que quando deteta alguma anomalia, deve comunicá-la ao médico prescritor, de forma a esclarecer e solucionar a irregularidade em questão. No processo de validação, há ainda o aparecimento de medicamentos ou produtos farmacêuticos que serão selecionados pelo farmacêutico como “método tradicional”, tais como soros, MEP, medicamentos termolábeis e medicamentos em caso de SOS, em que a sua dispensa só ocorrerá a partir dos *stocks* nivelados do internamento, e não através da DIDDU.

Após validação, geram-se mapas de DIDDU com a medicação respetiva de cada doente, funcionando como um guia para o farmacêutico na elaboração da unidose (Anexo XII). Geram-se ainda as etiquetas de identificação das gavetas de DIDDU de cada doente, discriminadas com o nome do doente, o número do processo do doente (designado GTS + número do doente), a cama e o serviço em que se encontra. No HPBC, há a unidade de cuidados intermédios (UCI) e dois pisos de internamento, os internamentos 2 e 3. Todavia, como a época do meu estágio (em julho e agosto de 2021) é considerada “época baixa” devido ao número reduzido de internamentos, o internamento do piso 2 encontrava-se fechado, para contenção de gastos e recursos.

As malas de DIDDU (Anexo XV) possuem 8 a 12 gavetas, dependendo da mala, sendo que cada gaveta corresponde a um único utente. As gavetas albergam geralmente os comprimidos, cápsulas, ampolas e pensos transdérmicos. Os medicamentos de grandes dimensões ou quantidades elevadas são transportados à parte, num saco de plástico individual e devidamente identificado com a etiqueta de identificação do utente respetivo. Após preparação das malas de DIDDU, efetua-se a verificação de alguma alteração (alta clínica, alteração na prescrição, chegada de novos internados) desde a geração dos mapas até ao momento da dispensa para o serviço de internamento, e procede-se a uma segunda validação das gavetas de cada doente para eliminação de possíveis erros humanos. Posteriormente a medicação desse dia é debitada na conta de cada doente. Por fim, ocorre o transporte e dispensa das malas de DIDDU no internamento, pelo farmacêutico responsável, que faz a recolha das malas do dia anterior. De volta ao gabinete dos SFH, é verificada a presença de medicação nas gavetas do dia anterior e, se isso se verificar, detetar o motivo que o justifica, podendo ser por alta clínica dada já no dia anterior após entrada da mala, por indicação médica ou pela não administração, de forma a ser retirada da conta do doente.^{1,7,14}

A preparação e recolha das malas de unidose foi uma das diversas tarefas que efetuei diariamente ao longo do período de estágio. Tive a oportunidade de auxiliar a Dr.^a Ana Margarida na deteção de erros de prescrição, abrir eventos adversos, entender quais os produtos com maior rotatividade associados aos

diferentes serviços, nomeadamente doenças crónicas, pós-cirúrgicos, medicação profilática usado no internamento, entre outros.

4.3. Distribuição de Substâncias de Controlo Especial

4.3.1. Distribuição de Medicamentos Hemoderivados

Os medicamentos hemoderivados, ou medicamentos derivados de sangue e plasma humano, existentes a nível hospitalar são a albumina, imunoglobulinas, complexo de protrombina, plasma humano inativado e fatores de coagulação (VII e IX). Dada a variabilidade e origem biológica apresentada pelos produtos, é necessária a apresentação de um Certificado Oficial Europeu de Libertação de Lote (COELL), para cada lote, com reconhecimento na União Europeia e no Espaço Económico Europeu. Em Portugal, cabe ao Infarmed, I.P. a emissão do número do Certificado de Autorização de Utilização de Lote (CAUL), que identifica o Certificado de Autorização de Lote de medicamentos hemoderivados, assegurando que foram efetuados todos os ensaios laboratoriais específicos, permitindo o despiste de contaminação dos medicamentos com doenças transmissíveis.¹⁶

Os medicamentos hemoderivados são sujeitos a um controlo especial para efeitos de rastreabilidade, dado que são um produto biológico e, por essa razão, serem um potencial veículo de doenças.¹⁷ A rastreabilidade decorre da necessidade de reportar qualquer associação de causalidade entre a administração e a deteção de doenças.

A encomenda e aquisição de hemoderivados é semelhante à dos restantes produtos, exceto a sua receção, que tem de vir complementada pelo COELL, pelo certificado de aprovação pela entidade patronal, pela fatura e pela guia de transporte habitual. O armazenamento é realizado consoante as características de cada medicamento [2,18]. Os medicamentos hemoderivados, no HPBC, encontram-se armazenados nos SFH, com a exceção das colas de fibrina humana, que poderão também estar armazenadas no frigorífico da farmácia do bloco operatório do piso 6. Porém, a cada prescrição de hemoderivados efetuada pelo médico, este deve preencher um impresso específico – o modelo nº 1804, segundo o Despacho Conjunto nº 1051/2000, 14 de Setembro, Anexo XIV – para a requisição, distribuição e administração do medicamento aos SFH.¹⁸ A Requisição de Medicamentos Hemoderivados Modelo nº 1804 é composta por duas vias, sendo que a original fica na posse da farmácia e a duplicada fica no serviço requisitante. No preenchimento, o médico prescriptor terá de preencher os quadros A e B, e o farmacêutico responsável o quadro C. O número CAUL pode ser consultado no documento que chega aquando da receção do medicamento, ou no site do Infarmed, I.P., via *online*. Compete ao farmacêutico, após validação, transferir, de forma informática e física, o medicamento para o serviço requisitante. Após a receção, compete ao enfermeiro de serviço assinar o documento para validação de receção física, guardando e arquivando o duplicado do modelo no processo clínico do doente. O documento original retorna aos SFH, onde será arquivado na capa de “Registo de Hemoderivados”.^{1,19}

4.3.2. Distribuição de Benzodiazepinas, Estupefacientes e Psicotrópicos

O aviamento a cada serviço clínico é efetuado através do preenchimento de uma requisição própria, o “Anexo X” (Anexo XV). Cada serviço hospitalar apresenta um *stock* mínimo e máximo destes medicamentos, um livro de registos de MEP (onde consta o “Anexo X”) e um cofre. Na administração dos

MEP, os profissionais de enfermagem devem preencher as informações presentes na requisição obrigatória com os dados do medicamento (identificação do medicamento, dosagem, forma farmacêutica e código) e os dados referente ao paciente (nome, processo e quantidade administrada). Este registo tem de ser assinado pelo médico diretor de serviço, pelo enfermeiro que procedeu à administração dos medicamentos e, no momento da dispensa, pelo farmacêutico. O “*Anexo X*” possui duas vias, devendo a original ficar arquivada nos SF durante um período mínimo de 5 anos.^{1,7,14}

4.3.3. Sugamadex

O Sugamadex é um medicamento usado para reverter o bloqueio neuromuscular causado pelos anestésicos administrados em cirurgias, como o rocurónio e vecurónio.²⁰ O sugamadex destaca-se por apresentar um perfil de segurança farmacoterapêutico maior, comparativamente aos outros reversores neuromusculares encontradas no mercado (como a neostigmina e atropina), dada à sua reversão imediata e incapacidade de provocar depressão cardiorrespiratória. No entanto, por possuir um elevado valor económico, é rigorosamente controlado no circuito de compra, distribuição e dispensa, sendo só usando em casos devidamente justificados. No GTS, aquando da requisição de sugamadex pelos SC, é obrigatório o preenchimento de um formulário (Anexo XVI) para justificação de utilização do mesmo.

A requisição deste medicamento é muito comum no HPBC, pelo que tive a oportunidade de verificar, não só o preenchimento do formulário, como a dispensa do fármaco e arquivar o documento no respetivo dossier.

5. Farmacotecnia

Na manipulação de medicamentos, existe um conjunto de procedimentos baseados na Farmacopeia e no Formulário Galénico, respeitando as boas práticas de preparação de manipulados, legisladas na Portaria nº 594/2004, 2 de Junho.²¹

No GTS, como já referido, as preparações são efetuadas na FC do HPSB e distribuídas às unidades hospitalares, posteriormente. Os manipulados mais efetuados pelo GTS são as preparações asséticas (soluções e/ou diluições de desinfetantes) e preparações estéreis (medicamentos citotóxicos). É ainda preparado na FC a reembalagem de doses unitárias sólidas, e nas unidades hospitalares respetivas, procede-se ao fracionamento de comprimidos, caso necessário, por prescrição médica.

5.1. Formas Farmacêuticas estéreis

5.1.1. Medicamentos citotóxicos

Como já referido em “6.1.4. Medicamentos Citotóxicos”, estes são preparados na FC do GTS, de acordo com o agendamento dos ciclos oncológicos de cada doente. A prescrição médica oncológica necessita obrigatoriamente de ser também validada pelo farmacêutico hospitalar. O medicamento final deve estar devidamente rotulado, e identificado com os dados do doente, a DCI, o solvente com qual foi preparado, a data e hora da produção do preparado (dada a sua instabilidade) e o PV (caracteristicamente curto). Posteriormente, o fármaco é acondicionado num local próprio, e transportado para a unidade hospitalar onde irá decorrer a administração.^{7,22}

A administração destes medicamentos é da responsabilidade de enfermeiros especializados em serviço oncológico.

5.1.2. Misturas para nutrição parentérica

A nutrição parentérica corresponde à administração intravenosa de macro e micronutrientes por via central (veias subclávia ou jugular) ou por via periférica (veias da mão ou do antebraço).

No GTS, as necessidades dos doentes internados não justificam a manipulação de misturas para nutrição parentérica, e como tal, existem nos SFH de cada unidade bolsas parentéricas pré-fabricadas. As bolsas parentéricas pré-fabricadas são tri-compartimentadas, com soluções de aminoácidos, hidratos de carbono e lípidos, as quais, após reconstituição, se misturam, originando um produto com estabilidade de 24h, aproximadamente. Se necessário, pode também adicionar-se oligoelementos e/ou vitaminas, sendo feita em paralelo com a nutrição parentérica.²³

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de contactar com uma bolsa parentérica pré-fabricada tri-compartimentada, presente no anexo XVII.

5.2. Formas Farmacêuticas não estéreis

5.2.1. Reembalagem de comprimidos e cápsulas

A FC possui uma máquina automática de embalagem que permite, após separados, embalar individualmente os medicamentos e produtos farmacêuticos num invólucro próprio. Só a técnica responsável pode proceder ao registo e, por conseguinte, etiquetar os produtos reembalados. A rotulagem dos produtos deve apresentar a respetiva DCI, a dosagem, a forma farmacêutica, o lote e o PV. Nos casos em que o acondicionamento original já vem devidamente identificado, não é necessário proceder à reembalagem.^{1,7,24}

5.2.2. Fracionamento de comprimidos

O fracionamento de comprimidos ocorre quando não existem alternativas no FHI do GTS que permitam cumprir a prescrição médica. Durante o fracionamento, é necessário assegurar a viabilidade, a segurança e as medidas de higiene.

As medidas a adotar passam pela desinfetação, com álcool a 70°, da bancada e lâmina de fracionamento, a lavagem e desinfeção das mãos do operador e a colocação de luvas. Este processo é efetuado diversas vezes durante o tratamento da DDDU.

Nos SFH do GTS, existe um local reservado para efetuar o fracionamento dos comprimidos, dispondo de uma máquina com manga de calor para selagem e acondicionamento dos comprimidos. Os medicamentos com propriedades higroscópicas ou termolábeis requerem especial cuidado, sendo necessário envolvê-los em papel de alumínio e selá-los. Após o processo de fracionamento, é necessária a atribuição de novos rótulos, mencionando a DCI, dosagem inicial e final, lote e PV. Regra geral, atribui-se um PV de 6 meses após momento de fracionamento, exceto quando o PV original é inferior a 6 meses, colocando-se como PV final o PV original do produto. Todos os fracionamentos de comprimidos são registados num documento próprio (anexo XVIII), com a devida assinatura do operador e do supervisor.^{1,7,24}

Durante o estágio, procedi regularmente ao fracionamento e a reembalagem de comprimidos. O procedimento demonstra ser moroso, tornando-se inviável quando o número de internados é elevado, daí a necessidade de proceder ao fracionamento e reembalagem atempadamente, de forma que não se inviabilizem as restantes atividades diárias que competem aos SFH.

Considerações Finais

Ao longo dos 2 meses de estágio, tive a oportunidade de intervir em todas as atividades a cargo de um farmacêutico, tendo consolidado muitos conhecimentos teóricos, auxiliado na resolução de adversidades e contactado com novas realidades. Além da importância clínica que o farmacêutico comporta, este destaca-se simultaneamente na gestão hospitalar, ou seja, possui um papel fundamental nas auditorias de gestão de qualidade, gestão de infraestruturas, material de consumo e ambiente de trabalho e gestão de risco.

O sucesso apresentado deve-se ao profissionalismo envolvido dos SFH do GTS, mais concretamente, do SFH do HPBC no qual tive a oportunidade de trabalhar, aprender e conviver com a Dr^a Ana Margarida Costa, que me demonstrou o verdadeiro papel de um farmacêutico em contexto hospitalar, sendo este imprescindível para o bom funcionamento do mesmo. A experiência e a oportunidade de efetuar o estágio em farmácia hospitalar não poderia ter sido mais gratificante, identificando-me bastante com área, e apesar de não saber o que me reserva o futuro, é uma área que gostaria de me especializar.

Finalizando, o balanço final do meu estágio em farmácia hospitalar no GTS é marcadamente positivo.

Referências Bibliográficas

1. Infarmed, I.P. *Manual da Farmácia Hospitalar. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde*, 2005. [Online] Disponível a partir de: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manual.pdf/a8395577-fb6a-4a48-b295-6905ac60ec6c> [acedido a 9 de julho de 2021]
2. Ordem dos Farmacêuticos. *Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar. Ordem dos Farmacêuticos*, 2018. [Online] Disponível a partir de: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/mbpfh_capitulo_i_vfinal_17815111995a8eee5ad0c17.pdf [acedido a 9 de julho de 2021]
3. Trofa Saúde. *Quem Somos. Trofa Saúde*, 2021. [Online] Disponível a partir de: <https://www.trofasaude.pt/trofa-saude/quem-somos/> [acedido a 19 de julho de 2021]
4. Trofa Saúde. *O Hospital. Trofa Saúde*, 2021. [Online] Disponível a partir de: <https://www.trofasaude.pt/bragacentro/unidade/o-hospital/> [acedido a 19 de julho de 2021]
5. Trofa Saúde Hospital. *Formulário Hospitalar do Grupo Trofa Saúde. Trofa Saúde Hospital*, 2013; 2-33.
6. Trofa Saúde Hospital. *Adenda Formulário Hospitalar do Grupo Trofa Saúde. Trofa Saúde Hospital*, 2014; 3-4.
7. *Serviços Farmacêuticos do Grupo Trofa Saúde. Manual de Procedimentos dos Serviços Farmacêuticos do Grupo Trofa Saúde*, 2015; 3-10.
8. Decreto- Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, *Legislação de combate à droga, Diário de República*, 1.ª série, n.º15, 1993, 234-252.
9. Trofa Saúde Hospital. *Procedimento Operacional de Receção de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. Trofa Saúde Hospital*.
10. Trofa Saúde Hospital. *Procedimento Operacional de Receção e Distribuição de Preparações de Medicamentos Antineoplásicos. Trofa Saúde Hospital*.
11. APEQ. *Boas Práticas de Gestão de Gases Medicinais. Associação Portuguesa as Empresas Químicas*, 2017.
12. Trofa Saúde Hospital. *Procedimento Operacional de Armazenamento de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos. Trofa Saúde Hospital*.
13. Despacho n.º 242/96, de 13 de agosto, *normas de organização e gestão global dos resíduos hospitalares, Diário de República*, 2.ª série, n.º187, 1996, 11380.
14. Trofa Saúde Hospital. *Procedimento Operacional de Benzodiazepinas, Psicotrópicos e Estupefacientes. Trofa Saúde Hospital*.
15. DGS. *Orientação n.º008/2011, de 28 de março – Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Direção-Geral da Saúde*, 2011. [Online] Disponível a partir de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011-pdf.aspx> [acedido a 23 de julho de 2021]
16. Infarmed, I.P. *Autorização de Utilização de Lote. Direção de Informação e Planeamento Estratégico do Infarmed*. [Online] Disponível a partir de: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-utilizacao-lote> [acedido a 29 de julho de 2021]

17. *Ordem dos Farmacêuticos. Medicamentos derivados do plasma: Enquadramento regulamentar, impacto e acessibilidade de mercado. Ordem dos Farmacêuticos secção regional de Lisboa, 2020. [Online] Disponível a partir de: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/2021/Documentos/Medicamentos_derivados_do_plasma_V1_final.pdf [acedido a 29 de julho de 2021]*
18. *Despacho conjunto n.º 1051/2000, de 14 de Setembro, Registo de medicamentos derivados de plasma, Diário de República, 2.ª série, n.º 251, 2000, 17584-17585*
19. *Trofa Saúde Hospital. Procedimento Operacional de Distribuição de Medicamentos Derivados de Plasma. Trofa Saúde Hospital.*
20. *EMA. Resumo das características do Medicamento: Sugamadex, European Medicines Agency. Disponível a partir de: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/bridion-epar-product-information_pt.pdf [acedido a 7 de agosto de 2021]*
21. *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 de República, 1.ª série, n.º 129, 2004, 3441-3445.*
22. *Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. Manual de preparação de citotóxicos. Ordem dos Farmacêuticos, 2013. [Online] Disponível a partir de: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/manuais/manual-de-preparacao-de-citotoxicos/> [acedido a 10 de agosto de 2021]*
23. *Trofa Saúde Hospital. Procedimento Operacional de Administração de Bolsas de Nutrição Parentérica. Trofa Saúde Hospital.*
24. *Trofa Saúde Hospital. Procedimento Operacional de Fracionamento e Reembalagem de Comprimidos. Trofa Saúde Hospital.*

Anexos

Anexo I. Plano operacional semanal dos SFH do HPBC.

Plano Operacional dos Serviços Farmacêuticos HPBC

Diário	
Manhã	Tarde
- Verificar se houve levantamento de medicação na farmácia + Debitar/Transferir (ver pendentes) - Validar prescrições médicas (INT3+ intermédios (se abertos)) - Satisfazer pedidos dos serviços (END, DENT, FST, IMG, CEXT) (cais) - Satisfazer pedidos do BLO (transferir piso 6) - Satisfazer pedidos dos serviços (HDBN) (estante farmácia – zona de expedição)	- Validar prescrições médicas (INT3+ intermédios (se abertos)) - Debitar unid... + Reverter medicação do dia anterior (e registar) - Registrar a transferência dos contrastes para as Imagiologias HPBC e HDBN - Registrar os gastos de sugamadex – excel (ver débitos)
2ª feira	
Manhã - Debitar medicação unidose de Sábado e Domingo (verificar altas) - Gerar e satisfazer pedido medicamentos/ soros/embalagens vazias <u>INT3</u> - Gerar e satisfazer pedido medicamentos/ soros/embalagens vazias <u>URG</u> - Controlo do stock de benzodiazepinas e estupefacientes <u>INT3</u> (repór com anexo X, se necessário!)	Tarde - Preparar malas unidose e dupla verificação (entrega: 14:00 h) - Guardar encomenda da Farmácia central (confirmar PV's) - Levantamento das folhas de registo de levantamento do cartão da farmácia (INT 3)
3ª feira	
Manhã - Gerar e satisfazer pedido medicamentos <u>Bloco</u> - Controlo do stock de benzodiazepinas e estupefacientes <u>BLOCO</u> (mensal) - Controlar stock <u>Bloco</u> (mensal)	Tarde - Preparar malas unidose e dupla verificação (entrega: 14:00 h) - Guardar encomenda da Farmácia central (confirmar PV's)
4ª feira	
Manhã - Produzir kits (INT3 + Bloco) + Efetuar consumos aos serviços + produção de Oxigénios (Mensal) - Gerar e satisfazer pedido medicamentos/ soros/embalagens vazias <u>INT3</u> - Controlo do stock <u>INT3</u> (semanal)	Tarde - Preparar malas unidose e dupla verificação (entrega: 14:00 h) - Guardar encomenda da Farmácia central (confirmar PV's) - Controlo do stock de benzodiazepinas e estupefacientes <u>FAR HPBC</u> (semanal)
5ª feira	
Manhã - Gerar e satisfazer pedido medicamentos/ soros/embalagens vazias <u>URG</u> - Controlo stock <u>URG</u> (quinzenal) - Controlo do stock de benzodiazepinas e estupefacientes <u>URG</u> (repór com anexo X, se necessário!)	Tarde - Preparar malas unidose e dupla verificação (entrega: 14:00 h) - Guardar encomenda da Farmácia central (confirmar PV's)
6ª feira	
Manhã - Gerar e satisfazer pedido medicamentos <u>Bloco</u> - Gerar e satisfazer pedido medicamentos/ soros/embalagens vazias <u>INT3</u> - Controlo do stock de benzodiazepinas e estupefacientes <u>INT3</u> (repór com anexo X, se necessário!)	Tarde - Preparar malas unidose para 6ª feira, Sáb e Dom e dupla verificação (doentes cirúrgicos: preparar para 1 dia apenas) (entrega: 14:00 h) - Debitar medicação unidose apenas de 6ª feira - Guardar encomenda da Farmácia central (confirmar PV's)

SOS: Não vão nas gavetas da unidose (a não ser que não haja stock no internamento!)

Anexo II. Organização esquemática do espaço físico do SFH do HPBC.



Produto Farmacêutico	Localização
ABIRATERONA 500 MG COMP	D5 QUIMIOTERAPIA
ACENCUMAROL 4MG COMP	H2 COMPRIMIDOS
ACETAZOLAMIDA 250 MG COMP	H2 COMPRIMIDOS
ACETILCISTEINA 300MG/3ML AMP	A1 AMPOLAS
ACETILCISTEINA800MG+ASPARTAME20MG COMP.EFEV	H2 COMPRIMIDOS
ACETILOLINA 20MG/2ML SOL.OFTALMICA	F1 COLÍRIOS
ACETILSALICILATO DE LISINA 1800MG AMP (1000MG AAS)	A1 AMPOLAS
ACETONA ML	INFLAMÁVEIS
ACICLOVIR 250 MG IV AMP	A1 AMPOLAS
ACIDO ACETILSALICILICO 100MG COMP	H2 COMPRIMIDOS
ACIDO ACETILSALICILICO 500 MG COMP	H2 COMPRIMIDOS
ACIDO AMINOCAPROICO 250MG/5ML IV AMP	A1 AMPOLAS
ACIDO AMINOCAPROICO 3G PÓ SAQUETA	C3 SAQUETAS
ACIDO FOLICO 5MG COMP	H2 COMPRIMIDOS
ACIDO FOSFÓRICO 37 % 1.5 ML SERINGA	D1 MATERIAL DE DENTÁRIA
ACIDO FOSFÓRICO SOLUÇÃO(SEXUMATIC FNP)	E4 ESTERILIZAÇÃO
ACIDO FUSÍDICO + BETAMETASONA 15G BIS	G4 POMADAS/CREMES
ACIDO FUSÍDICO 2% 15G POM.BISN.	G4 POMADAS/CREMES
ACIDO HIALURÔNICO 20 MG. AMP. RESTYLANE	C3 DIVERSOS
ACIDO HIALURÔNICO 20 MG/2 ML (HYALART)	A1 AMPOLAS
ACIDO HIALURÔNICO 48 MG/6 ML (SYNVISIC)	A1 AMPOLAS
ACIDO HIALURÔNICO 60 MG/3ML (DUROLANE)	A1 AMPOLAS
ACIDO HIALURÔNICO RETIC 25 MG/ML, SER 1.2 ML (FILLER UNIV)	C3 DIVERSOS
ACIDO TRANEXÁMICO 1000MG/10ML AMPOLAS	A1 AMPOLAS
ACIDO URICOSESOLICÓLICO 250 MG CÁPS	H2 COMPRIMIDOS
ACIDO ECLERONICO 4MG/5ML FR/AMP 5ML	D5 QUIMIOTERAPIA
ADENOSINA 100MG/10ML AMP	F2 IMAGIOLOGIA
ADENOSINA 5MG / 3ML AMP	A1 AMPOLAS
ADENSO DE ENOAO EPICUTANEO	G1 MEIOS DE DIAGNOSTICO
ADRENALINA 1MG/1ML SC/IV AMP	A1 AMPOLAS
AFIBERCEPT 40 MG/ML FR (ESTERIL)	FRIGORIFICO
AGUA DESTILADA 100 ML FR (ESTERIL)	K2
AGUA DESTILADA 100 ML AMP.	K2
AGUA DESTILADA 5 ML AMP.	K2
AGUA DESTILADA 5L GARRAFAO	K4
AGUA DESTILADA ESTERIL 1000ML FR COM ROSCA	K3
AGUA ESTÉRIL 150ML SPRAY FR.	E1 EMBALAGENS VAZIAS
AGUA GELIFICADA FRUTOS VERMELHOS, 400G LATA	D5 NUTRIÇÃO
AGUA GELIFICADA LARANJA, 400G LATA	D5 NUTRIÇÃO
AGUA OXIGENADA 100 250 ML FR	E1 EMBALAGENS VAZIAS
ALBUMINA HUMANA 20% 50 ML FR	A1 AMPOLAS
ALCOOL SANITARIO 70% 250 ML FR	INFLAMÁVEIS
ALCOOL SANITARIO 96% 250 ML	INFLAMÁVEIS
ALFENTANIL 1MG/2ML AMP	COFRE

Anexo III. Documento de registo de levantamento de medicação.



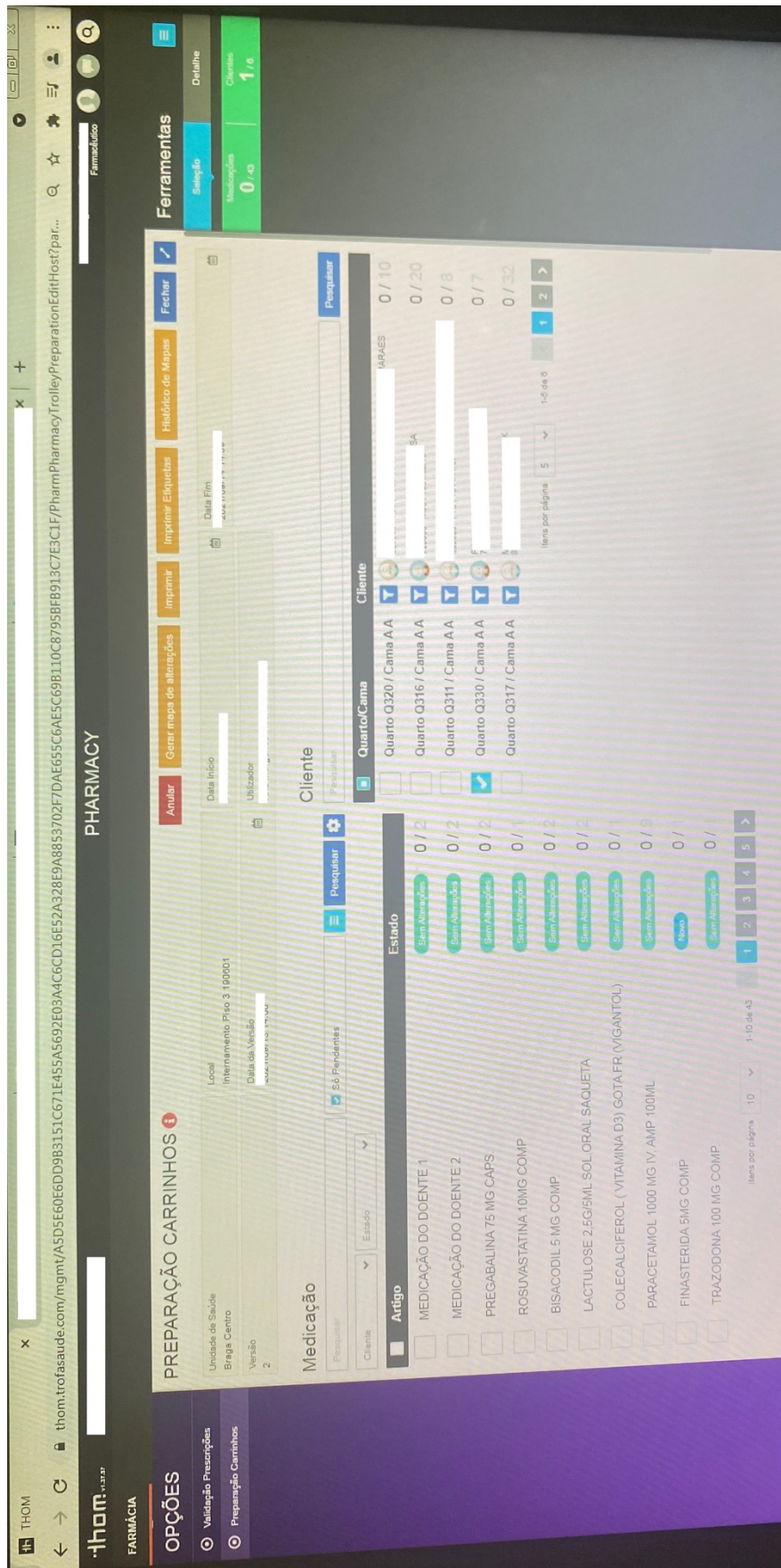
Saúde

REGISTO DE LEVANTAMENTO DE MEDICAÇÃO
(DEPOIS DAS 19H E FIM DE SEMANA)

Medicamento	Quantidade	Identificação do doente (colante)	Assinatura de quem levanta	Data	Hora
medicamento at 1h	1	doente	Assinatura res	11/01	19h00

GHT.MOD.0087.1

Anexo IV. Sistema de gestão hospitalar I'mThom.



Anexo V. Requisição dos Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos – “Anexo VII”

Anexo VII

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RETIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

N.º _____ / _____

Nota de Encomenda N.º _____ / _____

(Nos termos do art. 18.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro.)

Requisita-se a _____

Substâncias ativas e suas preparações				Quantidade	
Número de código	Designação	Forma farmacêutica	Dosagem	Pedida	Fornecida

Carimbo da entidade requisitante

Diretor Técnico ou Farmacêutico Responsável,

N.º de insc. na O. F.

--	--	--	--	--	--

Data ____ / ____ / ____

(assinatura legível)

Carimbo da entidade fornecedora

Diretor Técnico,

N.º de insc. na O. F.

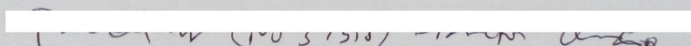
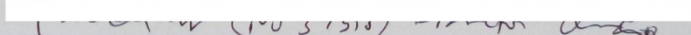
--	--	--	--	--	--

Data ____ / ____ / ____

(assinatura legível)

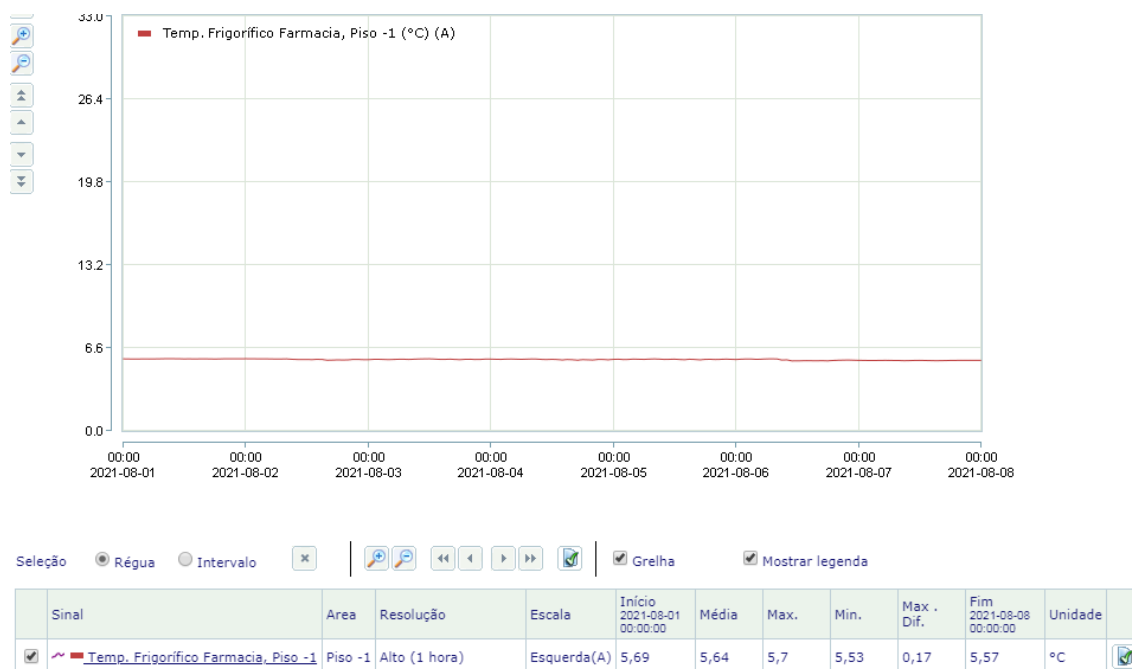
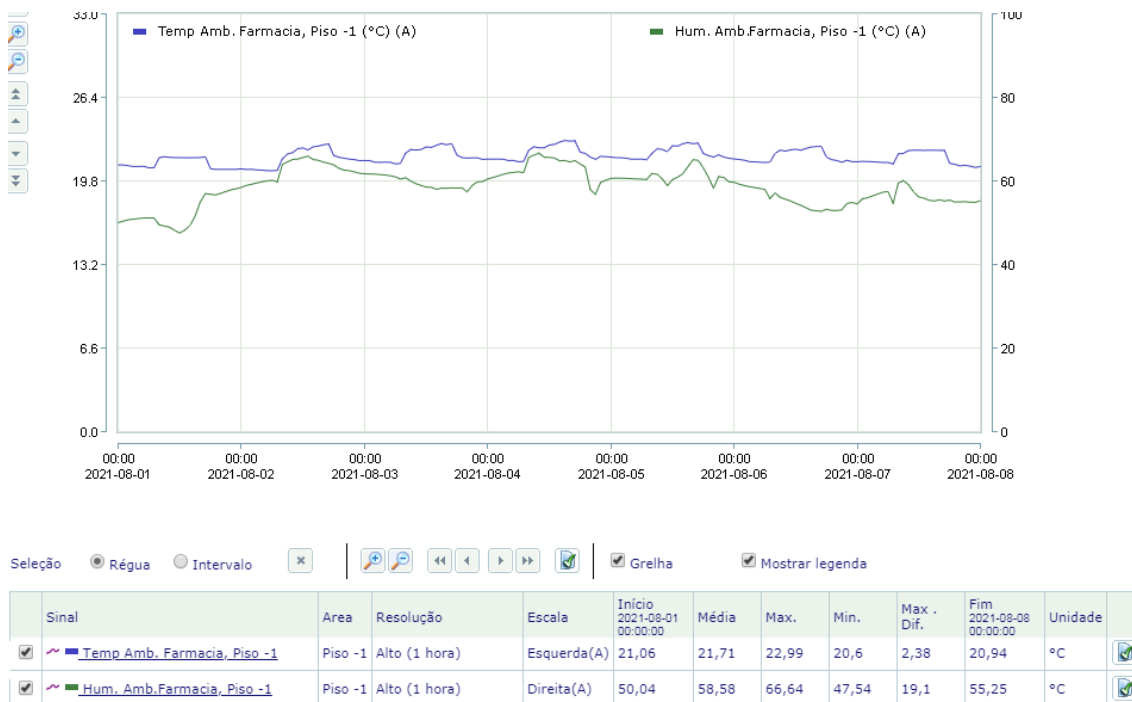
Modelo n.º 1506 (Exclusivo da INCM, S. A.) 

Anexo VI. Requerimento para pedido de AUE ao Infarmed, I.P.

AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EXCEPCIONAL MEDICAMENTOS DE USO HUMANO IMPRESSO DE USO OBRIGATORIO PELOS REQUERENTES			
Exm.º, Senhor Presidente do Conselho Diretivo do INFARMED, I.P. Pretende esta entidade licenciada para a aquisição direta de medicamentos, ao abrigo do disposto na alínea a) do artigo 92.º do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto, na sua atual redação, solicitar AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EXCEPCIONAL para o medicamento de benefício clínico bem reconhecido abaixo indicado, ao abrigo do despacho:			
Deliberação n.º 1546/2015			
Por se tratar de um medicamento que não possui AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO (AIM) em Portugal e se destinar a doentes em tratamento neste estabelecimento de saúde, com vista a satisfazer as necessidades para o próximo ano de 2020/2021/2022, solicito a V. Ex.º. Se digne autorizar a sua utilização especial, nos seguintes termos:			
Requerente:	Hospital Privado da Trofa		
Morada:	Rua António Sá Couto de Araújo, nº105		
Código postal:	4750-409	Tel S.F.:	252090677
V/ N.º de Pedido:		V/data:	
Nome do medicamento:	METOCOR 1MG/ML, Solution for Injection		
Substância(s) Activa(s):	METOPROLOL 5MG/5ML AMP		
Forma farmacêutica:	ampolas		
Dosagem:	5 mg/ml	Pertence ao F.H.N.M.:	☐ SIM ☒ Não
Quantidade unitária:	900	Apresentação:	10
Preço por unidade (c/IVA):	2.33 Euros	Estimativa/Despesa (c/IVA):	2097 Euros
Títular da A.I.M.:	ADDIPHARM	País da A.I.M.:	Bulgária
Fabricante:	ADDIPHARM	País/fabrico:	Bulgária
Libertador de lote*:	Não aplicável	País/lib. de lote*:	Não aplicável
Distribuidor do país de procedência:	Medszo	País/Procedência:	Holanda
Distribuidor em Portugal*:	Duxpharma Unipessoal Lda.	Alfândega*:	Lisboa
☐ Albumina humana como excipiente ☐ Alergeno ☐ Derivado do sangue ou plasma ☐ Vacina			
☐ INSTRUÇÃO AO ABRIGO DO ARTIGO 12.º DA DELIBERAÇÃO N.º 1546/2015. Documentação enviada ao INFARMED pelo requerente ou por outra entidade _____ juntamente com a AUE n.º _____ autorizada para o ano _____.*			
☐ PEDIDO DE ALTERAÇÃO DA QUANTIDADE inicialmente requerida na AUE n.º _____, autorizada em ____/____/____ Justificação: _____			
☐ Aceito, para efeitos do previsto no artigo 9.º Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de Setembro, que as comunicações com o INFARMED no âmbito do presente pedido sejam feitas através das seguintes caixas eletrónicas: aue@infarmed.pt do INFARMED e _____ (e-mail) do requerente;			
☐ Igualmente aceito que as comunicações por correio eletrónico feitas nos termos do parágrafo anterior, independentemente da indicação dos nomes dos colaboradores de ambas as entidades que, em concreto, as elaboraram, revestem valor probatório e a respectiva autoria é atribuída à parte remetente;			
☐ As comunicações feitas nos termos dos parágrafos anteriores, consideram-se recebidas pelo seu destinatário no segundo dia útil posterior ao seu envio, sendo suficiente para prova de envio o "print" retirado do sistema do seu remetente donde conste a data e hora de envio.			
Assinatura do Director Clínico (deverá ser identificada sob a forma de carimbo e/ou vinhetas):  			
* Se aplicável			

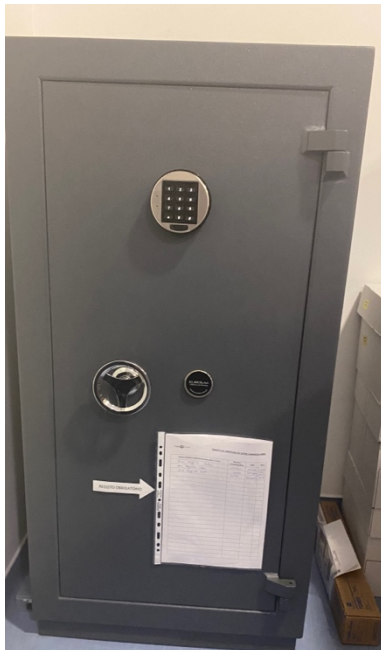
Este impresso pode ser fotocopiado
Data de última atualização: 04.05.2017

Anexo VII. Gráfico de humidade e temperatura do HPBC



Anexo VIII. Disposição de Armazenamento dos Medicamentos, Produtos farmacêuticos e Dispositivos Médicos nos SFH do HPBC





Anexo IX. Esquema dos medicamentos LASA – “Look-Alike, Sound-Alike”

Trofa Saúde
Construindo relações de confiança

MEDICAMENTOS LASA (LOOK-ALIKE, SOUND-ALIKE)

Adrenalina 1mg/ml e
Atropina 0.5mg/ml

Metilprednisolona 40mg SS
e Metiprednisolona 40mg
c/lidocaina

Ampicilina 500mg e 1g

Metilprednisolona 40mg
e 125mg IM/IV

Lidocaina 1% e 2% 5ml

Metilprednisolona 40mg
e 125mg IM/IV

Polidocanol
0.5% e 2% 2ml Tramadol 100mg/2ml

Efedrina 30mg e
100mg/2ml

Amoxicilina + Ác. Clav. 2.2mg e
Metronidazol 5mg/ml

Benzilpenicilina 6.3.3., S1200 e S2400

Ropivacaína 2mg/ml 20ml, 7.5mg/ml 20ml
e 10mg/ml 10ml

atropodil top 5mg/ml,
meodil 10mg/ml e
territil 10mg/ml

cloranfenicol, prednisolona
e sulf. neomicina e
oxitetraciclina pom.oft.

Insulina Actrapid e Isofânica

Fenilefrina 0.25% e 0.5%
gotas nasais

Água destilada e Cloreto
Sódico 1L Lavagem

Glicose 3.3% + NaCl 0.3% 500ml
e glicose 5% + NaCl 0.45% 500ml

Diazepam 5mg, Domperidona 10mg, Lorazepam 1mg,
Lorazepam 2.5mg, Metoclopramida 10mg e Prednisolona 20mg

Anexo X. Fluxograma para Gestão de Medicamentos com Prazo de Validade a terminar.

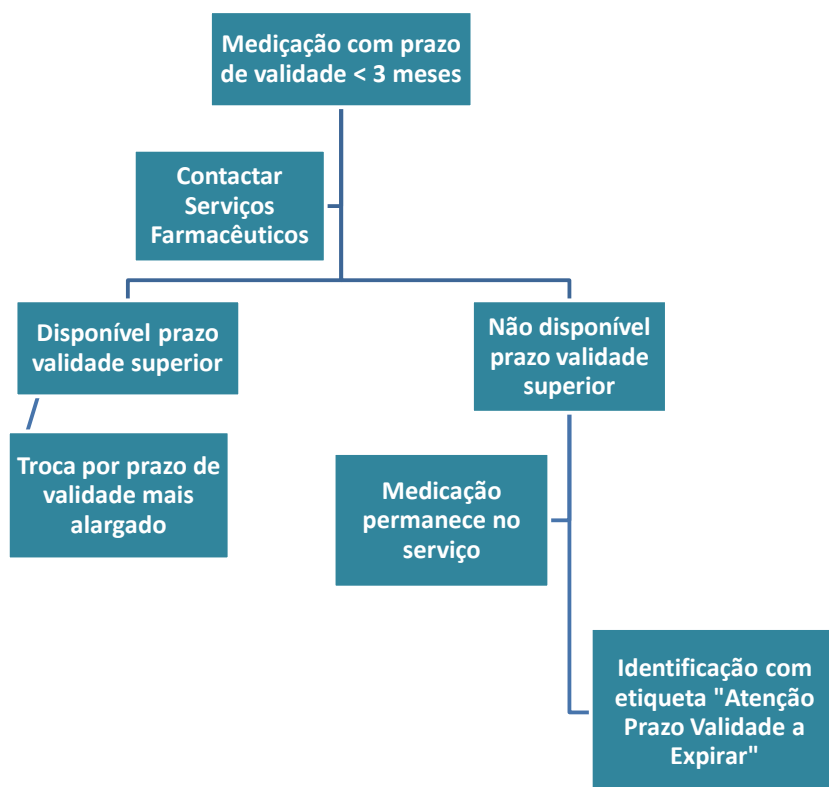


Serviços Farmacêuticos – Hospital Privado da Trofa

FLUXOGRAMA PARA GESTÃO DE MEDICAÇÃO COM PRAZO DE VALIDADE A TERMINAR

Toda a medicação existente no *stock* do serviço é verificada mensalmente, pelos enfermeiros, com vista a controlar os prazos de validade.

A medicação com prazo de validade inferior a 3 meses deve seguir o seguinte processo:



As etiquetas referidas são colocadas pelos Serviços Farmacêuticos. Estas são de cor branca, apresentando um sublinhado fluorescente. O seu objetivo é alertar para o prazo de validade do respetivo produto.

Anexo XI. Documento de registo de gases medicinais

TIPO DE GAS O₂ B50

UNIDADE 417BC

Trofa Saúde
Construindo relações de confiança

DATA	DATA	NUMERO	RUBRICA	DATA	RUBRICA	DATA	RUBRICA	DATA	RUBRICA	OBS.
ENTRADA	VALIDADE	LOTE	FUNCIONÁRIO	INICIO	FUNCIONÁRIO	FIM	FUNCIONÁRIO	SAIDA	FUNCIONÁRIO	
21/6/2024	6/2024	PT321002116935000		11/7/21		16/7/21				Poupe - exp.
				11/8/21		16/8/21				Poupe - exp.
				11/9/21		16/9/21				Poupe - exp.
				11/10/21		16/10/21				Poupe - exp.
				11/11/21		16/11/21				Poupe - exp.
28/6/2024	6/2024	PT321002117435000		08/08/21		25/6/21		Aberta a 09/8/2021		Poupe - Empréimo - direct
				22/7/21		27/7/21		11/8/21		Poupe - direct
				22/8/21		27/8/21		a 16/8/21		Poupe - direct
				22/9/21		27/9/21				Poupe - direct
				22/10/21		27/10/21				Poupe - direct
30/6/2024	6/2024	PT321002117735000		28/7/21		31/7/21				Poupe - exp.
				28/8/21		31/8/21				Poupe - exp.
				28/9/21		31/9/21				Poupe - exp.
				28/10/21		31/10/21				Poupe - exp.
				28/11/21		31/11/21				Poupe - exp.
30/6/2024	6/2024	PT321002118035100		20/12/21		23/12/21				Poupe - exp.
12/12/2021	7/12/21	PT321002118935000		5/8/21		15/8/21				Poupe - direct
				5/9/21		15/9/21				Poupe - direct
				5/10/21		15/10/21				Poupe - direct
				5/11/21		15/11/21				Poupe - direct
				5/12/21		15/12/21				Poupe - direct

GHT.MOD.0071.1

Anexo XII. Mapas/Guia de DDDU



TrofaSaúde
Braga Centro

Preparação de Carrinho
Agrupado por Sala/Cama
Data: _____

Unidade de Saúde: Braga Centro
Data Início: _____

Local: Internamento Piso 3
Data Fim: _____

Utilizador: _____

Cliente: _____
Data Nascimento: _____ Idade: _____

Dieta: GERAL

Sala/Cama: Q311/A
Médico Prescritor: _____

Medicamento: 10901020221 - CETOROLAC 30MG/1ML AMP Quantidade: 3 un

Dose: 1 un Via: ENDOVENOSA Freq.(24h): 3 Id (8h-8h) Momentos: 7h - 15h - 23h

Data Início: _____ Durante: 1 dia

Medicamento: 10101021120 - CEFAZOLINA 1G IV AMP. Quantidade: 6 un

Dose: 2 un Via: ENDOVENOSA Freq.(24h): 3 Id (8h-8h) Momentos: 7h - 15h - 23h

Data Início: _____ Durante: 1 dia

Medicamento: 10602040310 - ESOMEPRAZOL 20MG CAPS Quantidade: 1 un

Dose: 20 mg Via: ORAL Freq.(24h): 1 Id (24h-24h) Momentos: 7h

Data Início: _____ Durante: 2 dias

Medicamento: 10403010120 - ENOXAPARINA 20MG /0.2ML S.C. AMP Quantidade: 1 un

Dose: 20 mg Via: SUBCUTÂNEA Freq.(24h): 1 Id (24h-24h) Momentos: 20h

Data Início: _____ Durante: 2 dias

Cliente: _____
Data Nascimento: _____ Idade: _____

Dieta: GERAL

Sala/Cama: Q315/A
Médico Prescritor: _____

Medicamento: 10210000621 - PARACETAMOL 1000 MG IV, AMP 100ML Quantidade: 3 un

Dose: 1000 mg Via: ENDOVENOSA Freq.(24h): 3 Id (8h-8h) Momentos: 7h - 15h - 23h

Data Início: _____ Durante: Sem Termo

Medicamento: 10212000620 - TRAMADOL 100MG/2 ML IM/IV AMP. Quantidade: 3 un

Dose: 100 mg Via: ENDOVENOSA Freq.(24h): 3 Id (8h-8h) Momentos: 8h - 16h - 24h

Data Início: _____ Durante: Sem Termo

Medicamento: 10602040210 - PANTOPRAZOL 20MG COMP Quantidade: 1 un

Dose: 20 mg Via: ENDOVENOSA Freq.(24h): 1 Id (24h-24h) Momentos: 7h

Data Início: _____ Durante: Sem Termo

Braga Centro
NIF 506986225

Rua do Raio, n.º165
4710-923

T
F

página 1/8

Anexo XIII. Mala de DDDU



Anexo XIV. Documento de requisição de Medicamentos Hemoderivados – Modelo n.º 1804

Número de série 2628226

VIA FARMÁCIA



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS
REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO
(Arquivar pelos Serviços Farmacêuticos^(*))

HOSPITAL _____
SERVIÇO _____

Médico _____ (Nome legível) N.º Mec. ou Vinheta _____ Assinatura _____ Data ____/____/____	Identificação do doente (nome, n.º de identificação civil, n.º do processo, n.º de utente do SNS) Apor etiqueta autocolante, cópia ou outro. Enviar tantos autocolantes, com identificação do doente, quantas as unidades requisitadas.	QUADRO A
--	---	-----------------

REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA (a preencher pelo médico)

Hemoderivado _____ (Nome, forma farmacêutica, via de administração) Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____ Diagnóstico/Justificação Clínica _____	QUADRO B
---	-----------------

REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º _____ (a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)

Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED

Enviado ____/____/____ Farmacêutico _____ N.º Mec. _____

(*) Excecionalmente, o plasma fresco congelado inativado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo nos Serviços de Imuno-Hemoterapia.

Recebido ____/____/____ Serviço requisitante (Assinatura) _____ N.º Mec. _____

I. Instruções relativas à documentação:

A requisição, constituída por **2 vias (VIA FARMÁCIA e VIA SERVIÇO)**, é enviada aos Serviços Farmacêuticos após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O Quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos.

VIA SERVIÇO – A preencher pelo serviço requisitante e arquivar no processo clínico do doente.

VIA FARMÁCIA – Permanece em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. Excecionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado inativado, bem como o arquivo da via farmácia, poderá ser feito pelos Serviços de Imuno-Hemoterapia.

II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:

- Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respetivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante;
- Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No Quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).

Modelo n.º 1804 (Exclusivo da INCM, S. A.) **INCM**

Despacho n.º 1051/2000 (2.ª série), dos Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 251, de 30 de outubro de 2000.

VIA SERVIÇO



**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

HOSPITAL

SERVIÇO

(Arquivar no processo clínico do doente)

Médico _____ (Nome legível) N.º Mec. ou Vinheta _____ Assinatura _____ Data ____/____/____	Identificação do doente (nome, n.º de identificação civil, n.º do processo, n.º de utente do SNS) QUADRO A
--	--

REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA (a preencher pelo médico)

Hemoderivado _____ (Nome, forma farmacêutica, via de administração)		QUADRO B
Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____		
Diagnóstico/Justificação Clínica _____ _____ _____		

REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º _____/_____^(*) (a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)

Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED

Enviado ____/____/____ Farmacêutico _____ N.º Mec. _____

(*) Exceccionalmente, o plasma fresco congelado inativado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo nos Serviços de Imuno-Hemoterapia.

Recebido ____/____/____ Serviço requisitante (Assinatura) _____ N.º Mec. _____

REGISTO DE ADMINISTRAÇÃO (a preencher pelo enfermeiro responsável pela administração ("7"))

A Data	Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote/Lab. origem	Assinatura/N.º Mec.º
após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O Quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos.				
VIA SERVIÇO – A preencher pelo serviço requisitante e anexar ao processo clínico do doente.				
VIA FARMÁCIA – Preenche-se em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. Especificando a entidade e o tipo de plasma, reser-va, conteúdo, unidades, pelo qual o arquivo da via farmácia, por via selada, será enviado ao Serviço de Transfusão Sanguínea.				
II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:				
a) Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respectivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante.				

(**) É responsável pela verificação da conformidade do que regista, com o conteúdo do rótulo do medicamento.

Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).

Modelo n.º 1804 (Exclusivo da INCM, S. A.) **INCM**

Anexo XV. Requisição de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos – “Anexo X”

REQUISICÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, III E IV, COM EXCEÇÃO DA IIA, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

Serviços Farmacêuticos
do

N.º []

Anexo X

Serviço: **SERVIÇO
SALA**

Código: []

Medicamento (DCI)	Forma farmacéutica	Dosagem	Código

Nome do doente	Cama/ processo	Quantidade pedida ou prescrita	Enfermeiro que administra o medicamento		Quantidade fornecida	Observações
			Rubrica	Data		
		Total			Total	

Assinatura legível do director do serviço ou legal substituto	Assinatura legível do director dos serviços farmacêuticos ou legal substituto	Entregue por (ass. legível)
Data ____/____/____ N.º Mec. ____	Data ____/____/____ N.º Mec. ____	Data ____/____/____ N.º Mec. ____
		Recebido por (ass. legível)
		Data ____/____/____ N.º Mec. ____

Anexo XVI. Documento de requisição de Sugamadex



**Folha de justificação de utilização de
SUGAMADEX - BRIDION®- 2 mL**

Identificação Doente

Quantidade de ampolas utilizadas*: ☐ 1
☐ 2
☐ Ou mais (____)

Justificação pela qual foi utilizado o Sugamedex (reversão do bloqueio neuromuscular induzido pelo rocurónio / vecurónio)*:

- ☐ Dificuldade de intubar e ventilar;
☐ Patologia cardiovascular que limita o recurso de atropina / neostigmina;
☐ Patologia respiratória que limita o recurso de atropina / neostigmina;
☐ Obesidade mórbida;
☐ Episódio respiratório crítico pós-operatório com suspeita de BNM residual.

Anestesista		Data	
Farmacêutico		Data	

Nota: Este impresso, depois de devidamente preenchido e assinado, deverá ser entregue nos Serviços Farmacêuticos.

*Assinalar com uma cruz

Anexo XVII. Bolsa parentérica pré-fabricada tri-compartimentada



Anexo XVIII. Documento de registo de fracionamentos de comprimidos do GTS

REGISTO DE FRACIONAMENTO DE COMPRIMIDOS

DATA	MEDICAMENTO (DCI, LABORATÓRIO DOSE, FF)	VALIDADE INICIAL	LOTE	QUANTIDADE FRACIONADA	VALIDADE FINAL ATRIBUIDA	CÓPIA RÓTULO/ETIQUETA	OPERADOR NOME/Nº MEC.	VALIDAÇÃO NOME/Nº MEC.
28/1/21	Mexazolam 1mg	13/3/25	210139	1 comp.	28/1/22	Mexazolam 0.5 mg (1/2 de Mexazolam 1 mg) Lote: 210139 Val: 28-01-2022	[Redacted]	[Redacted]
29/1/21	Lisinopril 5mg	30/1/23	488738	2 comp.	29/1/22	Lisinopril 2.5mg (1/2 de Lisinopril 5mg) Lote: 488738 Val: 29-01-2022	[Redacted]	[Redacted]
29/1/21	Mexazolam 1mg	13/3/25	210139	1 comp.	29/1/22	Mexazolam 0,5mg (1/2 de Mexazolam 1mg) Lote: 210139 Val: 29-01-2022	[Redacted]	[Redacted]
30/1/21	Levotiroxina 0,1mg	30/1/21	2060320	3 comp	30/1/21	Levotiroxina 0.075mg (3/4 de Levotiroxina 0.1mg) Lote: 2060320 Val: 30-09-2021	[Redacted]	[Redacted]
30/1/21	Trazodona 150 mg	13/3/25	0068	1 comp	30/1/22	Trazodona 50mg (1/3 de Trazodona 150mg) Lote: 0068 Val: 30-01-2022	[Redacted]	[Redacted]



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2020 - 2021

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