



U.PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado
em Ciências Farmacêuticas

Farmácia Moura - Aveiro

Andreína Neves Simões

2015

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Moura - Aveiro

Março de 2015 a Julho de 2015

Andreína Neves Simões

Orientador: Dra Maria Clara Simões Martins Marques Osório

Tutor FFUP: Prof. Doutor (a) Susana Casal

Setembro de 2015

Declaração de Integridade

Eu, _____, abaixo assinado, nº _____, aluno do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Agradecimentos

A todos os que se cruzaram no meu caminho durante este percurso da minha vida académica, em especial:

À minha família, principalmente aos meus pais, por nunca me terem cortado as asas, por me darem força, por me fazerem acreditar.

Às amigas, Ana, Carolina, Isabel, Joana e Filipa, que conheci nesta Faculdade, por todas as horas de estudo, de gargalhadas, aventuras e companheirismo. Amigas que levo comigo para a vida.

Ao Pierre, companheiro de todas as horas.

Aos meus amigos de sempre, família que eu escolhi.

À Dra. Maria Clara Simões Martins Osório e à restante equipa da Farmácia Moura, por me terem recebido tão atenciosamente, pela disponibilidade, paciência, sabedoria e vontade de me ensinar e tornar uma verdadeira Farmacêutica.

À minha tutora, Prof.^a Doutora Susana Casal, pela orientação e pela disponibilidade mostrada durante o estágio e execução deste relatório.

Resumo

No âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, ministrado na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, realizei o estágio curricular na Farmácia Moura, em Aveiro, sob a orientação da Dr.^a Maria Clara Simões Martins Osório, no período compreendido entre Março e Julho de 2015.

Ao longo dos cinco anos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, adquirimos conhecimentos técnicos, teóricos e científicos que são aplicados durante o decorrer do estágio curricular.

O estágio em farmácia comunitária revela-se crucial para o desenvolvimento de competências e capacidades essenciais à formação de um farmacêutico.

O presente relatório resume o meu estágio curricular assim como as atividades desenvolvidas ao longo desses meses, situações observadas e conhecimentos adquiridos.

A parte I resume o funcionamento da farmácia e as tarefas realizadas ao longo do estágio, assim como a minha própria visão acerca do ato farmacêutico no ambiente de farmácia comunitária, funções prestadas e responsabilidade inerente a esta profissão.

A parte II refere-se aos temas escolhidos e desenvolvidos ao longo do estágio, que permitiram por em prática o ato de aconselhamento e um contacto mais próximo com o utente.

O primeiro tema escolhido foi a doença hemorroidária e o segundo tema, as desordens de ansiedade.

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Índice de Figuras	viii
Índice de Tabelas.....	viii
Lista de Abreviaturas	ix
1. Introdução	1
2. Apresentação da Farmácia Moura (FM)	1
2.1. Localização, população e horário de funcionamento	1
2.2. Composição e função dos recursos humanos	2
2.3. Organização física e espacial	2
2.4. Sistema informático.....	3
3. Administração e gestão da farmácia.....	3
3.1. Gestão de <i>stocks</i>	3
3.1.1. Encomendas	4
3.1.2. Receção de encomendas.....	4
3.1.3. Marcação de preços.....	6
3.1.4. Armazenamento	6
3.1.5. Reclamações.....	7
3.1.6. Devoluções	7
4. Dispensa de medicamentos	8
4.1. Medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM).....	8
4.1.1. Psicotrópicos e estupefacientes	8
4.1.2. Medicamentos comparticipados	9
4.1.3. Processamento e entrega do receituário	10
4.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM).....	11
4.3. Produtos cosméticos e higiene corporal	11
4.4. Produtos dietéticos e para alimentação especial.....	12
4.5. Fitofarmacêuticos	12
4.6. Produtos e Medicamentos de Uso Veterinário	13
4.7. Dispositivos médicos.....	13
5. Parâmetros bioquímicos	14
5.1. Pressão arterial	14
5.2. Índice de Massa Corporal (IMC)	14

5.3. Determinação da glicemia	14
6. VALORMED	15
7. Farmacovigilância	15
8. Receita eletrónica	15
9. Outras atividades	16
10. Conclusão	16
12. Introdução	18
13. Doença hemorroidária	18
13.1. Incidência e epidemiologia.....	18
13.2. Anatomia e patofisiologia	19
13.3. Classificação	20
13.4. Etiologia	20
13.4.1. Obstipação.....	21
13.5. Sinais e sintomas	23
13.6. Tratamento	23
13.6.1. Alteração da dieta e estilo de vida.....	23
13.6.2. Tratamento clínico.....	24
13.6.3. Outras abordagens	25
13.7. Casos clínicos.....	25
13.8. Intervenção	26
13.9. Conclusão	26
14. Ansiedade	28
14.1. Definição e apresentação.....	28
14.2. Prevalência em Portugal.....	28
14.3. Classificação	29
14.4. Sintomas	30
14.5. Tratamento	31
14.5.1. Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina.....	32
14.5.2. Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina	32
13.5.3. Benzodiazepinas.....	33
14.5.4. Anticonvulsivantes	35
14.5.5. Antidepressivos Tricíclicos (ADTs).....	35
14.5.6. Outros fármacos	36
14.6. Tratamento não farmacológico.....	36

14.6.1. Terapia Cognitiva Comportamental	37
14.7. Intervenção	38
14.8. Conclusão	39
15. Bibliografia	40

Índice de Figuras

Figura 1 – Planta da FM

Figura 2 – Esquema da receção de encomendas na FM

Figura 3 – Esquema da encomenda realizada por contacto telefónico

Figura 4 – Anatomia do canal anal e localização das hemorroidas

Figura 5 – Prevalência anual das Perturbações Psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal (2013)

Figura 6 – Prevalência das Perturbações da Ansiedade por Nosologia, em Portugal (2013)

Figura 7 – Resumo dos transtornos de ansiedade e principais sintomas

Figura 8 – Mecanismo de ação dos ISRSs e dos IRSNs

Figura 9 – Recetor (GABA) – A

Figura 10 – Algoritmo de tratamento das desordens de ansiedade

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Quadro resumo dos fatores implicados na patogénese da doença hemorroidária

Tabela 2 - Comparação da Prevalência das Perturbações Psiquiátricas nos Adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA (2013)

Lista de Abreviaturas

FM – Farmácia Moura

DT – Diretora Técnica

PA – Pressão Arterial

PV – Prazo de Validade

RA – Reação Adversa

IVA – Imposto de Valor Acrescentado

PVP – Preço de Venda ao Público

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

ANF – Associação Nacional de Farmácias

SNS – Sistema Nacional de Saúde

CCF – Centro de Conferência de Faturas

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

IMC – Índice de Massa Corporal

AINEs – Anti-inflamatórios Não Esteróides

DSM – V – Manual das Desordens Mentais, quinta edição

DP – Desordem de Pânico

DAG – Desordem de Ansiedade Generalizada

DAS – Desordem de Ansiedade Social

BZDs – Benzodiazepinas

AD – Antidepressivos

ISRSs – Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

IRSNs – Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina

TCC – Terapia Cognitiva Comportamental

GABA – Ácido gama-aminobutírico

SNC – Sistema Nervoso Central

ADTs – Antidepressivos Tricíclicos

PARTE I – Estágio na Farmácia Moura**1. Introdução**

A Farmácia Comunitária constitui uma base essencial na manutenção da saúde e bem-estar da população.

O Farmacêutico comunitário assume um papel preponderante e de elevada importância por ser, muitas das vezes, o ponto de contacto mais próximo do utente com os serviços de saúde, sendo-lhe depositado um grau de confiança elevado, facto que se infere através do género de questões realizadas na farmácia mesmo após a consulta com o médico.

Por estas razões, o farmacêutico, na qualidade de agente de saúde pública e especialista do medicamento, assume uma posição fundamental para a adesão à terapêutica, promoção do uso racional do medicamento, devendo ser capaz de disponibilizar a informação necessária acerca do tratamento no ato da dispensa.

O farmacêutico de oficina deve procurar manter-se atualizado durante toda a sua vida profissional, uma vez que o desenvolvimento e a evolução da indústria farmacêutica estão a atingir proporções elevadas, ao ponto de surgirem novos medicamentos no mercado e novas formas de abordagem terapêutica, com periodicidade muito frequente.

Segundo o artigo 12º do Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, “Considerando a constante evolução das Ciências Farmacêuticas e médicas, o farmacêutico deve manter atualizadas as suas capacidades técnicas e científicas para melhorar e aperfeiçoar constantemente a sua atividade, por forma a desempenhar conscientemente as suas obrigações profissionais perante a sociedade.”¹

2. Apresentação da Farmácia Moura (FM)**2.1. Localização, população e horário de funcionamento**

A FM situa-se no centro da cidade de Aveiro sendo que conta já com um legado de mais de 150 anos, constituindo uma referência nos serviços prestados à população desta zona.

A FM funciona de Segunda a Sábado estando aberta das 9h às 20h sem interrupção para almoço e aos sábados das 9h às 13h15.

Quando a farmácia é indigitada como farmácia de serviço permanente está aberta de forma ininterrupta, das 9 horas da manhã às 20 horas no dia seguinte. A atribuição das escalas de turnos tem um procedimento próprio descrito na Portaria n.º 582/2007, de 4 de Maio, tendo a Associação Regional de Saúde do Centro, a Câmara Municipal de Aveiro, onde está inserida a farmácia, e o INFARMED um papel fundamental, de modo a garantir o acesso permanente e efetivo dos cidadãos ao medicamento em situações de urgência.²

2.2. Composição e função dos recursos humanos

A equipa da FM é constituída por três elementos, a Diretora Técnica (DT), Farmacêutica e proprietária do estabelecimento, Dr.^a Maria Clara S. M. Marques Osório, uma Farmacêutica, Dr.^a Cristina F. Rebelo e uma técnica de farmácia, Ana Cristina Graça Ruivo de Oliveira.

2.3. Organização física e espacial

As instalações da FM conservam as características e o aspeto de uma farmácia centenária, sendo que possui ainda um antigo gradeamento que separa os profissionais dos utentes e os lineares mantêm-se de madeira, da altura do pé direito da farmácia. A figura 1 ilustra a planta da FM.



Figura 1 – Planta da FM

A zona de atendimento ao público é o local onde os utentes efetuam os seus pedidos, onde é prestado o aconselhamento e estão localizados pequenos expositores móveis com produtos de Dermofarmácia e Cosmética, Higiene Buco-dentária, alguns suplementos alimentares entre outros.

No balcão de atendimento existem dois postos de trabalho com computadores onde são efetuadas as vendas, regularizações, devoluções, encomendas entre outras atividades farmacêuticas.

A área a cor-de-rosa representa a zona reservada aos utentes que necessitam de um atendimento mais recatado. É também nesta área que é efetuada a medição da pressão arterial (PA) e o controlo da glicemia.

Numa divisão contígua, existe uma zona de arrumação e receção de encomendas, onde se encontra um móvel com gavetas deslizantes sendo neste, que são armazenadas as substâncias farmacêuticas por forma farmacêutica, ordem alfabética e prazos de validade (PV).

Existe ainda o frigorífico onde são armazenadas as especialidades farmacêuticas que necessitam de condições de temperatura especiais (2-8 °C).

A área de receção e gestão de encomendas é o local onde são realizadas e enviadas as encomendas aos fornecedores bem como a gestão de *stocks*.

O escritório, usado maioritariamente pela DT, é o lugar onde estão arquivados documentos relativos ao funcionamento da farmácia e onde se realiza a conferência do receituário.

Numa divisão posterior à anteriormente descrita, existe um espaço equipado para a administração de vacinas e injetáveis.

Nesta farmácia não existe laboratório, sendo que quando é recebido um pedido de manipulado na FM, este é reencaminhado para uma farmácia da zona do Porto que procede à sua realização.

2.4. Sistema informático

O software utilizado é o SIFARMA2000®. Este sistema permite, entre outras opções, realizar vendas, gerir *stocks*, fazer encomendas e, uma vez interligado permite enviá-las diretamente ao fornecedor pretendido, rececionar essas mesmas encomendas, monitorizar PV, fazer acompanhamento terapêutico e aceder a todos os produtos autorizados para comercialização no país. Possibilita ainda a otimização do ato da dispensa, disponibilizando uma grande quantidade de informação útil ao aconselhamento, como as reações adversas (RA) possíveis, interações medicamentosas, contraindicações, posologia, indicação terapêutica e composição qualitativa e quantitativa do medicamento.

3. Administração e gestão da farmácia

3.1. Gestão de *stocks*

Uma gestão de *stocks* eficaz é essencial para manter o equilíbrio entre os produtos encomendados e os dispensados, assegurando o bom funcionamento da farmácia, sendo um dos fatores que também contribui para a sua viabilidade financeira.

A gestão dos *stocks* é feita através do sistema SIFARMA2000®. Este sistema permite visualizar os gráficos de compras e vendas na “ficha de produto”, possibilitando a definição de um *stock* mínimo e máximo para cada produto de acordo com os consumos verificados na FM, época do

ano, disponibilidade financeira, entre outros fatores. Quando a quantidade de um dado produto é inferior ao valor estipulado como *stock* máximo o próprio sistema gera automaticamente encomenda do número de unidades necessárias para repor o *stock* ao valor definido como máximo.

3.1.1. Encomendas

As encomendas são feitas informaticamente através do sistema SIFARMA2000® ou através do contacto telefónico direto com o fornecedor. Ao telefone são pedidos produtos com alguma urgência que não se encontram em *stock* no momento, sendo que se estiverem disponíveis em armazém são entregues na farmácia no mesmo dia.

No final de cada dia o sistema gera automaticamente várias encomendas para os diferentes fornecedores, para os diversos produtos, medicamentos ou não, que foram vendidos ao longo desse dia, consoante o que está estipulado em cada “ficha de produto” como sendo o fornecedor principal, *stock* mínimo e máximo para aquela referência.

Em relação aos esgotados, o grande flagelo das farmácias na atualidade, todos os dias é feita uma encomenda dos medicamentos que se encontram nessa situação de forma a tentar conseguir obtê-los a partir de outro armazém, por exemplo.

O fornecedor principal da FM é a COOPROFAR.

3.1.2. Receção de encomendas

Esta foi a primeira tarefa com a qual tive contato durante o período de estágio e que se revelou de elevada importância uma vez que permitiu o primeiro contacto com os medicamentos, os seus nomes comerciais, formas disponíveis no mercado e as condições de armazenamento.

A receção de encomendas realizadas informaticamente através do SIFARMA2000® tem o fluxograma apresentado na figura 2.

Os produtos chegam à farmácia em contentores especiais para o efeito, sendo que os produtos de frio vêm em contentores térmicos que obedecem às condições de temperatura estabelecidas, sendo os primeiros a ser armazenados no frigorífico, mesmo antes da sua receção informática, de modo a evitar qualquer mudança brusca de temperatura que possa causar alterações nos medicamentos.

Cada encomenda vem acompanhada da respetiva guia de remessa ou fatura e respetivo duplicado, na qual constam as seguintes informações:

- Identificação da farmácia e do fornecedor;
- Número da fatura;
- Designação individual de cada produto e Código Nacional Português (CNP);
- Quantidades pedidas e enviadas;

- Preço de venda à farmácia (PVF), imposto sobre o valor acrescentado (IVA) e preço de venda ao público (PVP), se aplicável;
- Eventuais bonificações;
- Descontos adicionais;
- Valor total da encomenda;

No caso de existirem encomendas de psicotrópicos ou estupefacientes, as faturas vêm acompanhadas das suas guias de requisição, com um número correspondente, devidamente assinada e autenticada. Cada requisição referente a este tipo de produtos deve ser conservada na farmácia durante 3 anos.³

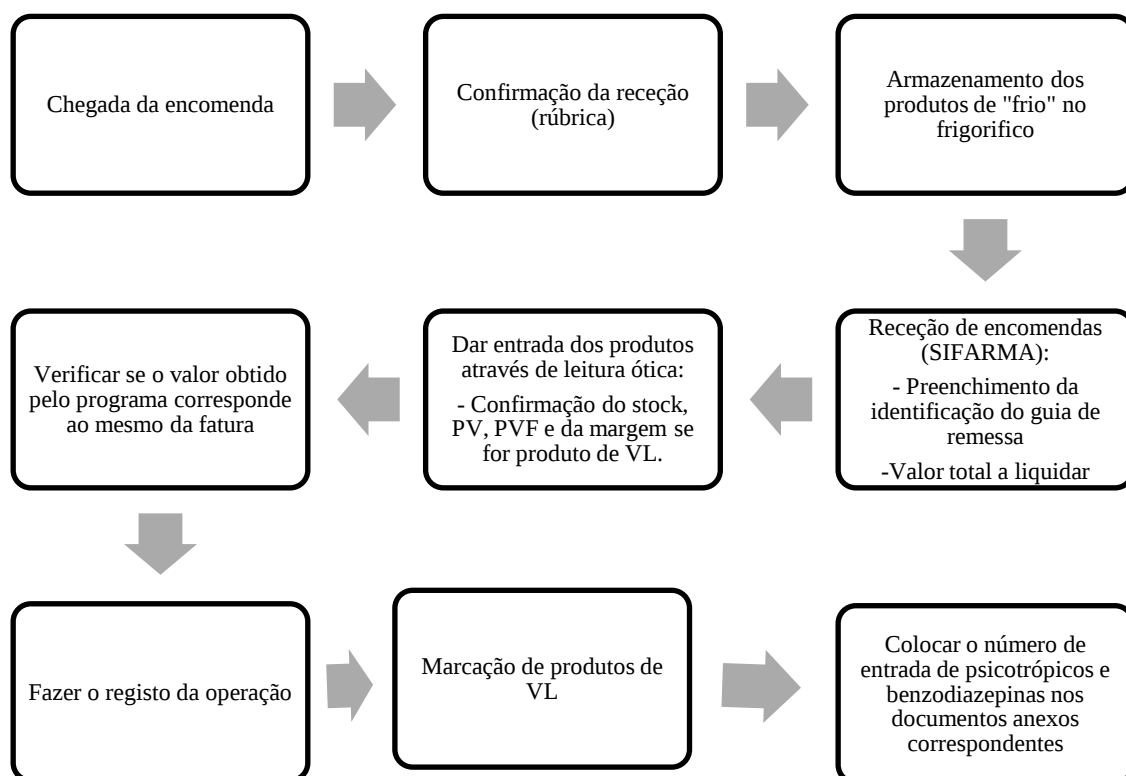


Figura 2 – Esquema da receção de encomendas na FM

Por sua vez, as encomendas realizadas através de contacto telefónico (figura 3), seguem o esquema a seguir apresentado.

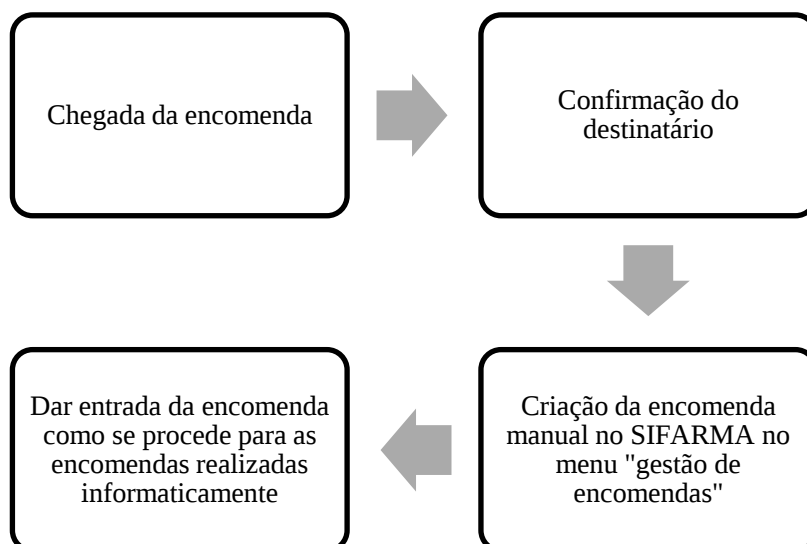


Figura 3 – Encomenda realizada por contacto telefónico

3.1.3. Marcação de preços

Alguns medicamentos e outros produtos de venda livre estão sujeitos à marcação do preço pela farmácia em etiquetas que são colocadas no exterior das respetivas embalagens. A lei define várias margens consoante a classificação dos diferentes produtos: medicamento de venda livre não sujeitos a receita médica com IVA incluído à taxa de 6%, medicamentos de venda livre com IVA incluído à taxa de 23%, produtos de puericultura, produtos de fitoterapia com IVA incluído à taxa de 6% ou de 23%, produtos de dermocosmética e estética normalmente com IVA incluído à taxa de 23%, substitutos do leite materno (IVA a 6% por norma), produtos para nutrição com fins específicos, incluindo ou não determinado tipo de patologias normalmente com IVA incluído à taxa de 6% e que têm uma margem máxima de 15% já com o IVA, material de penso, entre outros.

A margem varia consoante o que foi anteriormente descrito variando dos 13,5% até um máximo de 30% com o IVA incluído à taxa respeitante.

3.1.4. Armazenamento

O armazenamento é realizado por qualquer um dos funcionários da farmácia, no móvel de gavetas deslizantes ou em outros locais próprios para o efeito, de acordo com a forma farmacêutica, ordem alfabética, eventualmente por grupo farmacoterapêutico nos casos que assim foi estipulado e PV.

Por outro lado, medicamentos como vacinas, insulinas e outros, que necessitam de temperaturas compreendidas entre os 2°C e os 8°C, de modo a assegurar a sua qualidade e viabilidade, são conservados no frigorífico, como já referido anteriormente.

Para qualquer produto, no ato do armazenamento é usada a regra *Primeiro a expirar, Primeiro a sair* ou *First expired, First Out* (FEFO) que possibilita a rotação de *stocks* e controlo mais eficaz do PV, sendo que os produtos cujo PV são mais curtos são os primeiros a ser cedidos.

O local correspondente ao armazenamento deve cumprir com determinadas condições de conservação, nomeadamente temperatura, iluminação e humidade, de forma a garantir a qualidade dos produtos.⁴

Na FM as gavetas estão organizadas de modo a minimizar o risco de enganos e facilitar o processo de procura do produto em questão, sendo que digitando o nome do produto na “gestão de produtos”, no programa SIFARMA2000®, acedemos prontamente à sua localização, uma das informações que consta na “ficha de produto”.

3.1.5. Reclamações

Quando o preço da embalagem não corresponde ao preço da fatura, é detetada falta de um produto faturado, entre outras situações, é feita uma reclamação ao fornecedor via telefónica em que é registado o número da reclamação, o responsável, o motivo da reclamação e o número e data da fatura. De seguida a regularização é feita pelo farmacêutico responsável ou outro colega da equipa com o colaborador do fornecedor. Durante o período de estágio fiquei incumbida de efetuar algumas reclamações sempre que detetasse alguma irregularidade na sequência da receção de encomendas.

3.1.6. Devoluções

As devoluções acontecem quando a encomenda traz uma embalagem em más condições, com PV demasiado curto, quando há troca de produtos, quando as quantidades rececionadas são superiores às encomendadas ou quando é recebida uma circular do INFARMED ou dos respetivos laboratórios que detêm a Autorização de Introdução no Mercado (AIM) do medicamento e que obriga a farmácia a retirar certos produtos do circuito normal de venda devido à deteção de alguma irregularidade ou não conformidade.

A devolução é feita através do sistema SIFARMA2000®, numa nota de devolução, dando saída do produto através de leitura ótica, preenchendo os campos correspondentes à quantidade e os motivos que levaram à sua devolução.

São impressas quatro vias da nota de devolução, duas para a farmácia e duas para o fornecedor. A nota de devolução e suas vias são carimbadas e rubricadas pelo operador e duas delas são colocadas junto dos produtos que são devolvidos. Esta devolução fica a aguardar resposta do fornecedor em causa. Sendo aceite, é recebida a respetiva nota de crédito que também é tratada informática e contabilisticamente.

4. Dispensa de medicamentos

A cedência de medicamentos corresponde ao ato profissional em que o farmacêutico, após avaliação da medicação, cede medicamentos ou substâncias medicamentosas aos doentes mediante prescrição médica ou em regime de automedicação ou indicação farmacêutica, acompanhada de toda a informação indispensável para o correto uso dos medicamentos. Na cedência de medicamentos o farmacêutico avalia a medicação dispensada, com o objetivo de identificar e resolver problemas relacionados com os medicamentos, protegendo o doente de possíveis resultados negativos associados à medicação.⁵

4.1. Medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM)

Os MSRM são medicamentos que, segundo a legislação portuguesa:⁶

- Podem constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;
- Podem constituir um risco, direto ou indireto, quando utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daqueles a que se destinam;
- Contêm substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou RA seja indispensável aprofundar;
- Destinam-se a ser administrados por via parentérica (injetável);

Este tipo de medicamentos só pode ser vendido nas Farmácias, mediante a apresentação de receita médica.

Os MSRM constituem um dos maiores enfoques do profissional de Farmácia Comunitária, sendo a sua dispensa uma das atividades de maior relevância do ato farmacêutico. A sua dispensa acarreta responsabilidades ao farmacêutico no que concerne ao aconselhamento ao utente, que deve sair da farmácia com a melhor informação possível para o uso racional do medicamento, bem como ao próprio ato de dispensa de forma a evitar erros de aviamento. Tais erros têm vindo a ser reduzidos drasticamente com a implementação da receita eletrónica, com a qual tive contacto durante a maior parte do tempo do meu estágio.

4.1.1. Psicotrópicos e estupefacientes

Os psicotrópicos e estupefacientes são medicamentos dotados de efeitos narcóticos e euforizantes, utilizados em terapia pelos seus efeitos analgésicos, sedativos, hipnóticos, entre outros. Desta forma a sua dispensa requer uma série de procedimentos, reduzindo a possibilidade de desvios para vendas ilícitas e controlando a sua administração uma vez que criam dependência física e psíquica.⁷

Os medicamentos contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica (compreendidas nas tabelas I a II anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro) têm que ser prescritos isoladamente, ou seja, a receita médica não pode conter outros medicamentos. Estes medicamentos têm que ser prescritos nas receitas eletrónicas identificadas com RE – receita especial. A prescrição destes medicamentos segue as mesmas regras que os restantes, nomeadamente no que respeita ao número de embalagens por receita.

O farmacêutico deve anotar no verso da receita a seguinte informação do adquirente: nome, número e data do bilhete de identidade ou da carta de condução ou número do cartão do cidadão e número do passaporte no caso de cidadãos estrangeiros. Se a receita se destinar a um menor, a pessoa que diz ter o menor a seu cargo ou estar incumbida da sua educação ou vigilância tem que assinar a cópia da receita que permanece na farmácia. A cópia destas receitas, em suporte papel ou informático, tem de ser mantida na farmácia durante 3 anos. A farmácia tem que enviar ao INFARMED, até ao dia 8 do segundo mês a seguir à dispensa, a listagem de todas as receitas aviadas da qual constem os dados do adquirente.⁸

Na FM tiram-se duas fotocópias de cada receita especial, frente e verso, depois de aviada às quais se anexa o “documento de psicotrópicos”, que é emitido automaticamente durante a venda deste tipo de produtos, procedendo-se ao seu arquivo por três anos. Anteriormente à receita eletrónica era feito o envio mensal de uma das cópias para o INFARMED.

Os originais das receitas que contêm medicamentos psicotrópicos e estupefacientes são inseridos nos lotes dos organismos a que respeitam, sendo enviados no final de cada mês em conjunto com o restante receituário.

4.1.2. Medicamentos comparticipados

Os medicamentos comparticipados são classificados em escalões pelo Estado:⁹

- Escalão A – comparticipa 95% do PVP
- Escalão B – comparticipa 69% do PVP
- Escalão C – comparticipa 37% do PVP
- Escalão D – comparticipa 15% do PVP

Os escalões de comparticipação variam de acordo com as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização, o médico prescritor e ainda com a patologia a que se destinam, crónica ou não, podendo existir exceções e portarias que condicionam diferente escalão de comparticipação para um mesmo medicamento.

O regime especial de comparticipação de medicamentos prevê dois tipos de comparticipação: em função dos beneficiários e em função das patologias ou de grupos especiais de utentes.

A comparticipação do Estado no preço dos medicamentos integrados no escalão A é acrescida de 5% e nos escalões B, C e D é acrescida de 15% para os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil transato ou 14 vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor, quando este ultrapassar aquele montante.

A comparticipação do Estado no preço dos medicamentos para os beneficiários do regime especial de comparticipação de medicamentos é de 95%, para o conjunto dos escalões, para os medicamentos cujos preços de venda ao público sejam iguais ou inferiores ao quinto preço mais baixo do grupo homogéneo em que se inserem (informação atualizada trimestralmente pelo Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP).

Como exemplo podemos referir as insulinas e os antidiabéticos orais no escalão A, com uma comparticipação de 100% e 95% respetivamente, os antibióticos no escalão B, comparticipados a 69% ou os anti-inflamatórios no escalão C, com 37% do seu valor comparticipado.¹⁰

4.1.3. Processamento e entrega do receituário

O documento para faturação é impresso no verso da receita e apresenta a identificação da farmácia e respetiva direção técnica, número de identificação fiscal da empresa, data de aviamento, nome dos medicamentos, quantidade aviada e os preços (PVP), a comparticipação e o preço a pagar pelo utente, organismo responsável pelo pagamento, número e lote, letra de série do mês, número da receita, número da venda e ainda o código de trabalho de quem a aviou.

4.1.3.1. Verificação do receituário

Diariamente procede-se à conferência das receitas dispensadas, tendo especial atenção (no caso de receitas manuais) à vinheta do médico ou vinheta/carimbo do local de prescrição, conferindo-se que a receita se encontra dentro do prazo, assinatura do médico prescritor, correspondência do que foi prescrito com o que foi efetivamente cedido, quantidade de embalagens aviadas e introdução do código do organismo de faturação correto (*SAMS*, *MEDIS*, entre outros).

Cada lote é constituído por trinta receitas com exceção do último lote e de alguns subsistemas, que podem conter um número inferior. No final de cada mês procede-se ao fecho dos lotes, sendo emitido um Verbete de Identificação de Lote, que é carimbado e anexado ao lote correspondente. Neste devem estar presentes informações como a identificação da farmácia e respetivo código da Associação Nacional das Farmácias (ANF), carimbo da farmácia, código e sigla da respetiva entidade/organismo de comparticipação, série e número sequencial de lote, mês e ano correspondente, quantidade de receitas e etiquetas, valor total do lote correspondente ao PVP, valor pago pelos utentes e valor a pagar pela entidade de comparticipação. É também impressa em triplicado, a cada entidade de comparticipação, uma Relação Resumo de todos os lotes de cada organismo. Esta última contém a mesma informação do verbete, mas para todos os

lotes agrupados por organismo. Finalmente, emite-se a fatura mensal de medicamentos, em quadruplicado para todos os organismos onde consta identificação da farmácia e código da ANF, número da fatura, mês e ano a que respeita, organismo e número de lotes, valor total de PVP, comparticipação dos utentes, comparticipação do organismo em causa, número de contribuinte das entidades recetora e emissora, carimbo da farmácia e assinatura da DT, sendo que três exemplares vão anexos ao receituário e outro destina-se à contabilidade da farmácia uma vez que para o uso e consulta da farmácia existe tudo gravado em suporte digital.¹¹

4.1.3.2. Envio do receituário

O receituário referente ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) é enviado ao Centro de Conferência de Faturas (CCF) da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) na Maia. Proceda-se ao envio do receituário no dia cinco de cada mês (caso não seja dia útil, é enviado no dia útil seguinte), via CTT, para o CCF. Nos dias/meses seguintes, o CCF, após validação de toda a documentação, comunica à farmácia o resultado dessa avaliação, segundo o qual podem ser endereçadas notas de crédito ou débito, consoante o caso, no valor das receitas erradas. A elaboração do receituário dos subsistemas que têm acordos com a ANF tem requisitos idênticos ao SNS e é enviado, via CTT, até ao dia dez de cada mês, à ANF, que se encarrega de fazer a distribuição pelos respetivos organismos e são enviadas três faturas, uma original e duas cópias.

4.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)

Estes são medicamentos que não preenchem qualquer das condições referidas para os MSRM. Contudo, estes têm que conter indicações terapêuticas que se incluam na lista de situações passíveis de automedicação. Os MNSRM, não comparticipados, são dispensados nas farmácias e nos locais de venda autorizados para o efeito, sendo o seu PVP sujeito ao regime de preços livres, ou seja, fixado a nível dos canais de distribuição e comercialização.⁹

Os medicamentos pertencentes a esta classe requerem um conhecimento aprofundado pelo Farmacêutico uma vez que é a este que a maioria das pessoas recorre quando têm algum problema passível de ser resolvido através destes fármacos.

“A automedicação é a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde”. (Despacho n.º 17690, de 10 de Agosto de 2007)¹²

4.3. Produtos cosméticos e higiene corporal

Segundo o Decreto-Lei n.º 189/2008, de 25 de Setembro, produto cosmético é “qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contato com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos

genitais externos, ou com os dentes e mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir odores corporais”.¹³

Na FM existe um *stock* considerável desta gama de produtos, sendo que foi um dos temas em que me senti mais confortável e segura aquando da necessidade de aconselhamento à população, devido à explicação bastante completa que obtive através da DT acerca dos mesmos. Constituem também um alvo considerável de procura entre os utentes, nomeadamente a nível de produtos capilares, cremes “anti envelhecimento”, “anti manchas”, hidratantes e protetores solares. Neste tipo de aconselhamento devemos procurar informações alusivas aos cuidados praticados pelas pessoas anteriormente, as suas características e tentar compreender o que procuram exatamente. Devemos indicar os produtos mais apropriados tendo em conta os nossos conhecimentos e em conformidade com aquela que parece ser a melhor opção para cada utente. O facto de esta área estar em constante expansão e a oferta no mercado ser cada vez mais variada, obriga o farmacêutico a atualizar-se frequentemente, de modo a garantir uma melhor explicação acerca dos produtos disponíveis na farmácia. As formações realizadas pelos próprios laboratórios, como a promovida pela marca Bioderma® à qual tive oportunidade de assistir, constituem uma mais-valia neste sentido.

4.4. Produtos dietéticos e para alimentação especial

De acordo com o Decreto-Lei nº 227/99 de 22 de Junho, consideram-se géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial “os produtos alimentares que devido à sua composição ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos géneros alimentícios de consumo corrente, são adequados ao objetivo nutricional pretendido e são comercializados com a indicação de que correspondem a esse objetivo.”¹⁴

Em relação a este tipo de produtos o *stock* da FM é reduzido, constituído por alguns tipos de leites de 1ª, 2ª e 3ª etapas destinados a crianças, leites especiais antirregurgitantes, antiobstipantes, anticólicas, antidiarreicos e hipoalergénicos, assim como papas com e sem glúten.

É de realçar que a procura deste tipo de produtos na FM é pouco significativa uma vez que a faixa etária predominante de utentes é mais elevada.

Existem também suplementos nutricionais orais específicos destinados a doentes diabéticos, oncológicos, pré e pós-operatório, insuficientes renais, entre outros.

4.5. Fitofarmacêuticos

A fitoterapia consiste na utilização de preparações à base de plantas (cápsulas, comprimidos, infusões...) para tratar ou prevenir de forma natural diversos problemas que afetam o corpo humano, sendo a sua eficácia reconhecida e comprovada cientificamente. Inclui produtos para

dores articulares (harpagófito, cavalinha), cistite e infeções urinárias (uva-ursina, urze, arando vermelho), intestino preguiçoso (psílio), sistema imunitário enfraquecido (equinácea), emagrecimento (laranja amarga, ortosiphum), problemas circulatórios (videira vermelha, castanheiro da índia, cipreste e alho) memória e concentração (bacopa, ginkgo), distúrbios do sono (valeriana), nervosismo/ansiedade (passiflora), entre outros. Atualmente a procura deste tipo de produtos é crescente, devendo-se este facto à desconfiança relativamente aos produtos químicos e às suas reações adversas associada à ideia de que os produtos naturais não constituem qualquer perigo para a saúde nem possuem efeitos secundários, contra-indicações e interações.¹⁵

No aconselhamento de fitoterapêuticos devemos alertar os utentes para o perigo do seu uso prolongado e sem qualquer tipo de controlo e também para as interações, principalmente em doentes crónicos que tomam medicação habitual assim como para o consumo concomitante de vários destes produtos.

A maior desvantagem deste tipo de produtos é o preço uma vez que constituem algumas das substâncias de preço mais elevado presentes na farmácia.

4.6. Produtos e Medicamentos de Uso Veterinário

O Decreto-Lei nº 148/2008 de 29 de Julho diz que o medicamento de uso veterinário é “toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário, ou exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar corrigir ou modificar funções fisiológicas”.¹⁶

Os produtos de uso veterinário maioritariamente disponíveis e vendidos na FM são antiparasitários, internos e externos, pílulas anticoncepcionais e antibióticos.

No que concerne ao aconselhamento ao público é importante ter em conta o tipo de animal em questão, o seu peso, bem como a apresentação de prescrição no caso de antibióticos, anti-inflamatórios e outros medicamentos.

4.7. Dispositivos médicos

Em conformidade com o Decreto-Lei nº 145/2009, de 17 de Junho, considera-se dispositivo médico “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo, utilizado isoladamente ou em combinação, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença, lesão ou deficiência, estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico e controlo da concepção.”¹⁷

Na FM os dispositivos com especial destaque são os adesivos, compressas, canetas de insulina e lancetas, termómetros, pensos medicamentosos e seringas, aparelhos para medição da PA e câmaras de retenção anti estática para utilização com inaladores.

5. Parâmetros bioquímicos

5.1. Pressão arterial

Na FM há um número elevado de utentes que controlam regularmente a sua PA, devido a problemas de hipertensão, associados essencialmente à faixa etária de público predominante. A medição é efetuada na área reservada com a utilização do estetoscópio e esfigmomanómetro, proporcionando aos utentes resultados fidedignos, sendo que o farmacêutico deve ter a sensibilidade/acuidade necessárias para uma medição correta.

A hipertensão arterial caracteriza-se por valores de pressão arterial sistólica superiores ou iguais a 140 mm Hg (milímetros de mercúrio) e/ou valores de pressão arterial diastólica superiores a 90 mm Hg,¹⁸ sendo que o mais observado nesta farmácia é a pressão sistólica aumentada devido precisamente à faixa etária prevalente.

O papel do farmacêutico neste campo é essencial, uma vez que após a medição da PA deve prestar um aconselhamento útil, no caso de valores de PA anormais, em relação a hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo e estilos de vida saudáveis, alertando sempre para os riscos decorrentes de uma PA elevada e não controlada, canalizando o utente para a consulta médica quando achar pertinente.

5.2. Índice de Massa Corporal (IMC)

O IMC indica se a pessoa está com baixo peso, peso normal, acima do peso ideal ou obesidade. Na FM os utentes têm ao seu dispor uma balança da qual podem usufruir sendo que nós auxiliamos no cálculo do IMC se os utentes assim pretenderem, dando dicas para hábitos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico) no caso do IMC não se encontrar no valor ideal.

5.3. Determinação da glicemia

Na FM medimos os níveis de glicemia no sangue, com o material adequado (sensor e lancetas), procedendo primeiramente à correta desinfecção do material e das mãos. Durante o estágio tive a oportunidade de observar o procedimento de medição da glicémia, parâmetro com reforçada importância para doentes que sofrem de Diabetes Mellitus e que têm que controlar regularmente o nível de glicose no sangue para prevenir os danos causados por uma elevação/diminuição acentuada deste parâmetro.

Em jejum os valores normais de glicemia devem situar-se entre os 70 e os 100 mg/dl, sendo que a partir dos 126 mg/dl já se consideram valores altos. Em situação pós prandial, os valores de referência situam-se entre os 70 e os 140 mg/dl e a partir de 200 mg/dl o risco de complicação da diabetes é acentuado.¹⁹

6. VALORMED

A FM incentiva e apoia o projeto VALORMED que tem como slogan a frase “*Os medicamentos fora de uso também têm remédio*” e destina-se à reciclagem de medicamentos fora do prazo, dentro do prazo quando os utentes já não fazem essa terapêutica, embalagens vazias e outros. Depois dos medicamentos serem entregues na farmácia, as empresas de distribuição (armazenistas) recolhem os contentores nas farmácias, fazem o seu armazenamento nas suas instalações, em contentores estanques os quais são transportados para o Centro de Triagem onde são separados e classificados. O processo final envolve a reciclagem dos materiais de embalagem e a incineração segura com valorização energética, dos restantes resíduos.²⁰

Do meu ponto de vista este programa é uma mais-valia para a saúde pública uma vez que evita a acumulação de medicamentos que já não têm utilidade, diminuindo também a probabilidade de tomar um medicamento que já não esteja nas condições adequadas.

7. Farmacovigilância

A Farmacovigilância é a atividade de saúde pública que tem por objetivo a identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos em comercialização, permitindo o seguimento dos possíveis efeitos adversos dos medicamentos.

O farmacêutico tem o dever de comunicar com celeridade as suspeitas de reações adversas de que tenha conhecimento e que possam ter sido causadas por medicamentos. Se for detetada uma RA a um medicamento específico, esta deverá ser registada através do preenchimento de um formulário a enviar às autoridades de saúde, de acordo com os procedimentos nacionais de farmacovigilância.

Na notificação espontânea de RA ao medicamento o farmacêutico deve obter informação sobre:

- Descrição da RA (sinais e sintomas), bem como a sua duração, gravidade e evolução;
- Relação dos sinais e sintomas com a toma dos medicamentos;
- Medicamento suspeito, bem como data de início e de suspensão do medicamento, o seu lote, via de administração e indicação terapêutica;
- Outros medicamentos que o doente esteja a tomar (incluindo os medicamentos não sujeitos a receita médica).⁵

8. Receita eletrónica

A receita eletrónica, iniciativa da empresa Glintt e das Farmácias Portuguesas, com o patrocínio da Mylan, foi implementada em Aveiro no mês de Abril o que fez com que eu tivesse contacto com esta nova realidade. Com vista à racionalização do acesso ao medicamento, no âmbito do

SNS, foi estabelecido o princípio da obrigatoriedade da prescrição eletrónica para que seja obtida a comparticipação de medicamentos.²¹

As tradicionais receitas em papel deixarão de existir, sendo substituídas por uma nova receita eletrónica, prescrita de forma mais segura e acessível pelo médico através do cartão de cidadão dos utentes. Trata-se de um serviço inovador que mudará o sistema de prescrição de medicamentos por parte dos médicos e o modo como esses medicamentos são dispensados pelos farmacêuticos, tornando-se mais prático, sustentável e seguro a este ato tão presente no dia-a-dia dos cidadãos.²²

Esta iniciativa, do ponto de vista ecológico, visa também assegurar a sustentabilidade do país, uma vez que as antigas receitas manuais acarretavam o uso de papel, tinteiros, impressoras, recursos que já não serão necessários quando o programa de receita eletrónica for implementado na sua totalidade em Portugal.

9. Outras atividades

- Participação numa ação de formação e esclarecimento no âmbito da receita eletrónica promovida pela Glintt, no dia 18 de Março de 2015, às 10 horas, no Centro Cultural e de Congressos de Aveiro.
- Participação no curso geral BIODERMA® no dia 9 de Abril de 2015, às 9 horas, no Hotel Porto Palácio.
- Formação ministrada pela DT *in loco* da marca Caudalie®.
- Participação numa visita guiada às instalações da FM com crianças (3 a 5 anos) e devida explicação sobre os medicamentos e a maneira como estes são/eram produzidos e realização de experiências químicas, no âmbito de uma iniciativa da escola e da DT da FM.
- Desenvolvimento do projeto “Não deixe que a doença hemorroidária seja um problema na sua vida” com panfletos e aconselhamento direto aos utentes, que será desenvolvido na segunda parte deste relatório
- Desenvolvimento do projeto “Ansiedade” com cartazes e folhetos e aconselhamento aos utentes que será desenvolvido na segunda parte deste relatório.

10. Conclusão

Ao longo destes quatro meses sinto que evolui não só como futura farmacêutica mas também como “pessoa”, uma vez que é na Farmácia de Oficina que contactamos diretamente com o público e nos deparamos com a realidade atual que não abona a favor dos nossos utentes. A realidade social também está bem presente na farmácia comunitária uma vez que também me

deparei com a falta de poder económico das pessoas mesmo ao nível da compra de medicamentos essenciais para a sua saúde.

O entendimento dos processos inerentes à dinâmica farmacológica constitui um alicerce preponderante na construção de um bom farmacêutico, informado e atento. No entanto, considerei uma mais-valia o conhecimento dos procedimentos alusivos à parte da gestão, organização e administração durante a minha formação.

A nível de aconselhamento reconheço que ainda tenho um longo caminho a percorrer, no entanto aprendi imenso principalmente com a equipa com a qual trabalhei, uma vez que todos os elementos se mostraram totalmente disponíveis e atenciosos para me auxiliar nessa tarefa, o que foi facilitado pelo número reduzido de profissionais que trabalham nesta farmácia, proporcionando um ambiente mais familiar.

PARTE II

12. Introdução

Ao longo do estágio na FM verifiquei que era elevado o número de pessoas que procuravam medicamentos ou medidas para alívio sintomático das hemorroidas, no entanto nem sempre conseguiam expor de maneira direta o seu problema.

O tema por mim desenvolvido e aprofundado durante o estágio em farmácia comunitária tem por objetivo principal eliminar o estigma relativo à doença hemorroidária e ajudar as pessoas que padecem deste problema a minimizar o desconforto com medidas farmacológicas de venda livre existentes na farmácia e com medidas não farmacológicas que permitem o alívio dos sintomas. Em casos mais graves, reencaminhar as pessoas a um médico, uma vez que o tratamento pode passar por fármacos à base de corticosteroides, ou mesmo cirurgia.

O segundo tema que escolhi para desenvolver um projeto foi a ansiedade, uma vez que tanto se tem ouvido falar no aumento do consumo das benzodiazepinas e da problemática da ansiedade como doença do século. Também em relação a este tema há um certo estigma porque não é uma patologia visível ou palpável, logo as pessoas tendem a desvalorizar a situação. Neste sentido parti para uma campanha de sensibilização na qual usei também parte de uma campanha organizada pela ordem dos psicólogos portugueses que tem como objetivo clarificar estas patologias.

13. Doença hemorroidária

13.1. Incidência e epidemiologia

Mundialmente, a prevalência de hemorroidas sintomáticas é estimada em 4,4% da população em geral. Os pacientes mais afetados pela doença hemorroidária são caucasianos, de classes socioeconómicas mais altas e de áreas rurais. Não há predileção em relação ao sexo atingido apesar dos homens serem quem mais procura tratamento. No entanto, a gravidez causa alterações fisiológicas que predispõe as mulheres a desenvolver hemorroidas sintomáticas. Assim que o útero da mulher sofre expansão, este comprime a veia cava inferior, causando uma diminuição no retorno venoso e ingurgitamento distal.

As hemorroidas externas ocorrem mais comumente nos jovens e adultos de meia-idade do que nos idosos.

A prevalência desta doença aumenta com a idade, com um pico entre os quarenta e cinco e os sessenta e cinco anos.²³

Esta doença é mais comum nos países desenvolvidos, uma vez que a dieta Ocidental, pobre em fibras e abundante em gordura, está associada com obstipação e esforço na defecação com consequência do desenvolvimento de hemorroidas.²⁴

13.2. Anatomia e patofisiologia

As hemorroidas definem-se como um prolapso variável das estruturas vasculo-elásticas que almofadam o canal anal, compostas por arteríolas e vénulas, músculo liso, tecido conjuntivo e elástico.

Surgem quando se dá um deslizamento para baixo das “almofadas” hemorroidárias que fisiologicamente atuam para assegurar um encerramento mais efetivo do canal anal. No entanto, quando deslizam podem engrossar, prolapsar, congestionar e sangrar.²⁴

A doença hemorroidária externa manifesta-se por tumefação perianal dolorosa na trombose aguda. Raramente sangram, a não ser quando a trombose causa necrose e ulceração da pele sobrejacente. Em contraste, as hemorroidas internas revelam-se, habitualmente, por hemorragia de sangue vermelho vivo, indolor, que aparece no fim do esforço defecatório. Quando são grandes e prolapsam, podem ocorrer desconforto e prurido associados a escorrência de muco e pequenas partículas nas fezes.²⁵

Quanto à localização anatômica, a linha pectínea diferencia as hemorroidas externas das hemorroidas internas.

As hemorroidas externas estão localizadas abaixo da linha pectínea e drenam através das veias retais inferiores para os vasos pudendos e seguidamente para a veia ílica interna. Estes vasos estão cobertos por anoderme que é constituída por epitélio estratificado pavimentoso.

As hemorroidas internas situam-se acima da linha pectínea e estão cobertas por células colunares que possuem inervações viscerais. Estas drenam através das veias retais médias para os vasos ilíacos internos.²⁶

A figura 4 representa um esquema da anatomia do canal anal e da localização das hemorroidas.

O tecido hemorroidário tem três funções principais:

- Mantém a continência anal uma vez que o preenchimento vascular constitui 15 a 20% da pressão anal em repouso.
- Protege o mecanismo esfinteriano durante a evacuação ao formar uma almofada esponjosa.
- Forma um revestimento compressível, permitindo o encerramento completo do ânus.²⁵

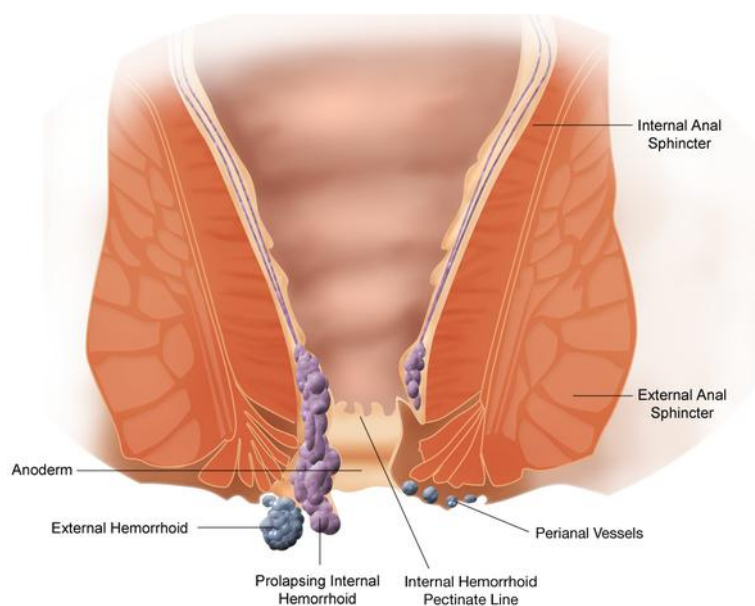


Figura 4 – Anatomia do canal anal e localização das hemorroidas. Adaptado de 27

13.3. Classificação

As hemorroidas internas são classificadas em quatro graus consoante a sua severidade, o grau I corresponde a retorragias sem prolapso, no grau II há prolapso com o esforço mas reduzem espontaneamente após a defecação, o grau III surge quando o prolapso aparece com o esforço e necessita de redução manual após a defecação sendo que no grau IV há um prolapso hemorroidário que não é redutível.

O prolapso hemorroidário trombosado consiste na trombose a nível dos vasos das hemorroidas de grau III e grau IV que se edemaciam, prolapsam e exteriorizam-se, são irreduzíveis e muito dolorosas e à exploração observa-se edema marcado que pode progredir a ulceração e necrose.²⁴

13.4. Etiologia

São vários os fatores implicados no desenvolvimento da doença hemorroidária incluindo o esforço defecatório excessivo, a pressão intra-abdominal aumentada, a ausência de valvas nos vasos hemorroidários, a posição vertical da espécie humana, a obstipação crónica e os fatores genéticos. Durante a gravidez é mais frequente a obstipação e o volume de sangue circulante aumenta 25 a 40%, o que aumenta a dilatação, ingurgitamento e estase venosa. Estes fatores associados ao útero grávido aumentado e ao ambiente hormonal, favorecem a ocorrência de doença hemorroidária. O esforço e traumatismo associado com o trabalho de parto contribuem para a manifestação de hemorroidas sintomáticas.²⁵

Tabela 1 – Quadro resumo dos fatores implicados na patogénese da doença hemorroidária.

Adaptado de 25

<i>Factores importantes na patogénese da doença hemorroidária</i>	<i>Comentários</i>
• Vasculares	Abertura de <i>shunts</i> capilares
• Inflamatórios	Irritação crónica
• Mecânicos	Hipertonia esfíncteriana; hiperpressão abdominal causada pela obstipação, obesidade, posição supina prolongada...
• Degenerativos	Envelhecimento; relaxamento das fibras de sustentação
• Hormonais	Gravidez
• Ambientais	Alimentação excessiva, álcool, picantes, condimentos ⁽⁶⁾

13.4.1. Obstipação

A obstipação constitui um sintoma, não uma doença.²⁸ É definida como uma desordem caracterizada por defecações insatisfatórias (sensação de evacuação incompleta), dolorosas e/ou número de evacuações reduzido (< 3 a 4 vezes por semana), na ausência de sintomas de alarme ou causas secundárias. A obstipação pode resultar de diferentes causas, desde a alimentação, atividade física ou estilo de vida até disfunções motoras primárias devido a neuropatia ou miopatia do cólon. A obstipação pode também ser secundária a alguma desordem na defecação, associada com uma contração anal paradoxal ou espasmo anal involuntário.

Enquanto o exercício físico e uma dieta rica em fibras constituem fatores protetores, aspetos como os a seguir descritos podem aumentar o risco de obstipação:

- Idade avançada (no entanto, a obstipação não é uma consequência fisiológica normal do envelhecimento).
- Depressão.
- Sedentarismo.
- Aporte insuficiente de calorias.
- Medicação (a obstipação é frequentemente um efeito secundário de diversos fármacos).
- Sexo Feminino.

Os critérios de Roma III, abaixo descritos, foram desenvolvidos no sentido de padronizar o diagnóstico desta condição, a nível internacional.

Critérios gerais:

- Presença de sintomas pelo menos durante três meses num período de seis meses.
- Pelo menos uma de cada quatro evacuações cumpre critérios específicos.
- Critérios para síndrome do cólon irritável são insuficientes.
- Ausência de fezes ou fezes raras de consistência diminuída.

Critérios específicos (dois ou mais presentes):

- Esforço na defecação.
- Fezes duras.
- Sensação de evacuação incompleta.
- Sensação de obstrução ou bloqueio anorectal.
- Aplicação de manobras para defecar.
- Menos do que três defecações por semana.²⁹

13.4.1.1. Tratamento da obstipação

Em caso de obstipação não associada a outras condições clínicas ou doenças, recomenda-se inicialmente uma mudança no estilo de vida e na alimentação, o interromper ou reduzir medicação (se possível) que possa estar a causar obstipação e fazer uma suplementação em fibras ou outros agentes expansores do volume fecal.²⁹ Estes agentes, de que é exemplo o psyllium, atuam absorvendo água e aumentando o volume das fezes, amolecendo-as e estimulando a sua condução pelo cólon. No aconselhamento deste tipo de laxantes é de extrema importância relevar o aumento da ingestão de água aquando a sua toma uma vez que estes necessitam de água para o seu funcionamento e também são medicamento difíceis de engolir.³⁰ Um aumento gradual da ingestão de fibras (em suplementos ou incorporadas na dieta) e o aumento da ingestão de líquidos é recomendado como primeira abordagem no tratamento da obstipação.

O segundo passo é o uso de laxantes osmóticos.²⁹ Estes agentes conduzem a água para o cólon, o que amolece as fezes e facilita a sua passagem. Dentro deste grupo, agentes como o sal de Epsom, funcionam de forma semelhante aos laxantes expansores do volume fecal, na medida em que atraem água para o cólon para amolecer e aumentar o volume das fezes. Contudo, os agentes osmóticos extraem água não apenas do próprio cólon mas também do tecido circundante e dos vasos sanguíneos. Em resultado disto e como já referido acima para os laxantes expansores do volume fecal é extremamente importante que as pessoas que usam este tipo de laxantes bebam muitos líquidos para compensar qualquer perda de fluidos.³⁰

O terceiro passo inclui o uso de laxantes estimulantes, fármacos que contêm na sua constituição substâncias como o bisacodilo ou picossulfato de sódio e atuam estimulando a musculatura do cólon.³⁰

É muito importante informar os pacientes de que só devem recorrer a estas formulações ocasionalmente e não como medida diária uma vez que são agentes que o seu uso indiscriminado está associado ao desenvolvimento de habituação.

A utilização de agentes procinéticos, como a prucaloprida que aumentam a atividade propulsiva do cólon e enemas também é recomendado.³⁰

13.5. Sinais e sintomas

Na doença hemorroidária estão presentes hemorragias, mais conhecidas como retorragias que podem consequentemente causar anemia. O prolapso anal é também um sinal de desenvolvimento de hemorroidas assim como dor (frequente numa crise hemorroidária aguda), o prurido, desconforto e escape mucoso.²⁴

13.6. Tratamento

O tratamento da doença hemorroidária passa por modificações na alimentação no estilo de vida até procedimentos cirúrgicos, dependendo do grau e severidade dos sintomas.

13.6.1. Alteração da dieta e estilo de vida

O aumento do consumo de fibras é um dos principais pontos no tratamento das hemorroidas sintomáticas uma vez que a ingestão de fibras associa-se com uma diminuição da obstipação como já referido. Sendo assim há uma redução no esforço de defecação o que diminui a probabilidade do desenvolvimento de hemorroidas. A ingestão de fibras reduz o risco dos sintomas persistentes e do sangramento em aproximadamente 50% das pessoas mas não interfere com o prolapso, dor e prurido. Os suplementos à base fibras são considerados eficazes no tratamento de hemorroidas sem prolapso, no entanto pode levar seis semanas até se observarem os seus efeitos.³¹

As especiarias como a pimenta e o piripiri devem ser excluídas da dieta assim como os enchidos, azeitonas e as bebidas alcoólicas. Dado ser imprevisível a suscetibilidade alimentar individual o doente deverá abster-se dos alimentos que relaciona com o desencadear de crises.

Deverá também ser feita uma revisão do estilo de vida uma vez que o sedentarismo extremo, a posição sentada contínua e longas viagens de automóvel favorecem a congestão local, assim como desportos como equitação e ciclismo.

O treino dos hábitos defecatórios é bastante importante e as pessoas que padecem desta patologia devem ser lembradas que devem permanecer na sanita apenas o tempo necessário para evacuar. O esforço persistente ou o facto de permanecer sentado durante um longo período de tempo pode levar ao desenvolvimento de hemorroidas.³²

13.6.2. Tratamento clínico

13.6.2.1. Flavonoides

Estes agentes venotônicos, primariamente descritos no tratamento da insuficiência venosa crônica e edema, são capazes de aumentar o tônus vascular, reduzir a capacidade venosa, diminuindo a permeabilidade capilar e facilitando a drenagem linfática. Estas substâncias apresentam também propriedades anti- inflamatórias. Apesar do seu mecanismo de ação exato ainda se encontrar por esclarecer, estes são usados como medicação oral no tratamento das hemorroidas, principalmente na Europa e na Ásia.

Frações de flavonoides micronizados purificados, com uma constituição de 90% de diosmina e 10% de hesperidina, constituem o princípio ativo mais comum usado no tratamento clínico. A micronização dos flavonoides em partículas menores que 2 µm não apenas aumenta a sua solubilidade e absorção mas também diminui o tempo de início de ação. Os flavonoides reduzem o risco de sangramento, dor, prurido e taxa de recorrência das hemorroidas.³¹

13.6.2.2. Dobesilato de cálcio

Este fármaco venotônico usado comumente na retinopatia diabética e insuficiência venosa crônica é também usado no tratamento dos sintomas agudos das hemorroidas. O dobesilato de cálcio reduz a permeabilidade capilar, inibindo a agregação plaquetária, e melhorando a viscosidade do sangue o que resulta na diminuição do edema. O dobesilato de cálcio em conjunto com a ingestão adequada de fibras providencia o alívio sintomático das retorragias e está associado com uma diminuição significativa na inflamação das hemorroidas.³¹

13.6.2.3. Tratamento tópico

O objetivo principal da maioria dos agentes tópicos é controlar os sintomas da doença hemorroidária e não necessariamente curá-la. Sendo assim, outros tratamentos complementares podem ser requeridos. As preparações tópicas incluem cremes e supositórios, e a maioria pode ser adquirida sem prescrição médica. Estas formulações podem conter vários constituintes que atuam como anestésicos, corticosteróides, antibióticos e anti-inflamatórios.³¹

Os anestésicos locais como a lidocaína e cloridrato de cinchocaína, muitas vezes presentes nestas formulações, aumentam a permeabilidade dos iões de sódio nas membranas neuronais resultando na inibição da despolarização, bloqueando a transmissão dos impulsos nervosos levando à diminuição da dor localmente.

Os agentes adstringentes suaves como a água de hamamélia são usados no alívio do prurido temporariamente.

O controlo da dor é essencial para a qualidade de vida do doente, neste sentido são usados analgésicos que proporcionam conforto, essencial para pacientes que tenham lesões dolorosas resultantes da doença hemorroidária. Neste campo são usados fármacos como o acetaminofeno

sendo este o tratamento de escolha para o tratamento da dor em pacientes com hipersensibilidade à aspirina ou a anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), com patologias do trato gastrointestinal superior ou que estejam a tomar anticoagulantes orais. Este agente reduz a febre devido à sua ação direta nos centros reguladores do hipotálamo, o que aumenta a dissipação do calor do corpo via vasodilatação e transpiração.³³

Algumas formulações contêm corticosteroides como a fluocortolona que inibe a inflamação e reações alérgicas de pele e alivia queixas subjetivas como comichão (prurido), ardor e dor.³⁴

13.6.3. Outras abordagens

Em 5 a 10% das pessoas com doença hemorroidária tem mesmo que se prosseguir para o tratamento cirúrgico. Essas pessoas devem apresentar hemorroidas sintomáticas de 3º e 4º grau, sobretudo naquelas com importantes alterações da arquitetura anorretal, quando o tratamento conservador não resultou ou quando existem outras patologias associadas como fissura anal, fístula peri-anal, entre outras.

O objetivo da cirurgia é eliminar o tecido anormal, não interferir com os esfíncteres anais e manter o orifício anal adequado.²⁴

Outros procedimentos não cirúrgicos são usados frequentemente no tratamento desta patologia. A escleroterapia por injeção usa um agente esclerosante que é injetado na zona proximal da hemorroida interna de maneira a produzir fibrose e fixação proximal do tecido.

Um dos procedimentos mais comuns para o tratamento das hemorroidas internas é a chamada ligadura elástica hemorroidária, devido à sua segurança, eficácia, facilidade e custo-benefício. Uma pequena ligadura elástica é colocada ao ápice da hemorroida interna criando um respoço anti-inflamatória e fixação proximal do tecido hemorroidário. A correção do prolapso do tecido subjacente melhora a circulação venosa e reduz o tamanho da massa hemorroidária, diminuindo a retorragia.

Alguns métodos de fixação envolvem o uso de energia. Exemplos destes são a fotocoagulação infravermelha e a diatermia bipolar, semelhantes à aplicação da ligadura elástica na medida em que produzem fixação da hemorroida prolapsada. A fotocoagulação infravermelha produz calor que fixa o tecido ao ápice da hemorroida e diatermia bipolar direciona a radiofrequência para o ponto de fixação até à coagulação do tecido.³⁵

13.7. Casos clínicos

1º caso:

Senhora por volta dos 60 anos telefona para a farmácia para perguntar se temos alguma coisa para as hemorroidas e explica que “tem um coágulo no ânus e mal consegue andar”...

- Neste caso direcionei a senhora para o médico uma vez que a severidade da doença hemorroidária não a deixava praticar as atividades normais diárias como caminhar. Poderiam ser necessárias formulações à base de corticosteróides ou até mesmo cirurgia.

2º caso:

Senhora, 55 anos, diagnóstico prévio de doença hemorroidária, sentia “que estava a ter uma crise hemorroidária com dor ligeira e a iniciar o sangramento”...

- Neste caso, com o auxílio de outra farmacêutica, aconselhamos para além das pomadas disponíveis com anestésicos tópicos de venda livre, toalhetes de limpeza próprias para o efeito e medidas não farmacológicas como um maior aporte de líquidos uma vez que a senhora afirmou “não beber quase água durante o dia”.

13.8. Intervenção

A nível de intervenção, desenvolvi panfletos alusivos ao tema (anexo 1) em que expunha dados curiosos em relação ao tema, principais sintomas, necessidade de falar sobre o problema sem vergonha evitando que este se torne mais grave, causas que podem estar na origem do desenvolvimento das hemorroidas, medidas simples e não farmacológicas que evitam a sua formação e propostas de fármacos indicados para o alívio sintomático e disponíveis na farmácia como MNSRM assim como a necessidade de se dirigir ao médico sempre que sejam necessárias outras intervenções. Em todos os casos em que me foi possível atender utentes que pediam medicação direcionada para o tratamento das hemorroidas falei acerca do meu projeto, dei o aconselhamento devido e disponibilizei o panfleto. Acerca dos casos expostos acima, no primeiro caso a pessoa recorreu ao médico indo posteriormente buscar um MSRM à base de corticosteroides uma vez que a doença hemorroidária já se encontrava em estado ligeiramente avançado. Em relação ao segundo caso, tive possibilidade de falar acerca das medidas não farmacológicas desconhecidas pela própria uma vez que esta utente já sofria deste problema há algum tempo.

13.9. Conclusão

Após o desenvolvimento deste tema verifiquei que as pessoas continuam com problemas em dizer que sofrem de doença hemorroidária e poucas vezes assisti ao pedido direto de formulações para o alívio sintomáticos das hemorroidas. No entanto, sempre que tive possibilidade de atender um utente que ia buscar medicação nesse sentido, procedi ao aconselhamento direto com o auxílio do panfleto que criei.

A ideia foi bem recebida e algumas pessoas afirmavam mesmo não ter conhecimento de certas medidas que poderiam ajudar no alívio da dor. Verifiquei que a pré existência do folheto facilitou na maior parte das situações a comunicação com o utente.

O facto de dar a entender aos utentes que qualquer pessoa, de qualquer classe social, de qualquer idade, mesmo com hábitos de higiene adequados, poder desenvolver doença hemorroidária foi também uma mais-valia para deixar os utentes mais à vontade e menos reticentes em abordar o assunto.

14. Ansiedade

14.1. Definição e apresentação

A ansiedade constitui, frequentemente, um estado emocional negativo caracterizado por sentimentos de preocupação excessiva e apreensão, acompanhada de manifestações somáticas, cognitivas e comportamentais. A ansiedade pode ser distinguida do medo pelo facto de se tratar de um estado não específico de sensação de consciência pesada e apreensão, enquanto o medo é diretamente identificado pela presença de uma ameaça bem definida. A ansiedade é um sentimento normal do comportamento humano e constitui um mecanismo de defesa para lidar com determinadas situações. No entanto, quando esta se torna excessivamente severa ou aparece frequentemente em contextos inapropriados, pode interferir com a qualidade de vida do indivíduo, sendo considerada patológica. A linha entre a ansiedade normal e a ansiedade patológica não é fácil de definir e pode variar de pessoa para pessoa em função dos traços de personalidade ou, especialmente, em função do que é descrito como *general anxiety-prone style*, caracterizado por uma perceção exagerada de ameaça e preocupação excessiva com o futuro.³⁶

14.2. Prevalência em Portugal

O primeiro estudo de prevalência de perturbações mentais em adultos (EENSM, 2013), exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes, integrou o *World Mental Health Survey Initiative*, tendo o seu primeiro relatório publicado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.³⁷

As figuras e tabelas apresentadas representam a prevalência de determinadas perturbações Psiquiátricas em Portugal, entre as quais as Perturbações de Ansiedade abrangidas neste relatório. Como se pode observar na figura 5, as Perturbações Psiquiátricas registam um total de 22,9% de prevalência em Portugal anualmente, sendo que dentro deste grupo as Perturbações de Ansiedade são as que afetam um maior número de indivíduos.

Em relação ao tipo de desordem apresentada, a Fobia Social representa a maior percentagem, seguida da Perturbação de Pânico, como se pode concluir através da figura 6.

A nível de comparação com outros países, Portugal apresenta a taxa mais elevada e destacada entre os países da Europa integrantes deste estudo, como se pode deduzir a partir dos dados apresentados na tabela 2.

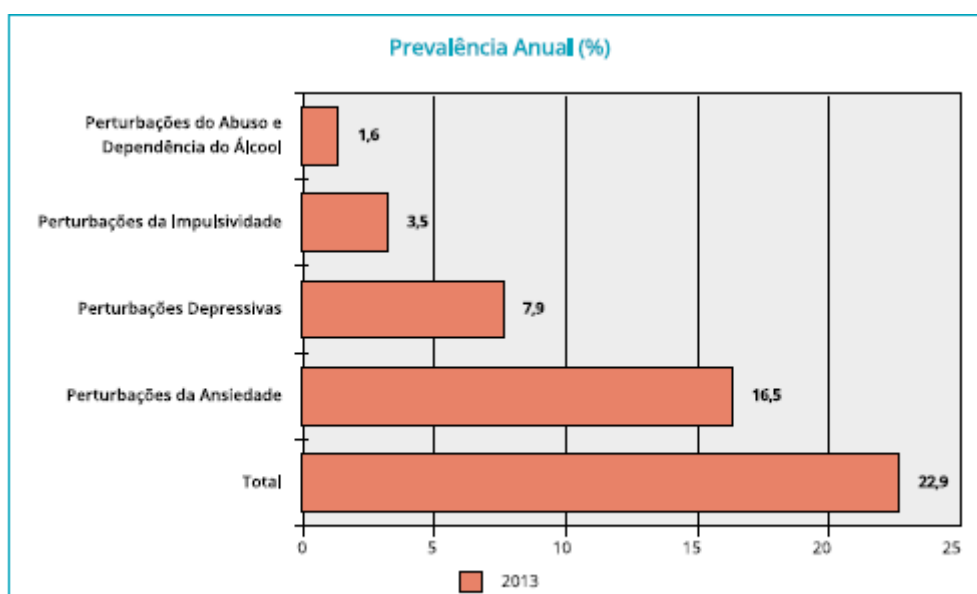


Figura 5 - Prevalência anual das Perturbações Psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal (2013)

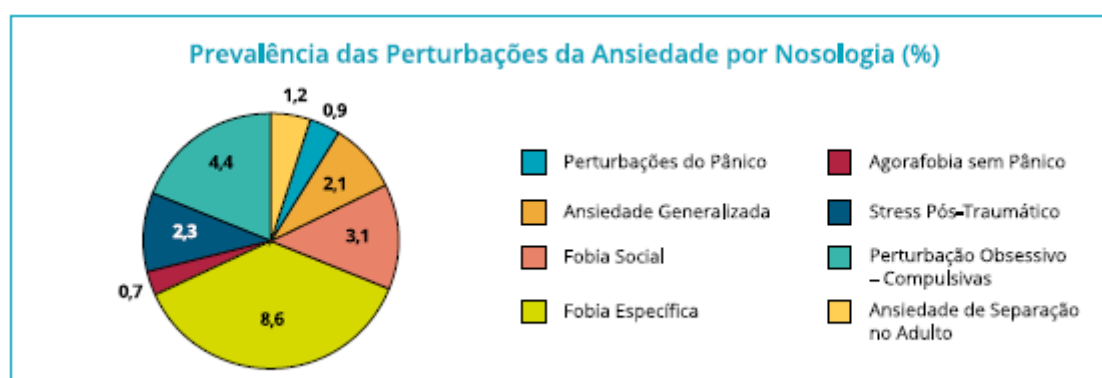


Figura 6 - Prevalência das Perturbações da Ansiedade por Nosologia, em Portugal (2013)

14.3. Classificação

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Desordens Mentais, quarta edição (DSM-IV) e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais, quinta edição (DSM-V) define que o critério para se fazer o diagnóstico de ansiedade patológica deve ser considerado quando “a ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo na área social, ocupacional e outras áreas funcionais de relevância.”

Esta classificação é útil para distinguir entre um estado de ansiedade que é episódico e transitório e um traço pessoal marcado pela ansiedade que é persistente e pode refletir uma personalidade descrita como *anxiety-prone*.³⁶

A classificação das desordens de ansiedade proposta no DSM-V propõe três grandes categorias:

- Desordens de ansiedade ³⁸
 - Desordem de Pânico (DP)
 - Desordem de Ansiedade Generalizada (DAG)
 - Desordem de Ansiedade Social (DAS)
 - Agorafobia
 - Fobia Específica
 - Desordem de Ansiedade da Separação
 - Mutismo Seletivo
 - Desordem de Ansiedade induzida por Substâncias/Medicação
 - Desordem de Ansiedade devido a outra condição médica
- Transtornos obsessivos compulsivos
- Transtornos relacionados com o stress e pós-traumáticos

Tabela 2 - Comparação da Prevalência das Perturbações Psiquiátricas nos Adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA (2013)

Comparação da Prevalência					
	Perturbações da Ansiedade	Perturbações Depressivas	Perturbações Impulsividade	Perturbações do Álcool	Todas
Portugal	16,5	7,9	3,5	1,6	22,9
Bélgica	6,9	6,2	1,0	1,2	12,0
França	12,0	8,5	1,4	0,7	18,4
Alemanha	6,2	3,6	0,3	1,1	9,1
Itália	5,8	3,8	0,3	0,1	8,2
Holanda	8,8	6,9	1,3	3,0	14,9
Espanha	5,9	4,9	0,5	0,3	9,2
Ucrânia	7,1	9,1	3,2	6,4	20,5
EUA	18,2	9,6	6,8	3,8	26,4

Fonte: EENSM, 2013

14.4. Sintomas

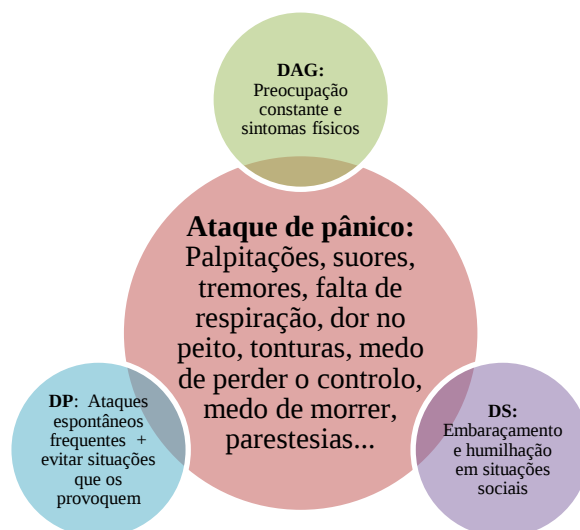
Dentro das desordens de ansiedade, os principais focados neste projeto são a Desordem de Pânico (DP), Desordem de Ansiedade Generalizada (DAG) e Desordem de Ansiedade Social (DAS).

A DP é caracterizada por ataques de pânico recorrentes, definidos como um período intenso de medo e desconforto acompanhado de pelo menos quatro sintomas somáticos e físicos (palpitações, suores, tremores, dispneia, sensação de asfixia, dor no peito, náuseas, desconforto abdominal, tonturas, sensação de irrealidade, medo da morte, parestesias, entre outros). Um ataque de pânico atinge o pico máximo de intensidade dez minutos decorridos após o início dos

sintomas e dura entre trinta a quarenta e cinco minutos. Normalmente, o paciente apresenta receio de se tratar de uma condição médica grave como um enfarte do miocárdio.³⁹

As principais características da DAG são ansiedade e preocupação excessivas. Os pacientes sofrem de sintomas somáticos da ansiedade assim como inquietação, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular, distúrbio do sono e fadiga. Os doentes podem também expressar preocupação constante em relação a si próprios ou a pessoas próximas.³⁹

A DAS é caracterizada por um medo irracional, persistente e intenso de ser observado ou avaliado negativamente pelas pessoas relativamente à sua performance social ou em situações que envolvam interação social e está associada com sintomas cognitivos e somáticos tais como medo de falar em público, receio de manter uma conversa com alguém desconhecido ou medo de ser exposto e julgado pela sociedade.³⁹ A figura 7 representa um resumo das desordens de ansiedade abordadas no relatório e sintomas associados.



Figura

7 – Resumo dos transtornos de ansiedade e principais sintomas.

14.5. Tratamento

Na maior parte dos anos cinquenta, as desordens de ansiedade eram primariamente tratadas recorrendo às Benzodiazepinas (BZDs). Apesar desta classe de fármacos ser bem tolerada no geral, há o risco de desenvolvimento de dependência quando usados durante um longo período de tempo, produzindo efeitos sedativos indesejáveis. Por estas razões, os guias de tratamento atuais recomendam o uso de Antidepressivos (AD), em particular, os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs) ou Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina (IRSNs), como tratamento de primeira linha nas desordens de ansiedade, sendo o uso das BDZs reservado para tratamento de segunda linha ou tratamento adjuvante com ISRSs no início do tratamento, durante um curto período de tempo. Em termos de medidas não farmacológicas, a

Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é a que tem obtido melhores resultados neste tipo de patologias.³⁶ Alguns neurotransmissores como a serotonina e a noradrenalina desempenham um papel importante nos estados de ansiedade normal e patológica, sendo que representam um alvo importante na intervenção farmacológica.⁴⁰

14.5.1. Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

Estes fármacos, usualmente usados na depressão, são considerados como tratamento de primeira linha nas desordens de ansiedade. Esta classe de fármacos inclui a fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina e a vilazodona. Estas moléculas atuam inibindo o transportador da serotonina e causam dessensibilização dos recetores pós-sinápticos da serotonina, responsáveis pela atividade normal das vias serotoninérgicas, como ilustrado na figura 8. No entanto a forma como este mecanismo conduz à melhoria dos sintomas de ansiedade não é ainda totalmente conhecida.

A vilazodona, o mais recente fármaco aprovado desta classe, também atua como agonista parcial do recetor 1a da serotonina, o que pode resultar numa diminuição da ansiedade.

A buspirona, que não atua como IRS, é também um agonista da serotonina e é usado frequentemente em monoterapia ou como adjuvante da terapêutica com ISRSs.⁴⁰

Apesar do tratamento com ISRSs ser na maioria das vezes bem tolerado, a adesão ao mesmo constitui um problema para alguns indivíduos na medida em que nos primeiros dias ou semanas de tratamento, sensações como inquietação, nervosismo, dores de cabeça, insónias, náuseas, tonturas, e fadiga estão frequentemente associadas sendo que os tratamentos a longo prazo podem resultar em disfunções sexuais e ganho de peso.

O efeito ansiolítico pode demorar entre duas a quatro semanas a aparecer e em alguns casos só ao fim de seis ou oito semanas são visíveis os resultados.³⁹

14.5.2. Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina

Estes fármacos, inibidores dos transportadores da serotonina e da noradrenalina atuam como o demonstrado na figura 8 e incluem a venlafaxina, desvenlafaxina e a duloxetina. Esta classe é usada quando a resposta aos ISRSs não é efetiva, sendo usados em substituição destes, uma vez que a combinação destas duas classes de fármacos pode levar ao desenvolvimento do síndrome serotoninérgico, causado pelo excesso de serotonina.⁴⁰

O síndrome serotoninérgico e o seu espectro de sintomas são um produto da ativação excessiva dos recetores centrais e periféricos da serotonina como resultado dos altos níveis deste neurotransmissor. Este síndrome é facilmente identificado e raramente é fatal, sendo que sintomas como hipertensão, taquicardia, midríase, diaforese, tremor, febre, entre outros, juntamente com a informação da toma de múltiplos fármacos que interferem com a recaptação da serotonina, levam ao seu diagnóstico e tratamento.⁴¹ A resposta ao tratamento com estas

moléculas varia de doente para doente. Alguns pacientes sofrem uma exacerbação dos sintomas físicos da ansiedade como resultado do aumento da sinalização mediada pela noradrenalina, causado pela inibição do seu transportador.

Pelo contrário, para as pessoas que não sofrem este efeito, o aumento do tônus noradrenérgico contribui para eficácia ansiolítica destes fármacos.⁴⁰

O efeito ansiolítico desta classe de fármacos pode demorar entre duas a quatro semanas a aparecer e tal como os fármacos da classe anterior, o início, do tratamento pode ser acompanhado de efeitos secundários como náuseas, agitação, insónia e dores de cabeça, que podem dificultar o cumprimento do tratamento. Outros efeitos como disfunções sexuais, síndromes de descontinuação e aumento da pressão sanguínea são também relatados.³⁹

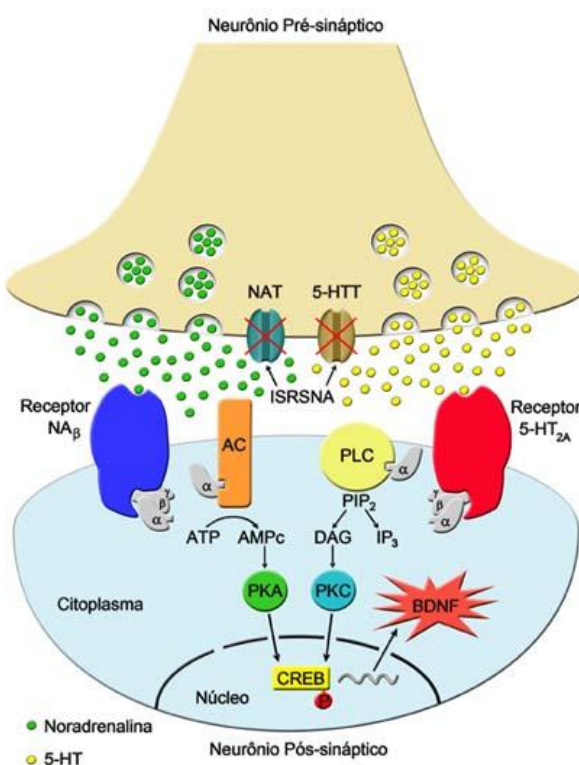


Figura 8 – Mecanismo de ação dos ISRSs e dos IRSNs. Adaptado de 42

13.5.3. Benzodiazepinas

As BZDs atuam como moduladores alostéricos positivos do recetor A do ácido gama aminobutírico (GABA). O recetor (GABA)-A é um canal de cloro ativado por ligandos, como é o caso das BZDs, como o demonstrado na figura 9. O GABA é o neurotransmissor mais comum no sistema nervoso central (SNC), encontrado em altas concentrações nos córtex e sistema

límbico, tem ação inibitória reduzindo a excitabilidade dos neurónios e produzindo um efeito calmante no cérebro. Os três recetores do GABA são denominados pelas letras A, B e C, sendo o A o recetor onde se ligam estes fármacos. Este é constituído por cinco subunidades glicoproteicas, cada uma com múltiplas isoformas. O recetor (GABA)-A contém duas subunidades alfa, duas subunidades beta e uma subunidade gama. As BZDs ligam-se num sítio específico na interseção das subunidades alfa e gama.⁴³

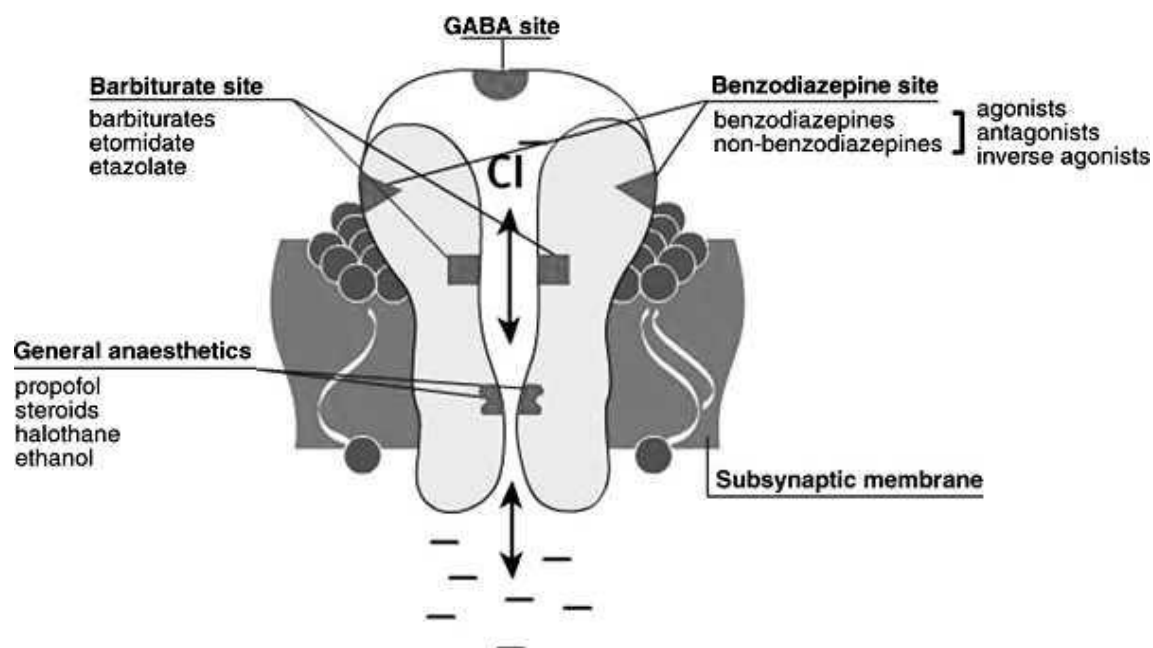


Figura 9 – Recetor (GABA) – A. Imagem adaptada de 43

Estes fármacos apresentam elevada eficácia na redução da ansiedade aguda mas estão associadas com efeitos adversos severos quando usados durante um longo período de tempo em doses elevadas.

Estes efeitos incluem, entre outros:

- Dependência física e psíquica
- Efeitos decorrentes da sua interrupção abrupta
- Prejuízo da cognição e coordenação
- Potencial sobredosagem quando misturas com álcool ou opióides
- Perdas de memória

Por estas razões, o uso das BDZS é restrito, sendo indicado em tratamentos de curta duração da ansiedade aguda ou como terapêutica da ansiedade refratária após falha dos outros tipos de fármacos.⁴⁰

O efeito ansiolítico começa em alguns minutos após a toma oral ou aplicação parentérica e no geral, estes fármacos apresentam um bom limiar de segurança.

Devido à depressão causada no SNC, o tratamento com BDZs está associado a efeito sedativo, tonturas e tempo de reação aumentado, resultando numa diminuição das funções cognitivas e capacidade de conduzir, por exemplo.

Os pacientes com historial de abuso de BDZs, álcool ou outras substâncias psicoativas são geralmente excluídos deste tratamento ou monitorizados regularmente e sob condições rígidas. As BDZs podem ser usadas em combinação com a medicação serotoninérgica durante as primeiras semanas de tratamento para suprimir o aumento da ansiedade, sendo que apenas no tratamento de situações de stress e ansiedade pontuais como uma viagem de avião, por exemplo, justificam o seu uso.³⁹

14.5.4. Anticonvulsivantes

Devido aos efeitos secundários das BZDs, os agentes anticonvulsivantes têm sido usados extensivamente no tratamento da ansiedade. Estes fármacos eram inicialmente utilizados para a estabilização do humor em perturbações que envolvem alterações do estado de humor, no entanto, rapidamente foram descobertas as suas propriedades ansiolíticas. Muitos destes fármacos são atualmente usados em *off-label* no tratamento da ansiedade e são exemplo a gabapentina e a pregabalina.

É de realçar que em doses elevadas, estes agentes são capazes de produzir efeitos adversos similares aos das BZDs acima mencionadas.⁴⁰

A pregabalina é também considerada tratamento de primeira linha nas desordens de ansiedade, sendo que atua por um mecanismo de modulação do canal de cálcio. O seu efeito ansiolítico está associado à sua ligação à subunidade $\alpha_2\text{-}\gamma$ da proteína dos canais de cálcio dependentes da voltagem presentes nos tecidos do SNC. A ligação reduz o influxo de cálcio nos terminais nervosos e modifica a libertação dos neurotransmissores. Os principais efeitos secundários relatados são tonturas e sonolência. O início da eficácia ocorre nos primeiros dias de tratamento o que representa uma vantagem perante os outros AD.³⁹

14.5.5. Antidepressivos Tricíclicos (ADTs)

Todos os fármacos pertencentes a esta classe funcionam como inibidores da recaptação da noradrenalina e alguns medeiam também a inibição da recaptação da serotonina. Apesar de muitos fármacos desta classe apresentarem eficácia semelhante aos ISRSs ou IRNSs no tratamento das desordens relacionadas com a ansiedade, estes causam um maior número de efeitos adversos, sendo potencialmente letais em caso de sobredosagem. Por esta razão, os ADTs são raramente usados no tratamento das desordens de ansiedade.⁴⁰

A eficácia dos ADTs na DP e na DAG está bem provada, principalmente para a imipramina e a clomipramina. No entanto ainda não foram investigados quanto à DAS. A adesão pode ser afetada por efeitos adversos como a sedação, tempo de reação prolongado, boca seca, obstipação e ganho de peso. As interações farmacocinéticas podem também limitar o seu uso em pacientes que tomem outro tipo de medicação.

Estes fármacos são potencialmente letais em caso de sobredosagem devido à sua toxicidade cardíaca e do SNC e devem ser evitados em doentes que apresentem ideações suicidas.³⁹

14.5.6. Outros fármacos

A hidroxizina, mirtazapina, nefazodona e alguns agentes neurolépticos atípicos são comumente usados no tratamento da ansiedade. Apesar de todos estes medicamentos serem eficazes, especialmente no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo, não são considerados de primeira linha e são muitas vezes utilizados em combinação com os ISRSs ou os IRNSs.

A hidroxizina é indicada para a ansiedade provavelmente por inibir o recetor H1 da histamina e o recetor 2a da serotonina.⁴⁰ É eficaz na DAG, devido ao seu efeito sedativo, devendo ser usado apenas quando os outros tipos de tratamento não se revelaram eficazes ou bem tolerados. Os efeitos secundários incluem sedação, efeitos anticolinérgicos em doses altas, visão desfocada, confusão, delírio e outros. Quando o efeito sedativo é requerido estes fármacos constituem uma melhor opção do que as BDZs.³⁹

14.6. Tratamento não farmacológico

Em casos de ansiedade menos severa pode optar-se por aconselhar formulações à base de plantas como é o caso da valeriana e da camomila, que são conhecidas pelas propriedades calmantes. A valeriana e a camomila atuam como sedativos ao nível do SNC e são usadas para condições relacionadas com a ansiedade e stress psicológico.^{44,45} A nível de alimentos, as bananas maduras são um dos alimentos relacionados com a diminuição da ansiedade, essencialmente as que apresentam já algumas manchas negras. Pensa-se que estas manchas estão relacionadas com a concentração de dopamina que é um neurotransmissor que atua como um antidepressivo natural.⁴⁶

Pelo contrário, devem ser evitadas bebidas cafeinadas uma vez que se pensa que estão associadas a uma inibição da ação da serotonina no cérebro, os doces uma vez que o açúcar é absorvido lentamente pela corrente sanguínea numa fase inicial dando origem a uma sensação de energia que rapidamente desaparece quando aumenta a secreção de insulina que remove o açúcar do sangue e as bebidas alcoólicas que atuam como depressores do SNC.⁴⁷

Todos os pacientes com distúrbios de ansiedade requerem terapia de suporte psicológico, sendo que o tratamento psicológico e farmacológico deve ser realizado concomitantemente a fim de se observarem melhores resultados.³⁹

A TCC é considerada a primeira escolha no tratamento psicoterapêutico das distúrbios de ansiedade, sendo já comprovada a sua eficácia.⁴⁸

A escolha entre a medicação e a TCC é determinada por um número de fatores que incluem a preferência do paciente, opções de tratamento, efeitos adversos dos fármacos, início da eficácia, comorbidades como a depressão, condições econômicas, tempo de disponibilidade do paciente, acessibilidade aos tratamentos psicológico e psiquiátrico e qualificação e experiência do médico.³⁹

14.6.1. Terapia Cognitiva Comportamental

As intervenções comportamentais visam diminuir os comportamentos disfuncionais e aumentar os comportamentos adaptativos (conjunto de habilidades sociais, práticas e conceituais adquiridas pela pessoa para responder às exigências do dia-a-dia).

A TCC inclui geralmente combinações de vários processos: psicoeducação sobre a natureza do medo e ansiedade, auto-monitorização dos sintomas, exercícios somáticos, reestruturação cognitiva, exposição *in vivo* e imaginária a estímulos temidos enquanto são descartados os sinais de segurança e prevenção de recaída.

Dependendo da distúrbio de ansiedade, estas técnicas de TCC são adequadas a cada caso.

A TCC para a DP envolve educação sobre a natureza e sobre a fisiologia da resposta de pânico, técnicas de terapia cognitiva desenhadas para modificar interpretações erradas de sintomas de pânico e as suas consequências, a exposição gradual a sensações corporais relacionadas com o pânico, entre outras.

Em relação à DAG, a TCC envolve terapia cognitiva com vista ao tratamento da preocupação e vieses cognitivos e relaxamento para tratar a tensão, assim como a exposição imaginária a imagens catastróficas e a situações stressantes enquanto resposta preventiva a comportamentos excessivos de alerta.

Na terapia da DAS, a TCC baseia-se na ênfase da reestruturação cognitiva e exposição *in vivo* a situações sociais temidas. Os pacientes são instruídos a identificar e desafiar as suas crenças acerca das suas competências sociais e a probabilidade de experimentar avaliações do foro social negativas e as suas consequências. A exposição *in vivo* fornece oportunidades para confrontar o medo face a encontros sociais e para praticar competências sociais.⁴⁸

A combinação da TCC com o uso de fármacos constitui uma abordagem eficaz e segura, sendo que possibilita o acompanhamento do paciente ao longo do tratamento. A figura 10 representa o algoritmo de tratamento entre as duas formas de abordagem, de acordo com a resposta do paciente à intervenção primária.

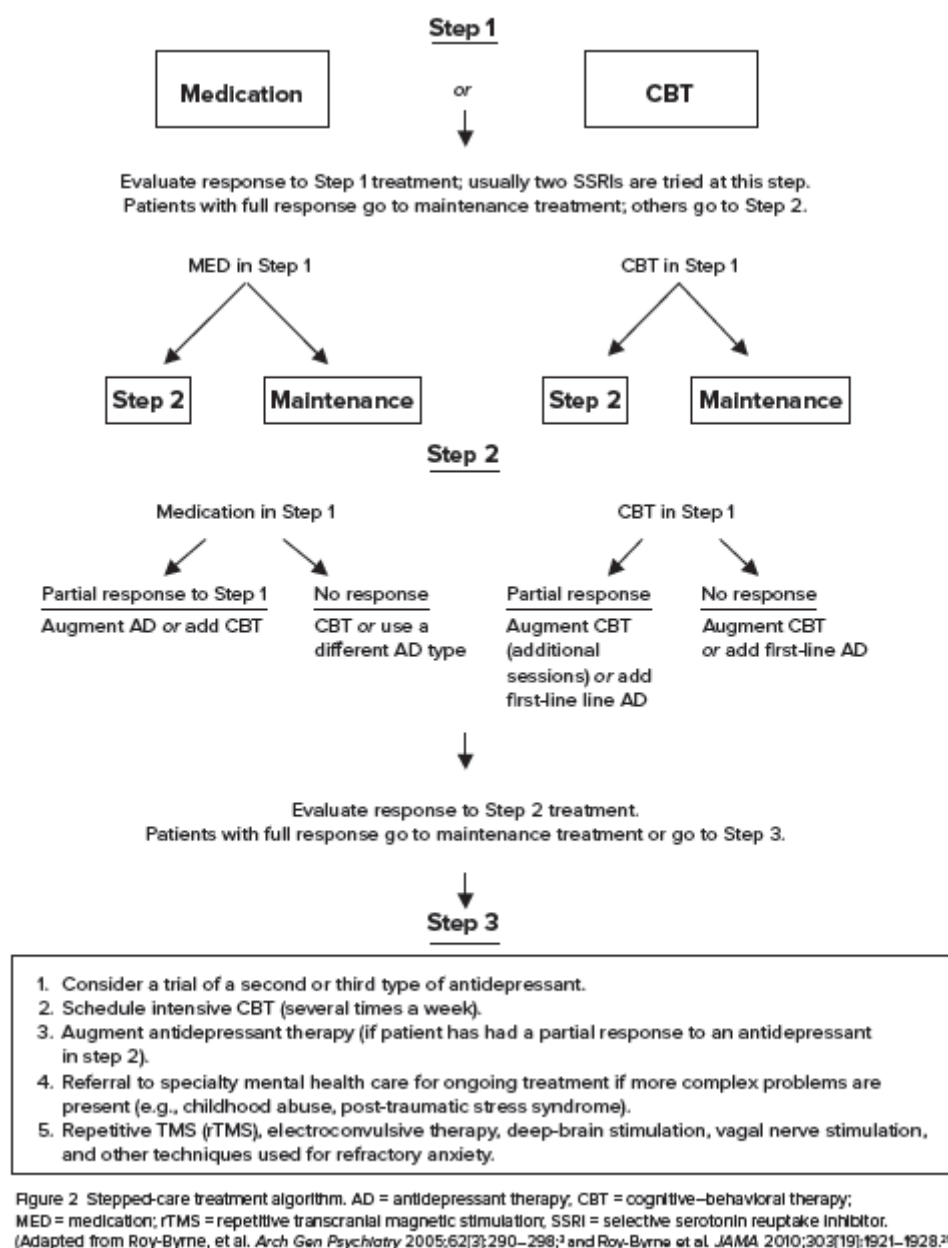


Figura 10 – Algoritmo de tratamento das desordens de ansiedade. Imagem retirada de ⁴⁰

14.7. Intervenção

Em relação a este tema senti mais dificuldades no contacto direto com os utentes uma vez que as pessoas não estão familiarizadas com as doenças mentais e frequentemente as desvalorizam. Comecei por distribuir folhetos (anexo 2), com base na campanha contra o estigma das doenças do foro mental realizada pela Sociedade dos Psicólogos Portugueses, às pessoas que procuravam fármacos calmantes e estudantes em épocas de exames. Fiz um cartaz (anexo 3) no qual especifiquei os sintomas causados pela ansiedade de foro patológico de modo a alertar os utentes principalmente dos sinais físicos assustadores que podem desnecessariamente criar

preocupação excessiva em relação ao próprio estado de saúde, levando ao aumento dos níveis de ansiedade.

O meu papel na farmácia foi sensibilizar as pessoas para o risco do uso indiscriminado e abuso deste tipo de substâncias, alertando-as para os riscos e dando outras opções de fármacos com base natural ou medidas não farmacológicas que ajudam no controlo da ansiedade. Sempre que tive oportunidade de fazer a medição da PA alertava as pessoas para o facto de muitas vezes valores altos deste parâmetro se poderem relacionar com o estado ansioso ou nervoso e de como o *stress* afeta a nossa vida nos dias que correm.

14.8. Conclusão

As pessoas ainda continuam a desvalorizar os transtornos mentais uma vez que, como já referi, não são situações visíveis e a pessoa não apresenta necessariamente aspeto de quem sofre de uma patologia. Este tema revelou-se importante, mesmo para mim, sabendo que há também muitos estudantes em fases de exames e fase final de curso que recorrem a calmantes para conseguir dormir melhor ou para conseguir manter a calma necessária no momento do exame, sendo que na maioria dos casos nem consultam um médico, tomando benzodiazepinas por iniciativa própria. Por último tentei desmitificar o paradoxo ansiedade, doença mental, psicólogo e psiquiatra, tentando que as pessoas encarassem a patologia sem preconceitos e da forma mais natural possível.

15. Bibliografia

1. Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, *Artigo 12: Dever de atualização técnica e científica*. Acessível em: www.ceic.pt. [acedido em 20 de Maio de 2015];
2. INFARMED: Portaria nº 582/2007 de 4 de Maio. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 10 de Abril];
3. INFARMED: Decreto Regulamentar n.º 61/94 de 12 de Outubro. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 10 de Abril de 2015];
4. PHC: Programs. Acessível em: www.phc.pt. [acedido em 12 de Abril de 2015];
5. Ordem dos farmacêuticos: Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. Acessível em: www.ordemfarmaceuticos.pt. [acedido em 21 de Maio de 2015];
6. INFARMED: Decreto-lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto. Estatuto do medicamento. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 29 de Maio de 2015];
7. INFARMED: Saiba mais sobre psicotrópicos e estupefacientes. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 10 de 20 de Abril de 2015];
8. INFARMED: Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde (13/02/2014) Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 12 de Abril de 2015];
9. Portal da Saúde: Comparticipação de medicamentos. Acessível em www.portaldasaude.pt. [acedido em 20 de Abril de 2015];
10. INFARMED: Saiba mais sobre a comparticipação de medicamentos. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 20 de Abril de 2015];
11. INFARMED: Portaria n.º 193/2011, de 13 de Maio. Regula o procedimento de pagamento da comparticipação do Estado no preço de venda ao público dos medicamentos dispensados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde que não estejam abrangidos por nenhum subsistema ou que beneficiem de comparticipação em regime de complementaridade. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 20 de Abril de 2015];
12. Apifarma: Automedicação. Acessível em: www.apifarma.pt. [acedido em 15 de Abril];
13. INFARMED: Decreto-Lei n.º 189/2008. Estabelece o regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal, transpondo para a ordem jurídica nacional as Directivas n.os 2007/53/CE, da Comissão, de 29 de Agosto, 2007/54/CE, da Comissão, de 29 de Agosto, 2007/67/CE, da Comissão, de 22 de Novembro, 2008/14/CE, da Comissão, de 15 de Fevereiro, e 2008/42/CE, da Comissão, de 3 de Abril, que alteram a Directiva n.º 76/768/CEE, do Conselho, relativa aos produtos cosméticos, a fim de

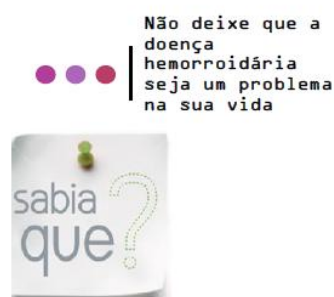
- adaptar os seus anexos II, III e VI ao progresso técnico. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 16 de Abril de 2015];
14. Diário da República: Decreto-Lei n.º 227/99 de 22 de Junho. Acessível em: www.insa.pt. [acedido em 18 de Abril de 2015];
15. Guia de plantas medicinais: Acessível em: www.arkocapsulas.pt. [acedido em 3 de Maio de 2015];
16. Diário da República: Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de Julho. Acessível em: www.dgv.min-agricultura.pt. [acedido em 4 de Maio de 2015];
17. INFARMED: 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 respectivos acessórios e transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2007/47/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de Setembro. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 4 de Maio de 2015];
18. Direção Geral de Saúde: Hipertensão Arterial: Definição e classificação; Número 020/2011; Data: 28/09/2011; Atualização: 19/03/2013. Acessível em: www.dgs.pt. [acedido em 14 de Maio de 2015];
19. Direção Geral de Saúde: Prescrição e Determinação da Hemoglobina Glicada; Número 033/2011; Data: 30/09/2011; Atualização: 06/12/2012. Acessível em: www.dgs.pt. [acedido em 14 de Maio de 2015];
20. Valormed: Acessível em www.valormed.pt. [acedido em 10 de Julho de 2015];
21. INFARMED: Prescrição eletrónica de medicamentos. Acessível em www.infarmed.pt. [acedido em 18 de Julho de 2015];
22. ANF: Conheça a receita eletrónica. Acessível em: www.anf.pt. [acedido em 18 de Julho de 2015];
23. Thornton SC, Rosh AJ, Perry KR (2014). Hemorrhoids Overview. Artigo acessível em: www.emedicine.medscape.com. [acedido em 18 de Julho de 2015];
24. Longo DL *et al.* Capítulo 297. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 18th ed, Mc Graw Hill, Artmed.
25. Sociedade Portuguesa de Coloproctologia. Acessível em: www.spcoloprocto.org. [acedido em 16 de Julho de 2015];
26. Sanchez C, Chinn BT (2011). Hemorrhoids. *Clinics in colon and rectal surgery*; 24: 5-13
27. Imagem acessível em: <http://goo.gl/Pvqqdc>. [acedido em 15 de Agosto de 2015];
28. Basson MD (2014). Constipation. Artigo acessível em: www.emedicine.medscape.com. [acedido em 15 de Julho de 2015];

29. Lindberg G *et al* (2010). Constipation: A global prespective. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines*.
30. Dulcolax: Opções de tratamento da obstipação. Acessível em: <http://www.dulcolax.pt>. [acedido em 20 de Julho de 2015];
31. Lohsiriwat V (2012). From basic patophysiology to clinical management. *World Journal of Gastroenterology*; 18 (17): 2009-2017
32. Figueiredo PN, Matos L. Capítulo 23. Gastreenterologia Fundamental, 2nd ed, Edições Lidel.
33. Thornton SC, Rosh AJ, Perry KR (2014). Hemorrhoids Medication. Artigo acessível em: www.emedicine.medscape.com [acedido em 18 de Julho de 2015];
34. INFARMED: Folheto informativo do *Ultraproct*. Acessível em: <http://www.infarmed.pt>. [acedido em 21 de Julho de 2015];
35. Beyene RT, Kavalukas SL, Barbul A (2014). Hemorrhoids and Fistulas: New Solutions to Old Problems. *Current problems in surgery*; 51: 98-137
36. Nuss P (2015). Anxiety disorders and GABA neurotransmission: A disturbance of modulation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*; 11: 165-175
37. Direção Geral de Saúde. Portugal, Saúde Mental em números -2013. Programa Nacional para a Saúde Mental. Acessível em: www.dgs.pt. [acedido em 5 de Agosto de 2015];
38. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. *American Psychiatric Publishing* (2013).
39. Bandelow B *et al* (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*; 16: 77-84
40. Bystritsky A, Khalsa SS, Cameron ME, Schiffman J (2013). Current diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *P&T*; 38
41. Abadie JV, Kaye AM, Kaye AD (2013). Serotonin Syndrome. *The Ochsner Journal*; 13: 533-540
42. Imagem acessível em: <https://goo.gl/UueAoi>. [acedido em 20 de Agosto de 2015];
43. Griffin CE, Kaye AM, Bueno FR, Kaye AD (2013). Benzodiazepine Pharmacology and Central Nervous System-Mediated Effects. *The Ochsner Journal*; 13: 214-223
44. WEBMD: Valerian overview information. Acessível em: <http://www.webmd.com>. [acedido em 13 de Agosto de 2015];
45. WEBMD: Vitamins and Supplements Lifestyle Guide. Acessível em: <http://www.webmd.com>. [acedido em 13 de Agosto de 2015];
46. Healthguidance: The best anti-anxiety foods. Acessível em: <http://www.healthguidance.com>. [acedido em 13 de Agosto de 2015];

47. Everydayhealth: 9 foods that help or hurt anxiety. Acessível em: <http://www.everydayhealth.com>. [acedido em 15 de Agosto de 2015];
48. Otte C (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues Clinical Neuroscience*; 13:413-421.

16. Anexos

Anexo 1 – Panfletos “Não deixe que a doença hemorroidária seja um problema na sua vida”



- (...) aproximadamente 50% da população pode ser afetada pelas hemorroidas nalguma altura da sua vida?
- (...) a incidência desta doença não difere entre os homens e as mulheres e que apesar da prevalência ser maior em pessoas de mais idade também pode afetar os jovens?
- (...) as hemorroidas acontecem exclusivamente nos humanos e nenhum outro animal as desenvolve?

Apesar de por vezes ser embaraçoso falar deste tema, é importante que detete os sintomas e os reconheça para que o seu médico ou farmacêutico lhe possa prestar um melhor aconselhamento, numa fase inicial da doença hemorroidária.



Principais sintomas

Hemorragia
Dor
Prolapso
Ardor
Prurido (comichão)
Saliência através do canal anal (casos mais avançados)

As hemorroidas são essencialmente causadas por uma pressão constante e repetida das veias anais ou retais

Esforço excessivo na defecação
Pressão intra-abdominal aumentada
Obstipação crónica
Posição vertical natural do humano
Gravidez e parto
Fatores genéticos



Podem ser internas ou externas



CONSELHOS DE AUTO-AJUDA

- Beba muitos líquidos..
- Prefira alimentos ricos em fibras (fruta crua, verduras e cereais). O aumento da ingestão destes alimentos ajuda na eliminação das fezes, tornando-as menos endurecidas e mais fáceis de serem eliminadas.
- Evite a ingestão de alimentos condimentados, como a pimenta e os temperos. Substitua por ervas aromáticas.
- Evite o consumo excessivo de álcool.
- Faça exercício físico. Comece pelas caminhadas e de acordo com a sua condição física vá aumentando o tempo de exercício.
- Evite locais e banhos quentes, prefira sempre banhos tépidos.
- Evite permanecer sentado muito tempo..
- Crie hábitos de defecação, se possível mantenha horários fixos de ida à casa de banho.
- Eduque o seu intestino. Vá à casa de banho sempre que tiver vontade.
- Não faça esforço ao evacuar.



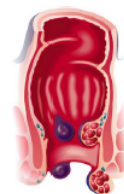
Em relação à terapêutica para alívio sintomático, estão disponíveis nas farmácias várias formulações, como pomadas e supositórios, medicamentos não sujeitos a receita médica, que podem ajudar a reduzir a dor e a inflamação provocada pelas hemorroidas. Estes incluem preparações tópicas, com base lubrificante e emoliente, contendo por vezes anestésicos locais (ex: cinchocaína e lidocaína) pelas suas propriedades calmantes.

O uso de corticosteróides tópicos, quando prescritos pelo médico, como anti-inflamatórios, caso não haja infeção, pode estar indicado por períodos curtos.

Como complemento pode optar também por toalhetes à base de ingredientes de origem vegetal, disponíveis nas farmácias, de utilização diária e muito eficazes, ideais para a higiene em caso de hemorroidas e fissuras anais.



Não deixe que a doença hemorroidária seja um problema na sua vida



Andreína Neves Simões

FFUP | 2014/2015 |

Anexo 2 – Folhetos Ansiedade

“A nossa ansiedade não esvazia o sofrimento de amanhã, mas apenas esvazia o sofrimento do hoje.” (Charles Strugeon)



Imagem retirada da campanha da Ordem dos Psicólogos Portugueses no combate ao estigma das doenças psicológicas.

Andreína Simões | Farmácia Moura | 2015



“O Infarmed alerta que o consumo de calmantes em Portugal é um problema de saúde pública. Esta é a conclusão de um estudo que analisa o consumo de psicofármacos entre 2000 e 2012, revelado pelo «Jornal de Notícias».”

Sintomas psicológicos

- Aumento ou falta de apetite
- Insónia
- Medo
- Preocupação
- Sensação de estar no limite

Sintomas físicos

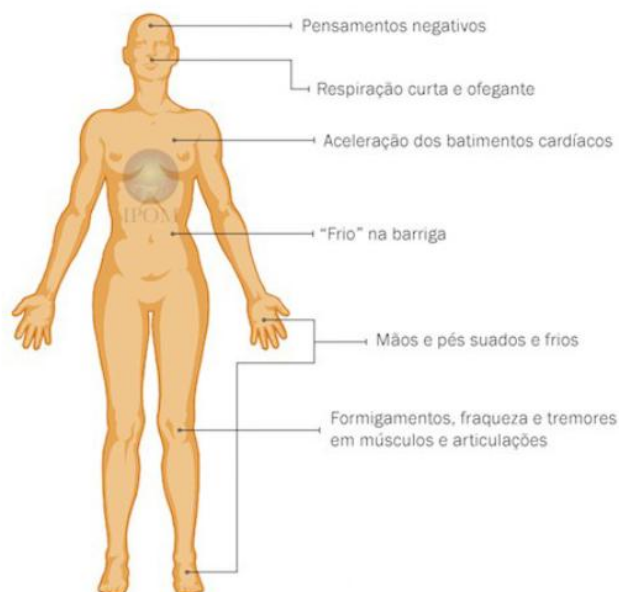
- Boca seca
- Dor de cabeça
- Falta de ar
- Palpitações
- Sensação de nó na garganta
- Aperto no peito
- Transpiração em excesso
- Tensão no pescoço e nas costas
- Vertigens

Técnicas para relaxar

- Inspire devagar contando até 10. Expire lentamente, fazendo a contagem invertida.
- Pratique atividades que lhe deem prazer, caminhadas ao ar livre, ouvir música, ler um livro, praticar exercício físico.
- Consuma alimentos associados à redução da ansiedade, como as bananas e alimentos ricos em vitaminas e minerais.
- Evite tomar fármacos sempre que se sentir ansioso(a), opte por formulações naturais à base de valeriana e passiflora.
- Se sentir que não consegue ultrapassar a situação, consulte um psicólogo, ele poderá ajudá-lo a controlar a ansiedade.

Anexo 3 – Cartaz resumo dos principais alertas da ansiedade patológica

“A nossa ansiedade não esvazia o sofrimento do amanhã, mas apenas esvazia a força do hoje.” (Charles Spurgeon)



Andreína Simões | Farmácia Moura | 2015

EFEITOS PSICOLÓGICOS

- AUMENTO OU FALTA DE APETITE
- INSÓNIA
- MEDO
- PREOCUPAÇÃO
- SENSACÃO DE ESTAR NO LIMITE

EFEITOS FÍSICOS

- BOCA SECA
- DOR DE CABEÇA
- FALTA DE AR
- PALPITAÇÕES
- SENSACÃO DE NÓ NA GARGANTA
- APERTO NO PEITO
- TRANSPIRAÇÃO EM EXCESSO
- TENSÃO NO PESCOÇO E NAS COSTAS
- VERTIGENS



U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado
em Ciências Farmacêuticas

Centro Hospitalar Baixo Vouga - Aveiro

Andreína Neves Simões

2015

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Moura - Aveiro

Março de 2015 a Julho de 2015

Andreína Neves Simões

Orientador: Dra Maria Clara Simões Martins Marques Osório

Tutor FFUP: Prof. Doutor (a) Susana Casal

Setembro de 2015

Declaração de Integridade

Eu, _____, abaixo assinado, nº _____, aluno do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Índice

Índice de figuras	v
Lista de acrónimos.....	v
1. Introdução	1
2. Centro Hospitalar Baixo Vouga, CHBV-EPE	1
3. Serviços farmacêuticos CHBV-EPE	2
3.1. Organização dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHBV	3
3.1.1. Localização e horário	3
3.1.2. Recursos Humanos	4
3.1.3. Sistema informático.....	4
3.2. Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos no CHBV	5
3.2.1. Seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos	5
3.2.2. Receção de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos	6
4. Distribuição de medicamentos.....	7
4.1. Sistema tradicional.....	7
4.2. Distribuição por reposição de stocks nivelados	8
4.3. Distribuição em regime de internamento.....	8
4.3.1. Distribuição Individual Diária em Dose Unitária.....	8
4.3.2. Pyxis®.....	8
4.3.3 Armazéns avançados (AA).....	9
4.4. Medicamentos sujeitos a legislação restritiva	10
4.4.1. Estupefacientes e psicotrópicos.....	10
4.4.2. Medicamentos derivados do plasma humano.....	11
4.4.3. Gases medicinais	12
4.4.4. Medicamentos usados em ensaios clínicos	13
4.4.5. Citotóxicos	13
4.5. Distribuição em ambulatório	14
4.5.1. Cirurgia de ambulatório	15
5. Órgãos técnicos de apoio	15
5.1. Comissão de farmácia e terapêutica	15
5.2. Farmacovigilância.....	16
5.3. Farmacotecnia.....	17
6. Hepatite C.....	17
7. Atividades desenvolvidas	18

8. Conclusão	21
9. Bibliografia.....	22
10. Anexos.....	24

Índice de figuras

Figura 1 – Planta dos SFH do CHBV

Lista de acrónimos

SFH	Serviços Farmacêuticos Hospitalares
FH	Farmacêuticos Hospitalares
CHBV	Centro Hospitalar Baixo Vouga
SC	Serviço Clínico
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional do Medicamento
TDT	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
AO	Assistentes Operacionais
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
GHAF	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
AUE	Autorização de Utilização Excecional
PV	Prazo de Validade
DCI	Denominação Comum Internacional
AA	Armazéns Avançados
DIDDU	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
RAM	Reação Adversa Medicamentosa
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância

1. Introdução

Os Serviços Farmacêuticos Hospitalares (SFH) são o serviço que, nos hospitais, assegura a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integra as equipas de cuidados de saúde e promove ações de investigação científica e de ensino. A direção dos SFH é obrigatoriamente assegurada por um Farmacêutico Hospitalar (FH) e orientados pela administração do hospital. Os FH constituem um grupo profissional de elevada qualificação técnica e científica, que operam numa das mais complexas organizações desenvolvidas pelo Homem – o Hospital. ¹ O facto do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade do Porto dar aos alunos a oportunidade de poder estagiar durante dois meses nesta área é uma mais-valia, uma vez que as tarefas realizadas pelo FH diferem do farmacêutico comunitário, sendo da maior importância contactar com esta realidade, com os vários serviços de internamento e muitas vezes trocar ideias com os próprios médicos. O objetivo deste estágio prende-se com a obtenção de competências técnicas e práticas bem como conhecimento da legislação e deontologia inerente à prática hospitalar, sendo a maior formação que os futuros farmacêuticos têm para a posterior prática profissional. O estágio no Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV) decorreu nos meses de Janeiro e Fevereiro, tendo sido possível conhecer de perto todos os serviços clínicos (SC) da responsabilidade dos farmacêuticos e participar nas tarefas por eles desempenhadas.

2. Centro Hospitalar Baixo Vouga, CHBV-EPE

O CHBV integra os Hospitais de Aveiro, Águeda e Estarreja e apesar de criado pelo Decreto-lei 30/2011 de 2 de Março só começou efetivamente a concretizar-se em Fevereiro de 2012, com a nomeação do atual Conselho de Administração.

Segundo a administração, tem por missão uma tarefa de enorme responsabilidade: prestar cuidados de saúde de qualidade a uma população que ascende aos 300 000 habitantes, distribuídos por nove Concelhos do Distrito de Aveiro.

Com cerca de 1500 colaboradores, disponibiliza apoio em várias especialidades clínicas, 400 camas de internamento e dois Serviços de Urgência abertos 24 sobre 24 horas: o de Aveiro (Urgência médico-cirúrgica) e o de Águeda (Urgência Básica).

A filosofia que sustenta a criação de Centros Hospitalares aponta para uma melhor prestação de cuidados, conseguindo, em simultâneo, uma maior otimização e racionalização dos recursos. O principal objetivo é responder o melhor possível às necessidades de saúde da população, fazendo uma gestão racional e eficiente dos seus recursos e que são sustentados pelos impostos pagos por todos os contribuintes. ²

3. Serviços farmacêuticos CHBV-EPE

Os SFH têm por objetivo o conjunto de atividades farmacêuticas, exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados, que são designados por “Atividades de Farmácia Hospitalar”.

Os SFH são departamentos com autonomia técnica e científica, sujeitos à orientação geral dos Órgãos de Administração dos Hospitais, perante os quais respondem pelos resultados do seu exercício.

São o serviço que, nos hospitais, assegura a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integra as equipas de cuidados de saúde e promove ações de investigação científica e de ensino. Entre as responsabilidades dos SFH estão:

- A gestão (seleção, aquisição, armazenamento e distribuição) do medicamento e de outros produtos farmacêuticos como dispositivos médicos, reagentes, etc.
- Implementação e monitorização da política de medicamentos, definida no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e pela Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- A gestão dos medicamentos experimentais e dos dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados, eventualmente necessários ou complementares à realização dos ensaios;
- A gestão da segunda maior rubrica do orçamento dos hospitais.
- A produção de medicamentos;
- A análise de matérias-primas e produtos acabados;
- A distribuição de medicamentos e outros produtos de saúde;
- A participação em Comissões Técnicas (Farmácia e Terapêutica, Infecção Hospitalar, Higiene e outras);
- A Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância e a prestação de Cuidados Farmacêuticos;
- A colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos;
- A participação nos Ensaio Clínicos;
- A colaboração na prescrição de Nutrição Parentérica e sua preparação;
- A Informação de Medicamentos;
- O desenvolvimento de ações de formação. ¹

Os SFH do CHBV localizam-se na sede, o hospital D. Pedro - Aveiro. Este local encontra-se dividido em oito blocos e um local de urgências, integrando os serviços de cardiologia, cirurgia, especialidades cirúrgicas (urologia, otorrinolaringologia, oftalmologia e estomatologia), infeciologia, pneumologia, medicina 1, 2 e 3, nefrologia, ortopedia, especialidades médicas (neurologia e unidade AVC), psiquiatria, obstetrícia e ginecologia, pediatria 1 e 2, unidade de

cuidados intensivos neonatal, de cardiologia e polivalente (serviço de medicina intensiva), além de consultas externas e hospital de dia.

3.1. Organização dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares do CHBV

3.1.1. Localização e horário

Segundo o manual da farmácia hospitalar (FHMN) a localização dos serviços farmacêuticos deverá sempre que possível, ter facilidade de acesso externo e interno, implantação de todas as áreas, incluindo armazéns, no mesmo piso, o setor de distribuição dos medicamentos em ambulatório deverá localizar-se próximo da circulação normal destes doentes e ter proximidade com os sistemas de circulação vertical como monta-cargas e elevadores.¹ De forma a cumprir estes requisitos os SFH do CHBV localizam-se no piso térreo do bloco 6, tendo toda a sua estrutura num só piso e apresentando proximidade com a circulação vertical.

Os SFH do CHBV apresentam a estrutura descrita na ilustração 1.



Ilustração 1 | Planta SFH do CHBV

GT - Gabinete da Diretora Técnica, gabinete dos farmacêuticos e gabinete das administrativas

R - Zona de Reembalagem

U - Sala da “Unidose” (local onde se leva a cabo a preparação da medicação que será distribuída de forma individual e unitária)

A - Armazém

CE - Cofre de estupefacientes e psicotrópicos

E - Sala com local de armazenamento de citotóxicos, hemoderivados e um local de preparação de ensaios clínicos

L - Laboratório

GA - Gabinete de ambulatório

C - Copa (local para refeições)

AL – Arrumações e laboratório

Em relação ao horário de funcionamento, o serviço funciona de segunda a sexta-feira das 8h30 até às 19 horas sem interrupções e ao sábado entre as 9 horas e as 13 horas. Para assegurar que todos os serviços podem ter acesso a medicação e de modo a garantir a segurança e resposta a todos os pedidos, há um horário de prevenção rotativo entre os vários farmacêuticos, a partir das 19 horas até à meia-noite, para salvaguardar qualquer urgência, zelando assim pela saúde dos doentes.

3.1.2. Recursos Humanos

Os Recursos Humanos assumem um papel de relevância no contexto da organização da Farmácia Hospitalar. O funcionamento dos SFH, bem como a garantia da qualidade dos serviços prestados, são assegurados por uma equipa de profissionais de saúde que inclui Farmacêuticos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) e Assistentes Operacionais (AO). Os SFH do CHBV são constituídos por uma Diretora Técnica, oito FH, oito TDT, duas administrativas, e seis AO.

A função da Diretora Técnica é gerir e coordenar as atividades de gestão técnica, científica e administrativa.

Os FH têm como função validar as prescrições médicas, elaborar os perfis farmacoterapêuticos dos doentes, ações de farmacovigilância, dispensar medicamentos em ambulatório, estupefacientes/psicotrópicos e outros medicamentos sujeitos a legislação especial assim como a participação em comissões técnicas e ensaios clínicos.

A função dos TDT é a distribuição de medicamentos em dose unitária, reembalagem de medicamentos e preparação de formas magistrais que não contenham substâncias estupefacientes.

Por sua vez os AO estão responsáveis pela receção de encomendas, armazenamento de medicamentos e outros produtos farmacêuticos e transporte de medicamentos para os SC do Hospital.

As pessoas responsáveis pela administração prestam assistência administrativa à gestão dos Serviços Farmacêuticos, secretariado e contabilidade.

3.1.3. Sistema informático

O sistema informático utilizado pelos SFH é o GHAF (Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia) (anexo 1). Entre as várias funcionalidades deste sistema informático, destaca-se a possibilidade de gestão de encomendas, armazenamento, prescrição e distribuição aos diversos SC.

3.2 Gestão de Medicamentos, Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos no CHBV

A gestão de medicamentos é o conjunto de procedimentos realizados pelos SFH, que garantem o bom uso e dispensa dos medicamentos em perfeitas condições aos doentes do hospital. A gestão de medicamentos tem várias fases, começando na sua seleção, aquisição e armazenamento, passando pela distribuição e acabando na administração do medicamento ao doente.¹

3.2.1. Seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos

A seleção de medicamentos para o hospital deve ter por base o FHMN e as necessidades terapêuticas dos doentes do hospital. A adenda ao FHNM do hospital deverá estar permanentemente disponível para consulta.

A seleção de medicamentos a incluir na adenda ao FHNM tem de ser feita pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), com base em critérios baseados nas necessidades terapêuticas dos doentes, não contempladas no FHNM, na melhoria da qualidade de vida dos doentes e em critérios fármaco-económicos.

O FH é responsável por garantir aos doentes os medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos de melhor qualidade e aos mais baixos custos.

A aquisição dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, é da responsabilidade do FH, devendo ser efetuada pelos Serviços Farmacêuticos em articulação com o Serviço de Aprovisionamento.¹

Os Serviços Farmacêuticos têm de ter ligação à Internet para que seja possível o acesso direto ao “Catálogo do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF)” e a outros catálogos eletrónicos de consulta.

O suporte documental das aquisições deve ser devidamente arquivado, durante o período exigido pela legislação.

No CHBV a gestão dos *stocks* é feita com base num ponto de encomenda do produto que é o valor mínimo de unidades necessário para assegurar que não haja rutura de *stock*, sendo que este ponto é definido de acordo com os consumos dos SC, os prazos de entrega dos medicamentos pelos fornecedores e as flutuações de aprovisionamento, de acordo com a estação do ano, por exemplo, e dos produtos mais consumidos.

Diariamente o farmacêutico responsável pela encomenda, procede à elaboração de uma lista de produtos cujo nível se encontra inferior ao ponto de encomenda e respetiva quantidade necessária, para repor os níveis. A nota de encomenda é avaliada pela Diretora dos SFH que têm em consideração o orçamento disponível, e, caso seja aprovada, é carimbada e enviada para os laboratórios. No caso de ruturas de *stock* inesperadas, e para as compensar o mais rápido possível, evitando falhas nos tratamentos, os SFH podem fazer um pedido de empréstimo a

outras instituições, arquivando a devida documentação na pasta específica e assim que viável, é efetuado o pagamento, ou seja, o envio de igual produto à respetiva instituição.

3.1.3.1. Medicamentos sem autorização de introdução no mercado

A Autorização de Introdução no Mercado (AIM) é válida em todos os estados membros da União Europeia, e gerida pela Agência Europeia do Medicamento. Se um medicamento não possui AIM válido para Portugal, e para o qual não existe alternativa terapêutica válida, é necessário que o Conselho de Administração após estimativa de consumo elabore um pedido de Autorização de Utilização Especial (AUE). O pedido de AUE é enviado juntamente com a documentação descrita na Deliberação nº129/2006, de 12 de Janeiro. O CHBV apenas pode realizar o pedido ao país de origem após ter na sua posse a AUE emitida pelo INFARMED, prevenindo em caso de necessidade o envio do RCM português.³

3.1.3.2. Medicamentos de terapêutica excecional

Fármacos que constituem terapêuticas excecionais como é o caso do natalizumab para esclerose múltipla ou panitumumab para oncologia, não se encontram disponíveis em *stock* pois são dispensados apenas a alguns doentes e em alturas específicas (fármacos “de calendário/agenda”), sendo acrescentados manualmente às encomendas quando necessário.⁴

3.2.2. Receção de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos

Os medicamentos e outros produtos farmacêuticos encomendados são recebidos no setor da receção de encomendas. Este setor é a base dos SFH, sendo fundamental para a gestão e controlo de *stock*.¹

As notas de encomenda processadas pelas administrativas são arquivadas no armazém para que, na receção dos produtos, se possa comparar com as respetivas guias de remessa, verificando a correspondência aos produtos encomendados e quantidade. Um AO procede à primeira conferência, qualitativa e quantitativa, dos produtos farmacêuticos rececionados com a guia de remessa e/ou fatura (incluindo o lote e prazo de validade (PV) dos produtos), sendo posteriormente verificado e validado por um farmacêutico. Em algumas situações como é o caso dos hemoderivados, o farmacêutico arquiva a documentação técnica, para verificação e consulta sempre que necessário. Após a entrada do produto, registado por lote e PV, procede-se ao seu armazenamento nas devidas condições (temperatura e humidade), sendo que na primeira fila, os medicamentos que são retirados primeiro, são armazenados os medicamentos com menor PV.

Os produtos termolábeis têm prioridade na receção para evitar comprometer a sua estabilidade tal como os produtos inflamáveis para que possam ser o mais rapidamente possível acondicionados de maneira segura.¹

4. Distribuição de medicamentos

A distribuição é o denominador comum e a face mais visível da atividade farmacêutica hospitalar representando um processo fundamental no circuito do medicamento.

Tem por principais objetivos a racionalização da distribuição de medicamentos, garantir o cumprimento da prescrição médica, assegurar a correta administração dos medicamentos assim como diminuir os erros de medicação (administração de medicamentos não prescritos, troca da via de administração, erros de doses), estabelecer um método de acompanhamento dos tratamentos farmacológicos – monitorização farmacodinâmica, terapêutica e clínica, potenciar a função do farmacêutico na equipa assistencial, promover os cuidados farmacêuticos, reduzir o tempo de enfermagem dedicado a tarefas administrativas e de manipulação de medicamentos, evitar custos por deterioração e caducidade dos medicamentos e conhecer os custos por processo.¹

Na distribuição de medicamentos a nível hospitalar, segundo as Boas Práticas em Farmácia Hospitalar (1999) do Colégio da Especialidade da Ordem dos Farmacêuticos devem ser consideradas a distribuição a doentes em regime de internamento (Sistema de Reposição de Stocks Nivelados, Sistema de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU), a distribuição a doentes em regime de ambulatório e a distribuição de medicamentos sujeitos a legislação especial, (estupefacientes, psicotrópicos, benzodiazepinas, hemoderivados e medicamentos em ensaio clínico).

A dispensa de medicamentos apenas é efetuada quando apresentada uma prescrição médica informatizada ou manual onde conste a identificação do doente, a data de prescrição, a designação do medicamento por Denominação Comum Internacional (DCI) e respetiva dose, forma farmacêutica e via de administração, a identificação do médico prescriptor e o registo de incidentes reportados em relação aos medicamentos distribuídos (reações adversas, incompatibilidades, entre outros).⁵

4.1. Sistema tradicional

A prescrição realizada pelo médico na unidade de internamento é interpretada pela enfermagem, que solicita os medicamentos aos serviços farmacêuticos, num impresso próprio.

Nesta solicitação, os medicamentos não são pedidos para um doente em concreto, mas sim para o total da unidade de internamento, para um período de tempo alargado.

À solicitação dos medicamentos, responde o serviço farmacêutico, com uma distribuição que se limita a colocar os medicamentos dentro de embalagens, devidamente rotuladas - Nome Genérico, dosagem, forma farmacêutica, quantidade fornecida e prazo de validade - e a entregá-los à unidade que os solicitou.

Este sistema de trabalho origina erros dos quais não há maneira de atribuir responsabilidade clara e que são o resultado lógico, na maioria das vezes, de uma função incorreta, uma vez que o

farmacêutico não tem dados sobre os doentes, não conseguindo detetar incompatibilidades, contraindicações, duração de tratamento entre outros.

4.2. Distribuição por reposição de stocks nivelados

É um método que permite responder a situações de urgência. Estes *stocks* são definidos pelo enfermeiro chefe responsável pelo serviço, médico e farmacêutico, com periodicidade pré-estabelecida. Os valores mínimos e máximos são definidos tendo em conta os consumos dos medicamentos.

4.3. Distribuição em regime de internamento

4.3.1. Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

Este sistema baseia-se na distribuição diária de medicamentos, em dose individual unitária, para um período de 24 horas. Começa pela validação informática da prescrição médica pelos farmacêuticos, de acordo com os seus serviços, informação que é recebida pelos técnicos, que dão assim início ao processo de preparação da medicação individual para cada paciente. Este processo é realizado manualmente ou através do sistema semiautomático Kardex® (anexo 2), sendo que é usada uma mala para cada serviço composta por gavetas individuais identificadas com o nome do doente e com a respetiva cama. A medicação vai sendo atualizada até à hora de transporte da medicação para os serviços, com as respetivas alterações da prescrição feitas até aquele momento.

Neste caso é preferível a preparação apoiada por equipamento semiautomático, de maneira a reduzir os erros, o tempo destinado a esta tarefa, aumentar a qualidade e racionalizar os *stocks*. Nos casos em que os SFH não estejam abertos de forma continua, aos fins-de-semana terão que ser distribuídos medicamentos para 48 horas ou 72 horas. Este tipo de distribuição apresenta inúmeras vantagens tais como a maior segurança no circuito do medicamento, o conhecimento do perfil farmacoterapêutico do doente, diminuição do risco de interações, racionalização da terapêutica, redução dos desperdícios, entre outras.

4.3.2. Pyxis®

O pyxis® (anexo 3) é definido como um sistema de dispensa automática num serviço clínico, controlado eletronicamente e gerido por um software (SF, Enfermeiro-chefe, Diretor de serviço).

É um sistema gerido por uma consola central localizada nos serviços farmacêuticos que permite visualizar em tempo real as quantidades de medicamentos existentes em cada serviço.

Este sistema é composto por diversos tipos de gavetas consoante os níveis de segurança desejada, que permite controlar os estupefacientes e psicotrópicos, sendo que o acesso é feito

através de senha ou registo biométrico, além disso todos os movimentos ficam registados informaticamente (quem retirou, o que retirou, quantidade e para quem).

O pyxis® tem como funções controlar os *stocks*, racionalizar os recursos humanos e diminuir os erros.

O *stock* deste sistema é definido com base nos medicamentos consumidos nos respetivos serviços, sendo repostos quando estão abaixo do *stock* mínimo e de acordo com a periodicidade pré definida. Os medicamentos que não se encontram no pyxis® (baixo consumo) são enviados diretamente a uma hora predefinida de acordo com a estação.

São muitas as vantagens deste sistema, tais como a redução dos *stocks* das enfermarias, a possibilidade da gestão do *stock* em tempo real, redução do consumo de medicamentos, redução do tempo do pessoal de enfermaria, o consumo é feito diretamente ao doente, diminuição do risco associado e dos erros de medicação, registo de todos os consumos, identificação de medicamentos de rotatividade, entre outras.⁶

A reposição é realizada consoante determinadas regras específicas ou não das estações existentes no CHBV (Ortopedia, Bloco Operatório, Ginecologia/Obstetrícia, Especialidades Cirúrgicas). É definido um dia para carregar os artigos abaixo do nível mínimo definido e um dia para carregar todos os artigos no valor máximo. Todos os medicamentos extra pyxis®, são enviados diariamente a uma hora específica. Na última semana de cada mês ao realizar a reposição deve-se verificar os PV segundo a lista elaborada pela pessoa responsável pelo mesmo. Diariamente devem ser repostos os produtos em rutura de *stock* ou próximo desta.⁷

4.3.3 Armazéns avançados (AA)

No serviço de obstetrícia, bloco operatório e psiquiatria a informação dos *stocks* está informatizada e cada medicamento é assinalado com um código de barras, colado na respetiva prateleira. Cada vez que um medicamento é retirado, os enfermeiros realizam a leitura óptica do respetivo código de barras, e a informação sobre os consumos e níveis do *stock*, é atualizada em tempo real. O sistema informático regista os *stocks* de todos estes armazéns e, quando um dado recurso já não existe na quantidade definida como ponto de encomenda, emite automaticamente um pedido de reposição para o armazém central.

Os AA permitem que o farmacêutico reponha o *stock* mínimo, sem a necessidade da requisição do enfermeiro, pelo que fica da total responsabilidade dos SFH a reposição dos AA.

Este sistema tem vindo a ganhar visibilidade devido ao combate ao desperdício, ao erro médico e libertação de tarefas burocráticas possibilitando uma monitorização contínua e fiável do consumo de material, redução dos custos com a logística, evitando ruturas de *stock*.

4.4. Medicamentos sujeitos a legislação restritiva

No CHBV encontram-se estabelecidos circuitos especiais para determinados medicamentos, devido às suas características e imposições legais, nomeadamente os estupefacientes e psicotrópicos, hemoderivados e citotóxicos. Nestes circuitos o medicamento é prescrito através do preenchimento de um requisito próprio, e, apesar de ser prescrito ao doente, a sua distribuição é realizada ao SC, para reposição de *stock*.

4.4.1. Estupefacientes e psicotrópicos

Existem medicamentos sujeitos a uma legislação específica, de acordo com o Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de Janeiro, que estabelece o “Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos”, lei n.º 45/96 de 22 de Janeiro, que altera o Decreto-Lei n.º 15/93, o Decreto Regulamentar n.º 61/94 de 3 de Setembro e a Portaria n.º 981/98 de 8 de Junho sobre “Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos”.

Normalmente associados à prática de crimes e ao consumo de drogas, os psicotrópicos e os estupefacientes são também medicamentos utilizados na terapêutica de diversas doenças, algumas com elevada incidência na população. Uma vez que estes produtos estão associados a atos ilícitos são alvo de muita atenção por parte das autoridades competentes, sendo um dos tipos de substâncias mais controlados em todo o mundo.

Em Portugal, a responsabilidade de supervisão e fiscalização do uso de substâncias psicotrópicas e estupefacientes recai no âmbito das competências do INFARMED.

São inúmeras as suas aplicações, uma vez que atuam diretamente sobre o sistema nervoso central, logo com impacto em todo o organismo humano, podendo atuar como depressores ou estimulantes. São utilizados no tratamento de diversas doenças e em múltiplas aplicações nas mais variadas situações clínicas. As doenças psiquiátricas, oncologia ou o uso de psicotrópicos e estupefacientes como analgésicos ou antitússicos, são alguns exemplos da sua aplicabilidade terapêutica.

Todos os medicamentos autorizados em Portugal que contenham substâncias controladas, só podem ser dispensados pelo farmacêutico mediante apresentação de receita médica.

Para um maior controlo, as receitas são constituídas por original e dois duplicados, uma deles remetido ao INFARMED, que devem conter os dados relativos ao paciente, médico e medicamento.⁸

Todos os estupefacientes e psicotrópicos que constam nas tabelas I, II, III e IV anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de Janeiro, estão envolvidos num circuito de distribuição de medicamentos da responsabilidade do farmacêutico, que respeita a legislação vigente,⁹ relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga. A prescrição médica é efetuada em impresso oficial autocopiativo, anexo X, número 1509 da Imprensa Nacional-Casa da Moeda

(anexo 4) onde contém a identificação do medicamento e do doente, a dose administrada, o número de unidades e a data de administração. Os duplicados são arquivados durante três anos, organizados por ordem de dispensa.¹⁰ No CHBV os estupefacientes e citotóxicos são guardados numa sala com porta blindada e que se encontra sempre fechada, sendo sempre necessário entregar a requisição do pedido ao farmacêutico responsável pelo SC para que este abra a sala e dispense a medicação. Por forma a controlar o *stock*, é obrigatório registar todas as cedências e, semanalmente verificar o *stock* real e comparar com o *stock* apresentado informaticamente. Todos os meses é enviado para o INFARMED, a informação dos estupefacientes e citotóxicos cedidos.⁵ Este tipo de distribuição apresenta como vantagens o controlo a administração da medicação por doente, de modo a evitar a dependência física e psíquica bem como a tolerância, reduzir a possibilidade de atos ilícitos, permitir um controlo quantitativo e qualitativo mais rigoroso dos *stocks* dos serviços, de forma a evitar acumulação de medicação no serviço e término do seu PV.

No entanto, tem como desvantagem, apesar da necessidade de implementação deste tipo de sistema de distribuição, a exigência de disponibilidade de tempo por parte dos profissionais de saúde para preencherem toda a documentação, a necessidade do controlo diário do *stock* e o investimento em cofres de armazenamento.¹

No CHBV estes medicamentos estão armazenados num cofre, próprio para o efeito, sendo que apenas os farmacêuticos podem ter acesso a este cofre e dispensar este tipo de fármacos.

4.4.2. Medicamentos derivados do plasma humano

Os hemoderivados são medicamentos derivados do sangue e plasma humano, exigindo devido à sua natureza um controlo restrito que permita a rastreabilidade dos lotes.¹¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde, estes medicamentos são constituídos por proteínas plasmáticas de interesse terapêutico que não se podem sintetizar por métodos convencionais, pelo que são obtidos de plasma de doadores humanos sãos, através de um processo tecnológico adequado de fracionamento e purificação, sendo os principais: albumina, imunoglobulinas e fatores de coagulação (fator VII, fator VIII, fator IX, além dos complexos protrombínicos). Como tal, são sujeitos a um controlo apertado, visto a sua origem poder estar associada a vários perigos.¹²

Os hemoderivados são analisados lote a lote pelo laboratório de qualidade do INFARMED e, após análise, há emissão de um certificado de autorização desse mesmo lote (CAUL), ao qual deverá estar anexado o certificado de análise que constata a qualidade do hemoderivado e que delibera se o produto em questão está aprovado para utilização terapêutica. O certificado inclui o número do lote, o número de unidades correspondentes ao lote, o nome comercial, a dose, as substâncias ativas, o PV, o número de AIM e o laboratório que comercializa o medicamento.

No momento da receção de um hemoderivado, verifica-se a existência de todos os certificados, e arquivam-se de acordo com a legislação. Os hemoderivados são guardados num armário à

parte de todos os outros medicamentos, tendo em consideração que os que necessitem de condições especiais, nomeadamente de ser conservados no frio, são colocados no frigorífico em zona especial. A dispensa destes medicamentos faz-se de forma diferenciada, através de uma requisição especial (anexo 5) preenchida parcialmente pelo médico em nome do doente, e posteriormente concluída pelo farmacêutico que coloca a quantidade de embalagens a dispensar (até um máximo de treze embalagens), lote, PV, número de certificado correspondente, data e assina.¹³ Esta requisição possui duas vias: a da farmácia e a do serviço. A via da farmácia é arquivada nos SFH juntamente com a folha de consumos criada pelo farmacêutico em local próprio e a via do serviço segue com a medicação para que os enfermeiros anotem todas as administrações que fizerem ao doente. Em caso de devolução deve ser registado na via da farmácia a quantidade de embalagens devolvidas. Por forma a garantir a não existência de erros é realizado mensalmente uma verificação do *stock* e consumos.

4.4.3. Gases medicinais

De acordo com a lei em vigor, os gases e mistura de gases para serem utilizados em seres humanos (gases medicinais) devem cumprir os requisitos específicos inerentes aos medicamentos. O estatuto do medicamento exige que estes apresentem um elevado padrão de qualidade, segurança e eficácia, devendo para isso, satisfazer as exigências técnicas descritas na Farmacopeia Portuguesa, e por outro lado que os procedimentos inerentes ao seu circuito estejam de acordo com as boas práticas (as Good Manufacturing Practices-GMP e as Good Distribution-GDP).

O exercício farmacêutico deve estar presente em todo o circuito dos gases medicinais, desde a sua produção, a nível industrial, até à sua acessibilidade ao doente, ao nível das unidades de saúde e do domicílio.

O exercício farmacêutico no circuito dos gases medicinais em meio hospitalar decorre das responsabilidades e funções próprias do FH, de acordo com as competências do ato farmacêutico estabelecido pelo Estatuto do Medicamento e pelo princípio do uso racional do medicamento.

Gases medicinais são gases ou misturas de gases, liquefeitos ou não, destinados a entrar em contato direto com o organismo humano e desenvolvendo uma atividade em conformidade com a de um medicamento, designadamente pelos seus usos em terapias de inalação, anestesia, diagnóstico *in vivo* ou para conservar ou transportar órgãos, tecidos ou células destinadas a transplantes, sempre que em contato com estes.¹⁴

Os gases medicinais são utilizados em todo o hospital: no serviço das urgências, no bloco operatório, na sala de recobro e de reanimação até ao quarto do paciente.

Estão acessíveis em todo o hospital em garrafas ou na sua rede de distribuição de gases e devem conservar a sua pureza e estar disponíveis em qualquer momento. São utilizados a partir de

tomadas nos diferentes serviços ou a partir de uma ligação direta de uma garrafa sobre pressão.¹⁵

4.4.4. Medicamentos usados em ensaios clínicos

O FH, além das funções inerentes a membro da Comissão de Ética do hospital, é o responsável pelo armazenamento e dispensa dos medicamentos experimentais, de acordo com a Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto, que transpõe para a ordem jurídica nacional, a Diretiva Europeia sobre Ensaios Clínicos, Diretiva n.º 2001/20/CE.¹

A realização de ensaios clínicos de medicamentos para uso humano passou a ser regulada a nível nacional pela Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, que aprova a Lei da Investigação Clínica, e que, relativamente aos Ensaios Clínicos com Medicamentos de uso humano, revoga a Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, passando a transpor a Diretiva 2001/20/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 4 de abril.

A Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, regula a investigação clínica, abrangendo entre outros estudos clínicos, os ensaios clínicos definidos como *"qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou os outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia"*.¹⁶

No CHBV há farmacêuticos destacados para participar nos ensaios clínicos e tratar de toda a documentação respetiva a cada ensaio posteriormente enviada para o INFARMED, assegurando o cumprimento de todos os requisitos inerentes aos ensaios clínicos.

4.4.5. Citotóxicos

Os citostáticos ou citotóxicos são agentes antineoplásicos que interferem por vários mecanismos de ação com os ácidos nucleicos levando à destruição celular, sendo fármacos de margem terapêutica bastante estreita.¹⁷ A prescrição dos citotóxicos é efetuada e levada aos SFH para validação. Após validação, estes medicamentos são preparados por enfermeiros numa zona especial que contém a câmara de preparação de citotóxicos, de forma a cumprir todos os requisitos legais de esterilidade e segurança exigidos na sua preparação. De forma a gerir a compra destes fármacos, é elaborado um registo dos doentes e sua medicação para saber que medicação é necessária, em que dia e durante quantos ciclos vão ser administrados. O serviço de oncologia, de forma a facilitar a administração destes fármacos, elaborou em parceria com os SFH, protocolos de tratamento (anexo 6) que indicam quais os fármacos a administrar, o tempo de administração e pausas necessárias, assim como alguns alertas importantes.

4.5. Distribuição em ambulatório

São dispensados em ambulatórios a pacientes seguidos e tratados no CHBV, os medicamentos destinados ao tratamento de patologias legisladas ou autorizadas pela administração, sendo que os maiores grupos são medicamentos destinados ao tratamento de pacientes com infeção por HIV, insuficiência renal, doenças desmielinizantes como é o caso da Esclerose Múltipla e a Esclerose Lateral Amiotrófica e medicamentos destinados ao tratamento do cancro da próstata. Em menor quantidade, infeção por hepatite C e hepatite B, cancro da mama, cólon, gástrico, doença de Crohn, entre outra sendo que estes fármacos são 100% comparticipados a nível hospitalar. (Anexo 7)

No CHBV a distribuição de medicamentos em ambulatório é feita de segunda a sexta-feira, no horário compreendido entre as 9 horas e as 19 horas, sendo que para assegurar o suprimento das necessidades de todos os pacientes do CHBV que fazem esta medicação, há um dia por semana em que um farmacêutico se desloca a Águeda e outro a Estarreja com esta finalidade, contribuindo assim para a adesão à terapêutica, sendo que a medicação só é dispensada para um mês, em alguns casos excecionais há autorização para três meses, por exemplo, para homens que trabalham no mar, de modo a garantir que o paciente volta no mês seguinte continuando o tratamento sem interrupções e com o devido acompanhamento.

O papel do farmacêutico neste regime assume elevada importância na medida em que o aconselhamento prestado ao paciente é fulcral no cumprimento da prescrição, na respetiva adesão à terapêutica e na observação de efeitos secundários que possam surgir. É de realçar que o paciente deposita confiança no farmacêutico e que a confidencialidade é extremamente importante e deve ser mantida durante este ato de dispensa de medicamentos.

O farmacêutico deverá interagir com os prescritores para poder influenciar positivamente as prescrições, ceder informação sobre medicamentos, informar o médico prescritor sobre os medicamentos cedidos e da adesão à terapêutica por parte do doente, manter atualizado o perfil farmacoterapêutico dos doentes, monitorizar as indicações para os quais os medicamentos foram aprovados, avaliar a adesão à terapêutica por parte do doente, fazer a história medicamentosa dos doentes, preparar todos os medicamentos prescritos, de acordo com a DCI, dose, formulação e tempo de terapêutica e reembalar e rotular completa e corretamente todos os medicamentos prescritos.

Este regime de tratamento em ambulatório apresenta vantagens como a redução dos custos relacionados com o internamento hospitalar, dos riscos inerentes a um internamento e a possibilidade do doente continuar o tratamento no seu ambiente familiar.¹

A dispensa da medicação começa com a apresentação do cartão de utente do hospital e uma receita caso seja o primeiro levantamento ou um documento de registo de medicação pendente fornecido pelos SFH caso seja a continuação do tratamento. No sistema informático o farmacêutico tem acesso à medicação prescrita (que valida), e à data da próxima consulta, para

que possa marcar com o doente o levantamento seguinte. Após verificação de todos os documentos, a medicação é cedida com as devidas recomendações, acrescentando que em caso de medicação de frio, esta é dispensada juntamente com uma cuvette de gelo para sua conservação durante a viagem do utente para a sua residência.

4.5.1. Cirurgia de ambulatório

No CHBV realizam-se cirurgias em regime de ambulatório nas instalações dos três hospitais que o compõem, sendo as cirurgias efetuadas neste regime das seguintes especialidades: Ortopedia, Cirurgia Geral, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia e Urologia.

Uma cirurgia de ambulatório é uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *legis artis*, em regime de admissão e alta com permanência do doente inferior a 24 horas. Um programa de cirurgia de ambulatório, além das vantagens económicas e organizacionais (redução dos custos, gestão mais eficaz da lista de espera e das camas hospitalares), apresenta claras vantagens sociais para o utente ao associar-se a uma menor rutura do contexto sociofamiliar, a uma mais rápida integração socioprofissional bem como a uma maior humanização nos serviços de saúde prestados.¹⁸

A medicação cedida neste regime (anexo 8) tem legislação própria, que preconiza apenas a dispensa de analgésicos tal como o tramadol (sempre que estejam em causa procedimentos cirúrgicos com dor esperada no pós-operatório de intensidade não controlável somente com fármacos anti-inflamatórios não esteroides, e nos quais se revele necessária a administração de analgésicos potencialmente mais eficazes) e o paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides (ibuprofeno), antieméticos (metoclopramida) e protetores da mucosa gástrica (pantoprazol), sendo que a duração máxima da medicação dispensada são 7 dias.¹⁹

(Anexo 9)

5. Órgãos técnicos de apoio

5.1. Comissão de farmácia e terapêutica

A CFT é composta no máximo por seis membros, sendo metade médicos e metade farmacêuticos, é presidida pelo diretor clínico do hospital ou por um dos seus adjuntos, sendo os restantes médicos nomeados pelo diretor clínico do hospital e os farmacêuticos pelo diretor dos serviços farmacêuticos, de entre os médicos e farmacêuticos do quadro do hospital.²⁰

Cabe à CFT:

- Elaborar o Formulário Nacional de Medicamentos e respetivas atualizações, promovendo a inclusão ou exclusão de medicamentos;
- Elaborar protocolos de utilização de medicamentos; Identificar e priorizar as áreas terapêuticas e os medicamentos objeto de análise no âmbito da elaboração e atualização do Formulário Nacional de Medicamentos;
- Monitorizar o cumprimento, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, do Formulário Nacional de Medicamentos e dos protocolos de utilização;
- Analisar a utilização de medicamentos não abrangidos pelo Formulário Nacional de Medicamentos, através do reporte pelas Comissões Farmácia e Terapêutica dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e das Administrações Regionais de Saúde;
- Assegurar a partilha de informação entre as Comissões de Farmácia e Terapêutica dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e das Administrações Regionais de Saúde;
- Elaborar estratégias efetivas de promoção da utilização racional do medicamento, transversais aos diferentes níveis de cuidados de saúde e de integração entre cuidados de saúde primários e de especialidade.²¹

A comissão de farmácia e terapêutica reúne obrigatoriamente de três em três meses, sem prejuízo de poder reunir sempre que o presidente a convoque, sendo que as reuniões trimestrais da comissão de farmácia e terapêutica abordarão a recolha de informação sobre a prescrição e utilização dos medicamentos no ambiente hospitalar, tendo em vista a eficácia do tratamento do doente e o objetivo de poupança e racionalidade na gestão de *stocks*.²⁰

5.2. Farmacovigilância

A Farmacovigilância visa melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos, em defesa do utente e da Saúde Pública, através da deteção, avaliação e prevenção de reações adversas a medicamentos (RAM).²²

Todos os profissionais de saúde, incluindo os FH, integram a estrutura do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), tendo a obrigação de enviar informação sobre RAM que ocorram com o uso de medicamentos.

Assim os hospitais constituem unidades de farmacovigilância, sendo de primordial importância pela inovação e agressividade de muitos dos fármacos usados nesses hospitais.

Deve haver recolha e registo adequado de qualquer reação adversa grave ou não esperada a um medicamento e as notificações enviadas rapidamente para o SNF.¹

As categorias utilizadas na avaliação das RAM no SNF, no âmbito da OMS são definitiva, provável, possível, improvável, condicional/não classificada e não classificável. Antes de qualquer medicamento ser autorizado, tem de ser alvo de estudos rigorosos que comprovam que

o medicamento possui segurança e eficácia aceitáveis. Esses estudos, designados por ensaios clínicos, permitem detetar as reações adversas (vulgarmente conhecidas por efeitos secundários) mais frequentes; no entanto, podem existir algumas reações adversas raras ou de aparecimento tardio, que por esse motivo podem não ser detetadas durante a fase experimental do medicamento.²²

5.3. Farmacotecnia

A Farmacotecnia é o sector dos SF onde se preparam formulações de medicamentos inerentes ao hospital, não se encontrando disponíveis em farmácias por exemplo. Este setor permite que haja uma maior qualidade e segurança na preparação de medicamentos posteriormente administrados aos doentes, uma resposta eficaz às necessidades específicas de cada doente, permite ainda uma diminuição do desperdício relacionado com a preparação de medicamentos sendo que é assegurada uma gestão mais racional dos recursos existentes.

Neste setor as preparações mais recorrentes são a reconstituição de medicamentos citotóxicos, soluções para nutrição parentérica, preparação de medicamentos em técnica assética, manipulados, adaptação de especialidades farmacêuticas já comercializadas e a posterior reembalagem (anexo 9) que se entende como o acondicionamento dos medicamentos em dose unitária.

Dentro do grupo dos doentes para os quais estas formulações são preparadas especialmente, estão os recém-nascidos e doentes pediátricos (muitas vezes é necessário ajustar dosagens, por exemplo), idosos e utentes com patologias especiais. Na secção de Farmacotecnia estão incluídas a área de preparação de misturas endovenosas e a área de preparações magistrais de reembalagem de medicamentos.²³

O laboratório do CHBV foi implementado no ano de 2009, estando em constante melhoramento. A nível hospitalar as exigências de medicamentos manipulados são pouco pronunciadas, não se efetuando muitas preparações. As preparações mais frequentemente realizadas nos SFH do CHBV são:

- Soluções e Suspensões para uso pediátrico e de gargarejo;
- Formulações desinfetantes.
- Manipulação/adaptação de especialidades farmacêuticas comercializadas;
- Reembalagem de medicamentos de formas orais sólidas.

6. Hepatite C

Durante o estágio no CHBV, assisti ao surgimento da “polémica” do tratamento para a hepatite C. Foi durante este tempo que surgiu o fármaco designado por *Harvoni*, um fármaco constituído

por 90 mg de ledipasvir e 400 mg de sofosbuvir, indicado para o tratamento da hepatite C crónica (HCC) em adultos, sendo que a duração do tratamento depende do estado da doença em que o doente se encontra.

O ledipasvir é um inibidor do VHC dirigido à proteína NS5A do VHC, que é essencial para a replicação do RNA e para a agregação de viriões do VHC. A confirmação bioquímica da inibição da NS5A pelo ledipasvir não é atualmente possível, dado que a NS5A não tem função enzimática. Estudos *in vitro* de seleção de resistência e de resistência cruzada indicam que o modo de ação do ledipasvir tem como alvo a NS5A. O sofosbuvir é um inibidor pan-genotípico da RNA polimerase do VHC, RNA-dependente, NS5B, que é essencial para a replicação viral. O sofosbuvir é um pró-fármaco nucleótido que é sujeito a metabolismo intracelular para formar o análogo farmacologicamente ativo da uridina trifosfato (GS-461203), que pode ser incorporado no RNA VHC pela polimerase NS5B e atua como terminador de cadeia. O GS-461203 (o metabolito ativo do sofosbuvir) não é um inibidor das DNA e RNA polimerases humanas, nem é um inibidor da RNA polimerase mitocondrial.²⁴

Inicialmente a Gilead Sciences pediu 48 mil euros a Portugal por cada tratamento para a hepatite C com sofosbuvir sendo que este antivírico apresenta dados promissores no tratamento da doença quando combinado com outros medicamentos, tendo taxas de cura definitiva que rondam os 90%.

São escolhidos doentes prioritários, em função do risco de mortalidade e de progressão da doença. Entretanto, o INFARMED nesse momento aguardava uma nova proposta da farmacêutica uma vez que reconheceu a eficácia e até a relação custo-benefício do sofosbuvir.

Em contrapartida o SNS apenas o comparticipava em casos excecionais, em função do risco de mortalidade e de progressão da doença. Entre os doentes prioritários estavam os que padecem de cirrose hepática ou com o funcionamento do fígado claramente comprometido, prevendo-se que o tratamento contribua significativamente para a sobrevivência e para o aumento da qualidade de vida. Os pedidos de autorização excecional para utilização do sofosbuvir são da responsabilidade do médico que acompanha o doente sendo que cabe ao INFARMED dar ou não luz verde ao processo.

7. Atividades desenvolvidas

Durante os dois meses de estágio nos SFH do CHBV foi-me dada a possibilidade de desenvolver diversos projetos enquadrados nas diferentes áreas de atuação do farmacêutico hospitalar.

Ao nível da segurança do medicamento, os SFH estão a implementar um sistema com novas etiquetas que tem por base as regras definidas na norma da direção geral de saúde para os medicamentos designados por LASA (*look-alike, sound-alike*). Estes são substâncias com nome

ortográfico e/ou fonético e /ou aspeto semelhantes, sendo que devem estar separados e bem sinalizados para evitar erros relacionados com a prescrição. A estratégia de diferenciação dos chamados LASA passa então por uma alteração do grafismo na denominação (inserção de letras maiúsculas, negrito, cores diferentes).²⁵ Neste processo foi-me permitido auxiliar na elaboração das etiquetas para diferenciação dos medicamentos que correspondem a estes critérios, permitindo-me deste modo ter noção de que muitos erros a nível de segurança podem ser evitados por esta via. Também ao nível da segurança e para garantir que nenhum medicamento fora de prazo possa ser administrado a um paciente, em Janeiro verifiquei o PV dos medicamentos de modo a sinalizar e realçar aqueles cujo prazo findava no mês de Fevereiro, preenchendo um documento informático próprio para o controlo dos PV (anexo 10), para que pudessem ser tomadas as medidas necessárias.

Uma das tarefas mais importantes é a distribuição de medicamentos, na qual tive a oportunidade de participar nas diferentes etapas desde a validação das prescrições, na qual me foi pedida a observação do uso de antibióticos, por exemplo, de maneira abusiva, ou seja doentes que estivessem a fazer antibioterapia há mais de dez dias, a preparar uma mala do SC de infeciologia, tendo tomado consciência do processo e local dos medicamentos necessária para a preparação de DIDDU, e observar o processo de preparação de malas com auxílio do sistema Kardex®. Como forma de auxiliar os farmacêuticos nas suas tarefas diárias foi-me pedido a elaboração de diversas tabelas, entre as quais uma lista de medicamentos do Serviço de Observação que deviam ser armazenados estritamente ao abrigo da luz (anexo 11), uma tabela com a duração de ação das insulinas disponíveis na farmácia do CHBV (anexo 12), uma lista dos medicamentos para a unidade de Estarreja (anexo 13), com os respetivos códigos e as suas quantidades e também a preparação dos envelopes da medicação necessária para o pós-operatório da cirurgia de ambulatório. Em relação à distribuição em ambulatório, tive uma esclarecedora explicação acerca do vírus HIV e dos fármacos e combinações de fármacos disponíveis, da quantidade de pessoas infetadas por este vírus seguida no CHBV e da sua adesão à terapêutica, ajudando no preenchimento das tabelas de adesão terapêutica. Também relembrei os fármacos da Hepatite C, Cancro da próstata/mama, Esclerose Múltipla, insuficiência renal entre outras. Neste âmbito tive contato direto com os doentes e consequentemente com as suas patologias, verificando o percurso do doente e o estado em que se encontrava atualmente. Li vários artigos que me foram disponibilizados pelo farmacêutico que me acompanhou nesta área e sinto que fiquei bastante esclarecida. Foi-me explicado o tratamento de feridas, uma área que eu desconhecia, e de elevada importância para o dia-a-dia, para o trabalho em farmácia comunitária e até para mim enquanto socorrista. Tive ainda oportunidade de preparar uma nistatina composta no laboratório da farmácia e colaborar no processo de reembalagem de medicamentos em unidose.

A verificação de *stocks* e sua organização faz parte das tarefas dos farmacêuticos para se certificarem que está tudo conforme. Ao acompanhar os diferentes farmacêuticos permitiram-me auxiliar no processo de verificação de *stock* de estupefacientes, e na organização do *stock* pediatria 2 (até 18anos). A sala da Pediatria vai ser reformulada, pelo que era necessário retirar alguns armários e colocar um carro com malas como forma de arrumação dos medicamentos, sendo que mesmo assim não seria esta a situação permanente visto que até janeiro de 2016 irá ser colocado armários com nível de proteção superior. Para a elaboração das malas do carro, tivemos de organizar as gavetas de acordo com a forma farmacêutica dos medicamento, elaborar etiquetas e colocar a medicação no respetivo lugar. (Anexo 14)

Como já referi, neste período de estágio, surgiu a nova comparticipação dos medicamentos para a Hepatite C, pelo que segui de perto a atuação da CFT, e foi-me colocado à disposição muita informação relativa a todas as tarefas da responsabilidade do FH, ajudando na compreensão da importância desta área de atuação.

Ao nível da Oncologia, li o manual, “Preparação de citotóxicos” e “Náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia”, visitei o laboratório onde eles são preparados por enfermeiros, podendo observar a câmara de fluxo laminar, os procedimentos e todas as características indispensáveis ao local onde estes são preparados.

Ainda neste âmbito tive acesso aos cadernos de oncologia e aos protocolos para o tratamento do cancro, principalmente do cancro cólon-retal e visitei o hospital de dia onde é realizada a quimioterapia dos doentes do CHBV.

Tive ainda acesso aos chamados protocolos da dor, em Ortopedia, verificando as diferenças nas dosagens e nos fármacos consoante a patologia ou a idade. Como exemplo tive acesso à profilaxia do TEV na artroplastia efetiva da anca ou do joelho, que é feita com o anticoagulante rivaroxabano, durante 5 semanas no caso da anca e duas semanas no caso do joelho, na dor aguda pós-operatório, na dor ligeira a moderada é usado paracetamol 1G ev e no caso de persistência de dor, tramadol ev em associação com a metoclopramida até a via oral estar disponível, sendo que é feita a monitorização e registo dos sinais vitais e “score da dor” de 6/6 horas nas primeiras 24 horas e 12/12 no segundo dia pós-operatório. Em idades superiores a 80 anos o protocolo é o mesmo, só mudando as dosagens.

Ao nível do serviço de Psiquiatria participei ativamente na implementação do novo sistema de *stocks* avançados e na organização e contagem da medicação.

Estive presente também na remodelação dos carros de emergência que tiveram que obedecer a novas regras ao nível dos diferentes serviços do Hospital. (Anexo 15)

Tive a oportunidade de conhecer e obter uma breve explicação acerca do funcionamento do laboratório do CHBV onde são realizadas as análises e onde tive a oportunidade de observar o papel do farmacêutico.

Visitei o serviço de imunohemoterapia e auxiliei na contagem de stocks, tendo uma explicação acerca dos medicamentos derivados do plasma humano e do seu circuito no CHBV.

8. Conclusão

Ao longo do período de estágio no Hospital sinto que evoluí como farmacêutica e também a nível pessoal, uma vez que me foi possível contactar com diversas realidades dos serviços de internamento. Além disso na dispensa em ambulatório também fui confrontada com doenças crónicas e outros problemas que me fazem pensar que ainda há muito a fazer nesta área de investigação.

O FH tem um cargo de enorme responsabilidade uma vez que é o profissional com mais conhecimento acerca dos medicamentos, nomeadamente ao nível da farmacocinética, que é o que nos diferencia dos restantes profissionais de saúde desta área, permitindo assim que estes sejam administrados com mais segurança e resultando numa melhoria do estado de saúde do doente.

Foi-me possível estagiar com uma estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Coimbra, o que me permitiu trocar ideias, partilhar experiências e incentivar o espírito de entre ajuda.

O facto de não se fazer a preparação de citotóxicos foi o ponto menos positivo do estágio mas completamente justificado pelos cortes orçamentais para admissão de mais pessoal para a equipa dos SFH.

A carreira de FH seria uma área a investir no futuro, no entanto as propostas de trabalho a nível nacional são bastante reduzidas o que causa alguma desmotivação aos estudantes que finalizam o curso, uma vez que em Portugal esta área não está tão desenvolvida como em outros países da Europa, em que cada equipa médica tem que ter obrigatoriamente um FH que participa ativamente no desenrolar dos casos clínicos.

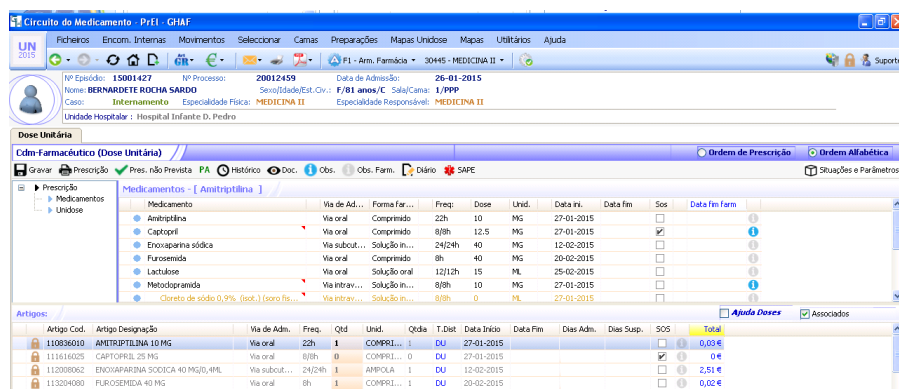
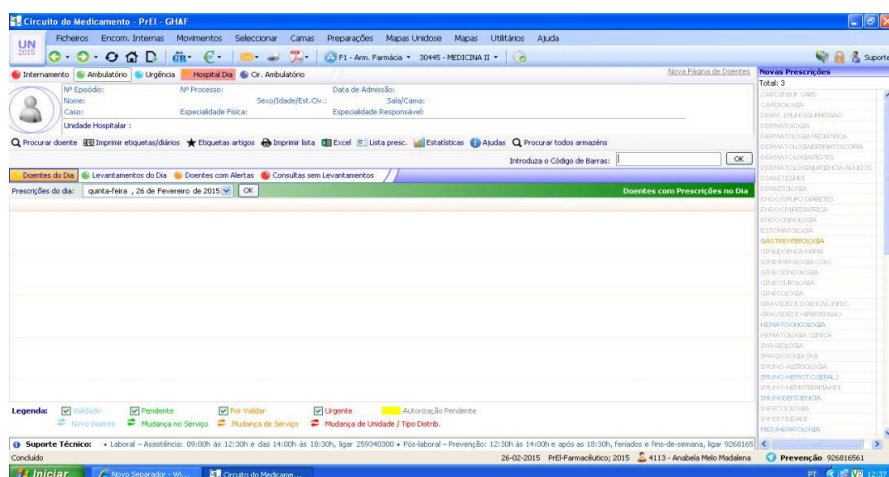
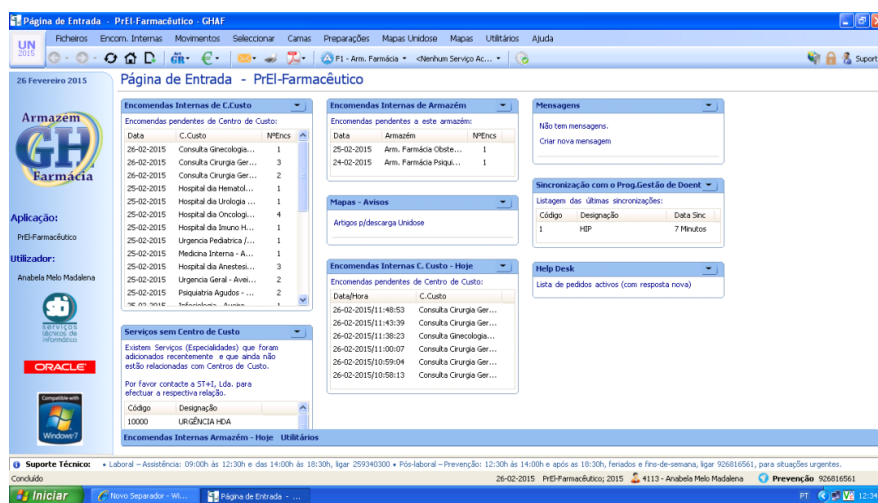
9. Bibliografia

1. Brou MF, J.; Mesquita, E.; Ribeiro, R.; Brito, M.; Cravo, C.; Pinheiro, E. Manual da Farmácia Hospitalar 2005.
2. CHBV. 2015. Acessível em: www.hip.min-saude.pt. [acedido em 18 de Fevereiro de 2015]
3. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto. D.R. 1ª Série. 167 (2006-08-30);
4. INFARMED: Decreto-Lei n.º 44/204 de 2 de Fevereiro de 1962. Regulamento geral da Farmácia hospitalar. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 20 de Fevereiro de 2015];
5. Conselho da Especialidade de Farmácia Hospitalar da Ordem dos Farmacêuticos – Manual de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar 1ª Edição (1999).
6. MARTINS M, BARBOSA P. Procedimento para a Reposição do Sistema de Dispensa Automática PYXIS (2013)
7. INFARMED: Saiba mais sobre psicotrópicos. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 25 de Fevereiro de 2015]
8. Decreto Regulamentar n.º 28/2009 de 2 de Outubro. D.R. 1ª Série A. 19 (2009-01-28);
9. INFARMED: Decreto Regulamentar n.º 61/94 de 12 de Outubro. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 2 de Março de 2015];
10. Decreto-Lei n.º 46/2004. D.R. 2ª Série. 195 (2004-08-19).
11. World Health Organization . Blood safety and availability Acessível em: <http://www.who.int>. [acedido em 5 de Maio de 2015];
12. Despacho conjunto n.º 1051/2000, de 14 de Setembro. DR, 2.ª Série, n.º 251, de 30 de Outubro de 2000;
13. Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar - Manual de gases medicinais (2012). Acessível em: www.ordemfarmaceuticos.pt/manualgases. [acedido em 14 de Junho de 2015];
14. Airliquidemedicinal: Gases medicinais. Acessível em: www.airliquidemedicinal.pt. [acedido em 13 de Junho de 2015];
15. INFARMED. Medicamentos usados em ensaios clínicos. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 23 de Maio de 2015];
16. INFARMED. Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 4 de Junho de 2015];
17. ACSS. Circular normativa n.º 6. (2009-07-31). Acessível em: www.acss.min-saude.pt. [acedido em 30 de Março de 2015];

18. Sociedade Portuguesa de Cirurgia: Cirurgia de Ambulatório. Acessível em: www.spcir.pt. [acedido em 11 de Março de 2015];
19. Decreto Lei nº 75/2013 de 4 de Junho. D.R. , Iª Série n.º 107 (2013-06-04)
20. INFARMED. Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 4 de Junho de 2015];
21. INFARMED. Farmacovigilância. Acessível em: www.infarmed.pt. [acedido em 15 de março de 2015];
22. ACSS. PROGRAMA DO MEDICAMENTO HOSPITALAR. Acessível em: www.acss.minsaude.pt. [acedido em 10 de Março de 2015];
23. Harvoni: Resumo das características do medicamento. Acessível em: http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2014/20141117130011/anx_130011_pt.pdf. [acedido em 3 de Junho de 2015];
24. Direção Geral de Saúde: Norma 020/2014. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. (2014-12-30)

10. Anexos

Anexo 1 – Sistema informático “GHAF”



Anexo 2 – Kardex®



Anexo 3 - pixys®



Anexo 4 – Estupefacientes e psicotrópicos

ANEXO VII

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

N.º _____/_____
Nota de encomenda N.º _____/_____

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

Requisita-se a _____

SUBSTÂNCIAS ACTIVAS E SUAS PREPARAÇÕES				QUANTIDADE	
N.º de Código	Designação	Forma Farmac.	Dosagem	Pedida	Fornecida

Carimbo da entidade requisitante	D.T. ou Farmac. Responsável _____
	N.º de insc na O. F. ___/___/___/___
	Data ___/___/___
	Ass. legível _____
Carimbo da entidade fornecedora	Director Técnico _____
	N.º de insc na O. F. ___/___/___/___
	Data ___/___/___
	Ass. legível _____

Anexo 5 – Requisição hemoderivados

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

HOSPITAL _____	SERVIÇO _____	
Médico _____ (Nome legível) N.º Mec. _____ ou Vinheta _____ Assinatura _____ Data ____/____/____	Identificação do doente (nome, B.I., n.º do processo, n.º de utente do SNS) <i>Apor etiqueta autocolante cisógrafa ou outra. Enviar tantos autocolantes, com a identificação do doente, quantas as unidades requisitadas</i>	Quadro A
REQUISICÃO/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)				Quadro C
Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. Origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED
Enviado ____/____/____ Farmacêutico _____ N.º Mec. _____				
Recebido ____/____/____ Serviço requisitante _____ N.º Mec. _____ (Assinatura)				

(*) Excepcionalmente o Plasma Fresco Congelado Inativado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo no serviço de Imunohemoterapia

I. Instruções relativas à documentação:

A requisição, constituída por 2 vias (**VIAFARMÁCIA E VIASERVIÇO**), é enviada aos Serviços Farmacêuticos após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos. **VIASERVIÇO** – A preencher pelo serviço requisitante e arquivar no processo clínico do doente. **VIAFARMÁCIA** – Permanece em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. Excepcionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado inativado, bem como o arquivo da viafarmácia, poderá ser feito pelos serviços de imunohemoterapia.

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.
- b) 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).

Anexo 6 – Protocolo tratamento do cancro

				FOLFIRI (BOMBA 46H)+Bevacizumab		
				5FU, levofolínato, irinotecano, bevacizumab		
				FREQ: 14-14 dias		
				DURAÇÃO		
				DIAGN: Adenocarcinoma do colon-rectal metastizado		

	FÁRMACO	DOSE	VIA	PESO Kg	ALTURA cm	SC m2	
1	Palonossetrom	0,25 mg	i.v				
2	Dexametasona	8 mg	i.v				
3	Bevacizumab	5 mg*Kg	i.v				
4	Soro fisiológico	500 ml					
5	Atropina	0,5 mg	i.v				
6	Irinotecano	180 mg*SC	i.v				
7	Levofolínato Dissódico	200 mg*SC	i.v				
8	5FU	400 mg*SC	i.v				
9	5FU	2400 mg*SC	i.v				
10	Dexametasona	8 mg	oral				
11							
12							
13							
14							
15							

CICLO	DIA	DATA	MEDICO	PREPAR	ADM/HORA	FIM/HORA
Coment. Med.			Coment. Enf.			

NOTAS:

A dose inicial deve ser administrada sob a forma de perfusão intravenosa durante 90 minutos.

Se a primeira perfusão for bem tolerada, a administração da segunda perfusão pode ser feita durante 60 minutos.

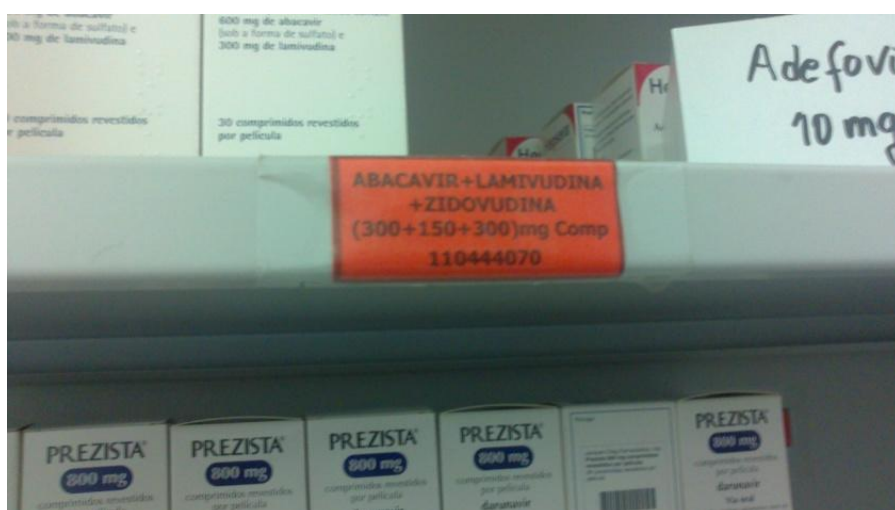
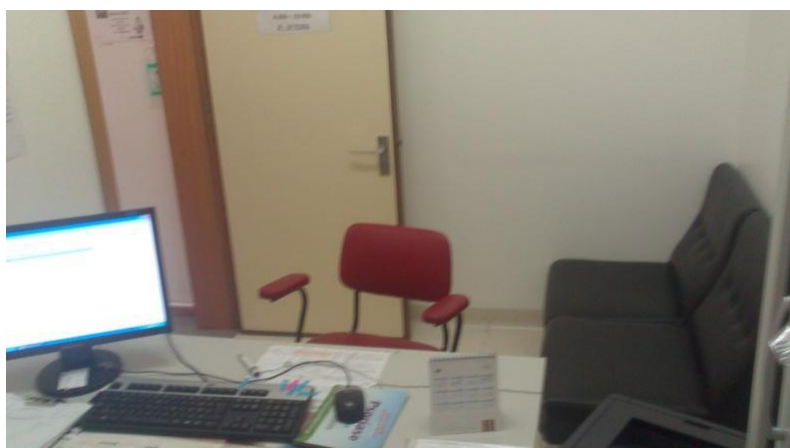
Se a perfusão com duração de 60 minutos for bem tolerada, todas as perfusões seguintes poderão ser administradas durante 30 minutos.

Fonte: Andre T. Louvet C, Maindrault-Goebel F, et al CPT-11 (irinotecan) addition to bimonthly, high-dose leucovorin and bolus and continuous-infusion 5-fluorouracil (FOLFIRI) for pretreated metastatic colorectal cancer. Eur J Cancer 1999; 35 (9): 1343-1347

Herbert Hurwitz, M.D., Louis Fehrenbacher, M.D., William Novotny, et al Bevacizumab plus Irinotecan, Fluorouracil, and Leucovorin for Metastatic Colorectal Cancer. N Engl J Med 2004; 350:2335-42

Director de Serviço de Oncologia Médica	
Assinatura:	Data:

Anexo 7 – Dispensa em ambulatório



Anexo 8 – Medicamentos para cirurgias pós-ambulatório



Anexo 9 – Reembalagem



Anexo 10 – Controlo dos PV

CHBV – Hospital Infante D. Pedro – Serviços Farmacêuticos					
Prazos de Validade					
Mês/Ano: Março 2015					
Produto	Código	Qtd	Inutilizar	Crédito	Obs
Acetazolamida 125mg		15			11/3/15 DU
Amiodarona 100mg		1			8/3/15 DU
Atenolol 25mg		9			15/3/15 DU
Cefepima 1000mg	110416025	4			Injectáveis
Ciproterona-etinilestradiol 2mg/0,035mg	113620020	3			Ambulatório
Clozapina 12,5mg		10			18/3/15 DU
Cola de fibrina (proteínas coagulantes de tecido) 2mL	118404285	2			Frigorífico
Colquicina 05mg		18			4/3/15 DU
Dexametasona 2mg		2			29/3/15 Ambulatório
Diazepam 2,5mg		5			4/3/15 DU
Dieta lactea adaptada c/ proteínas ext. hidrolisadas	195008016	7			28/3/15 Suplementos
Diltiazem 30mg		9			31/3/15 DU
Doxorrubicina 50mg (2mg/mL) 25mL	116804190	2			Frigorífico
Doxorrubicina lipossómica pegulada 20mg/10mL	116804199	2			Frigorífico
fenitoína 50mg		3			3/3/15 DU
Glibenclamida 5mg	113616120	45			Comprimidos
Glibenclamida 5mg	113616120	23			3/15 DU
Isoniazida 300mg	110420090	300			3/15 Comprimidos
Farmacêutico _____ Data _____					
CHBV – Hospital Infante D. Pedro – Serviços Farmacêuticos					
Prazos de Validade					

Anexo 11 – Tabela de medicamentos que devem ser armazenados ao abrigo da luz

SUBSTÂNCIAS QUE DEVEM SER CONSERVADAS AO ABRIGO DA LUZ

AGUA ESTER. PIINJECT. 10 ML LABESFAL (Conservar ao abrigo da luz directa)

AMINOFILINA 240MG/10ML IV LABESFAL (Condições: Conservar ao abrigo da luz)

AMIODARONA 150MG/3ML IV HIKMA (Conservar na embalagem de origem para proteger da luz)

AMOXICILINA 1000MG + AC. CLAVULANICO 200MG IV HIKMA (conservar na embalagem de origem para proteger da luz)

ATROPINA 0,5 MG/ML IM,IV,SC LABESFAL (conservar ao abrigo da luz)

CEFAZOLINA 1G I.V. HIKMA (Conservar na embalagem de origem para proteger da luz.)

CEFTAZIDIMA 1G IM/IV LABESFAL (Manter os frascos para ~~injetáveis~~ na embalagem exterior para proteger da luz.)

CEFTRIAXONE 1G IV HIKMA (manter dentro da embalagem exterior para proteger da luz)

CIPROFLOXACINA 200 MG/100ML IV LABESFAL (proteger da luz)

CLARITROMICINA 500MG IV HIKMA (conservar na embalagem de origem)

CLOROPROMAZINA 25MG/5ML IM VITORIA (Conservar na embalagem de origem para proteger da luz.)

CLOROPROMAZINA 50MG/2ML IV VITORIA (Conservar na embalagem de origem para proteger da luz.)

DEXAMETASONA 4MG/1ML IM-IV ASPEN (conservar na embalagem de origem para proteger da luz)

DIGOXINA 0,5MG/2ML ASPEN (Conservar na embalagem de origem para proteger da luz)

DOBUTAMINA 250 MG-20ML HOSPIRA (Conservar ao abrigo da luz)

ENOXAPARINA SODICA 20 MG/0,2ML SANOFI (Conservar na embalagem de origem para proteger da luz)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML

ENOXAPARINA SODICA 60 MG/0,6ML

ENOXAPARINA SODICA 80 MG/0,8ML

FENOBARBITAL 100 MG,1ML IM/IV LABESFAL (Conservar na embalagem de origem para proteger da luz)

FITOMENADIONA 10MG/1ML IV ROCHE (Proteger da luz)

FUROSEMIDA 20MG/2ML IM-IV SANOFI (Conservar ao abrigo da luz)

GLICOSE 30% 20ML IV LABESFAL (Condições: Conservar ao abrigo da luz.)

HIDROCORTISONA-SUCCINATO SODIO 100 MG, IM-IV GENERIS (proteger da luz.)

INSULINA HUMANA + ISOFÂNICA 30+70 - CARTUCHO 3ML (HUMULIN M3 LILLY E INSUMAN COMB30 SANOFI) (conservar ao abrigo da luz – não expor à acção da luz solar directa)

INSULINA GLARGINA 100UI/ML - FR 10ML SANOFI (LANTUS) – (conservar ao abrigo da luz)

INSULINA LISPRO 100U/ML LILLY (HUMALOG) – (conservar ao abrigo da luz)

Anexo 12 – Tabela duração de ação das insulinas

AÇÃO ULTRA-RÁPIDA – INSULINA LISPRO (HUMALOG)		
Início	Efeito máximo	Duração
Aprox. 15 minutos	30 a 70 minutos	2 a 5 horas
AÇÃO RÁPIDA – NEUTRA HM (ACTRAPID)		
Início	Efeito máximo	Duração
30 minutos	1 ½ a 3 ½ horas	7 a 8 horas
AÇÃO INTERMÉDIA		
INSULINA HUMANA + ISOFÂNICA (INSUMAN COMB 25)		
Início	Efeito máximo	Duração
30 a 60 minutos	2 a 4 horas	12 a 19 horas
INSULINA ISOFÂNICA (INSULATARD)		
Início	Efeito máximo	Duração
1 ½ horas	4 a 12 horas	24 horas
INSULINA HUMANA (ISOFÂNICA) (HUMULIN NPH)		
Início	Efeito máximo	Duração
1 a 4 horas	4 a 12 horas	Até 24 horas
AÇÃO LONGA – GLARGINA (LANTUS)		
Início	Efeito máximo	Duração
2 horas	Não tem	24 horas

RCM

Anexo 13 – Lista de medicamentos de cedência em ambulatório Estarreja

Código	Artigo	Quantidade
113632001	Epoietina alfa 5.000 UI	
113632002	Epoietina alfa 10.000 UI	
114804110	Acetato de cálcio	
112004011	Ácido Fólico	
115204086	Bicarbonato de sódio 1g	
114804122	Calcitriol	
114804115	Carbonato de cálcio 500mg	
114804116	Carbonato de cálcio 1g	
111616300	Enalapril 5mg	
111616400	Enalapril 20mg	
112004090	Sulfato ferroso	
111620121	Nifedipina 30mg LP	
114804125	Paricalcitol	
118404280	Resina	
118404269	Sevelamer (carbonato) 800mg	
116804239	Interferão Beta 1A	
116804030	Bicalutamida 50mg	
110444104	Atazanavir 300mg	
110444028	Ritonavir 100mg	
110444037	Emtricitabina + Tenofovir (200mg + 245mg)	
110444110	Darunavir 400mg	
110444051	Emtricitabina + Tenofovir + Rilpivirina (200mg + 245mg + 25mg)	

Anexo 14 – Reformulação *stock* pediatria



Anexo 15 – Remodelação dos carros de emergência

