



U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado
em Ciências Farmacêuticas

Farmácia Borralho

Flávia Azevedo Soares Abelha Carvalho

2014

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Borralho

Maio de 2014 a Setembro de 2014

Flávia Azevedo Soares Abelha Carvalho

Orientador: Dr.(a) Maria José Mendonça

Tutor FFUP: Prof. Doutor (a) Maria Irene de Oliveira Monteiro Jesus

Novembro de 2014

Declaração de Integridade

Eu, Flávia Azevedo Soares Abelha Carvalho, abaixo assinado, nº 090601343, aluno do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

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

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

Assinatura: _____

Agradecimentos

A realização deste relatório contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não conseguiria concluir este projeto, e aos quais estou muito grata.

À Dra. Maria da Conceição Rego Cabral, diretora técnica da Farmácia Borrvalho, que me acolheu-se de forma ímpar, pela sua amabilidade, total apoio, consideração e respeito.

À Dra. Maria José Mendonça, pela sua orientação, pelo seu apoio e disponibilidade, pelos conhecimentos que me transmitiu, e pela colaboração no solucionar de dúvidas e problemas.

A toda a equipa técnica da Farmácia Borrvalho, por terem tornado estes quatro meses de estágio numa experiência gratificante, pela sabedoria, pelo acompanhamento e disponibilidade constantes, e pela boa disposição com que me receberam.

Aos professores pertencentes à Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, pelo esforço e a dedicação pela concretização da última etapa do nosso curso.

E, finalmente, à minha família e amigos pelo apoio incondicional.

Resumo

A ação do farmacêutico comunitário, como profissional de saúde, é de extrema relevância para a sociedade, na medida em que este é um profissional de saúde de fácil acesso, e, por norma o primeiro e último com quem o utente contacta. Desta forma, as funções assumidas pelo farmacêutico na sociedade ultrapassam claramente o seu papel enquanto técnico do medicamento, estando este apto a prestar todos os esclarecimentos e aconselhamento, desde as interações medicamentosas, contraindicações e reações adversas à seleção do fármaco mais adequado. O farmacêutico comunitário tem ainda, a capacidade de sensibilizar para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis e para a utilização racional de fármacos, assim como, a apetência para despistar de forma precoce os utentes carentes de cuidados de saúde, e reencaminhá-los para outros profissionais de saúde.

Por este motivo, a formação académica do farmacêutico deverá incluir, obrigatoriamente, um período de estágio em farmácia comunitária. Tendo o objetivo de complementar a formação teórica do estudante com a adequada preparação técnica, deontológica e prática. Neste âmbito, foi-me dada a oportunidade de terminar a minha formação com a realização de um estágio na Farmácia Borrinho, no período de Maio a Agosto de 2014.

No decurso deste estágio, pude contactar com as várias atividades desempenhadas pelo farmacêutico comunitário, tendo acompanhado e colaborado ativamente na execução das mesmas. Durante este estágio pude desenvolver um tema que considero de grande interesse para a sociedade atual. Não só pela problemática em si, isto é, pelas comorbilidades associadas, como também pelos problemas de saúde que podem surgir do uso continuado e discriminado da farmacoterapia indicada. Desta forma, o objetivo principal deste trabalho, foi determinar de que forma a dor em geral afeta a vida da população e quais as possibilidades de tratamento existentes. E, por outro lado, transmitir conhecimentos relevantes da temática não só para os utentes, como também para o farmacêutico, para que este consiga desempenhar uma ação ativa e proficiente junto do seus utentes.

Esta monografia centra-se então na problemática da dor, e é dividida em várias partes. A primeira parte corresponde a dois estudos de campo: um estudo de mercado e, um estudo mais centrado no utente, com uma componente de aconselhamento farmacêutico, através da realização de um questionário de avaliação da dor. No seguimento do questionário surge um caso clínico interessante de dor, o síndrome de Beçhet, também desenvolvido. A segunda parte do estudo é mais centralizada na dor oncológica, dado o elevado número de doentes oncológicos da nossa sociedade. Finalmente, e para colocar em prática o trabalho de pesquisa, é apresentado um panfleto informativo sobre a dor que foi colocado à disposição dos utentes, e um guia de consulta rápida sobre o tratamento da dor, que foi

colocado à disposição da equipa técnica da Farmácia Borracho, como fonte de informação. As várias atividades desenvolvidas e descritas neste relatório foram essenciais para o meu crescimento profissional e pessoal, pois permitiram-me aplicar os meus conhecimentos, adquiridos da formação académica, elevar o meu conhecimento técnico e científico, e desenvolver capacidades de comunicação, inovação e resolução de problemas.

Índice

Declaração de Integridade	II
Agradecimentos	III
Resumo.....	IV
Índice	VI
Lista de Figuras.....	IX
Lista de Tabelas.....	X
Lista de Abreviaturas.....	X
Parte I- A Farmácia Borralho	1
1. Organização do espaço físico e funcional da farmácia	1
1.1 Localização e Horário de funcionamento	1
1.2. Organização e descrição do espaço exterior e interior.....	1
1.3. Recursos humanos	2
1.4 Sistema Informático	3
2. Armazém.....	3
2.1 Gestão de Stocks e aprovisionamento.....	3
2.2 Receção de Encomendas e Armazenamento	4
3. Dispensa de Medicamentos	6
3.1 Medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM).....	6
3.1.1. Prescrição e validação da receita médica	6
3.1.2. Dispensa de MSRM	7
3.1.3. Sistema de participação	8
3.1.4. Dispensa de Psicotrópicos e/ou Estupefacientes	8
3.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)	9
3.3. Medicamentos homeopáticos.....	9
3.4. Medicamentos à base de plantas.....	9
3.5. Produtos cosméticos e dermofarmacêuticos.....	10
3.6. Medicamentos manipulados e preparações extemporâneas.....	10
3.7. Produtos dietéticos e para alimentação especial	11
3.8. Produtos e medicamentos de uso veterinário	11
3.9. Dispositivos médicos	11
3.10. Artigos de puericultura	12
4. Contabilidade e gestão na Farmácia	12
4.1. Processamento de receituário e faturação	12
5. Outros serviços prestados na Farmácia	13
5.1. Recolha de medicamentos e radiografias	13

5.2. Determinação de parâmetros biológicos e bioquímicos	13
5.3. Farmacovigilância	14
6. Fontes de informação e formações	14
7. Conclusão	15
Parte II- Estudo da dor	15
1. Estudo da dor em geral	16
1.1 Conceito de dor	16
1.2 Nocicepção: conceitos gerais	16
1.3 Classificação da dor.....	17
1.4 Abordagem do doente com dor.....	18
1.5 Farmacoterapia da dor.....	18
1.6 Epidemiologia	19
2. Objetivos	20
3. Métodos	20
3.1. Estudo de mercado de fármacos analgésicos.....	20
3.2. Estudo da história da dor	20
4. Resultados	21
4.1. Estudo de mercado dos fármacos analgésicos	21
4.2. Estudo da história da dor	22
5. Discussão e conclusão.....	23
6. Caso de estudo: Síndrome de Behçet.....	25
6.1. História Clínica.....	25
6.2. Síndrome de Behçet	26
6.2.1. Epidemiologia	26
6.2.2. Etiologia.....	26
6.2.3. Manifestações Clínicas	27
6.2.4. Diagnóstico	27
6.2.5. Tratamento farmacológico.....	27
6.3. Discussão do caso clínico	28
7. Estudo da dor oncológica	29
7.1. Dor oncológica.....	29
7.2. Avaliação da dor oncológica	29
7.3. Síndromes de dor oncológicos.....	30
7.3.1. Síndromes dolorosas associados à própria doença	30
7.3.2. Síndromes dolorosas associados ao tratamento e diagnóstico	31
7.4. Farmacoterapia da dor oncológica	31

7.5.Terapia não farmacológica.....	33
8. Guia de Consulta Rápida: <i>Tratamento da Dor</i>	33
9. Panfleto informativo: <i>Não sofra em silêncio</i>	34
10. Conclusão	34
Referências Bibliográficas	36
Anexos	44
Anexo 1. Cronograma das atividades desenvolvidas	46
Anexo 2. Fatura de encomenda realizada ao fornecedor Alliance Healthcare.....	47
Anexo 3. Requisição especial que acompanha substâncias psicotrópicas e/ou estupefacientes.....	48
Anexo 4. Modelos de Receitas Médicas.....	48
Anexo 5. Verbete de faturação.....	50
Anexo 6 . Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados.	51
Anexo 7. Laboratório da Farmácia Borralho.	53
Anexo 8. Espaço Animal da Farmácia Borralho.	53
Anexo 9. Contentor VALORMED.	53
Anexo 10. Tabela ilustrativa das causas frequentes de dor neuropática.	54
Anexo 11. Esquema ilustrativo da 4-step ladder.	54
Anexo 12. Algoritmo do tratamento da dor neuropática.....	55
Anexo 13. Impacto da dor crónica na vida quotidiana.	55
Anexo 14. Prevalência da dor crónica “Auto reportada” na União Europeia.	56
Anexo 15. Prevalência de dor crónica por localização.	56
Anexo 16. Prevalência da dor crónica, por sexo e idade.....	56
Anexo 17. Prevalência da dor crónica por região em Portugal.	57
Anexo 18. Questionário para a avaliação da dor.....	57
Anexo 19. Escalas para avaliação de intensidade da dor.	60
Anexo 20. Gráfico representativo das percentagens das vendas dos diferentes grupos terapêuticos	60
Anexo 21. Gráfico representativo do número de vendas de analgésicos estupefacientes.....	60
Anexo 22. Gráfico representativo do número de vendas de analgésicos e antipiréticos	61
Anexo 23. Gráfico representativo das percentagens das vendas dos anti- inflamatórios não esteroides	61
Anexo 24. Gráfico representativo do número de vendas de anti-inflamatórios não esteroides.....	62

Anexo 25. Gráfico representativo do número de vendas de anti-inflamatórios não esteroides derivados do ácido propiónico	62
Anexo 26. Gráfico representativo do número de vendas de anti-inflamatórios não esteroides derivados do ácido acético	62
Anexo 27. Gráfico representativo das respostas dadas pelos inquiridos à pergunta: “Há quanto tempo tem dor?”	63
Anexo 28. Gráfico representativo das classificações da dor segundo a sua duração.	63
Anexo 29. Gráfico representativo dos fatores desencadeadores de dor referidos pelos inquiridos.....	63
Anexo 30. Gráfico representativo dos fatores que melhoram a dor referidos pelos inquiridos.	64
Anexo 31. Gráfico representativo dos sintomas provocados pela dor	64
Anexo 32. Gráfico representativo da intensidade da dor	64
Anexo 33. Gráfico representativo da influência da dor na atividade quotidiana,	65
Anexo 34. Gráfico representativo da influência da dor na disposição dos utentes, segundo uma escala numérica de 0- 10.	65
Anexo 35. Gráfico representativo da influência da dor na capacidade de caminhar dos utentes	65
Anexo 36. Gráfico representativo da influência da dor no trabalho,	66
Anexo 37. Gráfico representativo da influência da dor no sono.....	66
Anexo 38. Gráfico representativo dos grupos de analgésicos	67
Anexo 39. Distribuição mundial do Síndrome de Behçet.....	67
Anexo 40. Critérios de diagnósticos da Doença de Behçet	67
Anexo 41. Pirâmide de tratamento da doença de Behçet.....	68
Anexo 42. Tabela ilustrativa de alguns síndromes de dor oncológica	68
Anexo 43. Tabela ilustrativa de alguns síndromes dolorosos crónicos em pacientes com cancro associados ao tratamento.....	70
Anexo 44. Panfleto informativo sobre a dor.....	71
Anexo 45. Guia de consulta rápida: Tratamento da dor.	72

Lista de Figuras

Figura 1. Farmácia Borralho, Avenida Fernão de Magalhães, Porto.....	1
Figura 2. Zona de atendimento ao público.....	2
Figura 3. Gabinete de atendimento personalizado ao utente.....	2

Lista de Tabelas

Tabela 1. Equipa Técnica da Farmácia Borralho.....	2
--	---

Lista de Abreviaturas

ADT-Antidepressivos tricíclicos
AIM-Autorização de introdução no mercado
AINES-Anti-inflamatórios não esteroides
AMI-Assistência Médica Internacional
ANF-Associação Nacional de Farmácias
ARS-Administração Regional de Saúde
CEDIME-Centro de Informação sobre Medicamentos
CGD-Caixa Geral de Depósitos
CIM-Centro de Informação do Medicamento
COOPROFAR-Cooperativa dos Proprietários de Farmácia
DCI-Denominação comum internacional
DNPD-Dor neuropática diabética
eNOS-Sintetase endotelial do óxido nítrico
FEFO- <i>First expire, first out</i>
HLA-Antigénio leucocitário humano
IASP-International Association for the Study of Pain
ICAM-Molécula de adesão intercelular
IL-1-Interleucina 1
INFARMED-Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
IPO-Instituto Português de Oncologia
IVA-Imposto sobre o valor acrescentado
ISG-Internacional study group
MG-Medicamento genérico
MNSRM-Medicamentos não sujeitos a receita médica

MSRM-Medicamentos sujeitos a receita médica

OMS-Organização Mundial de Saúde

PCA-Patient controlled analgesia

SAMS-Serviços de Assistência Médico-sociais

SNC-Sistema nervoso central

SNS-Serviço Nacional de Saúde

TNF-Fator de necrose tumoral

Parte I- A Farmácia Borralho

1. Organização do espaço físico e funcional da farmácia

1.1 Localização e Horário de funcionamento

A Farmácia Borralho situa-se na Avenida Fernão de Magalhães nº 692, no Porto, apresentando assim uma localização privilegiada, uma vez que a Avenida Fernão de Magalhães é uma das avenidas mais movimentadas e principais da cidade do Porto. Para além disso, a farmácia situa-se junto do Hospital Joaquim Urbano e da Clínica Central do Bonfim, tendo por isso muitos utentes provenientes de consultas.

O horário de funcionamento cumpre o disposto no Decreto-Lei nº 172/2012, de 1 de agosto [1], e na Portaria nº 277/2012, de 12 de Setembro [2], encontrando-se aberta ao público de segunda-feira a sexta-feira, das 9h às 19h00, e ao sábado das 9h às 13h, garantindo ainda os turnos de serviço permanente.

1.2. Organização e descrição do espaço exterior e interior

De acordo com as normas das Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária e com o Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de Agosto, a farmácia deve garantir a segurança e conservação dos medicamentos e a acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes e do respetivo pessoal [3][4]. A farmácia Borralho encontra-se instalada ao nível da rua, a porta principal é dotada de uma porta deslizante interior que permite o resguardo dos doentes do contacto direto com o exterior. Ao nível exterior, a farmácia apresenta-se devidamente identificada como o seu nome e com o símbolo das Farmácias Portuguesas. É também bem identificado o nome do diretor técnico e o horário de funcionamento da farmácia, assim como a informação relativa às farmácias do município que se encontram em regime de serviço permanente. Em acréscimo, a farmácia dispõe de uma montra onde podem ser publicitados produtos cosméticos e de higiene corporal ou medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) (**Figura 1**).



Figura 1-Farmácia Borralho, Avenida Fernão de Magalhães, Porto.

Relativamente ao espaço interior, a farmácia encontra-se dividida em diferentes áreas obrigatórias, definidas pela Deliberação nº 2473/2007, de 28 de novembro, nomeadamente uma zona de atendimento ao público (**Figura 2**); um armazém, onde se processam as encomendas e onde se encontram os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), e alguns MNSRM; um laboratório, onde se produzem medicamentos manipulados e extemporâneos; um gabinete de atendimento personalizado



Figura 2- Zona de atendimento ao público, Farmácia Borralho.



(**Figura 3**), utilizado na prestação de serviços farmacêuticos e em situações de aconselhamento que necessitem de um local privado; o gabinete da direção técnica, onde é feita a gestão da farmácia e onde se podem encontrar diversos documentos relativos à mesma e, instalações sanitárias [5].

Figura 3- Gabinete de atendimento personalizado ao utente, Farmácia Borralho.

1.3. Recursos humanos

De acordo com o Decreto-lei nº 307/2007, de 31 de Agosto [3], a Farmácia Borralho dispõe da seguinte equipa técnica (**Tabela 1**):

Tabela 1. Equipa técnica da Farmácia Borralho.

Farmacêutico Diretor Técnico	Dr ^a . Maria da Conceição Rego Cabral
Farmacêutico Substituto	Dr ^a Maria José Mendonça
Estagiário Profissional	Dr. Rui Matos
Técnicos de grau 1	José Cunha, Luísa Leite, Margarida Pontes
Diretor financeiro de recursos humanos	Dr. Pedro Ferreira

1.4 Sistema Informático

O sistema informático implementado na Farmácia Borralho é o Sifarma®2000. Este apresenta diversas funções importantes em todo o Circuito do Medicamento, desde o aprovisionamento, receção de encomendas e, gestão de stocks, até à dispensa do medicamento ao utente. Este sistema permite, para além disso, um suporte de informação para o aconselhamento profissional e intervenção farmacêutica, um atendimento mais personalizado aos doentes, avisos de segurança farmacoterapêutica e acompanhamento da farmacoterapia dos utentes.

Durante o meu estágio, foi-me dado um código pessoal, com o qual tinha acesso ao programa. As principais funções do sistema que tive oportunidade de explorar foram: a gestão e receção de encomendas, ficha do produto (consulta de interações medicamentosas, contraindicações, indicações terapêuticas, e posologia dos medicamentos, histórico de vendas), ficha dos utentes e rebate de pontos das Farmácias Portuguesas. Para além disso, pude assistir ao processo de faturação, à correção e à emissão de lotes de receitas.

2. Armazém

2.1 Gestão de Stocks e aprovisionamento

Segundo as Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária, a farmácia deve “garantir a gestão do stock de medicamentos e de outros produtos de saúde, de forma a suprir as necessidades dos doentes” [4]. Desta forma, a Farmácia Borralho dispõe de um farmacêutico responsável pela decisão de compras tendo em conta aspetos como o histórico de vendas, o espaço disponível para o armazenamento, os prazos de validade, os períodos de sazonalidade, a rotatividade dos produtos, a publicidade nos meios de comunicação social e as condições comerciais e financeiras oferecidas pelos fornecedores. No meu tempo de estágio, foram-me atribuídas algumas funções no campo da gestão de stocks, nomeadamente as contagens físicas dos produtos e verificação de prazos de validade.

A aquisição de produtos é feita de duas formas distintas: através de distribuidores grossistas e armazenistas, ou diretamente aos laboratórios. Os principais fornecedores grossistas da Farmácia Borralho são a Alliance Healthcare, Cooperativa dos Proprietários de Farmácia (Cooprofar) e a Cofanor. A Alliance Healthcare realiza três entregas diárias, a Cooprofar e a Cofanor apenas efetuam uma entrega. A aquisição aos laboratórios é feita ocasionalmente, normalmente em casos de bonificações, condições de pagamento mais favoráveis ou então no caso de falta do produto nos fornecedores grossistas.

As encomendas diárias são facilitadas pelos stocks mínimos e máximos, definidos no sistema informático, Sifarma®2000. Estes assumem particular relevo, uma vez que facilitam a execução de encomendas e evitam a geração de excedentes. Desta forma, o sistema informático vai detetando as baixas dos produtos, efetuando uma proposta de encomenda sempre que se atinge o ponto de encomenda, isto é, a quantidade mínima abaixo da qual é necessário fechar uma encomenda. Esta proposta é depois analisada pelo farmacêutico responsável e aprovada pelo mesmo, sendo emitida uma encomenda ao armazenista *via modem*. Em situações em que o produto não está disponível na farmácia e há urgência do utente em obter o produto, poderia realizar-se uma encomenda instantânea *via modem* ou então por via telefónica.

No decorrer do estágio foi-me explicado como se processavam as encomendas diárias, embora não tenha realizado nenhuma. Quanto às encomendas instantâneas efetuei várias, por *via modem* e *via telefónica*, para satisfazer os pedidos dos utentes e, em alguns casos houve muita dificuldade em encontrar o produto pretendido.

2.2 Receção de Encomendas e Armazenamento

As encomendas chegam à farmácia em contentores específicos ou em caixas de cartão, acompanhadas da respetiva fatura, em duplicado. Na fatura consta a identificação do fornecedor e da farmácia à qual se destina a encomenda, identificação dos produtos, quantidades pedida e enviada, preço de custo, preço total da encomenda, taxa de imposto sobre o valor acrescentado (IVA) e, quando estabelecido, o preço de venda ao público (PVP) (**Anexo 2**). No caso de encomendas feitas diretamente ao laboratório veem, geralmente, acompanhadas da guia de remessa sendo que a fatura é posteriormente enviada à farmácia. No caso dos psicotrópicos e estupefacientes, dependendo do armazenista podem chegar com requisição aquando da receção, no caso da Cooprophar, ou, no caso da Alliance, é enviado no fim do mês um resumo das requisições (**Anexo 3**). Os produtos que exigem temperaturas de conservação entre os 2°C e 8°C são enviados em contentores térmicos.

A receção da encomenda é feita no Sifarma®2000 e, durante este processo, confere-se o estado da embalagem de cada produto, o prazo de validade, o preço de custo, o PVP, e a quantidade que efetivamente foi entregue e faturada. No caso dos produtos de venda livre atribui-se um PVP de acordo com o preço de custo, o valor de IVA e a margem de comercialização. Posteriormente, compara-se o valor de custo total dado pelo sistema informático com o da fatura, que deve ser igual, e termina-se a receção transferindo os produtos esgotados e/ou rateados para outra encomenda proposta a outro fornecedor, e arquivando a fatura e o duplicado.

Após a receção procede-se ao armazenamento, sendo que, na Farmácia Borralho, antes de se proceder ao armazenamento compara-se o stock informático com o stock real de cada produto. As condições de temperatura, humidade e luminosidade são monitorizadas diariamente, garantindo uma temperatura inferior a 25°C, humidade inferior a 60%, luminosidade e ventilação adequadas, para o correto armazenamento. Este é feito segundo o conceito *First Expire, First Out* (FEFO). Os MSRM são armazenados em locais fora do campo de visão do utente, em gavetas deslizantes por forma farmacêutica e ordem alfabética de nome de medicamento, ou no caso dos medicamentos genéricos (MG) por ordem alfabética da denominação comum internacional (DCI). Os MG encontram-se separados dos medicamentos com nome comercial. Os fármacos termolábeis são conservados no frigorífico próprio. Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes encontram-se separados dos restantes, numa gaveta própria apenas identificada por uma marca interna. Os MNSRM são colocados em locais de fácil visualização, mas sem estarem ao alcance do utente. Os restantes produtos são colocados em expositores e lineares na zona de atendimento, depois de serem devidamente rotulados com o PVP segundo a Lei nº 25/2011, de 16 de junho [6], sendo este calculado de acordo com o IVA, segundo o Decreto-lei nº 65/2007, 14 de março [7].

As devoluções dos produtos são efetuadas quando há expiração do prazo de validade; embalagem danificada; produto alterado; produto não pedido, pedido por engano ou trocado; erro no preço, recolha de produtos ou lotes a retirar do mercado pelo INFARMED ou detentor da autorização de introdução no mercado (AIM). A devolução é efetuada através do Sifarma®2000 mediante uma nota de devolução. Posteriormente, o fornecedor quando aceita a devolução pode optar por enviar o produto devolvido, substituí-lo ou, alternativamente, emitir uma nota de crédito.

A receção de encomendas é uma atividade, com a qual me familiarizei, estando incumbida desta tarefa diária. Assim sendo, tive oportunidade de rececionar encomendas provenientes de diferentes armazenistas e laboratórios, fui autónoma no processo de atribuição de PVP aos produtos de venda livre, e procedi à devolução de produtos por via informática, quando estes não se encontravam conforme o pedido ou se encontravam danificados. No fim de cada receção fazia os pedidos por via telefónica dos produtos rateados. Em acrescento, apresentei várias reclamações nos casos em que tinha sido debitado um produto mas não tinha sido enviado, sendo que estas reclamações eram solucionadas com uma nota de crédito ou, com o envio do produto em falta.

3. Dispensa de Medicamentos

Na farmácia comunitária, o Farmacêutico tem como principal função a dispensa de medicamentos, estabelecendo o último contacto com o utente antes da toma do seu medicamento. Desta forma, tem a responsabilidade de fazer a orientação e transmissão de informação necessária para assegurar a eficácia e segurança da terapêutica e, ainda, tem a responsabilidade de favorecer a adesão à mesma e sensibilizar para o uso racional do medicamento. Cumprindo com o artigo 33º do Decreto-Lei nº 307/2007, 31 agosto [3], a Farmácia Borralho dispensa aos seus utentes os seguintes produtos:

3.1 Medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM)

O Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto define os MSRM como aqueles que “possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam”, e “quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam”, e “contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar”. De uma forma geral, são todos aqueles que apenas podem ser dispensados na farmácia através da apresentação de prescrição médica [8].

Os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) necessitam de uma prescrição médica, atualmente regulada pela Lei nº 11/2012, de 8 de março [9], e pela Portaria nº 137-A/2012, de 11 de Maio [10], alterada pela Portaria nº 224-A/2013, de 9 de julho [11] e pelo Despacho nº 11254/2013, de 30 de Agosto [12], para a sua dispensa.

3.1.1. Prescrição e validação da receita médica

Atualmente, existem três modelos de receitas médicas (RM):

- a) Receita médica materializada e guia de tratamento, com uma validade de 30 dias a partir da data da prescrição;
- b) Receita médica renovável materializada e guia de tratamento, possuindo uma validade de seis meses a partir da data da prescrição. Apresenta-se sob a forma de 3 vias.
- c) Receita médica pré-impressa, sendo utilizada em casos especiais de falência informática, inadaptação do prescriptor, prescrição no domicílio, ou prescrição até 40 receitas/mês (**Anexo 4**)

A prescrição é feita segundo o *Código nacional para a prescrição eletrónica de medicamentos* (CNPEM), que agrupa, pelo menos, as seguintes características do medicamento: DCI; dosagem; forma farmacêutica; e número de unidades. Em cada receita médica podem ser prescritos um limite de quatro embalagens. Por cada medicamento, podem ser prescritas até duas embalagens, com a exceção dos medicamentos de unidose,

que no máximo podem ser prescritas quatro embalagens por RM. A data da prescrição é obrigatória, assim como, o nome do utente, o nº de beneficiário e o regime de comparticipação [13]. Nos casos em que não está indicado o tamanho da embalagem e a dosagem do medicamento, o farmacêutico deve que dispensar a embalagem mais pequena e a dosagem mais baixa comercializadas.

Existem exceções à prescrição que deverão ser identificadas e justificadas pelo médico prescritor:

- “Exceção a) do n.º 3 do art.º 6”;
- “Exceção b) do n.º 3 do art.º 6 - reação adversa prévia”: esta alínea apenas se aplica às situações em que tenha havido reação adversa reportada ao Infarmed;
- “Exceção c) do n.º 3 do art.º 6 - continuidade de tratamento superior a 28 dias”: o médico pode prescrever, com indicação da marca ou nome do titular, em tratamentos com duração superior a 28 dias.

No caso das alíneas a) e b), o farmacêutico é obrigado a dispensar o medicamento prescrito pelo médico, já na exceção c) o farmacêutico pode dispensar todos os medicamentos com preço igual ou inferior ao que o médico prescreveu [13].

3.1.2. Dispensa de MSRM

Na dispensa dos MSRM o farmacêutico deve validar a receita e, deve fornecer a medicação. A seleção dos medicamentos a dispensar deve reger-se, sempre que possível, pela opção do utente, sendo o processo facilitado pelo sistema informático, que regista informação relativa à medicação dos clientes. O farmacêutico deve também fornecer todas as informações que considere pertinentes para uma correta utilização da medicação dispensada e uma maior adesão à terapêutica. O atendimento é finalizado pela emissão da fatura e impressão, no verso da receita, das informações relativas ao ato da dispensa, onde constam os seguintes dados: identificação da farmácia e do Diretor Técnico; data e número da venda; código de identificação do operador; código do organismo participante; número da receita e de lote; identificação dos medicamentos; PVP, valor participado e valor a pagar pelo utente (**Anexo 5**).

No caso de o utente não querer levar toda a medicação prescrita no mesmo dia, efetua-se uma “Venda Suspensa”, sendo emitidos dois “comprovativos de venda suspensa”, sendo um anexado à receita e o outro cedido ao utente, que tem que o apresentar quando for levantar o resto da medicação, até ao prazo de validade da receita terminar.

No que compete à dispensa de MSRM o principal problema com que me deparei foi com dispensa de medicamentos para doenças crónicas uma vez que o medicamento era prescrito de acordo com o CNPEM, e a grande maioria dos utentes não se recordava do nome do medicamento ou do nome do laboratório. Esta questão era então resolvida com

a consulta de dispensas anteriores efetuadas para o utente em causa, ou então, mostrando as diferentes embalagens secundárias para que este as reconhecesse. Um outro problema que me surgiu no decorrer do atendimento ao público foi quando o preço que era referido na guia de tratamento era mais baixo do que o preço do medicamento que era dispensado. Neste caso tentava explicar às pessoas que nem sempre o preço referido na receita era atualizado, e não correspondia, muitas vezes, ao preço dos medicamentos que estavam disponíveis na farmácia.

3.1.3. Sistema de comparticipação

Uma parte dos MSRM estão sujeitos a comparticipação, isto é, na presença de prescrição médica o utente apenas paga parte do PVP, sendo o pagamento do restante valor deixado ao encargo de determinada entidade de saúde. O serviço nacional de saúde (SNS) é o maior organismo participante, constando no Decreto-Lei nº 106-A/2010, de 1 de outubro os diferentes escalões de comparticipação [14]. Existem ainda outros subsistemas de saúde que possibilitam ao utente uma maior percentagem de comparticipação, como por exemplo a Caixa Geral de Depósitos (CGD),_Correios de Portugal S. A.-CTT, ou seguros de saúde. Para além dos organismos e sistemas de complementaridade, existem também despachos e portarias que regulamentam a comparticipação do Estado, relativamente a medicamentos específicos necessários ao tratamento de determinadas patologias. Nestas situações, o despacho/portaria deverá vir explícito na receita de modo a ser atribuída a comparticipação.

Na Farmácia Borralho pude contactar com as diversas entidades comparticipadoras, identificadas por um código próprio, como por exemplo: 01 (Regime Geral), 48 (Regime Especial), DS (Protocolo da Diabetes), 45 (Regime Geral, Diploma), 49 (Regime Especial, Diploma) e outras entidades dos subsistemas de saúde como R1 (Caixa Geral de Depósitos) e AA (Savida).

3.1.4. Dispensa de Psicotrópicos e/ou Estupefacientes

Psicotrópicos e estupefacientes são medicamentos com ação sobre o Sistema Nervoso Central que, por criarem fenómenos de tolerância, dependência física e psíquica e alteração comportamental, estão sujeitos a um controlo apertado durante todo o circuito do medicamento, de modo a impedir o seu uso indevido e o seu desvio para o tráfico ilegal [15]. Desta forma, estes fármacos pertencem a uma classe terapêutica especial, com legislação própria [16-18]. Estes são prescritos em receita eletrónica onde apenas podem constar medicamentos deste grupo terapêutico [19], e aquando da sua dispensa é obrigatório o preenchimento de um formulário, onde constam dados do médico, do doente e do adquirente dos mesmos. Para além da impressão no verso da receita e da fatura, é

impresso o “documento de psicotrópicos” em duplicado, onde constam os dados do médico prescritor, do utente e do adquirente. Tal como as requisições destes produtos, também uma cópia da RM, juntamente com o duplicado do “documento de psicotrópicos”, deve ser arquivada na farmácia, por ordem de aviamento, durante um período mínimo de 3 anos. Durante o meu período de estágio, tive a oportunidade de contactar com duas prescrições médicas de medicamentos psicotrópicos e/ou estupefacientes, cumprindo as normas estipuladas para a sua dispensa.

3.2. Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)

A automedicação é uma prática corrente nos dias de hoje. Isto deve-se, essencialmente, ao acesso cada vez maior dos consumidores à informação sobre medicamentos, bem como à maior influência dos cidadãos no processo decisório sobre o consumo desses mesmos cuidados de saúde. Esta prática pode, todavia, acarretar alguns problemas para os consumidores, resultantes de uma inadequada utilização dos medicamentos [20]. Assim sendo, é função do farmacêutico aconselhar sobre as opções disponíveis, informar sobre as condições de utilização, sobre as circunstâncias em que deve ser consultado o médico, bem como, proceder à dispensa do medicamento [21]. O Despacho n.º 17690/2007, de 23 de Julho, determina a lista de situações passíveis de automedicação [22].

No início do meu estágio foi-me proposto o estudo de várias situações passíveis de automedicação, e o conhecimento dos vários MNSRM disponíveis no mercado para cada situação. Para além disso, foram-me dadas indicações de como abordar cada caso e as questões a colocar em cada situação. Quando iniciei a atividade dos atendimentos senti alguma dificuldade e, por isso, nunca tomava decisões na dispensa de MNSRM sem antes consultar a minha orientadora.

3.3. Medicamentos homeopáticos

Os medicamentos homeopáticos, segundo o Decreto-Lei 176/2006, são definidos como “medicamentos obtidos a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num estado membro, e que pode conter vários princípios” [8]. Na Farmácia Borralho a procura é reduzida e por isso o stock destes produtos é limitado.

3.4. Medicamentos à base de plantas

Os medicamentos à base de plantas são definidos pelo Estatuto do Medicamento como qualquer medicamento que contenha exclusivamente como substâncias ativas substâncias derivadas de plantas, preparações à base de plantas ou ambas em associação, sendo

considerados MNSRM [8]. Estes produtos têm sido alvo de grande procura por parte da sociedade e, neste campo, o farmacêutico tem um papel fundamental uma vez que estes produtos não são isentos de efeitos secundários e muitas vezes podem apresentar interações com a farmacoterapia do utente.

Na Farmácia Borralho os medicamentos à base de plantas são muito procurados, nomeadamente aqueles que são destinados ao emagrecimento, distúrbios gastrointestinais ou hepáticos, e insónia, desta forma durante o meu estágio dispensei várias vezes produtos como o Angiolax®, Valdispert®, mas também alguns chás como Bekunis®, Manusul®, e Moreno®, e ainda alguns extratos de plantas como Cholagutt®.

3.5. Produtos cosméticos e dermofarmacêuticos

Entende-se por produto cosmético qualquer substância ou mistura, destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente, epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais. Os produtos cosméticos são regulados pelo Decreto-Lei nº 115/2009, de 18 de maio; Decreto-Lei nº 113/2010, de 21 de outubro, Decreto-Lei nº 63/2012, de 15 de março e Decreto-Lei n.º 245/2012, de 09 de novembro [23].

A Farmácia Borralho possui diferentes gamas de diversas marcas em exposição nos lineares, tais como a Elgydium®, Klorane®, Ducray®, Avène®, Mustela®, Bioderma®, La Roche-Posay®, Vichy®, Elancyl®, Roger & Gallet® entre outras. Desta forma, durante o meu estágio pude contactar com diversas linhas de dermocosmética e aprofundar o meu conhecimento nesta área.

3.6. Medicamentos manipulados e preparações extemporâneas

Um medicamento manipulado define-se como *“qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”*, sendo que as fórmulas magistrais e os preparados oficiais são medicamentos preparados em farmácia de oficina ou hospitalar segundo uma receita médica ou segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, respetivamente [24].

A Farmácia Borralho apresenta um laboratório onde se fazem alguns medicamentos manipulados como solução alcoólica de ácido bórico, xarope de trimetopim, vaselina salicilada, papeis para venda a granel de ácido bórico e bicarbonato de sódio, e reconstituição de preparações extemporâneas, nomeadamente alguns antibióticos (**Anexo 6**) (**Anexo 7**). Durante o meu estágio eu preparei vários papéis de ácido bórico e bicarbonato de sódio, e procedi à reconstituição de um xarope, Clamoxyl®.

3.7. Produtos dietéticos e para alimentação especial

Os produtos dietéticos e para alimentação especial são definidos pelo Decreto-Lei nº 74/2010, de 2 de Junho como, aqueles que devido à sua composição ou processos de fabrico especiais, se distinguem dos alimentos de consumo corrente, destinando-se à alimentação exclusiva ou parcial de pessoas com necessidades nutricionais específicas, sob supervisão médica [25]. Os suplementos alimentares são definidos como géneros alimentícios que se apresentam sob a forma de produto pré-embalado em dose unitária, para serem tomados diariamente, apenas por via oral, e se destinam a complementar e/ou suplementar um regime alimentar normal [26].

Na Farmácia Borralho contactei com várias fórmulas para lactentes e crianças, adaptadas a várias faixas etárias e a fins específicos, como por exemplo leite hipoalergénico da marca comercial Nutribén®. Relativamente aos suplementos alimentares, estes eram muito requisitados pelos utentes, desde suplementos para emagrecer, para pernas cansadas, para a queda do cabelo, para a falta de apetite, entre outros. As formas de apresentação dos mesmos eram variadas, integrando cápsulas e comprimidos, xaropes, soluções orais, e até sob a forma de gelatina. Algumas das marcas comerciais com que contactei foram Centrum®, Acutil®, Becozyme Forte®, Inneov®, Antistax®, Pharmaton®, entre outras.

3.8. Produtos e medicamentos de uso veterinário

De acordo com o Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de outubro, entende-se por medicamento veterinário aquele que possui propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que pode ser utilizado ou administrado no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico veterinário ou exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas [27].

A Farmácia Borralho apresentava na área de atendimento o espaço animal, onde dispõe de vários medicamentos de uso veterinário, nomeadamente antiparasitários como o Frontline®, Advantage®, Advantix®, Bolfo®, Milbemax®, Drontal®, anti-inflamatórios indicados para as articulações como o Rimadyl®, antibióticos indicados para o tratamento de otites, Oridermyl®, entre outros. Durante o estágio fui contactando, frequentemente, com este tipo de produtos (**Anexo 8**).

3.9. Dispositivos médicos

Os dispositivos médicos são destinados, pelo seu fabricante, a serem utilizados para fins comuns aos dos medicamentos, tais como, prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença humana. Devem atingir os seus fins através de mecanismos que não se traduzem em

ações farmacológicas, metabólicas ou imunológicas, por isto, se distinguindo dos medicamentos [28][29].

Durante o meu estágio contactei com seringas, meias de descanso e elásticas, pés/mãos/joelhos elásticos, preservativos, material de penso e ligaduras, fraldas, luvas de exame, algodão hidrófilo, dispositivos de autodiagnóstico como os testes de gravidez, de medição da tensão arterial e da glicemia, frascos de colheita de amostras biológicas, sacos coletores de urina, entre outros. Aquando da dispensa procurei explicar o seu funcionamento ao utente para assegurar a correta utilização.

3.10. Artigos de puericultura

Os artigos de puericultura são destinados a facilitar o sono, o relaxamento, a higiene, a alimentação e a sucção das crianças.

Na Farmácia Borralho, pude familiarizar-me com vários produtos desta classe, como os biberões, chupetas, tetinas, discos mamários, bombas tira-leite aspiradores nasais, e outros.

4. Contabilidade e gestão na Farmácia

4.1. Processamento de receituário e faturação

O processamento de receituário e faturação é o processo que permite à farmácia o reembolso das comparticipações dos medicamentos dispensados.

No ato da dispensa de MSRM é impresso, no verso das receitas médicas, o verbete de faturação, o qual tem atribuído um número de receita e um número de lote, o organismo de comparticipação, os medicamentos dispensados e as quantidades. É de notar que cada lote, cujo número é atribuído pelo sistema informático, possui apenas 30 receitas.

Ao longo do mês, é feita a conferência das receitas, detetando-se ao longo do mês as irregularidades que possam ter ocorrido. Depois, no final de cada mês, os lotes são fechados, podendo o último não se encontrar completo, e emite-se o verbete de identificação do lote, a relação-resumo de lotes e a fatura mensal de medicamentos de cada entidade responsável pelas comparticipações.

A recolha dos lotes pelos CTT é feita até ao dia 5 do mês seguinte de faturação, dado que devem estar no Centro de Conferência de Receitas (ACSS) até ao dia 10. Os lotes referentes ao SNS são enviados diretamente para o ACSS, acompanhados da documentação previamente descrita em duplicado. Os lotes referentes às outras entidades participadoras são enviados para ANF que, posteriormente, reenvia os lotes e a respetiva documentação para a entidade correspondente.

As receitas são depois analisadas pela entidade competente e, por vezes, são detetadas receitas que não cumprem os parâmetros estipulados. Nestes casos, é enviada para a

farmácia uma relação-resumo contendo as receitas e faturas onde foram encontrados erros, o seu valor, a justificação da não-aceitação e ainda o verbete do lote correspondente a essas receitas. Perante isto, a farmácia emite uma nota de crédito do valor devolvido em receitas, procedendo depois à correção das receitas, reenviando-as para o ACSS, com a fatura mensal do mês seguinte. A ANF é a entidade que adianta o dinheiro das participações para as farmácias, que depois recebe do Ministério da Saúde.

5. Outros serviços prestados na Farmácia

5.1. Recolha de medicamentos e radiografias

A VALORMED é uma sociedade que tem a responsabilidade da gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso. Esta sociedade é resultante da colaboração entre a indústria farmacêutica, distribuidores e farmácias [30]. Por conseguinte, na Farmácia Borralho as embalagens e os medicamentos fora de prazo ou em desuso são entregues aos colaboradores, que os depositam num contentor da VALORMED (**Anexo 9**) e, este é depois recolhido pelos armazenistas. Na Farmácia Borralho são também recolhidas radiografias para reciclagem em parceria com a Assistência Médica Internacional (AMI).

5.2. Determinação de parâmetros biológicos e bioquímicos

A Portaria nº 1429/2007, de 2 de novembro [31], define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados, salvaguardando sempre as competências que são atribuídas a outros profissionais de saúde. Na Farmácia Borralho os serviços que são prestados no gabinete de atendimento são a determinação da pressão arterial, do colesterol total, dos triglicéridos, da glicémia e do ácido úrico. Além destes, também se realizam testes de gravidez, prestam-se primeiros socorros e administram-se vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação.

Durante o meu estágio foi-me permitida a realização das determinações de colesterol total, glicémia, triglicéridos, e ácido úrico. Cada determinação era acompanhada pelo aconselhamento farmacêutico para a prática de medidas não farmacológicas, e adesão à terapêutica instituída pelo médico. Para além disso a Farmácia Borralho promove aconselhamentos e rastreios temáticos, como por exemplo, em Maio realizou a campanha “O Mês do Coração”, realizou também um rastreio auditivo, e no âmbito do meu estágio foram realizados inquéritos para a avaliação da dor, durante o mês de Agosto.

5.3. Farmacovigilância

A farmacovigilância apresenta como objetivos a monitorização da segurança dos medicamentos na prática clínica, a identificação precoce de possíveis reações adversas, a avaliação da relação benefício-risco dos medicamentos e as implicações para a saúde pública, intervindo na minimização do risco [32]. Consequentemente, o farmacêutico, tal como outros profissionais de saúde, tem a obrigação de notificar às autoridades competentes qualquer situação anormal que possa surgir do uso de determinado medicamento.

No decorrer do estágio, participei na notificação de uma reação adversa de prurido, associado ao uso de um gel íntimo, Letifem® menovance.

6. Fontes de informação e formações

Tendo em conta a evolução contínua das ciências farmacêuticas e médicas é imprescindível a existência de fontes bibliográficas fiáveis nas instalações de qualquer farmácia, de forma a assegurar a qualidade do ato farmacêutico e preservar a credibilidade do aconselhamento farmacêutico.

A Farmácia Borralho dispõe nas suas instalações de vários documentos de apoio à prática farmacêutica, como o Prontuário Terapêutico, o Índice Nacional Terapêutico, o Simpósio Terapêutico, documentos de formações, a Farmacopeia Portuguesa e o Formulário Galénico Português, em outras publicações, em concordância com o DL nº 307/2007 de 31 de agosto [3]. Para complementar, existem outras fontes informativas relevantes, como é o caso do Centro de Informação sobre Medicamentos (CEDIME), pertencente à ANF, o Centro de Informação do Medicamento (CIM), sob alçada da Ordem dos Farmacêuticos, o Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde e ainda o Centro Documentação Técnica e Científica, ambos pertencentes ao Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED). Em acrescento, uma outra fonte de informação fiável e de acesso rápido é o separador de informação científica presente na ficha do produto, disponibilizado no software Sifarma2000, que permite resolver algumas questões que possam surgir no decorrer do atendimento.

Durante o primeiro mês do meu estágio foi-me facultada informação relativa a indicações terapêuticas, posologia, contraindicações e efeitos secundários de MNSRM, com o intuito de me preparar para o atendimento ao público. Além disso, ao longo do tempo de estágio fui estudando documentos informativos relativos aos produtos de dermocosmética disponíveis na farmácia. Foi-me dada a oportunidade de participar em algumas formações que contribuíram para o meu crescimento enquanto profissional de saúde, nomeadamente: -XIII Congresso de Nutrição e Alimentação, realizado nos dias 22 e 23 de Maio de 2014.

-Formação organizada pela GlaxoSmithKline: *Curso de gengivas-Conceitos gerais e cuidados a ter*, realizada no dia 19 de Junho de 2014.

-Formação organizada pela Associação Nacional de Farmácias: *Cross-selling e up-selling*, realizada no dia 25 de Junho de 2014.

-Formação organizada Associação Nacional de Farmácia: *Vírus Ébola*, realizada no dia 24 de Outubro de 2014.

7. Conclusão

Durante o meu estágio de 4 meses na Farmácia Borrvalho consegui perceber as várias vertentes da atuação farmacêutica a nível comunitário. Cada dia na Farmácia Borrvalho foi um desafio. Primeiro o conhecimento da disposição e organização da farmácia, e de toda a equipa técnica, a ansia de poder fazer o atendimento farmacêutico e o trabalho de preparação que realizei durante o primeiro mês. Seguidamente, a aprendizagem da receção/realização de encomendas e todos os procedimentos envolventes. Finalmente, o atendimento ao público, que no início era muito complexo e de demasiada responsabilidade, mas que depois com o apoio de toda a equipa e, em particular, da Dra. Maria José, se tornou simples. Foi gratificante aperceber-me da minha evolução, não só a nível técnico e científico, mas também a nível da capacidade de comunicação, adaptação às novas situações e criação de empatia e carinho pelos utentes da Farmácia Borrvalho. Em conclusão, o estágio em farmácia comunitária é fundamental para o desenvolvimento pessoal e técnico e, em particular, considero a Farmácia Borrvalho um exemplo de farmácia comunitária, que existe para servir apenas o utente, com um ambiente familiar, acolhedor, e de preocupação com o bem-estar de todos os utentes.

Parte II- Estudo da dor

Durante os 4 meses de estágio em farmácia comunitária a palavra “dor” foi recorrentemente pronunciada. Dor de costas, dor de cabeça, dor nas pernas, dor nos ossos. Alguns utentes diziam “ *Menina quero Brufen® para as dores, já tomo há muito tempo!*”, outros referiam “*Doutora estou cheia de dores que não aguento, o que posso tomar?*” e ainda outros me entregavam as receitas com algum analgésico prescrito. Por este motivo, o interesse pelo tema foi crescendo cada vez mais e, com ele, as dúvidas e as questões às quais me proponho a responder com a realização deste trabalho de pesquisa e de campo efetuados na Farmácia Borrvalho. Esta monografia centra-se na problemática da dor e, é dividida em várias partes. A primeira parte corresponde a dois estudos de campo realizados no decorrer do meu estágio: um estudo de mercado, procurando perceber que alternativas

terapêuticas a farmácia comunitária oferece ao seu utente, e a quais este recorre frequentemente e, por outro lado, um estudo mais centrado no utente, com uma componente de aconselhamento farmacêutico, através da realização de um questionário individual e confidencial a cada utente. No seguimento do questionário, surge um caso interessante de dor que não poderia deixar de estudar, o síndrome de Beçhet, diagnosticado a uma utente da farmácia, sendo apresentado como caso clínico. A segunda parte do estudo é mais centralizada na dor oncológica, dada a importância do tema na sociedade atual e, consequente necessidade do farmacêutico deter conhecimentos sobre este tema. Finalmente, e para colocar em prática o trabalho de pesquisa, é apresentado um panfleto informativo sobre a dor colocado à disposição dos utentes, e um guia de consulta rápida sobre o tratamento da dor, colocado à disposição da equipa técnica da Farmácia Borrinho, como fonte de informação.

1. Estudo da dor em geral

1.1 Conceito de dor

A dor é definida, segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” [33]. Ou seja, pode existir dor sem um estímulo periférico ou sem lesão aparente, embora na maioria dos casos a dor resulte da ativação de neurónios aferentes primários específicos, os nociceptores, ou da lesão ou disfunção desses nociceptores ou do sistema nervoso central [34].

1.2 Nociceção: conceitos gerais

Os nociceptores são terminações de fibras sensitivas que, de acordo com o diâmetro, mielinização e velocidade de condução do impulso nervoso, se dividem em três grupos: A β , A δ e C [34][35]. Os nociceptores A δ são responsáveis pela dor aguda imediata, a qual é seguida por uma dor mais difusa provocada pela ativação dos nociceptores C, de condução mais lenta [34]. Estes existem em grande número nos diferentes órgãos do organismo e são sensíveis a estímulos mecânicos, térmicos e químicos, sendo na sua maioria polimodais, ou seja, respondem a vários estímulos [36]. A estimulação dos nociceptores leva à transmissão de um sinal ao corno dorsal da medula através das fibras aferentes, essa informação é desviada para neurónios motores suscitando uma resposta reflexa antes da perceção consciente da dor provocada por um determinado estímulo. O impulso nervoso é transmitido a estruturas supraespinhais, chegando ao córtex cerebral onde é percebido como dor. Existem ainda reflexos supraespinhais que ativam o sistema

nervoso simpático, com o aumento da frequência cardíaca, respiratória e libertação periférica de catecolaminas. A neuroquímica da nocicepção é extremamente complexa, intervindo moléculas neurotransmissoras, como o glutamato e substância P, e mediadores inflamatórios, como é as prostaglandinas, bradicininas e neurotrofinas. De um modo geral, a presença destes mediadores biológicos causa um aumento da ativação das fibras sensitivas e a sensibilização periférica [37].

1.3 Classificação da dor

A dor pode ser classificada segundo diferentes critérios, nomeadamente, a duração, o mecanismo fisiopatológico, a etiologia e o local anatómico, embora para o tratamento da dor sejam a fisiopatologia e a duração da mesma os fatores mais relevantes [38][39]. No que respeita à duração, a dor pode ser classificada em aguda ou crónica. A dor aguda resulta de lesão externa ou interna, geralmente de fácil localização. Esta funciona como um alerta relativamente a um estímulo nocivo, sendo que a intensidade se correlaciona com o estímulo desencadeante. Por outro lado, a dor crónica tem duração superior a seis meses, sendo considerada por si só uma doença. Esta deixa de ter uma função protetora e a sua intensidade não está relacionada com um estímulo causal. Para além disso, esta dor está associada a alterações de personalidade, estilo de vida, da capacidade funcional do indivíduo e alterações do sono. A dor irruptiva é definida como uma exacerbação transitória da dor crónica. Relativamente à etiologia a dor pode ser oncológica, traumática ou pós-cirúrgica [36]. A distinção clínica em termos fisiopatológicos é, também, importante para adotar o tratamento mais adequado, podendo considerar-se a dor nociceptiva e, a dor neuropática [35][39]. A dor nociceptiva consiste no protótipo da dor aguda, em que a lesão tecidual estimula diretamente os recetores da dor e, de acordo com o local de origem, pode ser somática ou visceral. A dor somática é habitualmente descrita como uma picada ou aperto, podendo ser superficial (pele) ou profunda (músculo, osso). A dor visceral é geralmente de difícil localização, tipo moinha, e pode ser irradiada [36]. A dor que resulta da lesão ou disfunção do sistema nervoso central ou periférico designa-se por dor neuropática [39][40]. A dor neuropática pode ser do tipo periférica ou central (**Anexo 10**) [37][40]. A dor neuropática central resulta de uma lesão/disfunção ao nível da medula espinhal, tronco cerebral, tálamo ou regiões supratálâmicas. Esta pode aparecer semanas, meses ou anos após a ocorrência da lesão e, parece estar associada a alterações sensoriais envolvendo as vias da dor. A causa mais frequente de dor central é o acidente isquémico [40]. A neuropatia periférica, por sua vez, apresenta diferentes etiologias, sendo descrita de diversas formas de acordo com os sinais e sintomas. Um caso típico, é a dor associada à nevralgia pós-herpética, causada pelo vírus herpes zoster, na qual o doente refere uma dor radicular unilateral espinhal, cervical, dorsal ou lombo-sagrada, e raramente

bilateral [40]. Outro caso de dor neuropática é a neuropatia diabética (DNPD), na qual existe um quadro típico de dor em queimação na porção distal das extremidades inferiores. É, ainda, de referir que o diagnóstico deste tipo de dor é difícil dada a dificuldade que os pacientes têm de caracterizar esta dor, sendo frequente a coexistência da dor nociceptiva com a dor neuropática [37].

1.4 Abordagem do doente com dor

Para se determinar o melhor tratamento para o doente, o clínico deve fazer uma avaliação global do doente e da dor, incluindo a sua caracterização, a sua interferência nas atividades da vida quotidiana e relações interpessoais do doente e, ainda, a sua história farmacológica. Relativamente à caracterização da dor, é essencial determinar a localização, intensidade, tipo, início, duração e variação, fatores de alívio e agravamento, sintomatologia acompanhante, interferência na atividade diária e etiologia. A intensidade da dor pode ser determinada pela utilização de escalas visual analógica, numérica, verbal e de faces (Anexo 5) [36].

1.5 Farmacoterapia da dor

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tratamento deve ser preferencialmente: *por via oral*, de modo a proporcionar ao doente um maior grau de independência e conforto; *pelo relógio*, os analgésicos devem ser administrados em intervalos fixos, de acordo com a sua duração de ação; *pela intensidade* da dor; *para o indivíduo*, a posologia adequada é aquela que permite o alívio da dor com o mínimo de efeitos secundários; *com atenção aos pormenores*, isto é, adaptando o tratamento aos hábitos e rotinas do doente [36].

Nos casos da dor nociceptiva ou dor nociceptiva combinada com dor neuropática, a OMS, defende que a escolha terapêutica deve ser orientada por um esquema farmacológico referente a cada grau de intensidade da dor, escada farmacológica da dor ou “4-step ladder” (**Anexo 11**) [38][41][42][43][44]. Em caso de dor ligeira, é recomendado o uso de analgésicos não opióides (salicilatos, paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides (AINES)), com ou sem fármacos adjuvantes, como é o caso dos antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, corticoides, relaxantes musculares e, outras associações de medicamentos [38][42][43][44]. No caso da dor ser moderada recomenda-se o uso de analgésicos opióides fracos/*minor* (codeína e tramadol) em associação com analgésicos não opióides e/ou fármacos adjuvantes [36][38]. Quando a dor é intensa, é feito tratamento com opióides fortes/*major* (morfina, fentanilo, petidina, oxicodona, buprenorfina, metadona, hidromorfina) associados a analgésicos não opióides e/ ou fármacos adjuvantes [43][44]. Hoje em dia, é já considerado um quarto estado de dor, a dor não controlada. Nestes casos

é defendida a utilização de técnicas invasivas para a administração de analgésicos por via espinhal, bloqueios nervosos, e bombas de PCA (*Patient controlled analgesia*) [41][44]. Na dor neuropática o tratamento farmacológico deve ter em conta possíveis comorbilidades do doente, vulnerabilidade, perfil de segurança e contraindicações, preferência do doente; fatores de risco e medicação prévia. A amitriptilina e a pregabalina têm sido preconizadas como 1ª linha para o tratamento da dor neuropática periférica. Quando a analgesia é insatisfatória deve-se escolher uma nova classe farmacológica isolada ou em associação. A duloxetina, a venlafaxina ou a amitriptilina são os fármacos utilizados no tratamento da DNPD. O tratamento da nevralgia do trigêmeo passa pela utilização da carbamazepina e a oxcarbazepina e, no caso da dor neuropática pós-herpética os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os gabapentinóides são a primeira opção terapêutica. Na terapêutica da dor neuropática central são considerados de primeira linha a pregabalina, e os ADT. A mudança ou descontinuação de um medicamento deve realizar-se de forma gradual, monitorizando os sintomas de abstinência. A introdução de um novo medicamento deve sobrepor-se, temporariamente, ao tratamento anterior, de forma a manter o controlo analgésico. Após a instituição do plano terapêutico, devem realizar-se avaliações clínicas periódicas para monitorizar a adequação do tratamento escolhido no que respeita à sua eficácia, tolerabilidade e efeitos adversos, assim como, o impacto nas atividades de vida diária, no humor e na qualidade do sono do doente (**Anexo 12**) [45].

1.6 Epidemiologia

Em 2003, foi realizado um estudo sobre a prevalência, impacto na vida quotidiana e tratamento da dor crónica em 15 países da Europa, Inglaterra, Irlanda, França, Alemanha, Itália, Espanha, Polónia, Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia, Holanda, Bélgica, Áustria, Suíça e Israel. Este estudo revelou que a dor crónica é prevalente na Europa, afetando principalmente o sexo feminino, e tendo efeitos negativos na vida quotidiana e no trabalho da população (**Anexo 13**) [46], o que vai de encontro com o estudo “Health in the European Union”, publicado em 2007 (**Anexo 14**) [47]. Segundo este estudo, as localizações mais frequentes de dor são o dorso (9% na região lombar e 6% na parte superior do dorso) e os joelhos (6%) (**Anexo 15**) [47]. Um outro estudo, realizado em 2010 no âmbito do *Pain Proposal Initiative*, demonstrou que na Europa um doente com dor crónica espera em média 2,2 anos até ter o diagnóstico para a sua condição e 1,9 anos desde o diagnóstico até à obtenção de um tratamento adequado para a dor crónica.

Em Portugal, de acordo com dados da Faculdade de Medicina do Porto, em 2006, a prevalência de dor crónica foi de 29,6%, sendo que cerca de 50% destes doentes apresentava dor moderada a grave. A dor crónica era superior no sexo feminino, e

aumentava com a idade (**Anexo 16**). Em termos de distribuição no país a zona centro é que revela mais casos de dor crónica (**Anexo 17**) [47].

2. Objetivos

Este trabalho teve como principais objetivos:

- o estudo da problemática da dor em geral;
- o estudo de mercado de fármacos analgésicos que a farmácia comunitária oferece e, quais os grupos terapêuticos mais populares no âmbito do alívio da dor;
- o estudo dos diferentes tipos de dor mais recorrentes na população de utentes da farmácia, e que efeitos negativos essa dor causa na vida dos mesmos;
- o aconselhamento farmacêutico quanto aos cuidados a ter com uso de fármacos analgésicos e medidas não farmacológicas para o alívio da dor;
- identificação de possíveis situações de dor crónica não diagnosticadas remetendo o estes casos para consulta médica.

3. Métodos

3.1. Estudo de mercado de fármacos analgésicos

A seleção dos grupos terapêuticos foi feita de acordo com o *Prontuário Terapêutico* disponível *online*, tendo sido denominados os seguintes grupos:

- Relaxantes musculares de ação central: ciclobenzaprina, tiocolquicósido e tiocolquisódico em associação com paracetamol;
- Analgésicos e antipiréticos: ácido acetilsalicílico, ácido acetilsalicílico em associações, clonixina, paracetamol, paracetamol em associações, flupirtina, metamizol magnésico;
- Fármacos usados na enxaqueca: triptanos e associações com paracetamol;
- Analgésicos estupefacientes: buprenorfina, fentanilo, hidromorfona, tramadol e tramadol com paracetamol;
- AINES.

Foram recolhidos os números de vendas de cada grupo terapêutico de interesse, através do *software* Sifarma®2000, referentes ao histórico de vendas da Farmácia Borralho ocorridas entre os dias 1 de Maio de 2014 e 09 de Agosto de 2014. Posteriormente, estes dados foram analisados no *software* Microsoft Excel®2010.

3.2. Estudo da história da dor

Foi realizado um inquérito individual e confidencial a todos os utentes da Farmácia Borralho que apresentavam algum sintoma doloroso, e aos utentes a quem era dispensada medicação para o tratamento da dor, durante o período de 2 de Agosto a 31 de Agosto de 2014 (**Anexo 18**). Este inquérito foi efetuado oralmente a cada utente, com o intuito de

interagir com o doente, de o ajudar na resposta mais correta a cada questão, perceber melhor o que mais incomodava o doente, promovendo o aconselhamento farmacêutico nesta área. O inquérito foi estruturado para em 3 partes principais:

- avaliação do tipo de dor, recorrendo ao questionário da dor McGill;
- avaliação da intensidade e impacto da dor na vida do utente, através de escalas de intensidade numéricas (**Anexo 19**);
- avaliação da terapêutica farmacológica e não farmacológica do doente [48][49].

4.Resultados

4.1. Estudo de mercado dos fármacos analgésicos

Verificou-se que os grupos terapêuticos mais vendidos, no período de tempo em que o estudo decorreu, foram os AINES e o grupo dos analgésicos e antipiréticos, representando, respetivamente, cerca de 45% e 39% das vendas totais dos grupos terapêuticos em estudo. Também os analgésicos estupefacientes representaram uma boa fração das vendas, com cerca de 14%, já os relaxantes musculares de ação central e os analgésicos usados na enxaqueca apresentaram percentagens de venda muito inferiores, 0.79% e 0.29%, respetivamente (**Anexo 20**).

O tiocolquicósido foi o único relaxante muscular de ação central vendido no período de estudo, sob a forma oral, cápsulas e comprimidos de 4 mg, e sob a forma de solução injetável de 4mg/2mL de tiocolquicósido. Relativamente ao grupo dos analgésicos usados no tratamento de enxaqueca o fármaco que mais representou este grupo foi o frovatriptano, com dosagem de 2,5 mg. Não foram contempladas as associações com paracetamol, dado que estas já se encontram representadas no grupo dos analgésicos e antipiréticos. No grupo dos analgésicos estupefacientes, foram contemplados apenas a buprenorfina e o tramadol, sendo que a associação de tramadol com paracetamol 37,5 mg/325 mg apresentou um maior número de vendas (**Anexo 21**).

O grupo dos analgésicos e antipiréticos representaram cerca de 39% das vendas totais dos grupos terapêuticos de interesse, correspondendo a 951 vendas (**Anexo 22**). O paracetamol 1000 mg representou cerca de 68% das vendas deste grupo, nas formas farmacêuticas de comprimidos, comprimidos efervescentes, pó efervescente, e supositórios, embora a forma oral de comprimidos se tenha destacado claramente das restantes formas. O paracetamol 500 mg apresentou uma percentagem de vendas relativamente inferior à dosagem de 1000 mg, com cerca de 15% de vendas. As associações de paracetamol que foram consideradas para o estudo foram: paracetamol e codeína, paracetamol e pseudoefedrina, paracetamol com ergotamina e beladona, e paracetamol com codeína e buclizina. A associação que apresentou maior número de

vendas, com cerca de 52 % das vendas totais de associações com paracetamol, foi a associação de paracetamol com codeína, representada pela marca Dol-U-ron forte®, na forma de cápsulas e comprimidos. Também se verificou que a marca comercial Ben-U-ron® representou um maior número de vendas quando comparada com MG.

O grupo dos AINES representou cerca de 45% das vendas totais dos diferentes grupos terapêuticos, sendo que os dois grupos com maior relevância foram os derivados do ácido propiónico e os derivados do ácido acético, representando, respetivamente, 46% e 28% das vendas totais de AINES (**Anexo 23**) (**Anexo 24**).

No que respeita aos derivados do ácido propiónico verificou-se que cerca de 43% das vendas correspondiam a Ibuprofeno 400 mg, com 227 vendas, e 23% a ibuprofeno 600 mg, com um número de vendas de 120. O número total de vendas do ibuprofeno 400 mg corresponde, em cerca de 30%, a granulado efervescente, e o restante a comprimidos revestidos e cápsulas. Também se verificou que o número de vendas com o nome comercial Brufen® era superior às vendas de qualquer medicamento. Relativamente às formas tópicas, o cetoprofeno revelou ser o fármaco mais requerido, apresentando-se nas formas de solução para pulverização, creme e emplastro (**Anexo 25**). Constatou-se que a grande maioria das vendas de derivados do ácido acético eram de diclofenac, sendo que o diclofenac 50 mg apresentou uma percentagem de vendas de 37% e o diclofenac gel 10 mg/g cerca de 28%. Verificou-se também que a marca comercial mais vendida de diclofenac 50 mg comprimidos foi o Voltaren Rapid®, e da forma tópica o Voltaren Emulgel® (**Anexo 26**).

4.2. Estudo da história da dor

O inquérito para o estudo da dor foi realizado a 19 utentes da Farmácia Borrvalho, dos quais a média de idade foi de 56 anos, e 17 (89%) destes eram do sexo feminino. Quando se inquiriu estes utentes relativamente à duração da sua dor, a grande maioria referiu que a dor já existia há anos (84%), cerca de 53% referiu ter uma dor intermitente e 42% uma dor contínua (**Anexo 27**) (**Anexo 28**). A maioria dos utentes apresentou queixas articulares e musculares.

Em relação às questões sobre os fatores que faziam piorar a dor, os mais referidos foram o caminhar, o estar de pé, o frio e o estar deitado (**Anexo 29**), por outro lado, os fatores que melhoravam a dor, referidos pelos inquiridos, foram o estar deitado, massagem, calor e fisioterapia (**Anexo 30**).

74 % dos inquiridos não referiu sintomas associados a esta dor, no entanto, alguns inquiridos (26%) referiram ter náuseas, tonturas, febre e dormência dos membros, entre outros (**Anexo 31**). Cerca de 89% dos inquiridos mencionou que a sua dor já tinha sido diagnosticada.

Quando foi pedido aos inquiridos para classificarem a sua dor numa escala de intensidade numérica de 0 a 10, todos os inquiridos classificaram a sua dor com valor igual ou superior a 5 (**Anexo 32**). Relativamente à influência que a dor apresentava na atividade geral dos utentes, a maioria também atribuiu valores superiores a 5, à exceção de 4 inquiridos que referiram não ter qualquer influência (**Anexo 33**). Quanto à influência da dor na sua disposição e na capacidade de andar a pé, apenas 5 utentes não referiram qualquer tipo de influência (**Anexo 34**) (**Anexo 35**). 13 dos inquiridos classificaram o efeito negativo da sua dor no trabalho com valores entre os 7 e os 10, por outro lado, quatro dos utentes referiram não sentir qualquer efeito no trabalho (**Anexo 36**). Relativamente à influência da dor sobre o sono a maioria dos inquiridos atribuiu na escala de 0 a 10, valores entre 5 e os 10, e apenas quatro pessoas atribuíram uma influência de 0 (**Anexo 37**).

Verificou-se que cerca de 79% dos inquiridos apresentavam mais algum problema de saúde, e faziam medicação crónica, sendo o grupo dos anti-hipertensores e dos ansiolíticos os mais comuns. Os medicamentos mais utilizados pelos utentes para o alívio da dor foram os AINES, e o grupo dos analgésicos e antipiréticos, representando, respetivamente, cerca de 51% e 32 % de todos os fármacos usados pelos inquiridos no combate da dor (**Anexo 38**).

Verificou-se também que 43% dos aconselhamentos para toma desta medicação foi feita por farmacêuticos, 38% feita pelo médico, e 19% por iniciativa própria ou familiares e amigos. Relativamente à frequência de toma destes medicamentos 67% dos inquiridos respondeu que só utilizava em SOS, 22% utilizava todos os dias, 6 % duas vezes ao dia, e 5 % mensalmente. Quando se questionou quanto às precauções que tinham com a toma do medicamento para dor, 67% dos inquiridos referiu ter precauções, nomeadamente, a toma do medicamento após as refeições e a toma de um protetor gástrico. 33% dos inquiridos revelou não ter qualquer precaução. 83% dos utentes afirmaram não nunca ter sentido nenhum efeito secundário associado à toma destes medicamentos, mas 17% afirmou já ter sentido dor de estômago, vómitos, e refluxo esofágico.

5. Discussão e conclusão

A partir do estudo de mercado pode-se aferir que os AINES e o grupo dos analgésicos e antipiréticos, por contemplar o paracetamol, são os grupos terapêuticos do estudo mais vendidos. No entanto, não se pode concluir que todas as vendas destes medicamentos tenham ocorrido com o objetivo do alívio da dor parte dos utentes da Farmácia Borrvalho. Uma vez que, os AINES são indicados para vários estados inflamatórios que não estão necessariamente associados a estado doloroso, e o paracetamol é também indicado para o controlo de estados febris, podendo estes também não estar associados à dor. Apesar destes factos, e, por comparação com os resultados obtidos dos inquéritos realizados,

verificou-se um paralelismo com a escolha dos fármacos para o alívio da dor por parte dos utentes inquiridos, cujos grupos mais escolhidos foram os AINES e os analgésicos e antipiréticos. Os derivados do ácido propiónico e do ácido acético revelaram ser os grupos de AINES mais procurados. No caso dos derivados do ácido propiónico, o ibuprofeno 400 mg e o ibuprofeno 600 mg, foram os fármacos que apresentaram maior número de vendas o que vai de encontro aos resultados dos inquéritos. Confrontando com a realidade experienciada ao balcão da Farmácia Borralho, os utentes em geral chegam à farmácia para comprar ibuprofeno 400 mg e 600 mg sem prescrição médica, com o intuito de reabastecerem o stock de medicamentos de casa e o mesmo acontece com o paracetamol 1000 mg. Este facto é importante dada a frequência com que muitos utentes usam AINES sem monitorização médica, correndo riscos de complicações gastrointestinais, entre outras.

No que compete aos analgésicos estupefacientes, a associação de tramadol e paracetamol, foi a mais vendida, o que já seria de esperar, dada a eficácia desta associação no tratamento da dor moderada a forte, e dada a menor toxicidade do tramadol, opióide fraco, quando comparada com outros opióides. Esta associação foi muitas vezes prescrita a um utente que apresentava dores renais, causadas por cálculos renais.

No caso dos relaxantes musculares e dos medicamentos para o tratamento da enxaqueca, as vendas foram muito inferiores aos restantes medicamentos, o que indica um menor recurso destes fármacos para o tratamento da dor. Apesar disso, no caso do tiocolquicósido este é indicado para o tratamento adjuvante de contraturas musculares dolorosas na patologia aguda da coluna vertebral em adultos e adolescentes a partir dos 16 anos [50], sendo muitas vezes prescrito em associação com um AINE para o tratamento de dores musculares fortes [51].

O número de inquéritos de avaliação da dor realizados foram muito reduzidos, devido à indisponibilidade de muitos utentes, e devido ao facto de apenas terem sido realizados durante o mês de Agosto. No entanto, e apesar do número obtido de inquéritos não ser estatisticamente significativo, pude aferir alguns aspetos relevantes. A maior parte dos inquiridos eram do sexo feminino, com uma média de idade de 56 anos, o que vai de encontro aos dados epidemiológicos europeus.

A grande maioria dos utentes abordados apresenta quadro de dor crónica e ao nível articular ou muscular, dado a grande maioria referir a existência de dor há anos, e classificá-la como intermitente. As origens destas dores são na sua grande maioria más posturas, esforço físico associados ao trabalho, sendo que muitos utentes referiram o estar de pé, o caminhar e o frio como fatores desencadeantes, e, por outro lado, o descanso físico, as massagens e a fisioterapia foram considerados os principais fatores aliviadores da dor, o que vai de encontro às queixas articulares e musculares referidas.

Foram poucos os casos que apresentaram outros sintomas aliados à dor, estando estes casos associados a enxaquecas, dores associadas a cálculos renais, em particular a um caso de um síndrome autoimune raro, síndrome de Behçet.

De uma forma geral, todos os utentes classificaram a sua dor em moderada ou grave, segundo a escala numérica de avaliação da intensidade da dor, o que indicaria, segundo a escada da dor proposta pela OMS, que muitos destes utentes estariam a fazer tratamento com fármacos analgésicos fortes como sendo os opióides. Na maioria dos casos, os utentes não faziam tratamento analgésico com opióides e, por isso, pode-se concluir que ou muitos dos inquiridos inflacionaram a intensidade da sua dor ou, por outro lado, muitos destes não terão acompanhamento médico adequado às suas necessidades.

Em grande parte dos casos, a dor afetava as atividades gerais dos inquiridos, e, também, a disposição, a produtividade no trabalho, a capacidade de caminhar, e o sono, à exceção de determinados casos que demonstraram suportar mais facilmente a dor. A maioria dos inquiridos fazia terapia crónica com ansiolíticos para controlar o sono.

Um outro aspeto patente neste estudo, é a automedicação entre os utentes, que está muitas vezes associada a uma recomendação médica ou farmacêutica para uma determinada situação pontual, que o utente interpreta como não pontual, assumindo recorrer ao medicamento sempre que sente necessidade. Aliado a este facto, só uma pequena percentagem faz um protetor gástrico contra possíveis efeitos adversos gastrointestinais associados ao consumo excessivo de AINES, tendo-se e verificado alguns casos que apresentam já efeitos adversos associados, como vómitos, e dores de estômago.

Para concluir, este estudo de campo durante o meu estágio na Farmácia Borralho, permitiu-me assimilar quais os grupos terapêuticos mais populares no âmbito do alívio da dor, perceber quais os tipos de dor mais recorrentes, e em que medida podem ser controlados e afetar a vida das pessoas. Além disso, o aconselhamento farmacêutico, tendo em conta toda a situação clínica dos utentes durante a realização dos inquéritos, foi deveras gratificante e relevante.

6.Caso de estudo: Síndrome de Behçet

No decorrer da execução dos inquéritos para avaliação da dor, deparei-me com um caso de dor cuja etiologia me chamou à atenção, e me suscitou particular interesse.

6.1. História Clínica

A utente em questão era do sexo feminino e com 39 anos de idade. A farmacoterapia atual da utente era alprazolam 2 mg, fluoxetina 40 mg, e beta-histina, cuja dosagem não soube identificar. Esta senhora queixava-se de dores em diferentes zonas do corpo,

nomeadamente, dores de cabeça frontais, anca, cotovelos, joelhos, calcanhares e zona lateral dos pés, sendo as caracterizava como dores intermitentes, e não coincidentes. Aliados à dor, apresentava outros sintomas, tais como, náuseas, tonturas e febre. Estes sintomas quando apareciam melhoravam com caminhadas e massagens, e pioravam quando ficava deitada ou sem se movimentar. Quando lhe perguntei o que tomava para combater as dores confessou que tomava nimesulida, e que a frequência da toma era quase diária, pois só com este fármaco sentia alívio da dor. Um outro aspeto importante que referiu é que tinha sido sujeita a várias intervenções cirúrgicas para remover gânglios que apareciam com frequência em várias zonas do corpo, referindo uma delas como sendo as virilhas. Todo este quadro raro foi diagnosticado como sendo síndrome *de Behçet*.

6.2. Síndrome de Behçet

O síndrome de Behçet ou doença de Behçet é uma doença inflamatória sistémica cuja etiologia se desconhece, e é caracterizada por episódios de ulceração oral, genital e da pele, lesões oculares e outras manifestações ao nível vascular, gastrointestinal, articular e neurológico [52][53].

6.2.1. Epidemiologia

A doença de Behçet existe em todo mundo, embora com diferentes incidências geográficas. A Turquia é o país com maior prevalência da doença, afetando cerca de 421 pessoas em cada 100,000. O Irão, Israel, Norte da China e a Coreia são depois da Turquia os países com maior incidência. Os países com menor incidência são o Reino Unido, Espanha, Suécia, Portugal e Estados Unidos, afetando cerca de 0.3 a 6.4 pessoas em cada 100,000 (**Anexo 39**). Afeta, essencialmente, pessoas entre os 30 e 40 anos, é rara em crianças e pessoas com mais e 50 anos é, ainda de referir, que é mais prevalente no sexo masculino [54].

6.2.2. Etiologia

A etiologia do síndrome de Behçet é desconhecida, sabe-se apenas que é originada por um processo autoimune desencadeado por agentes infecciosos ou ambientais em indivíduos com predisposição genética [52][53][54][55]. O alelo do antigénio leucocitário humano (HLA) -B51 tem sido muito associado ao risco da doença [50], e também outros genes têm sido envolvidos na patogénese da doença, tal como genes que codificam para interleucina-1 (IL-1), fator de coagulação V, molécula-1 de adesão intercelular (ICAM-1) e sintetase endotelial do óxido nítrico (eNOS) [52]. Sabe-se que os indivíduos provenientes de áreas endémicas que imigram para áreas onde a prevalência da doença é baixa, apresentam um risco intermédio de desenvolver a doença, indicando assim que os fatores

ambientais têm um papel ativo no desenvolvimento da doença [55]. Os agentes infecciosos mais envolvidos na etiologia da doença são o herpes simplex virus-1 e *Streptococcus sanguis*, e pensa-se que será devido à elevada homologia entre os antígenos dos microrganismos e as proteínas humanas [52][55].

6.2.3. Manifestações Clínicas

A doença de Behçet pode afetar diferentes sistemas do corpo humano, podendo a sua evolução variar consoante as diferenças étnicas, geográficas e humanas. Apesar disso, existem três sintomas que são comuns nestes pacientes, úlceras orais, úlceras genitais e doença ocular. As úlceras da cavidade bucal são o primeiro sintoma da doença afetando cerca de 47-86% dos pacientes. Estas aparecem, especialmente, nos lábios, língua, e mucosa gengival, com aparências disformes e mais dolorosas que as úlceras normais. As úlceras genitais ocorrem em mais de metade dos pacientes, e caracterizam-se por serem lesões grandes, com bordos irregulares. As lesões oculares ocorrem em cerca de 30-70% dos casos, podendo causar cegueira. Estas lesões são mais comuns e severas no sexo masculino. As lesões na pele são também frequentes, e caracterizam-se por serem lesões papulopustulares e do tipo acne, geralmente na face, membros, tronco e nádegas. Por vezes, também, podem ocorrer lesões neurológicas ao nível do sistema nervoso central (SNC) e ao nível do sistema nervoso periférico, causando sintomas piramidais bilaterais, extrapiramidais, hemiparesia, alterações comportamentais, paralisia de nervos cranianos e dor de cabeça. Para além destas manifestações, este síndrome pode causar afeções ao nível das artérias e veias, do coração, do sistema gastrointestinal [52][53], e das articulações. No caso das articulações, podem surgir artralgias inflamatórias, artrites e sinovites, sendo típico o quadro de oligoartralgias envolvendo os joelhos, anca e pulsos [56].

6.2.4. Diagnóstico

Uma vez que não existe um sinal clínico ou laboratorial patognômico da doença de Behçet, foram desenvolvidos ao longo do tempo diversos critérios de diagnóstico, sendo atualmente feito o diagnóstico da doença com base em critérios estabelecidos segundo *International Study Group (ISG) for Behçet's Disease (Anexo 40)*.

6.2.5. Tratamento farmacológico

O tratamento da doença passa essencialmente pelo alívio dos sintomas, uma rápida resolução da inflamação, prevenção da lesão dos tecidos, e redução da frequência e severidade dos episódios inflamatórios, evitando complicações [52]. O tratamento usado é determinado pelo órgão afetado, a extensão e severidade da lesão [52][54]. Os corticosteroides são frequentemente utilizados em monoterapia ou em combinação com

imunossupressores para o tratamento da inflamação aguda no entanto, não há evidências de que sejam eficazes no controlo da progressão da doença. A colquicina pode também ser utilizada para controlar afeções cutâneas e articulares, apesar de poder causar supressão da medula óssea e, por isso, ser obrigatória a monitorização das células sanguíneas. Alguns agentes alquilantes como a ciclofosfamida e o clorambucil, são usados em associação com corticosteroides no tratamento de lesões oculares refratárias e do SNC. O metotrexato é também uma alternativa para o tratamento das lesões ao nível do SNC, mucocutâneas e uveíte anterior. A talidomida, pelas suas propriedades imunomodeladoras é efetiva nas úlceras orais e genitais, lesões papulopostulares da pele, lesões neurológicas e gastrointestinais. Fármacos com sulfassalazina, dapstone e pentoxifilina, pelas suas propriedades anti-inflamatórias e imunomodeladoras são também usados no tratamento desta doença [52]. Agentes bloqueadores do fator de necrose tumoral (TNF), como o infliximab, etanercept e adalimumab têm sido usados, com sucesso, em casos de lesões mucocutâneas, gastrointestinais, neurológicas e até pulmonares, em pacientes resistentes ou com intolerância a imunossupressores *standard* (**Anexo 41**) [54].

6.3. Discussão do caso clínico

A utente tinha 39 anos de idade, o que vai de encontro ao período de idades em que a doença geralmente aparece (entre os 30 e os 40 anos). A senhora tinha queixas de dor de cabeça recorrentes, o que pode indicar algum tipo de lesão a nível neurológico, mas que deveria ser avaliado. Para além disso, a paciente apresentava dores na anca, cotovelos, joelhos e calcanhares, o que vai de encontro às manifestações clínicas associadas às lesões que ocorrem nas articulações, nomeadamente artralgia inflamatória, artrite e sinovite, sendo que normalmente há envolvimento dos joelhos e anca, tal como acontece no caso desta doente. Aliada à dor a paciente apresentava febre, o que poderá estar associado ao processo inflamatório que acompanha a doença. As náuseas e as tonturas poderiam também estar associadas às manifestações neurológicas da doença. Finalmente, a utente referiu que lhe apareciam nódulos com frequência, e que já tinha sido sujeita a várias intervenções cirúrgicas para a remoção dos mesmos. Este facto vai de encontro também a uma manifestação clínica muito comum que são as lesões ao nível da pele, nomeadamente eritemas nodosos, lesões papulopustulares e nódulos acneiformes. Relativamente à farmacoterapia a doente apenas fazia nimesulida, o que pode indicar que se encontra num estado inicial da doença, e bem controlado apenas com AINES. Em conclusão, esta senhora deverá ser acompanhada e vigiada frequentemente para que a doença seja bem controlada, e a terapêutica bem adequada não permitindo uma evolução rápida da doença, e minimizando os efeitos lesivos da mesma.

7. Estudo da dor oncológica

As doenças oncológicas são um problema da sociedade atual, e aliados às mesmas existem todos os problemas debilitantes, como é o caso da dor oncológica. Desta forma, farmacêutico deve ter também um papel ativo na população, através de serviços de informação prestados aos utentes relativos aos fármacos analgésicos usados nestes casos. Por outro lado, o aconselhamento é, também, importante para minimizar possíveis efeitos secundários associados à medicação, e minimizar possíveis interações farmacológicas entre a medicação crónica do utente e a medicação para a analgesia. Finalmente, a ajuda psicológica passa, muitas vezes, pelo farmacêutico, uma vez que este constitui o profissional de saúde de mais fácil acesso para a população em geral. Para que o farmacêutico possa exercer o seu papel, é de grande relevância que este possua o conhecimento apropriado sobre este tipo de dor tão particular e complexa. Por este motivo, e aproveitando o facto de ter estagiado no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, decidi aprofundar o estudo da dor oncológica tendo em vista a realização de um guia de consulta rápida sobre a dor, e, em particular a dor oncológica, para a colocar à disposição da equipa técnica da Farmácia Borralho.

7.1. Dor oncológica

Mais de 14 milhões de novos casos de cancro foram diagnosticados em 2012, e a incidência tem aumentado [57]. Como a deteção e o tratamento têm melhorado, existe um crescente número de pacientes que vivem com a doença e que apresentam consequências na sua qualidade de vida, a longo prazo. A dor associada ao cancro, especialmente a dor causada por metastização, é uma complicação muito frequente e altamente debilitante na vida destes doentes [58]. Uma grande percentagem dos pacientes com cancro experiencia dores severas e incontrolláveis durante o curso da doença, sendo o tratamento desta dor objetivo primário no acompanhamento da doença [59], dado que a dor tem um grande impacto no doente oncológico, significando agravamento do prognóstico, diminuição da autonomia, diminuição do bem-estar e qualidade de vida, e aumento do sofrimento físico. Estima-se que 35-45% destes doentes sentem dor à data do diagnóstico ou numa fase precoce da doença, cerca de 70% apresentam dor na fase avançada e que quase todos têm dor na fase terminal da doença [36].

7.2. Avaliação da dor oncológica

A avaliação da dor oncológica tem como objetivos a caracterização adequada da dor, incluindo o tipo de síndrome doloroso e a fisiopatologia associada, e a avaliação do impacto desta dor no sofrimento do paciente com cancro. As características a avaliar para a identificação do síndrome doloroso oncológico são: a intensidade, indicativa da urgência

do alívio, do fármaco de eleição, da via de administração e da frequência da dose; o tipo de dor, que sugere a sua frequência e fisiopatologia; a distribuição, distinção entre a dor focal, multifocal e generalizada, importante na seleção da terapia; a relação temporal, a dor oncológica pode ser aguda ou crónica, persistente durante 3 meses ou mais, com um padrão de recorrência em intervalos de meses, ou pela associação com um processo patológico crónico [60]. Estes doentes podem, ainda, apresentar uma dor contínua que aumenta à medida que ocorre a progressão da doença, esta dor é denominada de dor persistente (“background pain”), ou podem apresentar uma exacerbação passageira da dor que se sobrepõe a um fundo de dor persistente estável, denominada como dor irruptiva (“breakthrough pain”), esta dor, por sua vez, pode ou não estar associada a um evento precipitante e é de difícil controlo [58][36]. Os doentes oncológicos com dor podem ser classificados em cinco grupos diferentes: doentes com dor aguda oncológica, associada ao diagnóstico de cancro ou terapêutica; doentes com dor crónica oncológica, associada à progressão da cancro e à terapêutica; doentes com dor crónica persistente e dor oncológica; doentes com história de toxicodependência e dor oncológica; e, doentes em fase terminal com dor oncológica [60].

7.3. Síndromes de dor oncológicas

A dor oncológica ou maligna apresenta o mesmo mecanismo neurofisiológico da dor não maligna [61]. Os síndromes dolorosos causados pelo cancro definem-se pela associação de características particulares da dor e sinais físicos, com consequências específicas na doença e subjacentes ao tratamento. Os síndromes estão associados a etiologias e fisiopatologias distintas, e apresentam implicações prognósticas e terapêuticas importantes. (**Anexo 42**) [62].

7.3.1. Síndromes dolorosos associados à própria doença

7.3.1.1. Dor neuropática

A dor neuropática oncológica pode ser causada pela infiltração tumoral, pela compressão dos nervos, ou por efeitos ao nível dos nervos periféricos associados à doença. Estes síndromes dolorosos são muito variáveis, os pacientes podem ter dores ou distesias, como sensação de formigueiro ou queimação [61].

7.3.1.2. Dor nociceptiva

A infiltração neoplásica do tecido ósseo, muscular, conjuntivo e articular causa uma dor somática persistente, sendo os síndromes dolorosos associados ao osso os mais comuns. As metástases ao nível da coluna vertebral são as mais comuns, e, por isso, muitos

pacientes apresentam dores de costas, dada a compressão causada pelas metástases ao nível vertebral. A maioria destes síndromes são de fácil diagnóstico [61].

7.3.2. Síndromes dolorosos associados ao tratamento e diagnóstico

Os síndromes de dor nociceptiva associados à quimioterapia, radioterapia ou cirurgia são raros. A radioterapia ou os corticosteroides podem causar osteonecrose, causando por isso, dor óssea. Por outro lado, a quimioterapia pode causar dor visceral crónica. A maioria dos sintomas pós-tratamento são do tipo neuropático, causados por afeções ao nível das fibras nervosas, e no caso de amputações podem resultar da formação de um neuroma, causando o síndrome de dor fantasma (**Anexo 43**) [61].

7.4. Farmacoterapia da dor oncológica

A maioria dos pacientes com cancro consegue atingir um alívio da dor através de tratamentos anti-tumorais, terapias analgésicas sistémicas e outras técnicas não invasivas, como intervenções psicológicas e reabilitação [63]. O médico prescritor deve ter em conta a escada analgésica da OMS. Além disso, deve considerar que os analgésicos podem ser administrados de forma intermitente, nos casos de dor pouco intensa ou ocasional, ou numa base regular, por várias tomas ao longo do dia, nos casos em que a dor é acentuada e contínua. Para além disso, o doente deve iniciar a terapia com um único medicamento, com posterior associação, se necessário, e estes medicamentos devem ser escolhidos de acordo com os efeitos secundários e toxicidade associados [60].

Segundo a escada da analgesia, quando a dor é ligeira deve ser tratada com analgésicos não opióides como o paracetamol, ou AINES [60][61]. No caso dos AINES, estes apresentam efeitos secundários gastrointestinais e, por isso, é recomendada a administração de protetores gástricos [61]. Estes são particularmente interessantes no tratamento das dores ósseas, associadas à infiltração tumoral óssea, e em combinação com um opióide são úteis no balanço entre a analgesia e a toxicidade. O paracetamol constitui uma alternativa aos AINES, em caso de estar instituída a terapia com corticosteroides ou anticoagulantes, ou em caso de envolvimento tumoral da mucosa gástrica. É eficaz no controlo da dor oncológica cabeça e pescoço, e também na dor óssea, apresentado um efeito poupador de morfina [60].

Os pacientes com dor moderada devem ser tratados com um opióide fraco, caso da codeína, dihidrocodeína e tramadol, em associação com um analgésico não opióide [61]. Estes fármacos apresentam já alguns efeitos secundários, como é o caso da sedação, obstipação e depressão respiratória, e são úteis no tratamento da dor visceral e somática ligeira a moderada.

No caso de dor severa, a morfina é o fármaco mais utilizado, produzindo períodos de analgesia eficaz de 4 a 5 horas, sendo a via oral a preferível. Para além da morfina, existem outros fármacos derivados da mesma que podem ser usados como a hidromorfona, fentanil, sulfentanil, levorfanol, e oximorfona [60]. Dado que a via oral é a mais usada, e a morfina administrada por via parentérica constitui cerca de 1/3 da dose da medicação oral, as formulações orais de hidromorfona e oxicodona, são boas alternativas para a morfina oral. O fentanilo e a buprenorfina transdérmicos são a melhor escolha para pacientes que são incapazes de engolir, ou pacientes com pouca tolerância à morfina. A metadona pode também ser uma alternativa, embora seja mais complicado o seu uso, dadas as diferenças inter-individuais no seu tempo de semivida no plasma, e na sua duração de ação. Os pacientes que apresentem dor muito severa e que necessitem de alívio rápido devem ser tratados com opióides administrados por via subcutânea [61]. É de salientar, que muitos pacientes podem desenvolver efeitos adversos associados aos opióides. A sedação é um efeito inicial muito frequente, e deve ser tratada distribuindo a dose total em frações mais pequenas ao longo do dia. A obstipação também é um efeito muito comum, devendo ser atenuado com a instituição de uma dieta rica em fibra e líquidos, associada a agentes gastrocinéticos como a metoclopramida e a domperidona, e só em último caso, recorrer a laxantes. As náuseas e os vômitos são outros sintomas associados aos opióides, neste caso pode-se associar o haloperidol ou hidroxizina para aliviar os sintomas. Pode, ainda, ocorrer depressão respiratória, retenção urinária, hipotensão, e, em caso de sobredosagem, mioclonias multifocais e miose.

Os fármacos adjuvantes são fármacos que são administrados em associação com os analgésicos, e cuja indicação primária pode não ser a analgesia. Estes permitem potenciar a ação dos analgésicos, tratar efeitos secundários, ou tratar sintomas associados à doença. Os antidepressivos, como a amitriptilina, clomipramina e a imipramina, para além de aliviarem a depressão, apresentam efeito analgésico na dor neuropática. Os anticonvulsivantes são também eficazes no tratamento da dor neuropática, e em especial na dor lancinante, sendo úteis no tratamento das nevralgias do trigémeo e glossofaríngeo, na nevralgia pós-herpética e pós-traumática, na nevralgia diabética, e em doentes com dor associada a lesões medulares. Os corticosteroides são um grupo de fármacos muito usado, particularmente, na dor óssea causada por compressão medular, na pressão intracraniana e na dor visceral, apresentando, ainda, uma ação antiemética muito útil nestes doentes. Os neurolépticos, como o haloperidol, otimizam a analgesia causada pelos opióides e diminuem os efeitos secundários associados como náuseas, confusão e agitação. Outros grupos de fármacos também usados como adjuvantes da dor, são os diuréticos, as benzodiazepinas, psicostimulantes e anti-histamínicos [60]. É, de ressaltar, que com o intuito de continuar o meu estudo sobre a dor oncológica, e, particularmente, o seu

tratamento, acompanhei na consulta da dor realizada no IPO do Porto, alguns casos clínicos descritos no relatório hospitalar.

7.5. Terapia não farmacológica

A terapia não farmacológica da dor oncológica pode ser útil em determinados casos, e engloba técnicas cirúrgicas neuroablastivas, técnicas de analgesia regional, técnicas de neuroestimulação e radioterapia.

As técnicas cirúrgicas neuroablastivas podem ser de dois tipos, ou remoção da massa tumoral causadora da compressão de um nervo ou distensão de um órgão, ou interrupção, por seccionamento, das vias nervosas.

As técnicas de analgesia regional podem ser do tipo de bloqueios neurolíticos ou bloqueio espinal. Os bloqueios neurolíticos são temporários, e consistem na injeção de agentes neurolíticos, como o etanol e o fenol, na região do nervo apropriada, causando a destruição do nervo, e, conseqüente, interrupção das vias nociceptivas. Por outro lado, o bloqueio espinal consiste na interrupção da transmissão nervosa através da medula espinal, pela administração de opióides no espaço epidural ou subaracnoide, e pela injeção de fenol ou etanol nos espaços subdural, no caso das dores de cabeça ou pescoço, epidural, nas dores do pescoço, ombros e braços, e aracnoide, nas dores ocorridas na parte inferior do corpo. A neuroestimulação é uma técnica que consiste na estimulação do sistema nervoso central (SNC), através de elétrodos e geradores de impulsos, tendo como objetivo aumentar as funções de certas partes do SNC.

Finalmente, a radioterapia é também importante no tratamento da dor associada à compressão medular provocada pela metastização óssea [60].

8. Guia de Consulta Rápida: *Tratamento da Dor*

No âmbito do meu trabalho de campo durante o estágio na Farmácia Borralho, realizei um guia de consulta rápida sobre o tratamento da dor, onde procurei resumir toda a informação de forma clara e esquemática. Neste guia, estão presentes informações relativas aos diferentes tipos de dor, à dor articular, às cefaleias e dor oncológica, escalas para a avaliação da intensidade da dor, escada analgésica proposta para o tratamento da dor, informações relativas aos analgésicos não opióides, nomeadamente dose máxima diária, e contraindicações em doentes de risco, e também informações relativas aos analgésicos opióides, e aos fármacos recomendados para o tratamento dos efeitos adversos associados a estes fármacos (**Anexo 45**) [35-37][39-40][61][64-99].

9. Panfleto informativo: *Não sofra em silêncio*

No seguimento do trabalho de campo efetuado, autoproduz-me a fazer um panfleto informativo sobre a dor para toda a população de utentes da Farmácia Borralho, uma vez que um panfleto contém, de forma concisa, resumida e atrativa, os esclarecimentos necessários para uma melhor compreensão da dor em geral. A maior preocupação no desenvolvimento do panfleto foi a utilização de linguagem acessível a todas as faixas etárias e classes sociais que frequentam a farmácia, nunca descurando a componente científica como base deste trabalho. No panfleto desenvolvido (**Anexo 44**) constam informações relevantes para a compreensão do aparecimento de dor, a quem o utente deve recorrer e em que situações, os tratamentos que existem para os diferentes tipos de dor, conselhos não farmacológicos para evitar o aparecimento de dor, e fontes informativas úteis [100].

10. Conclusão

Para poder iniciar o meu trabalho de campo na Farmácia Borralho, realizei, primeiramente, um trabalho de pesquisa árduo, com o qual pude alargar os meus conhecimentos científicos de um tema intemporal, como é a dor. A realização do estudo de mercado dos medicamentos usados para o tratamento da dor aliado aos questionários de avaliação da dor realizados durante o meu estágio permitiu-me alargar os meus conhecimentos no âmbito da dor em geral, tanto na vertente do farmacêutico comunitário como na vertente do utente. Na vertente do farmacêutico comunitário consegui perceber quais as opções de tratamento disponíveis em farmácia comunitária, e distinguir as melhores opções para cada situação em particular, dependendo do tipo de dor, da sua frequência, da farmacoterapia do doente em causa, e da sua história clínica. Para além disso, pude contactar mais diretamente com a realidade da dor de cada doente em particular pela realização dos questionários da dor, ouvindo as suas queixas, as suas preocupações, os seus problemas pessoais e fazendo ao mesmo tempo aconselhamento farmacêutico. De facto, senti em alguns utentes um sentimento de gratidão para comigo, o que é deveras gratificante para qualquer pessoa, e em particular para um profissional de saúde, que deve servir incondicionalmente a saúde e o bem-estar em geral de todos os utentes.

Com a realização do panfleto pude colocar em prática as minhas capacidades de aconselhamento farmacêutico e comunicação, tendo desta forma conseguido passar uma mensagem importante sobre a temática da dor. No seguimento do meu estudo da dor, propus-me a estudar um caso particular de dor, causado por um síndrome raro, o que me permitiu alargar o meu conhecimento científico neste âmbito, e compará-lo com a história clínica do utente em particular, desenvolvendo desta forma as minha capacidades de

farmacêutico clínico. Finalmente, e para completar o meu estudo durante estes 4 meses, propus-me a estudar a dor oncológica, estudo este que ampliou o meu conhecimento da dor, e com o qual consegui mais valências não só para exercer o meu papel de profissional de saúde perante o utente oncológico na farmácia comunitária, mas também para poder acompanhar e perceber determinadas prescrições médicas e casos clínicos hospitalares. Assim sendo, posso afirmar que o trabalho de estudo e de campo na sua integridade, veio acrescentar conhecimento relevante para o exercício do ato farmacêutico comunitário e hospitalar.

Referências Bibliográficas

- [1] Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 172/2012 - Regime jurídico do horário de funcionamento das farmácias de oficina. Diário da República, 1ª Série, nº 148, de 1 de agosto.
- [2] Ministério da Saúde. Portaria nº 277/2012 - Regime jurídico do horário de funcionamento das farmácias de oficina, da execução de escalas de turno e do valor máximo a cobrar pelas farmácias de turno na dispensa de medicamentos. Diário da República, 1ª Série, nº 177, de 12 de setembro.
- [3] Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 307/2007 - Regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, 1ª Série, nº 168, de 31 de agosto.
- [4] Santos HJ, Cunha IN, Coelho PV, Cruz P, Botelho R, Faria G, *et al* (2009). Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. 3ª Edição. Ordem dos Farmacêuticos.
- [5] INFARMED. Deliberação nº 2473/2007 - Regime jurídico sobre as áreas mínimas das farmácias de oficina e sobre os requisitos de funcionamento dos postos farmacêuticos móveis. Diário da República, 2ª Série, nº 247, de 28 de novembro.
- [6] Assembleia da República. Lei nº 25/2011 - Regime jurídico da indicação do preço de venda ao público na rotulagem de medicamentos. Diário da República, 1ª Série, nº 115, de 16 de junho.
- [7] Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 65/2007 – Regime jurídico da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados. Diário da República, 1ª Série, nº 52, de 14 de março.
- [8] Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 176/2006 - Estatuto do medicamento. Diário da República, 1ª Série, nº 167, de 30 de agosto.
- [9] Assembleia da República. Lei nº 11/2012 - Regime jurídico das regras de prescrição e dispensa de medicamentos. Diário da República, 1ª Série, nº 49, de 8 de março.
- [10] Ministério da Saúde. Portaria nº 137-A/2012 - Regime jurídico das regras de prescrição de medicamentos, modelos de receita médica, condições de dispensa de medicamentos e informação a prestar aos utentes. Diário da República, 1ª Série, nº 92, de 11 de maio.
- [11] Ministério da Saúde. Portaria nº 224-A/2013 - Regime jurídico das regras de prescrição de medicamentos, modelos de receita médica, condições de dispensa de medicamentos e informação a prestar aos utentes. Diário da República, 1ª Série, nº 130, de 9 de julho.

[12] Ministério da Saúde. Despacho nº 11254/2013 - Regime jurídico sobre os modelos de receita médica. Diário da República, 2ª Série, nº 167, de 30 de agosto.

[13] INFARMED. Acessível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/Normas_prescricao.pdf [acedido em 03 de outubro de 2014].

[14] Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 106-A/2010. Diário da República, 1ª Série, nº 192, de 1 de outubro.

[15] Ministério da Justiça. Decreto-Lei nº 15/93 - Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. Diário da República, 1ª Serie-a, nº 18, de 22 de janeiro.

[16] INFARMED: Saiba mais sobre Psicotrópicos e Estupefacientes. Acessível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAIS_SOBRE/SAIBA_MAIS_ARQUIVO. [acedido em 03 de outubro de 2014].

[17] Ministério da Justiça. Decreto Regulamentar nº 61/94 - Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. Diário da República, 1ª Série-B, nº 236, de 12 de outubro.

[18] Ministério da Saúde. Decreto Regulamentar nº 28/2009 - Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. Diário da República, 1ª Série, nº 197, de 12 de outubro.

[19] Ministério da Saúde. Portaria nº 198/2011 - Regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica de medicamentos. Diário da República, 1ª Série, nº 96, de 18 de maio.

[20] Ministério da Saúde. _Despacho n.º 2245/2003 – Grupo de Consenso de sobre automedicação. Diário da República, 2ª Série, nº 29, de 4 de fevereiro de 2003.

[21].INFARMED: Saiba mais sobre Automedicação. Acessível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAIS_SOBRE/SAIBA_MAIS_ARQUIVO/29_Automedica%E7%E3o.pdf [acedido em 03 de outubro de 2014].

[22] Ministério da Saúde. Despacho n.º 17690/2007 – Revoga o anexo ao despacho n.º 2245/2003, de 16 de Janeiro - lista das situações de automedicação. Diário da República, 2ª Série, n.º 154, de 10 de Agosto de 2007.

[23] INFARMED. Produtos Cosméticos. Acessível em <http://www.infarmed.pt>. [acedido em 03 de outubro de 2014].

[23] Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 95/2004 – Regulação da prescrição e da preparação de medicamentos manipulados. Diário da República, 1ª Série-a, nº 95, de 22 abril.

[24] Ministério da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas. Decreto-Lei nº 74/2010 - Regime geral aplicável aos géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial. Diário da República, 1ª Série, nº 118, de 21 de junho.

[25] Ministério da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas. Decreto-Lei nº 136/2003 – Suplementos Alimentares. Diário da República, 1ª Série-a, nº 147, de 28 de junho.

[26] Ministério da Agricultura, do Mar, do Ambiente e do Ordenamento do Território - Direção-Geral de Veterinária. Decreto-Lei nº 314/2009. Diário da República, 1ª Série, nº 209, de 28 de outubro.

[27] Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 145/2009. Diário da República, 1ª Série, nº 115, de 17 de junho.

[28] INFARMED. Dispositivos Médicos. Acessível em <http://www.infarmed.pt>. [acedido em 03 de outubro de 2014].

[29] Ministério da Economia e Inovação. Decreto-Lei nº 10/2007. Diário da República, 1ª Série, nº 13, de 18 de janeiro.

[30] VALORMED. Quem somos. Acessível em <http://www.valormed.pt>. [acedido em 04 de outubro de 2014].

[31] Ministério da Saúde. Portaria nº 1429/2007 - Regime jurídico sobre os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias. Diário da República, 1ª Série, nº 211, de 2 de novembro.

[32] INFARMED: Saiba mais sobre Farmacovigilância. Acessível em <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA MAIS SOBRE/SAIBA MAIS ARQUIVO>. [acedido em 20 de outubro de 2014].

[33] Merskey H, Bogduk N (1994). Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy. *IASP Press*.

- [34] Lopes JM (2003). *Fisiopatologia da Dor*. 1ª Edição Permanyer, Portugal.
- [35] Garland EL (2012). Pain Processing in the Human Nervous System: A Selective Review of Nociceptive and Biobehavioral Pathways. *Primary Care*; 39: 561– 571.
- [36] Costa CA, Santos C, Alves P, Costa A (2007). Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*; 6: 855-867.
- [37] Schestatsky P (2008). Definition, diagnosis and treatment of neuropathic pain. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*; 28: 177-187.
- [38] *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. (2012) World Health Organization, Geneva, 16-22.
- [39] Thienhaus O, Cole BE (2002). Classification of pain. In: Weiner RS. *Pain management: a practical guide for clinicians*. 6th ed. CRC Press, New York, 27-36.
- [40] Quintal ML (2004) *Dor Neuropática*. 1ª Edição Permanyer, Portugal.
- [41] Vargas-Schaffer G (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Canadian Family Physician*; 56: 514-517.
- [42] Deer T, Winkelmuller W, Erdine S, Bedder M, Burchiel Kim (1999). Intrathecal Therapy for Cancer and Nonmalignant Pain: Patient Selection and Patient Management. *Neuromodulation*; 2: 55-66.
- [43] World Health Organization Expert Committee. Busch SJ, Ross E. *Cancer pain relief and palliative care*. World Health Organization Technical Report Series 804 1990:1 – 73.
- [44] *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. (2010) Orientação da Direcção-Geral da Saúde Nº 015/2010.
- [45] *Terapêutica da Dor Neuropática*. (2011) Norma da Direcção-Geral da Saúde Nº 043/2011.
- [46] Breivik H, Collet B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*; 10: 287–333.
- [47] Eurotrials: Boletim informativo nº 37-Dor crónica. Acessível em: www.eurotrials.com [acedido em 20 de setembro de 2014].

- [48] *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor* (2003). Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde Nº 09/DGCG.
- [49] Mateus A, Ferreira B, Monforte E, Ferreira F, Alvarenga M, Silva M, *et al* (2008). *Dor Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros, Anexo I: 31-35.
- [50] INFOMED: RCM Relmus 4 mg / 2 ml solução injetável. Acessível em: www.infomed.pt. [Acedido em 18 de outubro de 2014].
- [51] Aksoy C, Karan A, Diraçoglu D (2002) Low back pain: results of an open clinical trial comparing the standard treatment alone to the combination of standard treatment and thiocolchicoside. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*; 3: 103-108.
- [52] Correia M, Barbedo M, Vaio T, Mota M, Gonçalves O, Valente J (2009). Behçet's disease – a contemporary review. *Journal of Autoimmunity* ; 32: 178–188.
- [53] Marshall S E (2004). Behçet's disease. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*; 18: 291-311.
- [54] Cho SB, Cho S, Bang D (2012) New Insights in the Clinical Understanding of Behçet's Disease. *Yonsei Medical Journal*; 53: 35-42.
- [55] Greco A, Marinelli C, Gallo A, Fusconi M, Macri GF, De Virgilio A, Martellucci S, Vincentiis M (2014). Immunological Model and Otological Manifestations of Behçet's Disease. *The Open Immunology Journal*; 7: 1-7.
- [56] Badi MAA, Zyani M, Kaddouri S, Niamane R, Hda A, Algayres JP (2007). Skeletal manifestations in Behçet's disease. A report of 79 cases. *La Revue de médecine interne* 29:277–282.
- [57] WHO: Cancer. Acessível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. (acedido a 11 de outubro de 2014).
- [58] Falk S, Bannister K, Dickenson AH (2014). Cancer pain physiology. *British Journal of Pain*; 1: 1-9.
- [59] Schmidt BL, Hamamoto DT, Simone DA, Wilcox GL (2010). Mechanisms of cancer pain. *Molecular Interventions*; 10: 164-178.
- [60] Magalhães H, Félix R, Costa A, Cordeiro S (2005). Cuidados paliativos. In: Magalhães H, Félix R, Costa A, Cordeiro S, eds. *O Cancro e a Qualidade de Vida*. 1ª ed. Novartis, Lisboa, 900-925.
- [61] Portenoy RK, Lesage P (1999). Management of cancer pain. *The Lancet*; 353: 1695–1700.

- [62] Cherny NI (2005). Evaluación del dolor oncológico. In: McMahon S, Koltzenburg M, eds. *Tratado del Dolor*. Versión en español de la 5ª edición de la obra original en inglés. Elsevier, London, 1127-1154.
- [63] Jost L, Roila F (2010). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*; 21: 257-260.
- [64] Gonçalves A (2005) *Cefaleias um desafio*. 1ª edição Permanyer, Portugal.
- [65] Sociedade Portuguesa de cefaleias: ABC. Acessível em: <http://www.cefaleias-spc.com/> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [66] Cardoso A, Branco JC, Silva JA, Cruz M, Costa MM (2005). *Regras de Ouro em reumatologia*. DGS, Lisboa, 14-15.
- [67] Vargas-Schaffer G (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Canadian Family Physician*; 56 : 514-517.
- [68] INFOMED: RCM Airtal®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [69] INFOMED: RCM Aspirina®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [70] INFOMED: RCM Celebrex®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [71] INFOMED: RCM Profenid®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [72] INFOMED: RCM Clonix®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [73] INFOMED: RCM Voltaren®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [74] INFOMED: RCM Arcoxia®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [75] INFOMED: RCM Brufen®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [76] INFOMED: RCM Acabel®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [77] INFOMED: RCM Movalis®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [78] INFOMED: RCM Naprozyn®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [79] INFOMED: RCM Seractil®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].

- [80] INFOMED: RCM Aulin®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [81] INFOMED: RCM Ben-U-ron®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [82] INFOMED: RCM Transtec®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014]
- [83] INFOMED: RCM Buprenorfina®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [84] INFOMED: RCM Durogesic®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [85] INFOMED: RCM Fentanilo Sandoz®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [86] INFOMED: RCM Abstral®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [87] INFOMED: RCM Actic®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [89] INFOMED: RCM Jurista®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [90] INFOMED: RCM MST®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [91] INFOMED: RCM Sevredol®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014].
- [92] INFOMED: RCM Oramorph®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014];
- [93] INFOMED: RCM Palexia Retard®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014];
- [94] INFOMED: RCM Tramal®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014];
- [95] INFOMED: RCM Travex®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014];
- [96] INFOMED: RCM Zaldiar®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014];
- [97] INFOMED: RCM Dol-u-ron®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014];
- [98] INFOMED: RCM Targin®. Acessível em: <https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> [acedido em 19 outubro de 2014];

[99] Swegle JM, Logemann C (2006). Management of common opioid-induced adverse effects. *American Family Physician*; 74: 1347-54.

[100] APED-Informações para os doentes com dor crónica. Acessível em <http://www.aped-dor.org>. [acedido em 06 de Outubro de 2014].

Anexos

Anexo 1. Cronograma das atividades desenvolvidas.

Anexo 2. Fatura de encomenda realizada ao fornecedor Alliance Healthcare.

Anexo 3. Requisição especial que acompanha substâncias psicotrópicas e/ou estupefacientes.

Anexo 4. Modelos de Receitas Médicas.

Anexo 5. Verbete de faturação.

Anexo 6. Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados.

Anexo 7. Laboratório da Farmácia Borralho.

Anexo 8. Espaço Animal da Farmácia Borralho.

Anexo 9. Contentor VALORMED.

Anexo 10. Tabela ilustrativa das causas frequentes de dor neuropática.

Anexo 11. Esquema ilustrativo da 4-step ladder.

Anexo 12. Algoritmo do tratamento da dor neuropática.

Anexo 13. Impacto da dor crónica na vida quotidiana.

Anexo 14. Prevalência da dor crónica “Auto reportada” na União Europeia.

Anexo 15. Prevalência de dor crónica por localização.

Anexo 16. Prevalência da dor crónica, por sexo e idade.

Anexo 17. Prevalência da dor crónica por região em Portugal.

Anexo 18. Questionário para a avaliação da dor.

Anexo 19. Escalas para avaliação de intensidade da dor.

Anexo 20. Gráfico representativo das percentagens das vendas dos diferentes grupos terapêuticos.

Anexo 21. Gráfico representativo do número de vendas de analgésicos estupefacientes.

Anexo 22. Gráfico representativo do número de vendas de analgésicos e antipiréticos.

Anexo 23. Gráfico representativo das percentagens das vendas dos anti-inflamatórios não esteroides.

Anexo 24. Gráfico representativo do número de vendas de anti-inflamatórios não esteroides.

Anexo 25. Gráfico representativo do número de vendas de anti-inflamatórios não esteroides derivados do ácido propiónico.

Anexo 26. Gráfico representativo do número de vendas de anti-inflamatórios não esteroides derivados do ácido acético.

Anexo 27. Gráfico representativo das respostas dadas pelos inquiridos à pergunta: “Há quanto tempo tem dor?”

Anexo 28. Gráfico representativo das classificações da dor segundo a sua duração.

Anexo 29. Gráfico representativo dos fatores desencadeadores de dor referidos pelos inquiridos.

Anexo 30. Gráfico representativo dos fatores que melhoram a dor referidos pelos inquiridos.

Anexo 31. Gráfico representativo dos sintomas provocados pela dor.

Anexo 32. Gráfico representativo da intensidade da dor.

Anexo 33. Gráfico representativo da influência da dor na atividade quotidiana.

Anexo 34. Gráfico representativo da influência da dor na disposição dos utentes.

Anexo 35. Gráfico representativo da influência da dor na capacidade de caminhar dos utentes.

Anexo 36. Gráfico representativo da influência da dor no trabalho.

Anexo 37. Gráfico representativo da influência da dor no sono.

Anexo 38. Gráfico representativo dos grupos de analgésicos.

Anexo 39. Distribuição mundial do Síndrome de Behçet.

Anexo 40. Critérios de diagnósticos da Doença de Behçet.

Anexo 41. Pirâmide de tratamento da doença de Behçet.

Anexo 42. Tabela ilustrativa de alguns síndromes de dor oncológica.

Anexo 43. Tabela ilustrativa de alguns síndromes dolorosos crónicos em pacientes com cancro associados ao tratamento.

Anexo 44. Panfleto informativo sobre a dor.

Anexo 45. Guia de consulta rápida: Tratamento da dor.

Anexo 1. Cronograma das atividades desenvolvidas

MAIO 2014

Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

JUNHO 2014

Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

JULHO 2014

Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom
30	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

AGOSTO 2014

Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Legenda:

-  Receção e armazenamento de encomendas. Correção e organização do receituário. Preparação para o atendimento ao público.
-  Receção e armazenamento de encomendas. Correção e organização do receituário. Atendimento ao público. Serviços farmacêuticos.
-  Receção e armazenamento de encomendas. Correção e organização do receituário. Atendimento ao público. Serviços farmacêuticos. Inquéritos de avaliação da dor.
-  Formações.

Anexo 2. Fatura de encomenda realizada ao fornecedor Alliance Healthcare.



ALLIANCE HEALTHCARE, S.A.

Sede Social:

Rua Eng.º Ferreira Dias, 728, 3.º Piso Sul

4149-014 PORTO PORTUGAL

Contr: 502693150 C.R.C. 51991 Porto

Capital Social: EUR 2,500,000.00

Armazem:

Rua Eng.º Ferreira Dias, 738 4149-014 POR

Telef: 226158700 Fax: 226107969

FACTURA - Original

Rota : R400

ARMAZEM PORTO

Pag. : 1 / 1

Nr : 98A1091914

Data : 2014/10/31

V 000000009800000020000020140000001/1091914

FARMACIA BORRALHO

REGO CABRAL LDA

AV FERNAO DE MAGALHAES 692

PORTO

4350-151 PORTO, PORTUGAL

Cliente Platina

Cli FI: 4707

Cli OP: 275

Cont: 508426880

MILENIO1 00:00, 17:00 Guia: 001179048

NO-Normal

Lin	Codigo	Designacao	Ped	Env	PVP	Preco	MG	%Desc	Tx.Cm	PVF	Total	IVA
Nr.Externo 74661												
A	1	5370135 ARANKELLE MG 3/0.02MG 63CMP GDR		1	10.55	6.90	PVA E2	38.41	.04	4.96	4.96	# G 6

Contentor: A 072780

Grupo Teva GHP / 10-2014 - 846.74 de 1260.35

MG Margem Legal Armz.		Margem Legal Farm.		MG Margem Legal Armz.		Margem Legal Farm.		MG Margem Legal Armz.		Margem Legal Farm.	
E2	2.17%	+	.52	5.51%	+	1.31					
Merc.Suj.Desconto											
Total:		.00	6.0		4.96		.30	M	LIQUIDO		4.96
MN Plat+:		.00	23.0		.15		.03	S	VALOR FEE		.15
Merc. Sem Desc. (#)			.0		.00		.00		IVA		.33
		4.96	.0		.00		.00		TOTAL		5.44
									UNIDADES		1
									NRLINHAS		1

Local Carga : N/Armazem Viatura: ____/____/____ Data/Hora: 2014/10/31 17:30
 Local Descarga : AV FERNAO DE MAGALHAES 692
 PORTO
 4350-151 PORTO

Bens colocados a disposicao do adquirente em 2014/10/31. Registo ANREEE Nr.PT001261
 MARGENS LEGAIS ANTIGAS: M0 - 31-12-2011; M1 a M6 - de 2011 a 03-2014. RECOLHA: Z
 ovirax pomada oftálmica (8583807), Lote nº 3M940, Val.12/2018. Motivo: deteção d

32819.00
 40.00

FNDY-Processado Por Programa Certificado N° 383/AT

Uma parceria Alliance Boots, Associação Nacional das Farmácias e José de Mello Participações II SGPS



Anexo 3. Requisição especial que acompanha substâncias psicotrópicas e/ou estupefacientes.

REQUISICÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI Nº 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

Requisição nº 2895593/P
 Cliente: 21739 FARM.BORRALHO-PORTO AG - 2117414/P
 AV FERNÃO DE MAGALHÃES, 692 Data: 29-10-2014
 4350 151 PORTO Relativa à factura nº AG - 12918295



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

Requisita-se a: Cooperativa dos Proprietários de Farmácia, CRL.

		Página	1	de	1
Código	Designação, Forma Farmacéutica e Dosagem	Quantidade Pedida	Enviada		
4510780	DIAZEPAM RATIOPHARM 10 MG 20 COMPRIMIDOS	1	1		

De acordo com a legislação em vigor remeto o duplicado devidamente assinado e carimbado, arquivando o original por um período de 3 anos.

FARM.BORRALHO-PORTO
 Director Técnico ou Farmacêutico Responsável

COOPROFAR, CRL
 Director Técnico:

Susana Quelhas

(assinatura legível)
 Nº de Insc. na O.F. Data e Carimbo

Susana da Silva Quelhas Sampaio Maia
 Nº de Insc. na O.F.: 11045

Processado por computador

REQUISICÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI Nº 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

Requisição nº 2895593/P
 Cliente: 21739 FARM.BORRALHO-PORTO AG - 2117414/P
 AV FERNÃO DE MAGALHÃES, 692 Data: 29-10-2014
 4350 151 PORTO Relativa à factura nº AG - 12918295



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

Requisita-se a: Cooperativa dos Proprietários de Farmácia, CRL.

		Página	1	de	1
Código	Designação, Forma Farmacéutica e Dosagem	Quantidade Pedida	Enviada		
4510780	DIAZEPAM RATIOPHARM 10 MG 20 COMPRIMIDOS	1	1		

De acordo com a legislação em vigor remeto o duplicado devidamente assinado e carimbado, arquivando o original por um período de 3 anos.

FARM.BORRALHO-PORTO
 Director Técnico ou Farmacêutico Responsável

COOPROFAR, CRL
 Director Técnico:

Susana Quelhas

(assinatura legível)
 Nº de Insc. na O.F. Data e Carimbo

Susana da Silva Quelhas Sampaio Maia
 Nº de Insc. na O.F.: 11045

Processado por computador

15721942001

Anexo 4. Modelos de Receitas Médicas.

Receita Médica Nº		Guia de tratamento para o utente	
(representação em código de barras e caracteres)		(representação em código de barras e caracteres)	
Utente: (N.º do utente em código de barras e caracteres) Telefone: R.C.: Entidade Responsável: Nº de Beneficiário: (representação em código de barras e caracteres)	Local de Prescrição: Prescritor: Telefone: Código Acesso: Código Direto opção (informação a utilizar para dispensa de medicamentos na farmácia) DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia Nº	1 2 3 4	
(N.º da cédula profissional, em código de barras e caracteres ou vinheta de prescritor) Especialidade: Telefone:	(Nome profissional) (Local de Prescrição) (representação em código de barras e caracteres)	1 2 3 4	
DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia Nº Extensão Identificação Ótica		Encargo para o utente de acordo com os medicamentos comercializados que cumprem a prescrição médica 1 (*) 2 (*) 3 (*) 4 (*)	
Validade: 30 dias Data: aaaa-mm-dd		Para obter mais informações sobre o grupo dos medicamentos: • Consulte «Pesquisa Medicamentos», no site do INFARMED (www.infarmed.pt); • Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Dias úteis: 08.00-13.00 e 14.00-17.00); • Fale com o seu médico ou farmacêutico. Data: aaaa-mm-dd	
(assinatura do Utente)		Processado por computador - software, versão - empresa	

Receita materializada não renovável.

Receita Médica Nº			Guia de Tratamento para o utente	
(representação em código de barras e caracteres)			(representação em código de barras e caracteres)	
Utente: (N.º do utente em código de barras e caracteres) Telefone: R.C.: Entidade Responsável: N.º de Beneficiário: (representação em código de barras e caracteres)			Local de Prescrição: Prescritor: Utente: Telefone: Código Acesso: Código Direito opção: (informação a utilizar para dispêndio de medicamentos na farmácia)	
(N.º da cédula profissional, em código de barras e caracteres ou vinheta de prescritor) Especialidade: Telefone:			DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia N.º Extensão Identificação Clínica	
1 2 3 4			1 2 3 4	
Validade: 6 meses Data: aa-mm-dd			Encargo para o utente de acordo com os medicamentos comercializados que cumprem a prescrição médica 1 (*) 2 (*) 3 (*) 4 (*)	
Pretendo encerrar o direito de opção ☐ Sim ☐ Não			Para obter mais informações sobre o preço dos medicamentos: • Consulte «Inquérito Medicamentos», no sítio do INFARMED (www.infarmed.pt); • Contacte a Linha de Medicamentos 800 222 666 (Dias úteis: 09.00-13.00 e 14.00-17.00); • Fale com o seu médico ou farmacêutico. Data: aa-mm-dd	
(assinatura do Utente)			Processado por computador - software, versão - empresa	

Receita materializada renovável

Receita Médica Nº		
Utente: N.º de Utente: Telefone: Entidade Responsável: N.º de Beneficiário:		
R.C.:		
RECEITA MANUAL ☐ Prescrição regular ☐ a) Falência informática ☐ b) Inadaptação do prescritor ☐ c) Prescrição no domicílio ☐ d) Até 40 receitas/ano		
Vinheta do Prescritor	Especialidade: Telefone:	Vinheta do Local de Prescrição
DCI / Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem N.º Extensão		
1 2 3 4		
Posologia Posologia Posologia Posologia		
Assinatura do Prescritor Pretendo encerrar o direito de opção ☐ Sim ☐ Não		
Validade: 30 dias Data: / / (aa-mm-dd)		
(assinatura do Utente)		

Receita pré-impressa.

Anexo 5. Verbetes de faturação.

FARMÁCIA BORRALHO - PORTO
Dir. Téc.: Dra. Maria Conceição M. B. Rejo Cabral
Reg. C.R.C. 508426880

CAPITAL SOCIAL: 573,64T Euros
Nº de Contribuinte: 508426880
DOCUMENTO PARA FATURACAO
01 - R/L/S:24/50/70
Rec.: 2902513384436
Ser.:

80063r2edck - Rem - 301161 (4) 31/05/13

Prod	PBP	Prof	Qt	Camp	Uteuto		
13	440582x	Bac-D-Pen, 1000 mg x 16 caps	2,39	1,60	1	4,59	1,00
23	8254052x	Gratim, 480 mg x 50 comp revest	5,42	3,43	1	1,27	4,15
21	8312822x	Multigran, 10 mg x 60 comp revest	5,90	3,64	1	1,35	4,55
43	8064851x	Midom, 250 mg x 60 comp revest	4,70	0,08	1	3,24	1,45
T:		18,39	4	6,45	11,04		

Declaro que:
As faturas dispensadas as 4 esbaleagens
de medicamentos constantes na receita e
prestadas os cuidados sobre a sua utilização

Direita de Recção:

1.2.3 Exerce o direito de acção para o ad
com preço, ~~averg~~ no 5.º preço mais

Ass. do Utente _____

FARMÁCIA BORRALHO
Dr. REGO CABRAL, LDA.
Cami. N.º 508 426 880
Dir. Téc. Maria de Conceição Marques
Borralho Rejo Cabral
Av. Fernando Pessoa, 202
Tel.: 220000000 - 4450-131 PORTO

Anexo 6 . Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados.

FARMÁCIA BERNAL
 Prop. E Dir. Técnica
 Dra. Maria Conceição Bernalho Rego Cabral
 Cont. N.º 901669725
 Avenida Família de Magalhães, 492
 4350-181 PORTO
 Tel.: 225367569 - Fax: 22510060

Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados

Página 1 de 4

Medicamento: Alcool a 60° Saturado de ácido bórico

Teor em substância(s) activa(s): 100 g (ml ou unidades) contém 5 g (ml) de Acido bórico

Forma farmacêutica: Solução

Data de preparação: 5-02-2014

Número do lote: 001/2014

Quantidade a preparar: 30 ml

Matérias-primas	Lote nº	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100 g (ou ml, ou unidades)	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Acido bórico	60211030 0111	lab. Maialab	IX	5,0 g	1,5 g	1,508 g	5-2-2014 TR	5-2-14 Ley
Alcool 70°	L13/183	lab. Alvita	IX	87,5 ml	20,5 ml	20,5 ml	5-2-2014 TR	5-2-14 Ley
H2O purificado	00211121 94	lab. Maialab	IX	q.b.p. 100 ml	q.b.p. 30 ml	q.b.p. 30 ml	5-2-2014 TR	5-2-14 Ley

Preparação

Rubrica do Operador

1. Medir, aproximadamente, na prática, 20,25 ml de alcool a 70°	TR
2. Adicionar H2O purificado até atingir o volume de 30 ml	TR
3. Agitar bem	TR
4. Pesar 1,5 g de ácido bórico em vidro de relógio	TR
5. Adicionar a mistura de H2O + alcool o acido bórico	TR
6. Deixar repousar durante 1 hora agitando de 15 em 15'	TR
7. Filtrar e armazenar em recipiente adequado	TR

IMP.10.2

Rubrica do Director Técnico
Maria Cabral
 Data
5-2-2014

**Ficha de Preparação de
Medicamentos Manipulados**

Página 2 de 4

Embalagem

Tipo de embalagem: frasco conta-gotas

Capacidade do recipiente:

Material de embalagem	Nº do lote	Origem
<u>vidro ambar</u>	<u>—</u>	<u>—</u>

Operador: RR

Prazo de utilização e Condições de conservação

Condições de conservação:
temperatura ambiente, ao abrigo da luz e em frasco bem fechado

Operador: RR

Prazo de utilização:
2 meses (validade até 4 de Abril 2014)

Operador: RR

Verificação

ENSAIO	ESPECIFICAÇÃO	RESULTADO	Rubrica do Operador
<u>organoléptico</u>	<u>solução límpida e incolor</u>	<u>conforme</u>	<u>RR</u>

Aprovado ☒ Rejeitado ☐

Supervisor: uy 5/2/14

IMP.10.2

Rubrica do Director Técnico
Maria Cabral
 Data
5-2-2014

Anexo 7. Laboratório da Farmácia Borralho.



Anexo 8. Espaço Animal da Farmácia Borralho.



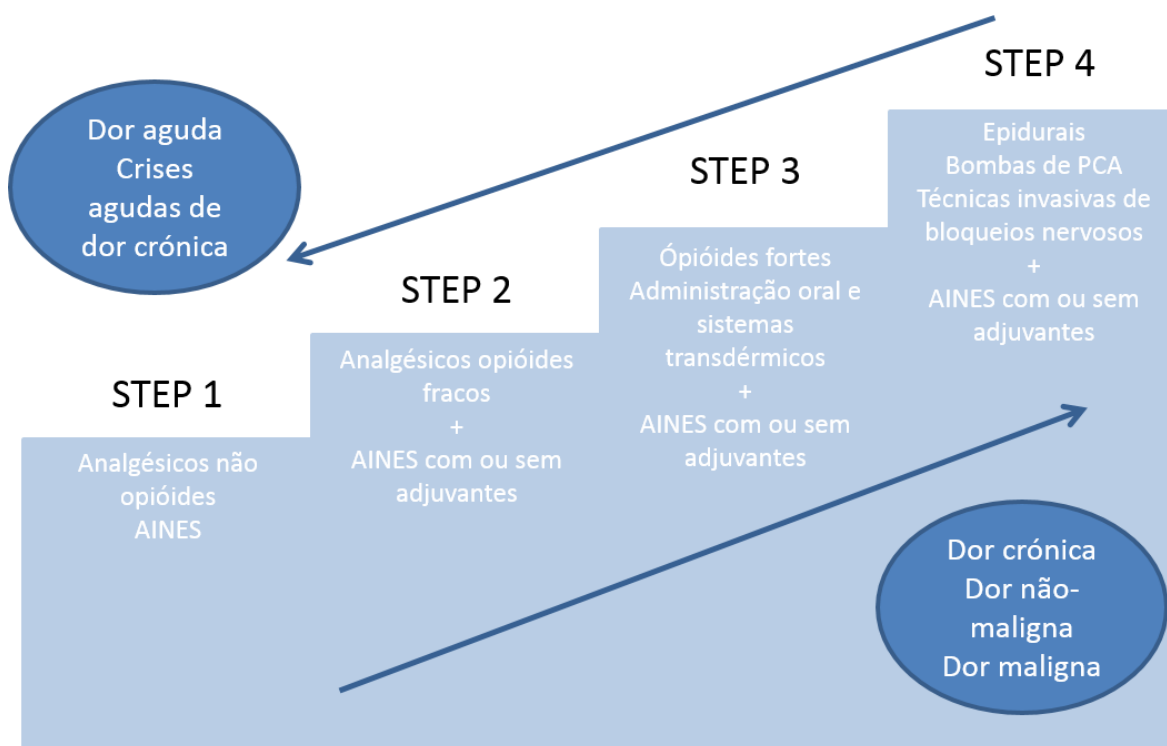
Anexo 9. Contentor VALORMED.



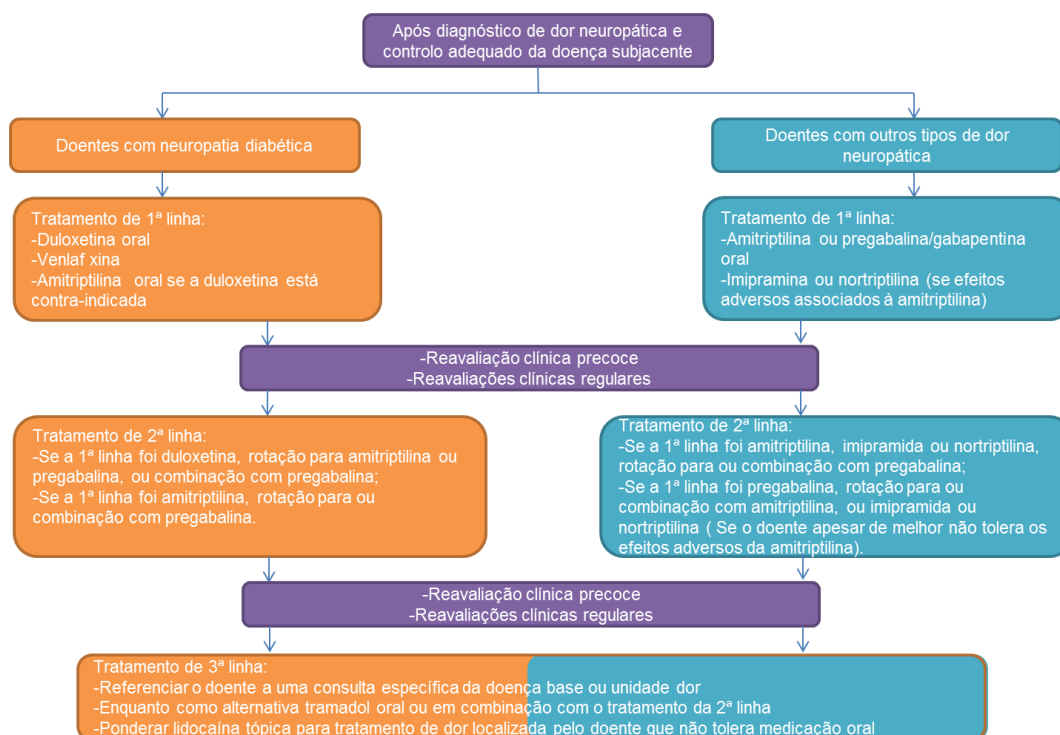
Anexo 10. Tabela ilustrativa das causas frequentes de dor neuropática. Adaptado de Quintal ML, 2004.

Causas da dor neuropática periférica	Causas da dor neuropática central
Lesões vasculares	Esclerose múltipla
Compressão/estiramento do nervo	Trauma medular
Polineuropatias	Isquemia medular
Compressão radicular	Pós-Acidente Vascular Cerebral
Lesão dos plexos	Epilepsia
Amputação (Dor fantasma)	
Herpes Zoster (Nevralgia pós-herpética)	
Nevralgia do trigêmeo	
Oncológicas (infiltração tumoral, radioterapia, quimioterapia e cirurgia)	

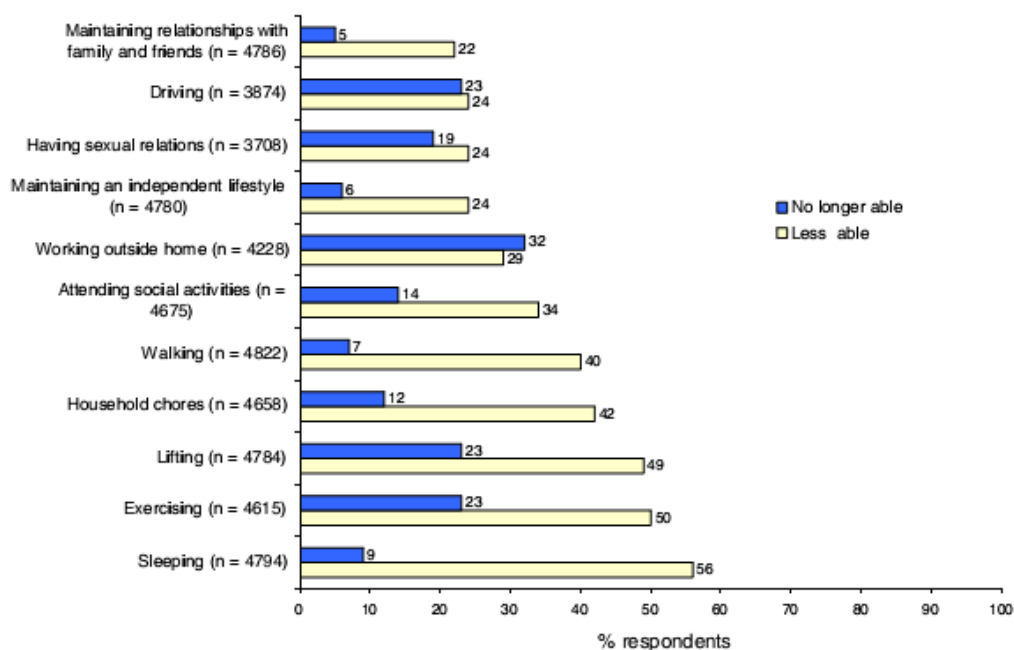
Anexo 11. Esquema ilustrativo da 4-step ladder. Adaptado de Vargas-Schaffer G, 2010.



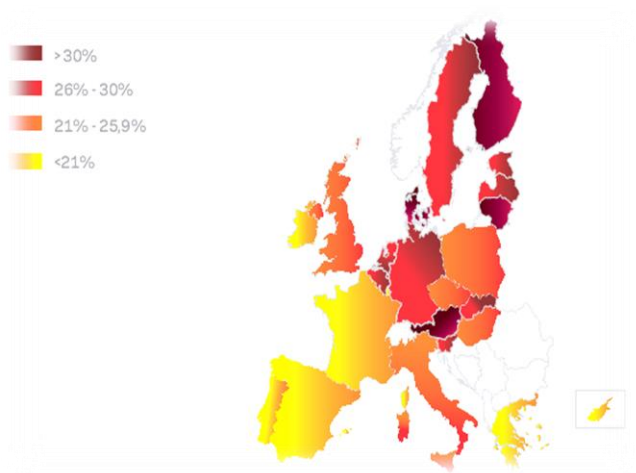
Anexo 12. Algoritmo do tratamento da dor neuropática. Adaptado de Norma da direção geral de saúde Nº 043/2011 de 2011.



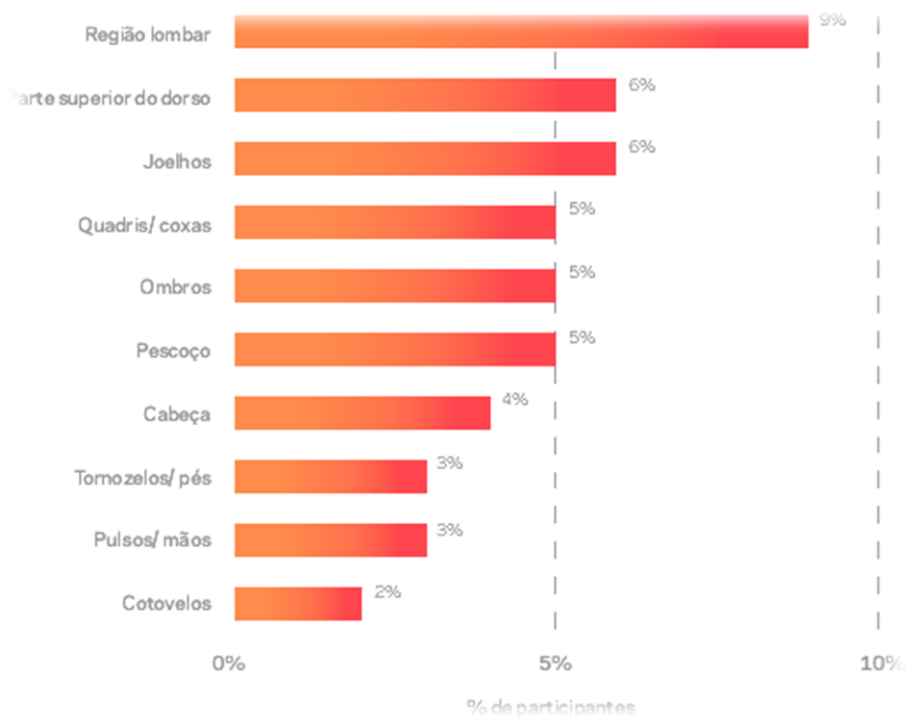
Anexo 13. Impacto da dor crónica na vida quotidiana. O gráfico mostra a percentagem de inquiridos que se apresentam incapazes ou menos capazes de realizar determinadas atividades diárias, como é o caso do exercício físico, dormir, andar, conduzir, etc.



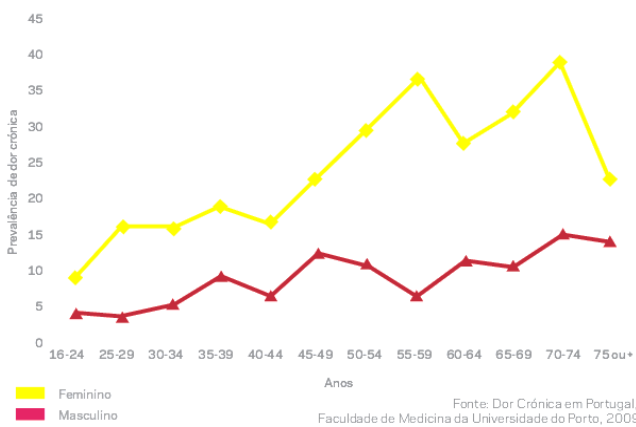
Anexo 14. Prevalência da dor crónica “Auto reportada” na União Europeia. Adaptado de Eurotrials, 2012.



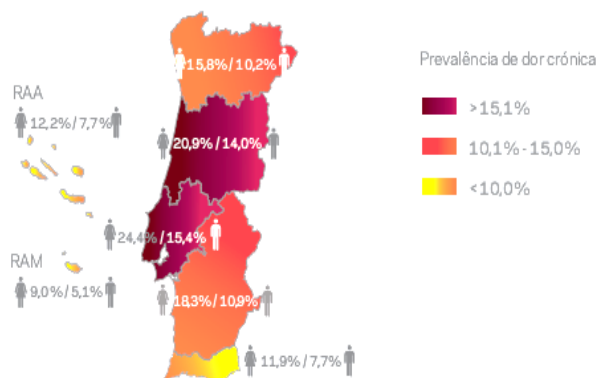
Anexo 15. Prevalência de dor crónica por localização. Adaptado de Eurotrials, 2012.



Anexo 16. Prevalência da dor crónica, por sexo e idade. Adaptado de Eurotrials, 2012.



Anexo 17. Prevalência da dor crónica por região em Portugal. Adaptado de Eurotrials, 2012.



Anexo 18. Questionário para a avaliação da dor.

Questionário para avaliação da dor e farmacoterapia associada

Idade _____ Sexo _____

Assinale com um X a opção que melhor se adequa a si.

1. Há quanto tempo tem dor?

Horas ☐ Dias ☐ Semanas ☐ Meses ☐ Anos ☐

2. Classifique a sua dor como:

Dor contínua ☐ Dor intermitente ☐ Dor episódica ☐

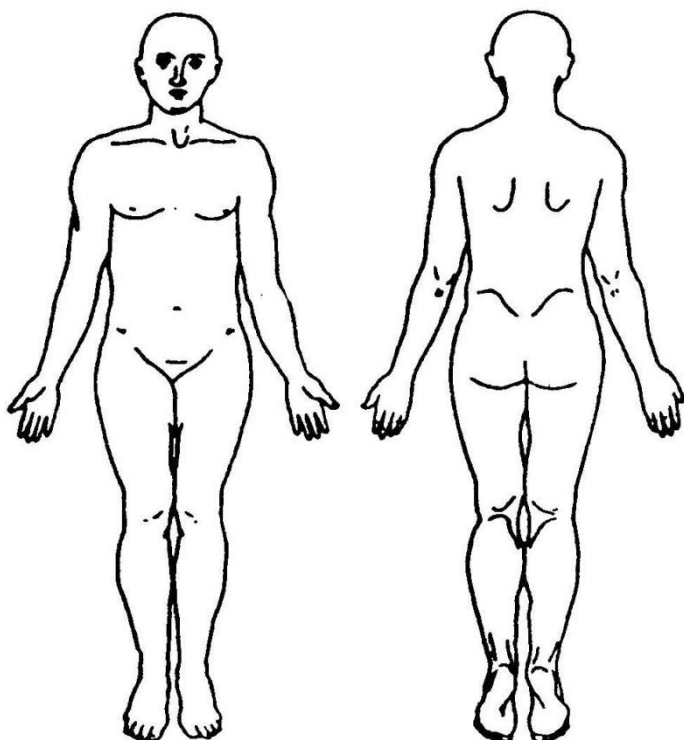
3. O que faz piorar a dor?

Caminhar ☐ Estar de pé ☐ Estar deitado ☐ Estar sentado ☐ Calor ☐
Frio ☐ Tosse ☐ Respiração ☐ Outros ☐ Quais? _____

4. O que faz melhorar a dor?

Estar de pé ☐ Estar deitado ☐ Estar sentado ☐ Massagem ☐ Calor ☐
Frio ☐ Outros ☐ Quais? _____

5. Nas figuras marque as áreas onde sente dor com um X.



6. Apresenta outros sintomas provocados por essa dor?

Sim ☐ Não ☐

6.1 Se respondeu sim, quais?

7. A origem da dor já foi diagnosticada?

Sim ☐ Não ☐

8. Classifique a sua dor numa escala de 0-10, em que 0 significa não ter dor e 10 a pior dor que pode imaginar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Assinale com um X o número que descreve em que medida é que a sua dor interfere com a sua/ seu:

a) Atividade geral

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

b) Disposição

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

c) Capacidade para andar a pé

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

d) Trabalho

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

e) Sono

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

f) Relações com outras pessoas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Tem algum problema de saúde?

Sim ☐ Não ☐

10.1. Se respondeu sim, qual? _____

11. Que medicação faz regularmente?

12. A que medicamentos recorre para combater a dor?

13. Quem lhe aconselhou a fazer essa medicação?

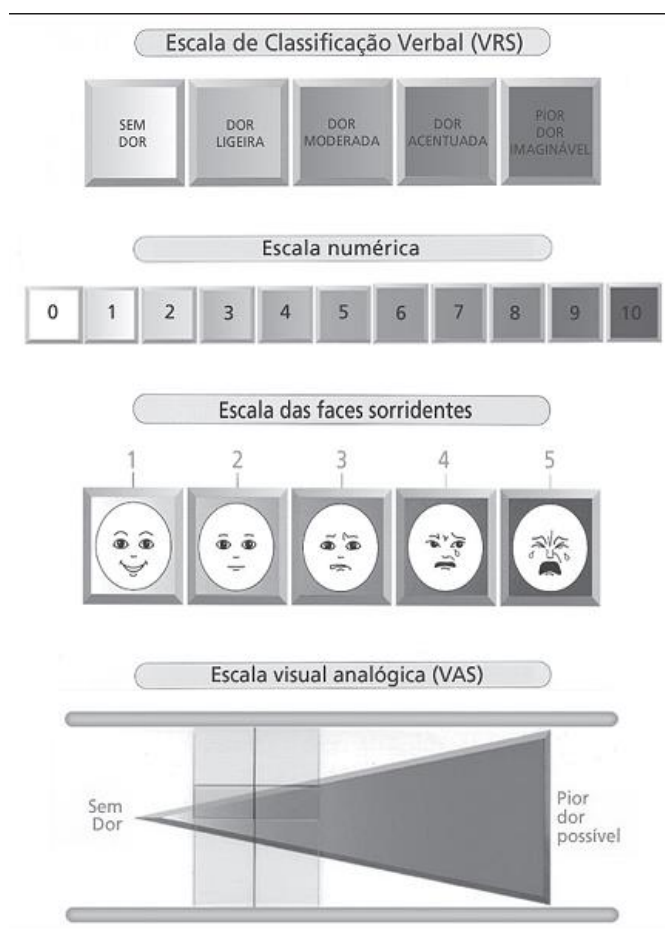
Médico ☐ Farmacêutico ☐ Familiar ☐ Outro ☐ Quais? _____

14. Com que frequência recorre ao medicamento?

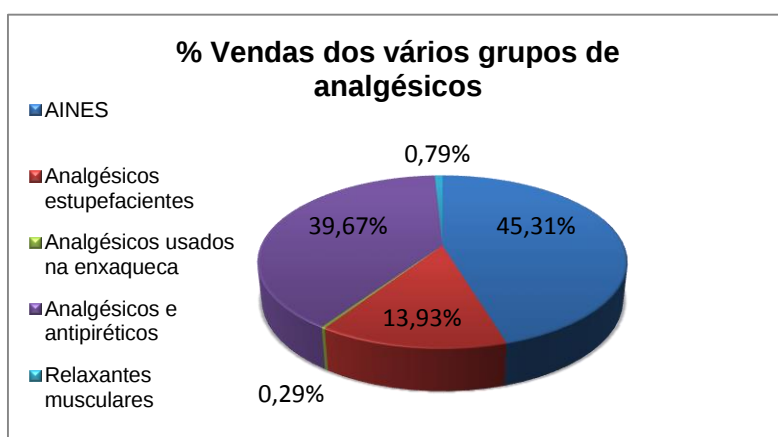
15. Tem alguma precaução com uso desse medicamento?

16. Sente algum efeito secundário proveniente do uso desse medicamento?

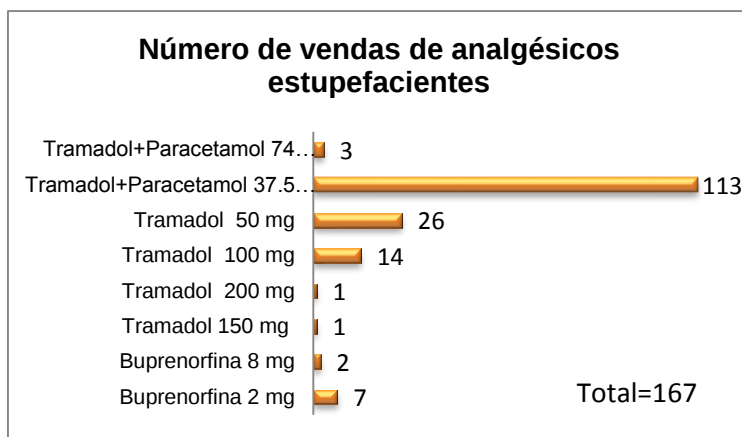
Anexo 19. Escalas para avaliação de intensidade da dor.



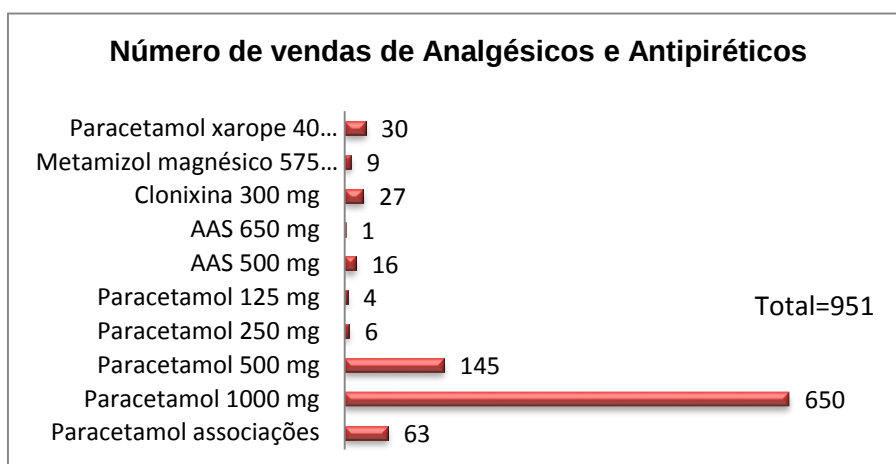
Anexo 20. Gráfico representativo das percentagens de vendas dos diferentes grupos terapêuticos de interesse, ocorridas entre 1 de Maio e 8 de Agosto de 2014, na Farmácia Borrvalho, no Porto.



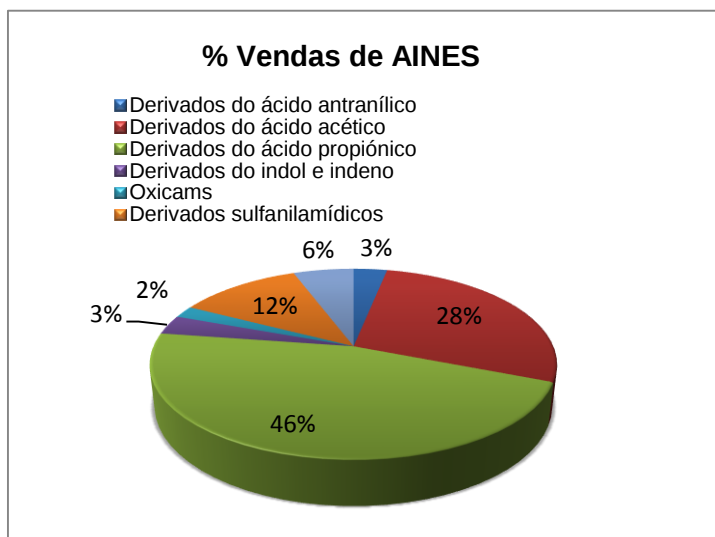
Anexo 21. Gráfico representativo do número de vendas de analgésicos estupefacientes, ocorridas entre 1 de Maio e 8 de Agosto de 2014, na Farmácia Borrvalho, no Porto. Os fármacos apresentados nos gráficos são correspondentes a formas farmacêuticas orais, nomeadamente comprimidos e cápsulas.



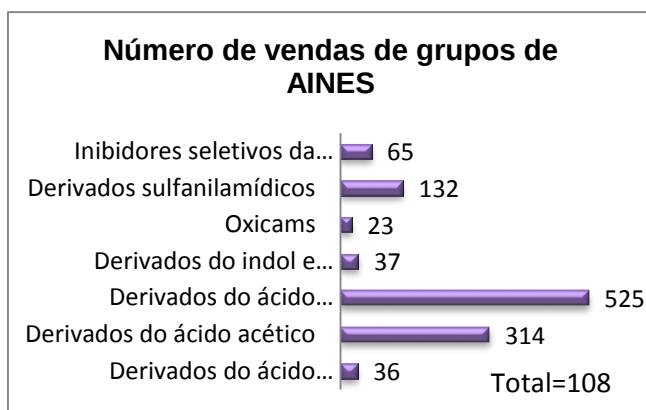
Anexo 22. Gráfico representativo do número de vendas de analgésicos e antipiréticos, ocorridas entre 1 de Maio e 8 de Agosto de 2014, na Farmácia Borralho, no Porto. Os fármacos apresentados no gráfico correspondem às formas farmacêuticas de comprimidos, comprimidos e pós efervescentes, cápsulas, xaropes, e supositórios. Paracetamol associações: paracetamol e codeína, paracetamol e pseudoefedrina, paracetamol com ergotamina e beladona, e paracetamol com codeína e buclizina.



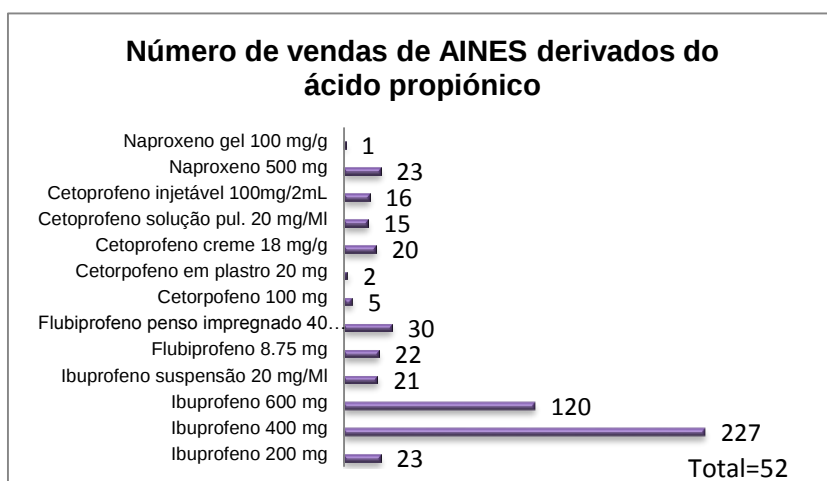
Anexo 23. Gráfico representativo das percentagens das vendas dos anti-inflamatórios não esteroides, ocorridas entre 1 de Maio e 8 de Agosto de 2014, na Farmácia Borralho, Porto.



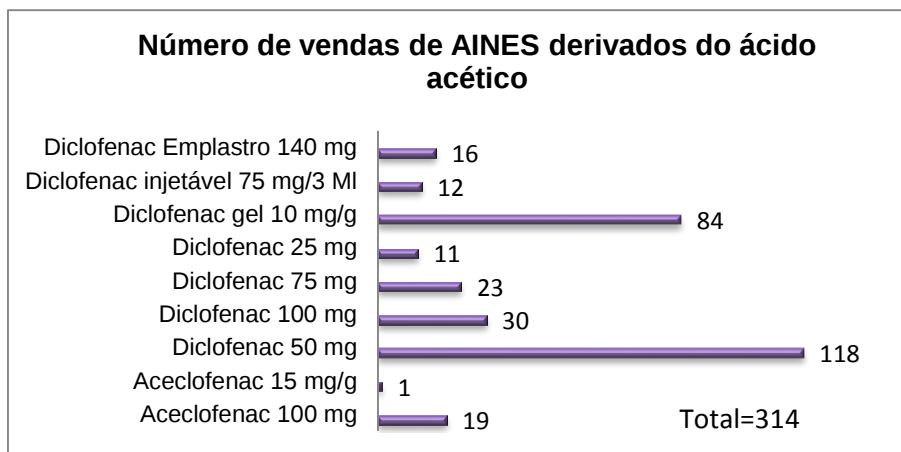
Anexo 24. Gráfico representativo do número de vendas de anti-inflamatórios não esteroides, ocorridas entre 1 de Maio e 8 de Agosto de 2014, na Farmácia Borrvalho, Porto.



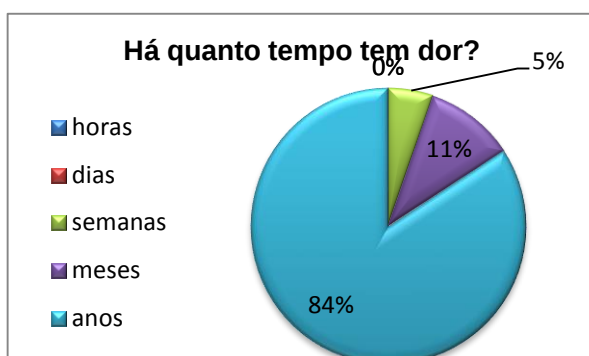
Anexo 25. Gráfico representativo do número de vendas de anti-inflamatórios não esteroides derivados do ácido propiónico, ocorridas entre 1 de Maio e 8 de Agosto de 2014, na Farmácia Borrvalho, Porto. Os fármacos apresentados no gráfico correspondem às formas farmacêuticas de comprimidos revestidos, granulados efervescentes, cápsulas moles e suspensões orais, emplastos, supositórios, soluções injetáveis, geles, cremes e soluções para pulverização.



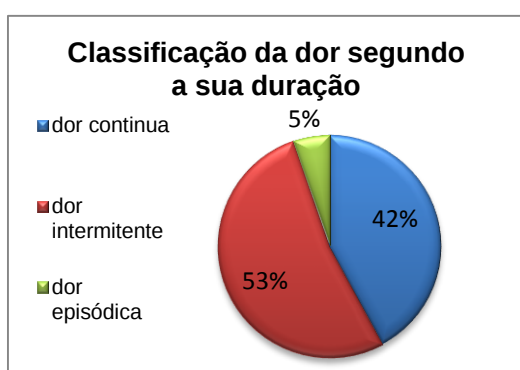
Anexo 26. Gráfico representativo do número de vendas de anti-inflamatórios não esteroides derivados do ácido acético, ocorridas entre 1 de Maio e 8 de Agosto de 2014, na Farmácia Borrvalho, Porto. Os fármacos apresentados no gráfico correspondem às formas farmacêuticas de comprimidos revestidos, cápsulas moles, geles, cremes, emplastos e soluções injetáveis.



Anexo 27. Gráfico representativo das respostas dadas pelos inquiridos à pergunta: “Há quanto tempo tem dor?”. O inquérito foi realizado na Farmácia Borralho, entre os dias 2 e 31 de Agosto.



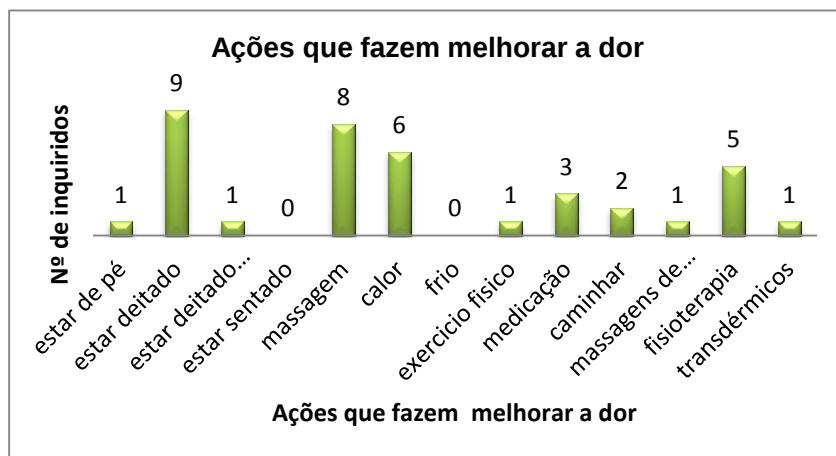
Anexo 28. Gráfico representativo das classificações da dor segundo a sua duração. O inquérito foi realizado na Farmácia Borralho, entre os dias 2 e 31 de Agosto.



Anexo 29. Gráfico representativo dos fatores desencadeadores de dor referidos pelos inquiridos. O inquérito foi realizado na Farmácia Borralho, entre os dias 2 e 31 de Agosto.



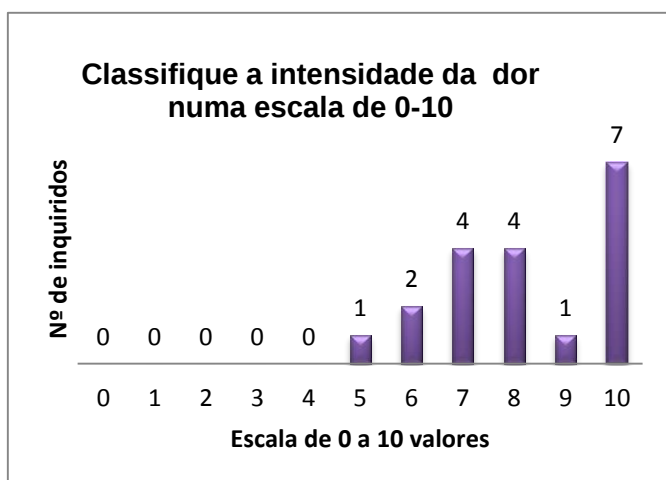
Anexo 30. Gráfico representativo dos fatores que melhoram a dor referidos pelos inquiridos. O inquérito foi realizado na Farmácia Borralho, entre os dias 2 e 31 de Agosto.



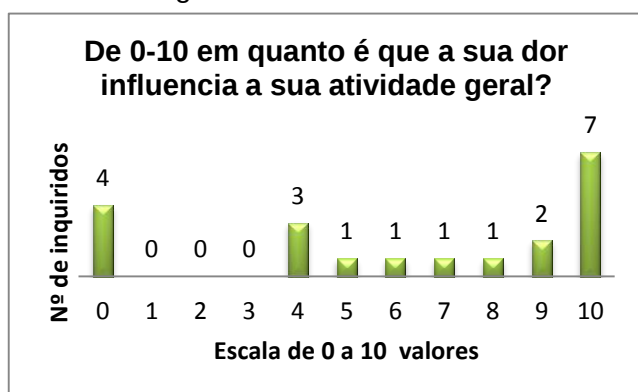
Anexo 31. Gráfico representativo dos sintomas provocados pela dor, referidos pelos inquiridos. O inquérito foi realizado na Farmácia Borralho, entre os dias 2 e 31 de Agosto.



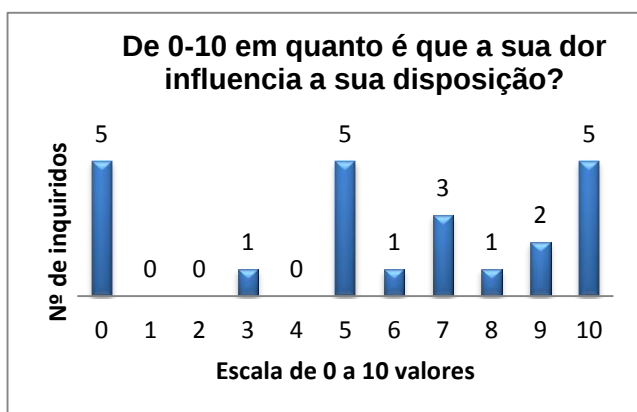
Anexo 32. Gráfico representativo da intensidade da dor, segundo uma escala numérica de 0- 10. O inquérito foi realizado na Farmácia Borralho, entre os dias 2 e 31 de Agosto.



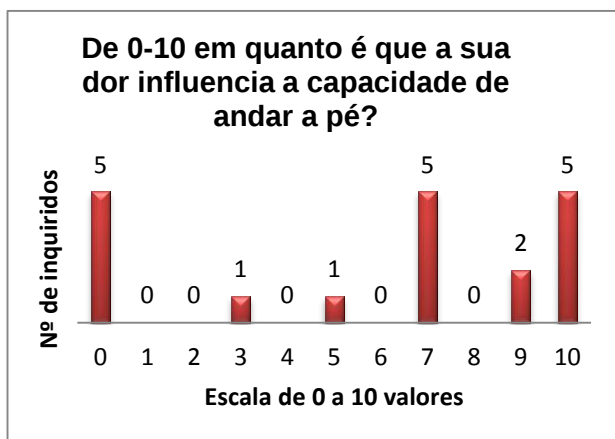
Anexo 33. Gráfico representativo da influência da dor na atividade quotidiana, segundo uma escala numérica de 0- 10. O inquérito foi realizado na Farmácia Borralho, entre os dias 2 e 31 de Agosto.



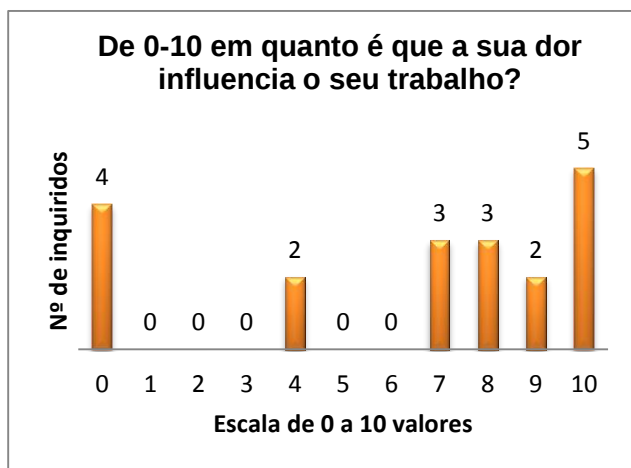
Anexo 34. Gráfico representativo da influência da dor na disposição dos utentes, segundo uma escala numérica de 0- 10. O inquérito foi realizado na Farmácia Borralho, entre os dias 2 e 31 de Agosto.



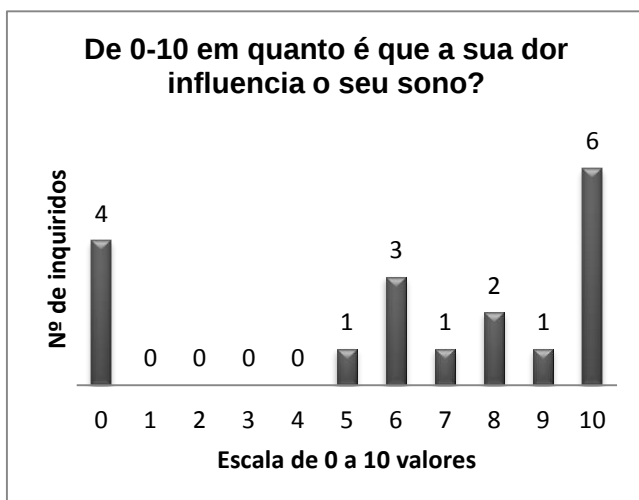
Anexo 35. Gráfico representativo da influência da dor na capacidade de caminhar dos utentes, segundo uma escala numérica de 0- 10. O inquérito foi realizado na Farmácia Borralho, entre os dias 2 e 31 de Agosto.



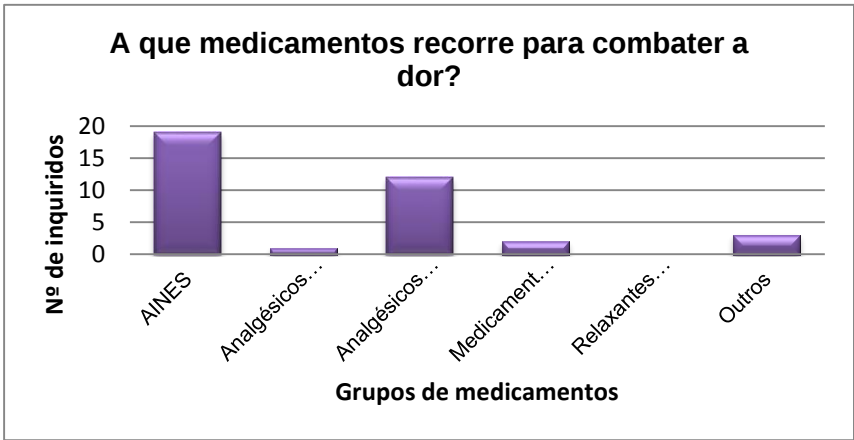
Anexo 36. Gráfico representativo da influência da dor no trabalho, segundo uma escala numérica de 0- 10. O inquérito foi realizado na Farmácia Borrvalho, entre os dias 2 e 31 de Agosto.



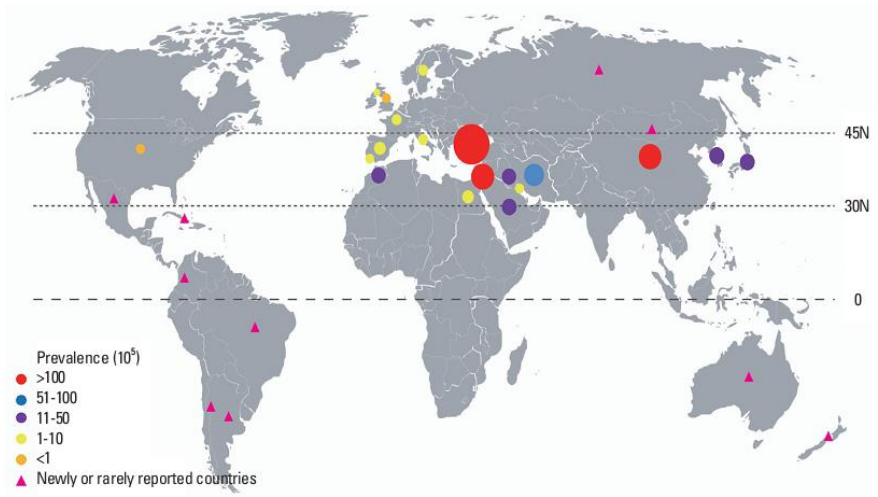
Anexo 37. Gráfico representativo da influência da dor no sono, segundo uma escala numérica de 0- 10. O inquérito foi realizado na Farmácia Borrvalho, entre os dias 2 e 31 de Agosto.



Anexo 38. Gráfico representativo dos grupos de analgésicos usados na dor referidos pelos utentes. O inquérito foi realizado na Farmácia Borralho, entre os dias 2 e 31 de Agosto.



Anexo 39. Distribuição mundial do Síndrome de Behçet. O tamanho dos pontos é proporcional à prevalência. Adaptado de Cho SB, et al, 2012.

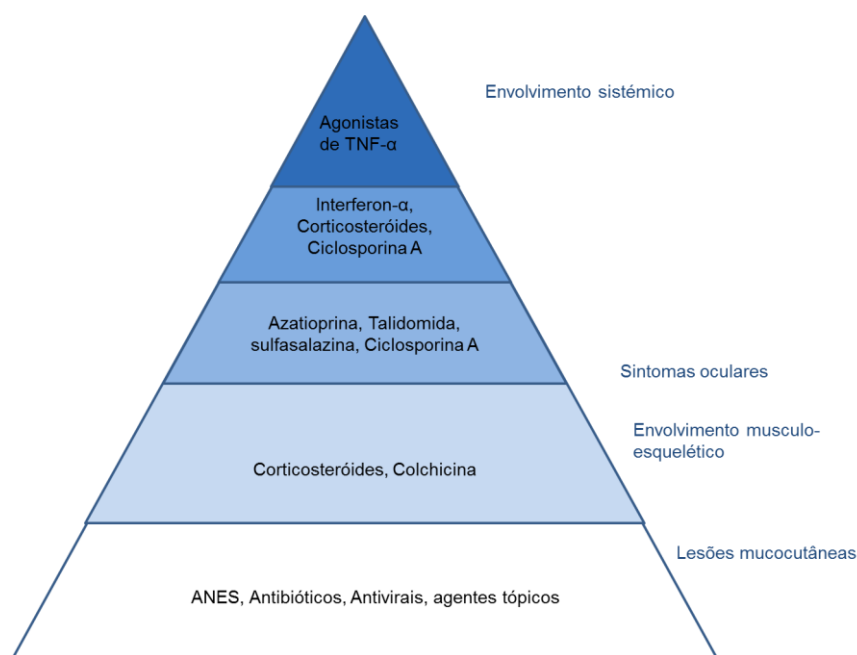


Anexo 40. Critérios de diagnósticos da Doença de Behçet propostos pelo ISG. Adaptado de Marshall S E, 2004.

Recorrente ulceração oral	Aftas <i>minor</i> , aftas <i>major</i> ou úlceras herpetiformes observadas, com recorrência de pelo menos 3 vezes em um período de 12 meses.
Mais um dos seguintes sinais:	
Recorrente ulceração genital	Ulceração aftosa ou cicatrizes na zona genital observada.
Lesões oculares	Uveíte anterior, uveíte posterior, ou células na cavidade vítrea detetadas pelo exame de lâmpada de fenda; ou vasculite retina observada pelo oftalmologista.

Lesões da pele	Eritema nodoso, pseudofoliculite, ou lesões papulopustulares; ou nódulos acneiformes em pessoas que não estão a receber tratamento com corticosteroides.
Teste de patergia positivo	Teste interpretado pelo médico como positivo às 24-48h.
Estes critérios são válidos em caso de não haver outra explicação para os sintomas.	

Anexo 41. Pirâmide de tratamento da doença de Behçet. AINES, anti-inflamatórios não esteroides; TNF, fator de necrose tumoral. Adaptado de Cho SB, et al, 2012.



Anexo 42. Tabela ilustrativa de alguns síndromes de dor oncológica. Adaptado de Cherny NI, 2005.

Síndromes dolorosas agudas	
Associados a intervenções de diagnóstico e terapêutica	
Cefaleia posicional, acompanhada de náuseas, vômitos e sudorese.	Punção lombar (Diminuição do volume do líquido cefalorraquidiano).
Dor intensa associada a biópsia.	Biópsia
Dores moderadas a intensas no peito.	Mamografia
Síndromes dolorosas associados ao pós-operatório e técnicas analgésicas.	
Síndromes dolorosas agudas associados à quimioterapia	

Espasmos venosos, associados à inflamação, flebite química e reação eritematosa.	Técnicas de infusão de quimioterapia, como por exemplo infusão intravenosa.
Mucosite Problemas perianais causados pelos corticosteroides Afeções articulares e musculares causadas pelos corticosteroides Neuropatia periférica dolorosa, associada principalmente a alcaloides da vinca. Cefaleia causada pela administração de metrotexato intratecal no tratamento da leucemia, ou metástases leptomeningeas. Trombose das veias cerebrais associada à administração sistémica de L-asparaginase. Dor óssea difusa associada à terapia com ácido transretinóico. Artralgias e mialgias associadas à administração de paclitaxel. Dor torácica anginosa causada pelo 5-fluorouracilo. Isquemia digital aguda: <i>fenómeno de Raynaud</i>, associado ao tratamento com bleomicina, vinblastina e cisplatina.	Toxicidade causada pela quimioterapia.
Síndromes dolorosas associados à terapia hormonal	
Afeções músculo-esqueléticas	Terapia hormonal para o tratamento do cancro da mama
Síndromes dolorosas associados à imunoterapia	
Mialgias, artralgias e cefaleias	Terapia com o interferon IFN
Síndromes dolorosas associados à radioterapia	
Mucosite orofaríngea	
Enterite	
Plexopatia braquial	
Mielopatia subaguda	
Dores ósseas multifocais e mialgia associadas à terapia com bifosfonatos	

Dores ósseas, febre, cefaleias e mialgias associadas à terapia com fatores de crescimento.
Síndromes dolorosas associados a episódios trombóticos

Anexo 43. Tabela ilustrativa de alguns síndromes dolorosos crônicos em pacientes com cancro associados ao tratamento. Adaptado de Portenoy RK, *et al*,1999.

Síndromes Dolorosas Crônicas em pacientes com cancro associados ao tratamento	
Síndromes nociceptivos	
Dor associada a osteonecrose	Radioterapia e terapia com corticosteróides
Dor associada a linfedema	
Dor associada a ginecomastia	
Dor abdominal crônica	Quimioterapia intraperitoneal e radioterapia
Dor pélvica crônica	Radioterapia
Síndromes neuropáticas	
Dor pós-mastectomia	Dores pós-cirúrgicas
Dor pós-toraxitomia	
Dor pós-nefrectomia	
Dor fantasma	
Neoplasma	Dores pós-radioterapia
Mielopatia	
Fibrose dos plexos cervical, braquial e lombosacral	
Polineuropatias	
	Dores pós-quimioterapia

Anexo 44. Panfleto informativo sobre a dor.

Anexo 45. Guia de consulta rápida: Tratamento da dor.

U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

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

www.ff.up.pt



U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Realizado no âmbito do Mestrado Integrado
em Ciências Farmacêuticas

Instituto Português de Oncologia do Porto

Flávia Azevedo Soares Abelha Carvalho

2014

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Instituto de Português de Oncologia do Porto

Setembro de 2014 a Outubro 2014

Flávia Azevedo Soares Abelha Carvalho

Orientador : Dr.(a)Florbela Braga

Tutor FFUP: Prof. Doutor (a) Maria Irene de Oliveira Monteiro Jesus

Novembro de 2014

Declaração de Integridade

Eu, Flávia Azevedo Soares Abelha Carvalho, abaixo assinado, nº 090601343, aluno do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

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

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

Assinatura: _____

Agradecimentos

Em primeiro lugar, de forma especial, à Dra. Florbela Braga, diretora dos Serviços Farmacêuticos do IPOFG, E.P.E., pela oportunidade de estagiar nos Serviços Farmacêuticos de um hospital que tanto admiro, bem como pela amabilidade com que me recebeu.

À Dra. Luísa por todo o acompanhamento que fez durante o meu estágio, pela disponibilidade e pelo interesse na minha formação como estagiária.

A toda a equipa dos Serviços Farmacêuticos, por terem tornado estes dois meses de estágio numa experiência gratificante, pela sabedoria, pelo acompanhamento e disponibilidade constantes, e pela forma ímpar como me acolheram.

Aos professores pertencentes à Comissão de Estágios da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, pelo esforço e a dedicação pela concretização da última etapa do nosso curso.

Índice

Declaração de Integridade	II
Agradecimentos.....	III
Índice	IV
Lista de Figuras	VI
Lista de abreviaturas	VI
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.	1
1.Objetivo	1
2. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.	1
3. Serviços farmacêuticos do IPOPFG, E.P.E.....	1
3.1.Localização das instalações	2
3.2.Organização do espaço físico	2
3.3.Recursos Humanos.....	2
3.4. Sistema informático	3
4. Gestão de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos	3
5. Sistemas de distribuição de medicamentos	3
5.1.Distribuição Tradicional ou Clássica	4
5.2.Distribuição Individual Diária em Dose Unitária	5
5.3.Distribuição de Medicamentos Sujeitos a Legislação Especial	6
5.4.Distribuição em regime de ambulatório	9
6.Farmacotecnia.....	11
6.1.Unidade de Preparação de Medicamentos Não Estéreis (UPNE)	11
6.2.Unidade de Preparação de Medicamentos Estéreis (UPE)	12
6.3.Unidade Centralizada de Quimioterapia (UCQ)	13
6.4.Reembalagem de doses unitárias sólidas	15
6.5. Radiofarmácia	15
7.Ensaio Clínicos	16

8. Serviço de Informação sobre Medicamentos (SIM).....	18
9. Comissões técnicas hospitalares.....	19
9.1. Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).....	19
10. Conclusão.....	19
Referências Bibliográficas	21
Anexos	23
Anexo 1. Cronograma de atividades desenvolvidas ao longo do estágio.....	24
Anexo 2. Distribuição Clássica ou Tradicional	25
Anexo 3. Local de armazenamento dos medicamentos e carros da DDDU.....	25
Anexo 4. Documento para requisição de estupefacientes e psicotrópicos pelos serviços aos SF.....	26
Anexo 5. Locais de armazenamento dos hemoderivados e eritropoetinas.	26
Anexo 6. Documento para Requisição/Distribuição/Administração de Hemoderivados.	27
Anexo 7. Armazenamento de citotóxicos e medicamentos de conservação no frio no ambulatório.	28
Anexo 8. Área de trabalho da UPNE.	28
Anexo 9. Ficha de preparação- Solução oral de ranitidina 5 mg/mL.	29
Anexo 10. Rótulo Solução oral de ranitidina 5 mg/mL.	30
Anexo 11. Sala de preparação de estéreis (sala branca ou limpa).	30
Anexo 12. Sala de biossegurança 1.	31
Anexo 13. <i>Transfer</i> das salas de biossegurança	31
Anexo 14. Armário dos medicamentos citotóxicos do internamento e do hospital de dia.	31
Anexo 15. Exemplo de rótulo de citotóxico- Cisplatina.	32
Anexo 16. Programa da V Reunião de Cuidados Intensivos em Oncologia.....	32
Anexo 17. Programa do 4º Congresso em Cuidados Paliativos.....	33
Anexo 18. Trabalho realizado sobre a dor oncológica.	33

Lista de Figuras

Figura 1- IPOPFG, E.P.E.....1

Figura 2- Organização do espaço físico dos SF do IPOPFG, E.P.E.....2

Lista de abreviaturas

AIM – Autorização de introdução no mercado

AO – Assistente operacional

AUE – Autorização de utilização especial

CEIC – Comissão de Ética para a Investigação Clínica

CFT – Comissão de farmácia e terapêutica

CTX – Citotóxicos

DIB – Drug Infusion Ballons

DIDDU – Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

DCI – Denominação comum internacional

EC – Ensaio clínico

EMA – Agência europeia do medicamento

FEFO – First expired, first out

FGP – Formulário Galénico Português

FH – Farmacêutico Hospitalar

FHNM – Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos

FIFO – First in, first out

HD-Hospital de dia

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

IPOPFG, E.P.E. – Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil,

Entidade Pública Empresarial

IRC – Insuficiência renal crónica

ISO – International Organization for Standardization

IWRS - Interactive Web Response System

MFH – Manual da Farmácia Hospitalar

OBS – Número de observação interno do utente

PCEA – Patient control epidural analgesia

PET – Tomografia por Emissão de Positrões

RAM – Reações adversas ao medicamento

RCM – Resumo das Características do Medicamento

SF – Serviços farmacêuticos

SGICM – Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento

SIM – Serviço de informação de medicamentos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

1. Objetivo

Este relatório tem como principal objetivo descrever a dinâmica e funcionamento dos Serviços Farmacêuticos (SF) do IPOPFG, E.P.E.. A realização deste relatório permite-me detalhar as experiências adquiridas, as tarefas executadas e os conhecimentos assimilados no decorrer do meu estágio hospitalar profissionalizante (**Anexo 1**).

2. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

Em 1974 foi criado o Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Centro Regional do Porto, por ação do Professor Francisco Gentil e tem-se vindo a distinguir ao longo dos anos pelo dinamismo e qualidade com que acolhe e trata os doentes, pela atividade científica que desenvolve e pela qualidade do



Figura 1. IPOPFG, E.P.E.

ensino que realiza na área da oncologia. Em 2006, com o Decreto-Lei (n.º 233/2005), passou a ter a designação atual de Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial (IPOPFG, E.P.E.) (**Figura 1**) [1]. A principal missão do IPOPFG, E.P.E. é a prestação de cuidados de saúde, em tempo útil, centrados no doente, não descurando a prevenção, a investigação, a formação e o ensino no domínio da oncologia com vista a conseguir tempos de tratamento mínimos aliados a taxas de cura máximas e preservando a qualidade, integridade, as pessoas, a excelência e a comunidade [2].

3. Serviços farmacêuticos do IPOPFG, E.P.E.

A farmácia hospitalar constitui segundo o artigo 1º do Decreto-Lei nº 44204, de 2 de fevereiro de 1962 “o conjunto de atividades farmacêuticas exercidas em organismos hospitalares ou serviços a ele ligados para colaborar nas funções de assistência que pertencem a esses organismos e serviços e promover a ação de investigação científica e de ensino que lhes couber.” As atividades da farmácia hospitalar são contempladas pelos serviços farmacêuticos (SF), os quais, segundo este artigo, se apresentam como

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 [3]. As funções dos SF contemplam essencialmente o aprovisionamento, armazenamento e distribuição dos medicamentos e outros produtos de saúde; a produção de medicamentos; a participação em comissões técnicas (Farmácia e Terapêutica, Infecção Hospitalar, Higiene e outras); a farmácia clínica, farmacocinética, farmacovigilância e a prestação de cuidados farmacêuticos; e a participação nos Ensaio Clínicos [4].

3.1.Localização das instalações

Os SF do IPO-Porto são constituídos pela Farmácia de Ambulatório situada junto ao Hospital de Dia (HD), no piso 2 do Edifício de Medicina, e pela Farmácia Central localizada no piso 1 do Edifício Principal. Esta última contempla o Armazém de Produtos Farmacêuticos, a Unidade Centralizada de Quimioterapia, a Produção de Estéreis e Não Estéreis, Ensaio Clínicos, e a Distribuição em Dose Unitária e Tradicional [5].

3.2.Organização do espaço físico

O espaço físico dos SF está organizado nos seguintes setores de atividade (**Figura 2**) [6]:

- Distribuição Individualizada Diária em Dose Unitária (DIDDU);
- Distribuição de Medicamentos em Regime de Ambulatório;
- Distribuição Tradicional;
- Ensaio Clínicos (EC);
- Farmacotecnia (UPE);
- Farmacotecnia (UPNE);
- Unidade Centralizada de Quimioterapia (UCQ);
- Área administrativa;
- Áreas de apoio;
- Armazéns de medicamentos.



Figura 2. Organização do espaço físico dos SF do IPO-PFG, E.P.E.

3.3.Recursos Humanos

OS SF do IPO-Porto integram uma equipa de profissionais de saúde constituída por farmacêuticos hospitalares (FH), técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT), e assistentes operacionais (AO), sendo coordenada por um farmacêutico hospitalar, o diretor dos serviços, função desempenhada pela Dr.^a Florbela Braga [6].

3.4. Sistema informático

O sistema informático adotado pelo IPOPFG, E.P.E. é o *Glinnt Healthcare Solutions*, cujo principal propósito deste sistema é encontrar uma solução única e integrada centrada no paciente, para a partilha de informação e execução de variadas tarefas entre os diferentes profissionais de saúde, nomeadamente o farmacêutico, médico, enfermeiro, gestores e administrativos hospitalares [7]. Este sistema permite gerir os stocks e acompanhamento de todo o circuito do medicamento, desde a prescrição pelo médico prescritor, validação e dispensa. Para além disso permite acompanhar todo o histórico do processo de cada doente. Desta forma, apresenta vantagens económicas, de gestão e comunicação.

4. Gestão de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos

A gestão de medicamentos é o conjunto de procedimentos que garantem o bom uso e dispensa dos medicamentos em perfeitas condições aos doentes do hospital. Estes procedimentos são divididos por etapas: seleção, aquisição, armazenagem, e distribuição. A seleção de medicamentos deve ter por base o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e as necessidades terapêuticas dos doentes do hospital, e é da competência da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Posteriormente, a aquisição é da responsabilidade do farmacêutico hospitalar, devendo ser efetuada pelos SF em articulação com o serviço de aprovisionamento. Depois de requisitados, os medicamentos/ produtos farmacêuticos são entregues nos SF, acompanhados da guia de remessa, sendo o processo de receção da responsabilidade de TDT e AO.

O armazenamento é seguidamente efetuado de modo a garantir as condições necessárias de espaço, luz, temperatura, humidade e segurança dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos. Este é da responsabilidade de FH, TDT e AO, e deve contemplar a monitorização da temperatura e humidade, a correta rotulação, a aplicação dos princípios “*first in, first out*” (FIFO) e “*first expired, first out*” (FEFO), e armazenamento apropriado para fármacos especiais [4].

5. Sistemas de distribuição de medicamentos

A distribuição de medicamentos é o processo do circuito do medicamento com maior visibilidade da atividade do FH, e tem como objetivo fundamental assegurar uma utilização segura, eficaz e racional do medicamento nos serviços do hospital. Esta contempla a distribuição tradicional/clássica, a distribuição individual diária em dose unitária, a

distribuição em regime de ambulatório e distribuição de medicamentos sujeitos a legislação especial, (estupefacientes, eritropoetinas, hemoderivados e medicamentos em ensaio clínico) [8]. A distribuição de medicamentos tem como objetivo garantir o cumprimento da prescrição; racionalizar a distribuição dos medicamentos; garantir a administração correta do medicamento; diminuir os erros relacionados com a medicação; monitorizar a terapêutica; reduzir o tempo de enfermaria dedicado às tarefas administrativas e manipulação dos medicamentos e, racionalizar os custos com a terapêutica [4]. Nos SF do IPOFG, E.P.E. os sistemas de distribuição de medicamentos encontram-se adaptados às diferentes exigências dos serviços, sendo realizada pelos seguintes sistemas: distribuição a doentes em internamento (Tradicional e Individual Diária em Dose Unitária); distribuição de Medicamentos Sujeitos a Prescrição Especial; distribuição de Medicação em Regime de Ambulatório e distribuição de Medicamentos para Ensaios Clínicos.

5.1. Distribuição Tradicional ou Clássica

A Distribuição Tradicional ou Clássica foi o primeiro sistema a ser implementado e caracteriza-se pelo fornecimento de medicamentos para reposição de stocks existentes nos serviços clínicos, em quantidades previamente estabelecidas pelo diretor do serviço, enfermeiro-chefe e FH responsável [4]. Este tipo de distribuição tem a vantagem de ser mais simplificado, no entanto apresenta algumas desvantagens, como por exemplo a falta de conhecimento e acompanhamento do perfil farmacoterapêutico e prescrição individual por parte dos SF, menor tempo dispensado aos doentes por parte dos enfermeiros resultante do controlo de stocks que os mesmos têm que fazer, acumulação desnecessária de stocks com expiração das validades e geração de desperdícios, entre outras. Desta forma, a distribuição clássica justifica-se para produtos de maior consumo e para serviços com necessidades especiais, nomeadamente o serviço de cuidados intensivos (SCI), serviço de cuidados intermédios (UCI/B), serviços de ambulatório, consultas e diferentes serviços de diagnóstico. Este serviço é também responsável pelo reabastecimento dos armazéns avançados dos serviços de medicina, e pela reposição por níveis dos armazéns gerais e armazéns de soros de todos os serviços. Nesta secção os medicamentos e outros produtos encontram-se em estantes, organizados por ordem alfabética da Denominação Comum Internacional (DCI) e divididos por grupos terapêuticos: antibióticos, antifúngicos, antivíricos, antiretrovíricos, hemoderivados, material de penso, pomadas, produtos oftálmicos, meios de contraste, hormonoterapia e especialidades de A a Z (**Anexo 2**). Os medicamentos termolábeis têm local próprio nos frigoríficos, assim como os soros e

alimentação entérica /parentérica têm espaço próprio. Também os produtos inflamáveis e citotóxicos possuem salas específicas para o seu acondicionamento [9].

Durante o meu estágio não me foi proposto explorar este sistema de distribuição de medicamentos, no entanto, fui percebendo algumas questões através da minha passagem pelos outros sistemas de distribuição. Por exemplo, no caso da distribuição para o serviço de UCI só é feita pela distribuição clássica, uma vez que este serviço requer um stock permanente dado o estado de saúde crítico dos doentes.

5.2.Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

O serviço de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU) constitui possivelmente o serviço com maior visibilidade e contacto com os serviços clínicos. A distribuição de medicamentos em sistema de dose unitária surge com o intuito de aumentar a segurança no circuito do medicamento, conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico dos doentes, diminuir os riscos de interações, racionalizar melhor a terapêutica, os enfermeiros dedicarem mais tempo aos cuidados dos doentes, atribuir mais corretamente os custos e redução dos desperdícios [4]. De uma forma geral, é feita uma distribuição diária de medicamentos para um período de 24 h (das 15h às 15h do dia seguinte), contemplando o registo individualizado da medicação que cada doente recebe enquanto está internado. O sistema DIDDU do IPOFG, E.P.E. é constituído por dois FH, cinco TSDT, responsáveis pela distribuição nos carros de transporte dos módulos dose unitária, e um AO. Os FH deste serviço apresentam como funções a responsabilidade de validar as prescrições médicas (análise da concordância entre os medicamentos prescritos, via de administração, forma farmacêutica, dose, frequência, horário e quantidade a ser dispensada), dispensa de todos os estupefacientes, hemoderivados e eritropoetinas, e substituir o FH que está destacado para o ambulatório na hora de almoço e inserir informaticamente justificações de medicação [10].

Depois de validada, a prescrição segue para os TDT que preparam a medicação e organizam nas gavetas dos carros, são específicos de cada serviço, ala e número da cama, e funcionam como o meio de transporte dos medicamentos aos pisos. Estes carros são constituídos por:

- mala de gavetas(específicas para cada doente);
- mala de S.O.S. (medicamentos de urgência);
- gaveta superior (medicação que não cabe nas gavetas individuais);

- gaveta inferior (comporta stock fixo, pré-definido)
- caixa lateral (transporta as listas de medicação que consta no carro);
- tampo do carro (para produtos de grande volume).

No que se refere ao armazenamento, os medicamentos encontram-se por classificação terapêutica, formas farmacêuticas e por ordem alfabética. As prateleiras não estão em contacto direto com o chão e apresentam as devidas condições de luz, temperatura e humidade (**Anexo 3**).

Na primeira semana de estágio neste serviço foi-me proposto o estudo do Manual de Procedimentos DDDU, o acompanhamento do dia de trabalho dos FH responsáveis pelo serviço e a pesquisa bibliográfica de resumos das características do medicamento (RCM) de vários fármacos utilizados no serviço clínico da medicina do piso 6 a pedido da enfermeira chefe do mesmo serviço. Para além disso, auxiliei na contagem física de stocks de estupefacientes, procedi à validação de algumas prescrições sob supervisão do FH, e dispensei medicamentos hemoderivados e estupefacientes, com o devido registo e sob supervisão. Na segunda semana de trabalho, foi-me proposta a realização de uma tabela resumo relativa à estabilidade, após a abertura, de medicamentos na forma multidosagem, e foi-me apresentado o sistema de gestão de risco do hospital e o “cantinho do risco”. Finalmente, autopropus-me a ler o Manual da Farmácia Hospitalar, o Manual de Procedimentos dos Estupefacientes, informação científica relativa aos estupefacientes, nomeadamente artigos sobre o tratamento da dor oncológica, o Manual de Procedimentos da Distribuição Tradicional de Medicamentos.

5.3.Distribuição de Medicamentos Sujeitos a Legislação Especial

5.3.1.Estupefacientes e psicotrópicos

Estes medicamentos estão sujeitos a legislação especial, Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de Janeiro, 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, Portaria n.º 981/98 de 8 de Junho e ainda pelo Despacho n.º 5824/2011 Decreto-Regulamentar n.º 66, Série II de 2011-04-04, dadas as questões relacionadas com a sua correta utilização terapêutica e necessidade de controlo efetivo [4]. Os SF do IPOPFG, E.P.E fazem a aquisição destes medicamentos através de um documento para requisição de estupefacientes e psicotrópicos (**Anexo 4**). Na receção destes, o FH deve verificar a nota de encomenda, a quantidade recebida, os prazos de validade e lote. De seguida, é feito o armazenamento numa sala protegida por uma porta

permanentemente trancada que existe igualmente nos SF e nos serviços utilizadores sob a responsabilidade de um FH e enfermeiro-chefe, respetivamente. A distribuição para os diferentes serviços é feita por reposição de stock, mediante o envio de um requisito manual ou via online por parte dos serviços requerentes. Nas folhas de requisição manual deve constar o nome do fármaco e código, a dose, o número de unidades gastas, a data de administração, o nome do paciente a quem o fármaco se destina, o serviço e as assinaturas dos enfermeiros e FH que contactam com o anexo. As requisições são depois arquivadas por especialidade farmacêutica e as requisições *online* são arquivadas por serviço clínico. A reposição é feita nos dias estipulados para cada serviço. É realizado um inventário semanal para se detetarem e corrigirem possíveis inconformidades, e trimestralmente é enviado ao INFARMED um mapa com todos os movimentos destes medicamentos. Durante o meu tempo de estágio na DDIU foi-me possível colaborar na realização de um inventário, na validação de requisições, no registo de movimento de psicotrópicos e na dispensa destes medicamentos.

5.3.2.Eritropoetinas

A legislação em vigor, nomeadamente os Despachos n.º 11 619/2003 de 22 de Maio e n.º10/96 de 16 de Maio (Acesso à Hormona Eritropoietina para os doentes insuficientes renais crónicos) e n.º 9 825/98 de 13 de Maio (Acesso ao medicamento Eritropoietina Humana Recombinante), regulam a prescrição, distribuição e a comparticipação desse medicamento aos doentes renais crónicos, tanto internados como a fazer diálise em centros extra-hospitalares [4]. A eritropoetina humana recombinante (rHuEpo) ou epoetina, nas duas formas disponíveis, alfa e beta, é usada no tratamento da anemia sintomática associada a défice de eritropoetina em insuficientes renais crónicos em hemodiálise, para aumentar o rendimento do sangue autólogo em indivíduos normais e encurtar o período de anemia associada a doenças da medula óssea, quimioterapia ou outros tratamentos específicos [11]. No IPOFG, E.P.E. as eritropoetinas são distribuídas através da distribuição clássica para o serviço de hemodiálise, e pela distribuição em regime de ambulatório aos doentes insuficientes renais crónicos. Nos SF, estas encontram-se armazenadas/ conservadas no frigorífico (2-8C°), sendo o seu manuseamento da responsabilidade do FH.

Durante o tempo que estive na DDIU pesquisei RCM das diferentes epoetinas e participei na distribuição semanal para a Hemodiálise/ Endocrinologia. No ambulatório participei na distribuição aos doentes insuficientes renais crónicos.

5.3.3.Hemoderivados

Os medicamentos derivados do plasma são regidos pelo despacho nº 28356/2008, de 13 de Outubro, e pelo despacho nº 1051/2000, de 14 de Setembro [12]. De acordo com este despacho, todos os atos de requisição clínica, distribuição aos serviços e administração aos doentes são registados numa ficha modelo, constituída por duas vias "Via farmácia" e "Via serviço". Após o preenchimento destas fichas o FH pode dispensar o hemoderivado, juntamente com a "Via serviço". Posteriormente é dada a saída do medicamento informaticamente, por doente. A "Via farmácia" é arquivada nos SF, anexada ao registo do consumo. O stock de hemoderivados no IPOFG, E.P.E. localiza-se no SF, e as condições de armazenamento variam consoante o tipo de hemoderivado, este stock é também alvo de verificação quinzenal. Acrescenta-se que mensalmente deve ser enviada uma lista ao INFARMED dos produtos hemoderivados que deram entrada nos SF, bem como, dos respetivos lotes.

Durante o tempo de estágio na DDIU li o RCM de alguns hemoderivados de modo a entender melhor as suas indicações terapêutica e as formas farmacêuticas disponíveis, como por exemplo, colas e esponjas. Assisti ao processo de dispensa, ao preenchimento dos documentos, verificação do Certificado de Autorização de Utilização do Lote, envio da Via Serviço com o hemoderivado para o serviço e arquivo da Via Farmácia nos SF (**Anexo 5**)(**Anexo 6**).

5.3.4. Medicamentos sem AIM em Portugal

A utilização excecional de medicamentos reveste-se de carácter particular e carece de autorização do INFARMED, ao abrigo do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto, e das condições definidas no regulamento aprovado pela Deliberação nº 105/CA/2007, em 01 de Março de 2007. Estes medicamentos que não têm autorização de introdução no mercado (AIM) em Portugal necessitam de autorização de utilização especial (AUE). Existem dois impressos para o pedido de AUE: o impresso de uso obrigatório para o requerimento, que contém dados fornecidos pelo laboratório; e o impresso para justificação clínica, preenchido pelo diretor de serviço que irá utilizar o fármaco. Posteriormente é enviada a documentação para o INFARMED, que analisa o processo e envia ao diretor clínico os impressos de AUE autorizados com um respetivo nº e data de autorização [13].

5.3.5. Medicamentos de Ensaio Clínicos

O Farmacêutico Hospitalar, 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 Ensaio Clínicos, Diretiva n.º 2001/20/CE. Os medicamentos de EC são regulamentados pelo Decreto-Lei n.º 64/2010, DR 111 série I de 2010-06-09, que adapta ao progresso científico e técnico as normas e os protocolos dos ensaios de medicamentos para uso humano, e pelo Decreto-Lei n.º 102/2007, DR 65 série I de 2007-04-02, que estabelece os princípios e diretrizes de boas práticas clínicas no que respeita aos medicamentos experimentais para uso humano [14].

5.4. Distribuição em regime de ambulatório

A dispensa de medicamentos a doentes em regime de ambulatório é o ato farmacêutico que consiste em assegurar a disponibilidade do medicamento em tempo útil, através de uma prescrição médica individualizada para cumprimento de um determinado ato terapêutico a todos os doentes que têm por direito acesso a medicação fornecida em ambulatório, dentro de padrões de qualidade aceitáveis para a sua correta utilização, devidamente embalados e identificados, assim como a dispensa de informação e aconselhamento por profissionais de saúde devidamente qualificados. Todos os medicamentos dispensados em regime de ambulatório são fornecidos de forma gratuita, ou porque são abrangidos pela lei, ou porque o conselho de administração da instituição o autorizou. A medicação fornecida em ambulatório dos SF do IPOFG, E.P.E. é essencialmente, antineoplásicos, fatores de crescimento, antivíricos, antifúngicos, antibióticos, antiparasitários, eritropoetinas, tuberculostáticos, alimentação artificial, imunomoduladores e medicação prevista pela lei de doentes insuficientes renais crónicos. O fornecimento de medicamentos aos doentes é efetuado por um FH, que deve verificar se o utente possui alguma medicação pendente para ser fornecida e o perfil farmacoterapêutico, e fazer a dispensa tendo em conta a calendarização médica da prescrição. De acordo com o tipo de medicação, as quantidades fornecidas variam. No caso da hormonoterapia a medicação é dispensada para o mês atual e para os dois meses seguintes ou até à data de fim de prescrição, se esta for inferior a 3 meses, a alimentação artificial entérica é fornecida para um período de 7 dias, e a restante medicação é fornecida para um máximo de 30 dias, ou até à data de fim da prescrição se esta for inferior a 30 dias.

Relativamente às dispensas especiais de medicação existem:

Fármacos que necessitam de avaliação económica: são dispensados mediante autorização individualizada do INFARMED.

Fármacos de justificação de medicação: só dispensados mediante apresentação da justificação assinada pelo Dr. do Serviço.

Fármacos de justificação de medicação extra-formulário: dispensados mediante autorização da direção clínica.

Medicamentos manipulados: dispensados mediante agendamento anterior do medicamento.

Venda de medicamentos: medicamentos que se encontrem esgotados em pelo menos 3 farmácias comunitárias da região, e que não sejam de uso exclusivo hospitalar podem ser vendidos ao preço definido pelo conselho de administração.

Relativamente ao armazenamento em ambulatório, os medicamentos encontram-se por ordem alfabética e grupos farmacoterapêuticos. De salientar que os medicamentos citotóxicos se encontram num armário à parte e os que exigem refrigeração encontram-se na câmara frigorífica. Semanalmente é feito um inventário permitindo a deteção de qualquer erro de registo informático de medicação fornecida ou de transferências entre armazéns [15] (**Anexo 7**).

Durante as duas semanas de estágio na distribuição em ambulatório li RCM de uma grande parte dos medicamentos fornecidos em ambulatório, a fim de conhecer as suas indicações terapêuticas, nomeadamente qual a informação a ser dada aos doentes aquando do seu fornecimento e perceber os esquemas e protocolos terapêuticos. Para além disso, assimilei a dinâmica e os cuidados a ter na validação de prescrições médicas, na calendarização, na explicação do esquema terapêutico ao doente, bem como algumas informações a dar-lhe, como por exemplo, a observância do horário da toma da hormonoterapia. Verifiquei ao longo do tempo, que a medicação mais fornecida é a hormonoterapia, como o anastrozol, tamoxifeno, exemestano, letrozol (para o cancro da mama hormonodependente) e bicalutamida (cancro da próstata), seguindo-se antineoplásicos como o imatinib, a capecitabina, e imunomoduladores como o tacrolímus e o micofenolato de mofetil. Auxilei na receção das requisições internas, no arquivo de documentos correspondentes às justificações de avaliação económica, justificações obrigatórias, justificações do diretor do serviço e justificações da direção clínica e, na dispensa de medicação.

6. Farmacotecnia

A farmacotecnia surge da necessidade de preparação de medicamentos adaptados ao perfil fisiopatológico do doente que não se encontram disponíveis no mercado, preparação de medicamentos adequados ao uso pediátrico, e a preparação de medicamentos apresentados sob uma dada forma farmacêutica e/ou com uma dosagem adequada a doentes específicos em que as condições de administração ou de farmacocinética se encontrem alteradas [16]. As principais preparações realizadas neste sector englobam: a reconstituição de medicamentos citotóxicos; soluções para nutrição parentérica; preparação de outros medicamentos que exigem técnicas assépticas; manipulação/adaptação de especialidades farmacêuticas comercializadas; e condicionamento de medicamentos em dose unitária (reembalagem) [17]. O circuito do medicamento manipulado inicia-se com a receção de uma requisição dos Serviços Clínicos, seguindo-se a pesquisa bibliográfica, a elaboração da ficha técnica de preparação e emissão dos rótulos, a preparação e o controlo de qualidade [16]. Na ficha técnica devem estar presentes informações como DCI, dose e fórmula do medicamento manipulado, número de lote e validade e quantidades das matérias-primas utilizadas, técnica de preparação, resultados dos controlos efetuados, descrição do acondicionamento, data e rubrica do operador e supervisor. Por outro lado, no rótulo deve constar o nome do fármaco por DCI, dose e fórmula, número do lote, condições de conservação, data de preparação e prazo de validade e, ainda, o nome e OBS do doente. O FH tem essencialmente a função de validar as prescrições, elaborar as fichas técnicas de preparação, supervisionar as operações de preparação, controlar os prazos de validade das matérias-primas e dos medicamentos, e efetuar o controlo de qualidade. Cabe ao TDT a preparação das matérias-primas e a sua manipulação (juntamente com o FH) e ao AO cabe o acondicionamento e transporte ao respetivo serviço [16].

6.1. Unidade de Preparação de Medicamentos Não Estéreis (UPNE)

A atividade da UPNE nos SF do IPOFG, E.P.E. está centralizada na preparação de fórmulas magistrais e preparados oficinais não estéreis destinados a satisfazer as necessidades específicas dos doentes. O espaço destinado à UPNE é constituído por uma sala onde se asseguram os cuidados de higiene e se veste o vestuário adequado, uma área de trabalho e um gabinete de produção onde se encontra arquivada toda a documentação associada à produção [16] (**Anexo 8**).

Durante o meu estágio pude assistir à validação das prescrições médicas, e à realização dos rótulos e da ficha de preparação. Fiz o auxílio na produção de alguns medicamentos manipulados como a solução oral de captopril, solução de lavagem de permanganato, álcool a 50°, colutórios, tacrolimus 0,5 mg/mL suspensão oral, xarope de metotrexato, xarope prednisolona, veículo para preparação de soluções e suspensões orais (FGP B.12), Solução de lugol, solução oral de ranitidina 5 mg/mL entre outros. **(Anexo 9) (Anexo 10)**

6.2.Unidade de Preparação de Medicamentos Estéreis (UPE)

A manipulação de medicamentos estéreis é inevitavelmente complexa por envolver várias etapas durante o processo, com aumento de probabilidades de contaminação microbiológica do produto final. No IPOPFG, E.P.E., a UPE é a unidade responsável pelas preparações que exigem cuidados especiais de manipulação, sob condições ambientais adequadas, em equipamentos apropriados, utilizando técnicas assépticas. Assim, esta unidade encontra-se compartimentada em três zonas, para além do gabinete de produção:

- Sala cinzenta - destinada à muda de roupa, contendo fatos de bloco, máscara, touca, protetores de calçado e solução desinfetante.
- Antecâmara - reservada à higienização das mãos e armazém de pequeno stock, caracterizada por possuir ar filtrado e pressão positiva;
- Sala branca/limpa - local de preparação, área com pressão mais positiva que a antecâmara e câmara de fluxo laminar horizontal, para proteção da preparação **(Anexo 11)** [18].

6.2.1.Bolsas nutritivas individualizadas

A nutrição parentérica individualizada preparada nos SF do IPOPFG, E.P.E. destina-se essencialmente aos serviços de pediatria e STMO pediatria. Estas devem ser adaptadas às características e necessidades de cada doente, sendo formuladas em função do balanço azotado, do balanço hídrico, do ionograma, da patologia e da terapêutica farmacológica instituída, segundo um nutricionista. Normalmente as misturas são preparadas de forma a evitar incompatibilidades, por isso adiciona-se a glicose, os aminoácidos, os eletrólitos, as vitaminas hidrossolúveis e oligoelementos à fase aquosa e os lípidos e vitaminas lipossolúveis à fase lipídica [18].

6.2.2.DIB's e outras preparações estéreis

Neste tópico incluem-se os protocolos de analgesia para o tratamento da dor aguda, veiculadas em bombas infusoras a ritmo constante ou DIB's - Drug Infusion Ballons (CT2, CT3, EPI2 e EPI3) e em sacos ou PCEA – Patient Control Epidural Analgesia (CT4, PCEA1 e PCEA2). Para o tratamento da dor crónica não existem protocolos de analgesia. Além destas preparações, também os colírios são preparados na UPE [18].

Durante o tempo em que estive na UPE assisti às validações das prescrições, e a realização de rótulos e das fichas de preparação. Além disso, assisti à preparação de bolsas de nutrição e a alguns protocolos de analgesia.

6.3.Unidade Centralizada de Quimioterapia (UCQ)

Os fármacos citotóxicos, citostáticos ou antineoplásicos são utilizados para tratar neoplasias malignas em associação com outros tratamentos, como a cirurgia e radioterapia ou quando estes não são eficazes. Podem também ser usados como paliativo dos sintomas ou como meio de prolongar a vida do doente. Devido às características tóxicas destes fármacos, a sua reconstituição e manuseamento deve obedecer a regras de segurança, e deve ser feito por técnicos competentes [19]. Desta forma, a Unidade Centralizada de Preparação de Quimioterapia (UCQ) dos SF do IPOFG, E.P.E. permite garantir a máxima segurança para o manipulador, a otimização dos recursos materiais, a redução dos desperdícios, a estabilidade e esterilidade dos fármacos preparados, e por conseguinte o aumento da qualidade de assistência ao doente. No seguimento da garantia de qualidade e de assepsia dos locais de preparação, e ainda, da proteção do operador, a UCQ encontra-se delimitada em 3 zonas: zona negra, local de trabalho administrativo, armários com medicamentos, estantes e secretárias; antecâmara, local onde se vestem os equipamentos de proteção; zona branca, local de preparação dos citotóxicos. Nesta última zona o técnico operador deve usar uma bata esterilizada, dois pares de luvas de cores diferentes, máscara, touca e pés plásticos (**Anexo 12**) [20]. A sala de preparação é semelhante à de preparação de medicamentos estéreis, com a diferença de que a pressão na sala de preparação deve ser negativa, e a câmara de fluxo de ar laminar é vertical (CFL-v) da classe II B [4], para garantir a proteção do operador em relação ao contacto com os medicamentos e evitar ao mesmo tempo a contaminação microbiana dos mesmos. O transporte dos tabuleiros com os fármacos e material para a zona branca é realizada através dos transferes, sendo todo o material previamente desinfetado com álcool a 70% (**Anexo 13**).

A UCQ no IPOPGF, E.P.E. está organizada em dois espaços de intervenção, o Hospital de dia Adultos e o Internamento e Hospital de Dia Pediatria, sendo cada um destes setores de trabalho efetuado por dois farmacêuticos. De uma forma geral, o funcionamento da UCQ processa-se da seguinte forma: o primeiro passo é a prescrição médica; o FH valida, imprime os rótulos, prepara a medicação necessária e coloca os tabuleiros no transfere; o TDT procede à preparação da medicação na CFL-v; o FH confere a preparação, rotula e embala e, finalmente, o AO faz o transporte aos serviços. Na UCQ do IPOPEG, E.P.E. o farmacêutico recebe as prescrições e o aval, depois dos exames médicos efetuados ao doente, via *online* no caso do Internamento/Hospital de Dia Pediatria e via online ou manual no caso do Hospital de Dia Adultos [20]. O armazenamento dos fármacos já debitados ao armazém é feito em armário próprio para o internamento, outro para o hospital de dia e os fármacos do frio em dois frigoríficos, sempre segundo o princípio *FEFO* (**Anexo 14**).

Eu permaneci neste serviço durante duas semanas. Na primeira semana foi-me proposto estudar o manual de procedimentos da Unidade Centralizada de Quimioterapia, algumas capas de Protocolos de Quimioterapia, e o livro *Cancro e a qualidade de vida*. Para além disso, foi-me explicada toda a organização do serviço. Posteriormente, assisti à validação farmacêutica das prescrições *online* do Internamento/Hospital de dia, aprendendo a verificar os cálculos da superfície corporal, as doses, as vias e modos de administração e os ciclos de quimioterapia. Assisti, também, à validação das prescrições em papel, e à realização dos rótulos. Acompanhei o processo moroso de validação dos medicamentos de ensaios clínicos (EC). Nos dias em que estive com os farmacêuticos responsáveis pelo Hospital de Dia Adultos foi-me possível verificar que as prescrições manuais poderiam estar preenchidas pelo médico, na primeira vez do tratamento, ou transcritas numa folha realizada pelas enfermeiras nas vezes seguintes do tratamento. Aprendi a emitir os rótulos e como usar o programa que auxilia a sua elaboração (**Anexo 15**), e fui capaz de preparar a medicação para colocar no *transfer*, de conferir as preparações, rotular e proceder ao embalamento. A exemplo desta situação enuncio o ato de rotulagem, durante o qual detetei, por uma vez, que a dose que estava escrita pelo técnico operador no saco de soro que continha o citotóxico, era diferente da que estava no rótulo. Desta forma alertei o farmacêutico responsável, tendo sido corrigido o erro. Constatei que os esquemas terapêuticos mais comuns para o Hospital de Dia eram o FOLFIRI (Bólus de 5-flouracilo, bomba de 5-flouracilo, irinotecano, e bólus de levofolinato) e o FOLFOX (Bólus de 5-flouracilo, bomba de 5-flouracilo, oxaliplatina, e bólus de levofolinato), indicados no

tratamento de cancros do trato gastrointestinal. Durante a minha estadia no serviço foi-me facultada uma visita guiada ao hospital de dia dos adultos pela enfermeira responsável, que me deu a conhecer o serviço, tendo eu ficado com uma perspetiva global de todo o circuito dos medicamentos citotóxicos preparados na UCQ.

6.4. Reembalagem de doses unitárias sólidas

A reembalagem de medicamentos unidose permite aos SF disporem do medicamento na dose prescrita e de forma individualizada, e é efetuada em condições que assegurem a sua proteção mecânica, estanquicidade e proteção da luz e do ar, com o intuito de preservar a integridade, higiene e atividade farmacológica. Desta forma, pode-se garantir a distribuição do medicamento sem risco de contaminações e devidamente identificado, com a DCI, dose, prazo de validade, lote e data de reembalamento [4].

Embora não tenha estado a fazer o reembalamento, ao longo do estágio verifiquei que este processo é da responsabilidade de TDT no sector da DDDU, e fui percebendo a importância da reembalagem na distribuição individualizada. Por exemplo, em regime de ambulatório visualizei a dispensa de comprimidos de dexametasona reembalados.

6.5. Radiofarmácia

A radiofarmácia é uma nova vertente da Farmácia Hospitalar que é responsável pela gestão, manipulação, dispensa e controlo dos produtos radiofarmacêuticos. No IPOFG, E.P.E. a radiofarmácia está inserida no serviço de medicina nuclear, e é coordenada pela Dra. Carla Capelo. Os radiofármacos são constituídos por um sistema químico e um radionúclido, e podem ser usados para o diagnóstico e tratamento de um vasto leque de patologias. Na radiofarmácia do IPOFG, E.P.E. o radionúclido mais comum no diagnóstico é o tecnécio ^{99m}Tc , e o mais comum na terapêutica é o iodo ^{131}I . Para além destes radiofármacos convencionais, são utilizados também radiofármacos PET (Tomografia por emissão de positrões) que são fármacos constituídos por uma molécula capaz de participar ativamente num processo fisiológico e que tem incorporado um isótopo emissor de positrões. Os radiofármacos PET mais utilizados são o FDG-2-[^{18}F]-fluor-2-desoxi-D-glucose, e os ^{68}Ga -peptídeos, estes são usados no diagnóstico, estadiamento, seguimento, planeamento da radioterapia, monitorização da resposta à terapêutica. Os ^{68}Ga -peptídeos são usados, particularmente, em tumores neuroendócrinos.

Este serviço está equipado com material radioprotector, nomeadamente, barreiras físicas de chumbo para proteção da radiação gama emitida pelos radionúclidos usados no

diagnóstico, e barreiras de acrílico usadas na proteção de radiação beta emitida pelos radionúclidos usados no tratamento. Para além disso todos os funcionários do serviço usam um detetor de radiação que é avaliado ao fim de cada mês, e os manipuladores usam também detetores digitais de radiação.

Durante o meu estágio foi-me concedida a possibilidade de acompanhar uma manhã de trabalho da farmacêutica responsável. Conheci todo o serviço de medicina nuclear, foi-me explicado de uma forma generalizada todos os princípios dos radiofármacos, a sua produção, a sua aplicabilidade, cuidados a ter no manuseio destes e o controlo de qualidade.

7. Ensaaios Clínicos

A Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, define um EC como "qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou 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". Os ensaios clínicos devem ser realizados de modo a garantir o cumprimento dos princípios éticos de investigação em seres humanos que se leem na Declaração de Helsinkia e Declaração de Belmonte, e se concretizam em três princípios básicos de autonomia, beneficência e justiça. A Unidade de EC dispõe de uma sala de receção de visitas de monitorização ou de atendimento a investigadores, e autoridades reguladoras, uma zona de receção de medicação EC, uma sala de trabalho, uma sala de arquivo e armazenamento de medicação, zonas de postos de trabalho/ computadores, zona de medicação oral devolvida mas não contabilizada, e zona de devolução de medicação pelo promotor para o exterior [21].

De uma forma geral, um EC é iniciado após a aprovação da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC), da comissão de ética para a Saúde, e do Conselho de Administração do IPOFG, E.P.E.. O promotor apresenta o protocolo com toda a documentação aos SF, expõe as condições e termos de realização, financia o ensaio e fornece a medicação. O investigador do EC é responsável pela sua condução, e os SF são responsáveis pelo circuito do medicamento experimental [22].

Os SF devido ao seu carácter central e coordenador, e à sua ampla experiência no uso racional dos medicamentos é o local ideal para assumir uma série de funções básicas que permitam o cumprimento dos objetivos do ensaio. Estas funções resumem-se ao controlo e gestão de medicação em investigação (garantia do armazenamento e conservação das amostras do, um controle do inventário e o acesso à informação dos medicamentos), atividades clínicas (monitorização e seguimento dos pacientes, com a colaboração da equipa investigadora), atividades de investigação (estudos de estabilidade, compatibilidade, biofarmácia e farmacocinética) e membro de comissão de ética para a saúde.

O FH tem como principais funções a redação de normas, procedimentos e diretrizes que asseguram o cumprimento legal das Boas Práticas Clínicas, desenhar programas de garantia de qualidade, participar nas visitas de pré-início, início e monitorização, gestão de medicamentos experimentais e tratar dos registos e relatórios associados a estes medicamentos [21].

Durante os dias que estive neste serviço li o material de apoio, de modo a perceber o funcionamento deste sector, nomeadamente o manual dos procedimentos da unidade de ensaios clínicos, e no sítio do INFARMED tive oportunidade de ler “o circuito do medicamento experimental”. Além das tarefas já citadas, acompanhei receções de medicamentos de EC que obrigam à verificação das condições de transporte emitidas pelo dispositivo detetor de temperatura que acompanha o medicamento; à conferência do que é recebido com o guia de transporte do medicamento EC (confirmação do código do protocolo, código da medicação, número de unidades e forma farmacêutica, lote, prazos de validade, nome e morada do laboratório que produziu a amostra); ao armazenamento em local apropriado de acordo com as condições impostas pelo promotor e, à introdução em sistema informático fornecido pelo promotor do que foi recebido. Assisti a devoluções de medicação de EC, e apreendi que neste sector todos os passos dados são bem documentados, por forma a assegurar respostas assertivas a questões colocadas pelo promotor ou monitorizador do EC. Cumulativamente, presenciei as ações desenvolvidas por um monitorizador de um EC numa visita de aferição dos procedimentos cumpridos. Tomei conhecimento de alguns dos processos de EC a decorrer e de alguns que já terminaram, como é o caso do transtuzumab, um fármaco que já foi de EC no IPO, que agora é muito usado no tratamento do cancro da mama; e que a escolha dos doentes para

cada ensaio é feita de acordo com as características propostas pelo promotor sendo que o doente tem o direito de saber os riscos e os benefícios aliados aos EC.

8. Serviço de Informação sobre Medicamentos (SIM)

Os SF do IPOPGF, E.P.E. possui um Serviço de Informação sobre Medicamentos (SIM), que consiste num espaço próprio onde se pode ter acesso a várias ferramentas de pesquisa, como o Prontuário Terapêutico, bases de dados *online* (como palliative drugs, stabilis, pubmed), Formulário Hospitalar Nacional do Medicamento, o site da Agência Europeia do Medicamento (EMA), o site do INFARMED, documentos informativos sobre formações como por exemplo, “O tratamento de feridas”, literatura como a Farmacopeia Portuguesa, o Formulário Galénico, “Martindale”, “Drug Information Handbook”, “Simpósium Terapêutico”, “Índice Nacional Terapêutico”, entre outros. Assim, este setor destina-se ao fornecimento de informações farmacológicas e farmacêuticas fidedignas e atualizadas. Este serviço possui ainda um contacto telefónico direto apesar das questões dos profissionais de saúde como enfermeiros e médicos, e até dos próprios utentes poderem ser colocadas em qualquer setor dos SF. Todas as questões e os respetivos esclarecimentos são anotados no documento “Pedidos de Informação”.

Durante o estágio recorri a várias fontes bibliográficas não só da biblioteca do SIM, como também da biblioteca do IPOPGF, E.P.E. Foi-me proposto fazer uma tabela com informações de estabilidade de medicamentos multidoses presentes nos SF. Para a realização da mesma consultei fontes como o prontuário terapêutico, e o RCM de vários medicamentos. Também me foi proposta a pesquisa de informações de compatibilidades entre o alfentanilo, haloperidol e butilscopolamina, para a realização de uma bomba de analgesia. Foi-me solicitada a pesquisa de um antisséptico para usar numa cirurgia da mucosa ocular, para um doente alérgico a iodopovidona, tendo encontrado um produto com polihexametil-biguanida, de nome comercial Lavasept®, que era comercializado na Suíça e no Chile. Consultei os livros “O cancro e a qualidade de vida: a quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro” (2005), “Cuidados paliativos” de Robert Twycross (2003), “Cadernos de anestesia e terapêutica da dor” e “Outline of Oncology Therapeutics” (2001). Recorri, igualmente, às bases de dados da biblioteca do IPOPGF, E.P.E.. Complementariamente, participei em dois congressos intitulados de “5ª Reunião de Cuidados Intensivos em Oncologia” (**Anexo 16**), e “4º Congresso de Cuidados Paliativos” (**Anexo 17**) que decorreram nas instalações do hospital. Finalmente, reuni-me com outros

profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, para o esclarecimento de algumas dúvidas que me surgiram durante o trabalho que realizei sobre a dor (**Anexo 18**).

9. Comissões técnicas hospitalares

9.1. Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

As CFTs. são comissões especializadas, responsáveis pela definição e monitorização da política do medicamento no hospital exercendo ações ao nível do desenvolvimento e atualização periódica do formulário, da elaboração de protocolos de utilização e programas de educação, e na monitorização do uso de medicamentos [23]. Esta comissão é constituída por médicos e farmacêuticos, sendo presidida pelo diretor clínico do hospital ou por um dos seus adjuntos. As suas funções passam por atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os SF, elaborar adendas privativas de aditamento ou exclusão aos FHNM, emitir pareceres e relatórios acerca de todos os medicamentos a incluir no FHNM, velar pelo cumprimento do FHNM, avaliar os custos da terapêutica requerida por cada serviço [24].

Durante o meu estágio embora não me foi permitido assistir a uma reunião da CFT por normas do hospital, tendo, todavia, me sido explicado em que tal consistia e os parâmetros basilares do seu funcionamento.

10. Conclusão

Durante os dois meses de permanência nos SF do IPOFG, E.P.E. contactei com as várias vertentes da atuação farmacêutica neste hospital, desde o contributo técnico-científico para a otimização da farmacoterapia à avaliação dos risco/benefício e racionalização dos custos e gestão, que se refletem na qualidade de todos dos serviços do hospital. Este período de estágio foi suficiente para perceber toda a logística de um serviço farmacêutico, desenvolver o meu conhecimento na área da oncologia, especificamente nos citotóxicos, e a dor oncológica. Em acrescento ao conhecimento aprofundado das funções dos SF, foi-me facultada a visita a alguns serviços médicos, nomeadamente o Hospital de dia (HD), ficando a conhecer todo o circuito dos citotóxicos, desde a sua preparação nos SF, o seu transporte, e administração no HD. Além do mais foi-me possibilitado, no âmbito do meu estudo sobre a dor oncológica, acompanhar uma médica anestesiologista da Unidade de estudo e tratamento da dor, nas consultas da dor, visitar o serviço de cuidados paliativos e,

ainda, assistir a uma reunião multidisciplinar semanal, na qual se analisa pormenorizadamente as circunstâncias de cada doente. Finalmente, e para completar o meu conhecimento sobre o funcionamento deste serviço hospitalar, foi-me apresentado o departamento de qualidade em geral (Governação clínica, Gabinete de Qualidade, Gabinete de gestão de risco, comissão de controlo de infeção), e correlacionar as respetivas ações no hospital. Sintetizando a importância deste estágio, constitui inequivocamente um complemento relevante ao estágio realizado em farmácia comunitária, dotando-me de uma visão do farmacêutico comunitário e do farmacêutico hospitalar, bem ainda, da orgânica de funcionamento de um hospital em geral.

Referências Bibliográficas

- [1] IPO-PORTO: História. Acessível em: <http://ipoporto.pt/>. (Acedido a 11 de setembro de 2014).
- [2] IPO-PORTO: Missão, Valores e Objectivos. Acessível em: <http://ipoporto.pt/>. (Acedido a 11 de setembro de 2014).
- [3] Ministério da Saúde e Assistência - Direção Geral dos Hospitais. Decreto-Lei nº 44204. Diário da República, 1ª Série, nº 40, de 2 de fevereiro
- [4] Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar (2005). Manual da Farmácia Hospitalar. Ministério da Saúde.
- [5] IPO-PORTO: Serviços Farmacêuticos. Acessível em: <http://ipoporto.pt/>. (Acedido a 11 de setembro de 2014).
- [6] Serviços Farmacêuticos IPO-Porto. Acessível em: <http://sfipoporto.blogspot.pt> (Acedido a 11 de setembro de 2014).
- [7] Glinnt Consulting: Global Care. Acessível em: <http://sites.glinnt.com/glinntconsulting> (Acedido a 20 de setembro de 2014).
- [8] Crujeira R, Furtado C, Feio J, Falcão F, Carinha P, Machado F, *et al* (2007). Programa do medicamento hospitalar. Ministério da Saúde.
- [9] Serviços Farmacêuticos do IPO-Porto. Manual de Procedimentos da Distribuição Tradicional ou Clássica.
- [10] Serviços Farmacêuticos do IPO-Porto. Manual de Procedimentos da Distribuição Individual Diária em Dose Unitária.
- [11] Prontuário Terapêutico online: Eritropoetinas. Acessível em <https://www.infarmed.pt/prontuario/index.php> (Acedido a 8 de outubro de 2014).
- [12] INFARMED: Capítulo I-Medicamentos de uso humano. Acessível em <https://www.infarmed.pt> (Acedido a 8 de outubro de 2014).
- [13] Serviços Farmacêuticos do IPO-Porto. Manual de Procedimentos : Medicamentos de autorização de utilização especial (AUE).
- [14] INFARMED: Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos. Acessível em <http://www.infarmed.pt/formulario/index.html> (Acedido a 8 de outubro de 2014).
- [15] Serviços Farmacêuticos do IPO-Porto. Manual de procedimentos para o fornecimento de medicamentos a doentes em regime de ambulatório.
- [16] Serviços Farmacêuticos do IPO-Porto. Manual de procedimentos da unidade de preparação de medicamentos não estéreis (UPNE).

- [17] Administração central do sistema de saúde (ACSS): Boas práticas na área do medicamento hospitalar. Acessível em : <http://www.acss.min-saude.pt/Projetos/ProgdoMedicamentoHospitalar/Projecto1/tabid/172/language/pt-PT/Default.aspx?PageContentID=26> (Acedido a 9 de outubro de 2014).
- [18] Serviços Farmacêuticos do IPO-Porto. Manual de procedimentos da unidade de preparação de medicamentos estéreis (UPE).
- [19] Prontuário Terapêutico online: Citotóxicos. Acessível em <http://www.infarmed.pt/prontuario/navegavalores.php?id=333> (Acedido a 27 de outubro de 2014).
- [20] Serviços Farmacêuticos do IPO-Porto. Manual de procedimentos da unidade de centralizada de quimioterapia.
- [21] Serviços Farmacêuticos do IPO-Porto. Manual de procedimentos dos ensaios clínicos.
- [22] INFARMED: Circuito do Medicamento Experimental. Acessível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/CEIC/Documentos/DOCUMENTOS_CE%20IC/DOCUMENTOS_DISCUSSAO_PUBLICA/CircuitoME.pdf (Acedido a 27 de outubro de 2014).
- [23] Administração central do sistema de saúde (ACSS): Comissões de Farmácia e Terapêutica. Acessível em <http://www.acss.min-saude.pt/Projetos/ProgdoMedicamentoHospitalar/Projecto3/tabid/242/language/pt-PT/Default.aspx> (Acedido a 27 de outubro de 2014).
- [24] INFARMED: Legislação farmacêutica compilada. Acessível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/despacho_1083-2004.pdf (Acedido a 27 de outubro de 2014)

Anexos

Anexo 1. Cronograma de atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Anexo 2. Distribuição Clássica ou Tradicional.

Anexo 3. Local de armazenamento dos medicamentos e carros da DIDDU.

Anexo 4. Documento para requisição de estupefacientes e psicotrópicos pelos serviços aos SF.

Anexo 5. Locais de armazenamento dos hemoderivados e eritropoetinas.

Anexo 6. Documento para Requisição/Distribuição/Administração de Hemoderivados.

Anexo 7. Armazenamento de citotóxicos e medicamentos de conservação no frio no ambulatório.

Anexo 8. Área de trabalho da UPNE.

Anexo 9. Ficha de preparação- Solução oral de ranitidina 5 mg/mL.

Anexo 10. Rótulo Solução oral de ranitidina 5 mg/mL.

Anexo 11. Sala de preparação de estéreis (sala branca ou limpa).

Anexo 12. Sala de biossegurança 1, onde se pode ver as CFL-v.

Anexo 13. Transfere para o transporte do tabuleiro, contendo o citotóxico a preparar e o respetivo rótulo.

Anexo 14. Armário dos medicamentos citotóxicos do internamento e do hospital de dia.

Anexo 15. Exemplo de rótulo de citotóxico- Cisplatina.

Anexo 16. Programa da V Reunião de Cuidados Intensivos em Oncologia, realizado a 17 e 18 de Outubro de 2014, no auditório principal do IPO-Porto.

Anexo 18. Trabalho realizado sobre dor oncológica.

Anexo 1. Cronograma de atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

SETEMBRO 2014

Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

	DIDDU
	Ambulatório
	UPNE/UPE
	UCQ
	Ensaio Clínico
	Radiofarmácia

OUTUBRO 2014

Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10 Consultas da dor	11	12
13	14	15	16 Visita ao Hospital de dia	17 V Reunião em cuidados intensivos em oncologia	18 V Reunião em cuidados intensivos em oncologia	19
20	21	22	23 Visita ao Serviço de Pediatria	24 4º Congresso em cuidados paliativos	25 4º Congresso em cuidados paliativos	26
27 Visita ao Serviço de Cuidados Paliativos	28	29	30	31 Reunião multidisciplinar de Cuidados Paliativos		

Anexo 2. Distribuição Clássica ou Tradicional



Anexo 3. Local de armazenamento dos medicamentos e carros da DIDDU.



Anexo 4. Documento para requisição de estupefacientes e psicotrópicos pelos serviços aos SF.

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA III-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI Nº 15/63, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

Serviços Farmacêuticos
do

N.º _____

Serviço _____

SALA _____

Anexo X

Código _____

Medicamento (DCI)	Forma farmacêutica	Dosagem	Código

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

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

Anexo 5. Locais de armazenamento dos hemoderivados e eritropoetinas.



Anexo 6. Documento para Requisição/Distribuição/Administração de Hemoderivados.

Número de série 1583148 VIA FARMÁCIA



MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS
REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO
(Anexo para Serviços Farmacêuticos)

HOSPITAL _____

SERVIÇO _____

Médico _____
(Nome legível)

N.º Mec. ou Vinheta _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Identificação do doente
(Nome, n.º de identificação civil, n.º do processo, n.º de utente do SNS)

Após etiqueta autoadesiva, coligada ao doente. Enviar sem etiquetas autoadesivas, com identificação do doente, quando se unidades requisitadas.

QUADRO A

REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA (a preencher pelo médico)

Hemoderivado _____
(Nome, forma farmacêutica, via de administração)

Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____

Diagnóstico/Justificação Clínica _____

QUADRO B

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

Hemoderivado	Quantidade	Lote	Lab. origin./Fabricado	N.º Cart. (NºSMEI)

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

O Equipamento, se plasma fresco congelado, vacinado poderá ser distribuído e ser registado e enviado nos Serviços de Imuno-Hemoterapia.

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

I. Instruções relativas à documentação:

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

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

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

II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:

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).

Modelo nº 1004-2000 de 1978, 2.ª ed. **INCM**

Anexo 7. Armazenamento de citotóxicos e medicamentos de conservação no frio no ambulatório.



Anexo 8. Área de trabalho da UPNE.



Anexo 9. Ficha de preparação- Solução oral de ranitidina 5 mg/mL.



Ficha Técnica de Preparação

Impressão	
Data / Hora:	2014-10-31 12:33
Utilizador:	I10760
Página:	1 / 2

Preparação: Ranitidina 5mg/ml Solução Oral (medicamento manipulado) - 2567

Nº da Guia/Lote: GP201410170

Quantidade a preparar: 50 ML

Data de preparação: 2014-10-31 10:49

Matérias-primas	Origem	Nº Lote / Prazo Valid.	Quantidade Calculada	Quantidade Pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Ranitidina 50 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV 376	LABESFAL - LABORATÓRIO ALMIRO, SA	18H1607 2016-05-31	10 ML			
Xarope Simples (BP2005) Conservado com Parabenos (medicamento manipulado) 2513		GP201410082 2015-01-13	50 mL (q.b.p.)			

Equipamento

Seringa PP; Agulha; Proveta rolhada; Tiras de medição de pH; Filtro 5 micron c/ encaixe luer lock.

Técnica de Preparação

1. Verificar o estado de limpeza do material a utilizar.	✓
2. Aspirar com a ajuda de uma seringa o volume de solução de ranitidina pretendido. Acoplar um filtro 5 micron com encaixe luer lock e transferir para a proveta de capacidade apropriada.	
3. Adicionar cerca de metade da quantidade de Xarope Simples (BP2005) conservado com parabenos e agitar.	
4. Completar o volume final com Xarope Simples (BP2005) conservado com parabenos.	
5. Homogeneizar a solução.	
6. Acondicionar em frasco apropriado.	
. Ace transferir para a proveta de capacidade apropriada.	

Rubrica do Operador _____

Material de embalagem	Capacidade	Nº do lote	Origem	Rubrica do Operador
Frasco Vidro Ambar 150 ml	5000ML			
Número de observação e nome do doente				Nome do prescriptor
Serviço				
123210 - Consulta Pediatria				

Anexo 10. Rótulo Solução oral de ranitidina 5 mg/mL.

 **SERVIÇOS FARMACÊUTICOS - Dir. Téc. Drª Florbela Braga**

Ranitidina 5mg/ml Solução Oral
(medicamento manipulado)

Ranitidina 50 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV 10 ML
Xarope Simples (BP2005) Conservado 50 mL (q.b.p.)
com Parabenos (medicamento
manipulado)

Via Adm ORAL	Posologia
Doente	
Morada	
Lote/Guia GP201410170	Data prep 2014-10-31 Valicade 2014-11-14
Conservação	FRIGORÍFICO PROTEGIDO DA LUZ
Obs	Contém sacarose e parabenos. Manter fora do alcance das crianças.

Anexo 11. Sala de preparação de estéreis (sala branca ou limpa).



Anexo 12. Sala de biossegurança 1, onde se pode ver as CFL-v.



Anexo 13. *Transfer* para o transporte do tabuleiro, contendo o citotóxico a preparar e o respetivo rótulo.



Anexo 14. Armário dos medicamentos citotóxicos do internamento e do hospital de dia.



Anexo 15. Exemplo de rótulo de citotóxico- Cisplatina.

	H. de Dia	IPO PORTO, EPE Serviços Farmacêuticos Unidade Central de Quimioterapia
IBS	Data 31-10-2014 Hora 9:17	
Nome	Prescrição nº338728	
farmaco Cisplatina	130mg (130,0 ml + 1047 ml)	
Conservação T. amb.	Estabilidade 24 horas	
administração NaCl 0.9% (e.v.)	Duração 2 horas	
Observações Preservar da luz.	Débito 589 ml/h	
Preparação Carolina Lima		
farmacêutico Mª João Pelayo		
	IPO PORTO Instituto Português de Oncologia	

Anexo 16. Programa da V Reunião de Cuidados Intensivos em Oncologia, realizado a 17 e 18 de Outubro de 2014, no auditório principal do IPO-Porto.

17 de Outubro, Sexta-feira

14.35h – “Interdependência da Oncologia Médica/Medicina Intensiva”

17.00h – “Doentes submetidos a grande cirurgia com reconstrução com retalho livre, dos cuidados pré-anestésicos à alta da UCI”

18.00h-“Fórum de casos Clínicos”

18 de Outubro, Sábado

9.00h – “A doente com carcinoma do ovário”

10.00h – “O doente hematológico”

11.30h – “Complicações infecciosas no doente transplantado, o que separa o AUTO-TMO do ALO-TMO”

14.00h – “Intervenções de Enfermagem em UCI Oncológica”

Anexo 17. Programa do 4º Congresso em Cuidados Paliativos, realizado a 24 e 25 de Outubro de 2014, no auditório principal do IPO-Porto.

24 de Outubro, Sexta-feira

07:00 Abertura do secretariado

08:00 Comunicações livres

10:00 Medicação irrelevante no cancro avançado

10:30 Diabetes em cuidados paliativos

11:00 Antibióticos em cuidados paliativos

11:30 Uso do oxigénio em cuidados paliativos

12:15 Voluntariado

14:00 Referenciação para cuidados paliativos num centro oncológico

15:00 Oncologia e cuidados paliativos

15:30 Cuidados paliativos nas doenças hematológicas malignas

16:30 Espiritualidade

17:00 Espiritualidade-questões práticas

25 de Outubro. Sábado

08:00 Comunicações livres

09:00 A anestesia no controlo da dor

09:30 Radiologia de intervenção em cuidados paliativos

10:00 Cirurgia no controlo de sintomas

12:00 Ser humano e ser pessoa

12:45 Dignidade

Anexo 18. Trabalho realizado sobre a dor oncológica.

As doenças oncológicas são um problema da sociedade atual, e aliados às mesmas existem todos os problemas debilitantes, como é o caso da dor oncológica. Desta forma, farmacêutico deve ter também um papel ativo na população, através de serviços de informação prestados aos utentes relativos aos fármacos analgésicos usados nestes casos. Por outro lado, o aconselhamento é, também, importante para minimizar possíveis efeitos

secundários associados à medicação, e minimizar possíveis interações farmacológicas entre a medicação crónica do utente e a medicação para a analgesia. Finalmente, a ajuda psicológica passa, muitas vezes, pelo farmacêutico, uma vez que este constitui o profissional de saúde de mais fácil acesso para a população em geral. Para que o farmacêutico possa exercer o seu papel, é de grande relevância que este possua o conhecimento apropriado sobre este tipo de dor tão particular e complexa.

1. Dor oncológica

Mais de 14 milhões de novos casos de cancro foram diagnosticados em 2012, e a incidência tem aumentado [1]. Como a deteção e o tratamento têm melhorado, existe um crescente número de pacientes que vivem com a doença e que apresentam consequências na sua qualidade de vida, a longo prazo. A dor associada ao cancro, especialmente a dor causada por metastização, é uma complicação muito frequente e altamente debilitante na vida destes doentes [2]. Uma grande percentagem dos pacientes com cancro experiencia dores severas e incontroláveis durante o curso da doença, sendo o tratamento desta dor objetivo primário no acompanhamento da doença [3], dado que a dor tem um grande impacto no doente oncológico, significando agravamento do prognóstico, diminuição da autonomia, diminuição do bem-estar e qualidade de vida, e aumento do sofrimento físico. Estima-se que 35-45% destes doentes sentem dor à data do diagnóstico ou numa fase precoce da doença, cerca de 70% apresentam dor na fase avançada e que quase todos têm dor na fase terminal da doença [4].

2. Avaliação da dor oncológica

A avaliação da dor oncológica tem como objetivos a caracterização adequada da dor, incluindo o tipo de síndrome doloroso e a fisiopatologia associada, e a avaliação do impacto desta dor no sofrimento do paciente com cancro. As características a avaliar para a identificação do síndrome doloroso oncológico são: a intensidade, indicativa da urgência do alívio, do fármaco de eleição, da via de administração e da frequência da dose; o tipo de dor, que sugere a sua frequência e fisiopatologia; a distribuição, distinção entre a dor focal, multifocal e generalizada, importante na seleção da terapia; a relação temporal, a dor oncológica pode ser aguda ou crónica, persistente durante 3 meses ou mais, com um padrão de recorrência em intervalos de meses, ou pela associação com um processo patológico crónico [5]. Estes doentes podem, ainda, apresentar uma dor contínua que

aumenta à medida que ocorre a progressão da doença, esta dor é denominada de dor persistente (“background pain”), ou podem apresentar uma exacerbação passageira da dor que se sobrepõe a um fundo de dor persistente estável, denominada como dor irruptiva (“breakthrough pain”), esta dor, por sua vez, pode ou não estar associada a um evento precipitante e é de difícil controlo [2][4]. Os doentes oncológicos com dor podem ser classificados em cinco grupos diferentes: doentes com dor aguda oncológica, associada ao diagnóstico de cancro ou terapêutica; doentes com dor crónica oncológica, associada à progressão da cancro e à terapêutica; doentes com dor crónica persistente e dor oncológica; doentes com história de toxicod dependência e dor oncológica; e, doentes em fase terminal com dor oncológica [5].

3. Síndromes de dor oncológicas

A dor oncológica ou maligna apresenta o mesmo mecanismo neurofisiológico da dor não maligna [6]. Os síndromes dolorosos causados pelo cancro definem-se pela associação de características particulares da dor e sinais físicos, com consequências específicas na doença e subjacentes ao tratamento. Os síndromes estão associados a etiologias e fisiopatologias distintas, e apresentam implicações prognósticas e terapêuticas importantes. (**Tabela 1**) [7].

Tabela 1. Síndromes de dor oncológica. Adaptado de Cherny NI, 2005.

Síndromes dolorosas agudas	
Associados a intervenções de diagnóstico e terapêutica	
Cefaleia posicional, acompanhada de náuseas, vômitos e sudorese.	Punção lombar (Diminuição do volume do líquido cefalorraquidiano).
Dor intensa associada a biópsia.	Biópsia
Dores moderadas a intensas no peito.	Mamografia
Síndromes dolorosas associados ao pós-operatório e técnicas analgésicas.	
Síndromes dolorosas agudas associados à quimioterapia	
Espasmos venosos, associados à inflamação, flebite química e reação eritematosa.	Técnicas de infusão de quimioterapia, como por exemplo infusão intravenosa.
Mucosite	Toxicidade causada pela quimioterapia.
Problemas perianais causados pelos corticosteroides	
Afeções articulares e musculares causadas pelos corticosteroides	
Neuropatia periférica dolorosa, associada principalmente a alcaloides da vinca.	
Cefaleia causada pela administração de metotrexato intratecal no tratamento da leucemia, ou metástases leptomeningeas.	
Trombose das veias cerebrais associada à administração sistêmica de L-asparaginase.	
Dor óssea difusa associada à terapia com ácido transretinóico.	

Mucosite
Problemas perianais causados pelos corticosteroides
Afeções articulares e musculares causadas pelos corticosteroides
Neuropatia periférica dolorosa, associada principalmente a alcaloides da vinca.
Cefaleia causada pela administração de metotrexato intratecal no tratamento da leucemia, ou metástases leptomeningeas.
Trombose das veias cerebrais associada à administração sistêmica de L-asparaginase.
Dor óssea difusa associada à terapia com ácido transretinóico.
Artralgias e mialgias associadas à administração de paclitaxel.
Dor torácica anginosa causada pelo 5-fluorouracilo.
Isquemia digital aguda: <i>fenômeno de Raynaud</i> , associado ao tratamento com bleomicina, vinblastina e cisplatina.
Síndromes dolorosas associados à terapia hormonal
Afeções músculo-esqueléticas
Síndromes dolorosas associados à imunoterapia
Mialgias, artralgias e cefaleias
Síndromes dolorosas associados à radioterapia

3.1. Síndromes dolorosas associados à própria doença

3.1.1. Dor neuropática

A dor neuropática oncológica pode ser causada pela infiltração tumoral, pela compressão dos nervos, ou por efeitos ao nível dos nervos periféricos associados à doença. Estes

síndromes dolorosas são muito variáveis, os pacientes podem ter dores ou distesias, como sensação de formiguelo ou queimação [6].

3.1.2.Dor nociceptiva

A infiltração neoplásica do tecido ósseo, muscular, conjuntivo e articular causa uma dor somática persistente, sendo os síndromes dolorosos associados ao osso os mais comuns. As metástases ao nível da coluna vertebral são as mais comuns, e, por isso, muitos pacientes apresentam dores de costas, dada a compressão causada pelas metástases ao nível vertebral. A maioria destes síndromes são de fácil diagnóstico [6].

3.2.Síndromes dolorosas associados ao tratamento e diagnóstico

Os síndromes de dor nociceptiva associados à quimioterapia, radioterapia ou cirurgia são raros. A radioterapia ou os corticosteroides podem causar osteonecrose, causando por isso, dor óssea. Por outro lado, a quimioterapia pode causar dor visceral crónica. A maioria dos sintomas pós-tratamento são do tipo neuropático, causados por afeções ao nível das fibras nervosas, e no caso de amputações podem resultar da formação de um neuroma, causando o síndrome de dor fantasma (**Tabela 2**) [6].

Tabela 2. Síndromes dolorosas crónicas em pacientes com cancro associados ao tratamento. Adaptado de Portenoy RK, *et al* ,1999.

Síndromes Dolorosas Crónicas em pacientes com cancro associados ao tratamento	
Síndromes nociceptivos	
Dor associada a osteonecrose	Radioterapia e terapia com corticosteróides
Dor associada a linfedema	
Dor associada a ginecomastia	
Dor abdominal crónica	Quimioterapia intraperitoneal e radioterapia
Dor pélvica crónica	Radioterapia
Síndromes neuropáticos	
Dor pós-mastectomia	Dores pós-cirúrgicas
Dor pós-toraxitomia	
Dor pós-nefrectomia	
Dor fantasma	
Neoplasma	Dores pós-radioterapia
Mielopatia	
Fibrose dos plexos cervical, braquial e lombosacral	
Polineuropatias	
	Dores pós-quimioterapia

4. Farmacoterapia da dor oncológica

A maioria dos pacientes com cancro consegue atingir um alívio da dor através de tratamentos anti-tumorais, terapias analgésicas sistémicas e outras técnicas não invasivas, como intervenções psicológicas e reabilitação [8]. O médico prescritor deve ter em conta a escada analgésica da OMS. Além disso, deve considerar que os analgésicos podem ser administrados de forma intermitente, nos casos de dor pouco intensa ou ocasional, ou numa

base regular, por várias tomas ao longo do dia, nos casos em que a dor é acentuada e contínua. Para além disso, o doente deve iniciar a terapia com um único medicamento, com posterior associação, se necessário, e estes medicamentos devem ser escolhidos de acordo com os efeitos secundários e toxicidade associados [5].

Segundo a escada da analgesia, quando a dor é ligeira deve ser tratada com analgésicos não opióides como o paracetamol, ou AINES [5][6]. No caso dos AINES, estes apresentam efeitos secundários gastrointestinais e, por isso, é recomendada a administração de protetores gástricos [6]. Estes são particularmente interessantes no tratamento das dores ósseas, associadas à infiltração tumoral óssea, e em combinação com um opióide são úteis no balanço entre a analgesia e a toxicidade. O paracetamol constitui uma alternativa aos AINES, em caso de estar instituída a terapia com corticosteroides ou anticoagulantes, ou em caso de envolvimento tumoral da mucosa gástrica. É eficaz no controlo da dor oncológica cabeça e pescoço, e também na dor óssea, apresentado um efeito poupador de morfina [5].

Os pacientes com dor moderada devem ser tratados com um opióide fraco, caso da codeína, dihidrocodeína e tramadol, em associação com um analgésico não opióide [6]. Estes fármacos apresentam já alguns efeitos secundários, como é o caso da sedação, obstipação e depressão respiratória, e são úteis no tratamento da dor visceral e somática ligeira a moderada.

No caso de dor severa, a morfina é o fármaco mais utilizado, produzindo períodos de analgesia eficaz de 4 a 5 horas, sendo a via oral a preferível. Para além da morfina, existem outros fármacos derivados da mesma que podem ser usados como a hidromorfona, fentanil, sulfentanil, levorfanol, e oximorfona [5]. Dado que a via oral é a mais usada, e a morfina administrada por via parentérica constitui cerca de 1/3 da dose da medicação oral, as formulações orais de hidromorfona e oxicodona, são boas alternativas para a morfina oral. O fentanilo e a buprenorfina transdérmicos são a melhor escolha para pacientes que são incapazes de engolir, ou pacientes com pouca tolerância à morfina. A metadona pode também ser uma alternativa, embora seja mais complicado o seu uso, dadas as diferenças inter-individuais no seu tempo de semivida no plasma, e na sua duração de ação. Os pacientes que apresentem dor muito severa e que necessitem de alívio rápido devem ser tratados com opióides administrados por via subcutânea [6]. É de salientar, que muitos pacientes podem desenvolver efeitos adversos associados aos opióides. A sedação é um efeito inicial muito frequente, e deve ser tratada distribuindo a dose total em frações mais

pequenas ao longo do dia. A obstipação também é um efeito muito comum, devendo ser atenuado com a instituição de uma dieta rica em fibra e líquidos, associada a agentes gastrocinéticos como a metoclopramida e a domperidona, e só em último caso, recorrer a laxantes. As náuseas e os vômitos são outros sintomas associados aos opióides, neste caso pode-se associar o haloperidol ou hidroxizina para aliviar os sintomas. Pode, ainda, ocorrer depressão respiratória, retenção urinária, hipotensão, e, em caso de sobredosagem, mioclonias multifocais e miose.

Os fármacos adjuvantes são fármacos que são administrados em associação com os analgésicos, e cuja indicação primária pode não ser a analgesia. Estes permitem potenciar a ação dos analgésicos, tratar efeitos secundários, ou tratar sintomas associados à doença. Os antidepressivos, como a amitriptilina, clomipramina e a imipramina, para além de aliviarem a depressão, apresentam efeito analgésico na dor neuropática. Os anticonvulsivantes são também eficazes no tratamento da dor neuropática, e em especial na dor lancinante, sendo uteis no tratamento das nevralgias do trigémeo e glossofaríngeo, na nevralgia pós-herpética e pós-traumática, na nevralgia diabética, e em doentes com dor associada a lesões medulares. Os corticosteroides são um grupo de fármacos muito usado, particularmente, na dor óssea causada por compressão medular, na pressão intracraniana e na dor visceral, apresentando, ainda, uma ação antiemética muito útil nestes doentes. Os neurolépticos, como o haloperidol, otimizam a analgesia causada pelos opióides e diminuem os efeitos secundários associados como náuseas, confusão e agitação. Outros grupos de fármacos também usados como adjuvantes da dor, são os diuréticos, as benzodiazepinas, psicostimulantes e anti-histamínicos [5]. É, de ressaltar, que com o intuito de continuar o meu estudo sobre a dor oncológica, e, particularmente, o seu tratamento, acompanhei na consulta da dor realizada no IPO do Porto, alguns casos clínicos descritos no relatório hospitalar.

5.Terapia não farmacológica

A terapia não farmacológica da dor oncológica pode ser útil em determinados casos, e engloba técnicas cirúrgicas neuroablativas, técnicas de analgesia regional, técnicas de neuroestimulação e radioterapia.

As técnicas cirúrgicas neuroablativas podem ser de dois tipos, ou remoção da massa tumoral causadora da compressão de um nervo ou distensão de um órgão, ou interrupção, por seccionamento, das vias nervosas.

As técnicas de analgesia regional podem ser do tipo de bloqueios neurolíticos ou bloqueio espinal. Os bloqueios neurolíticos são temporários, e consistem na injeção de agentes neurolíticos, como o etanol e o fenol, na região do nervo apropriada, causando a destruição do nervo, e, consequente, interrupção das vias nociceptivas. Por outro lado, o bloqueio espinal consiste na interrupção da transmissão nervosa através da medula espinal, pela administração de opióides no espaço epidural ou subaracnoide, e pela injeção de fenol ou etanol nos espaços subdural, no caso das dores de cabeça ou pescoço, epidural, nas dores do pescoço, ombros e braços, e aracnoide, nas dores ocorridas na parte inferior do corpo. A neuroestimulação é uma técnica que consiste na estimulação do sistema nervoso central (SNC), através de eléctrodos e geradores de impulsos, tendo como objetivo aumentar as funções de certas partes do SNC.

Finalmente, a radioterapia é também importante no tratamento da dor associada à compressão medular provocada pela metastização óssea [5].

6. Dor oncológica no IPO

A Unidade de Dor Crónica Oncológica do IPO-Porto iniciou a sua atividade em maio de 1980, e é constituída por uma equipa de Anestesiologia, Neurocirurgia, Psiquiatria, Fisiatria e a Oncologia Médica. Esta unidade, agora designada por Unidade de Estudo e Tratamento da Dor, tem como objetivos principais tratar adequada e atempadamente situações de dor crónica oncológica não controlada, complicações dolorosas tardias da doença e sequelas dos tratamentos e assegurar, ainda, a atividade na área da investigação, formação e ensino [9].

6.1. Consulta da dor: Casos clínicos

No âmbito do meu trabalho de pesquisa sobre a dor propus-me, com a autorização e colaboração da minha orientadora de estágio em farmácia hospitalar e da Dra. Ana Agrelo, acompanhar e estudar alguns casos de doentes com dor do IPO.

6.1.1 Caso clínico 1

Mulher de meia idade, que apresenta formigueiro nas mãos, classifica as suas dores em ligeiras, e com quadro depressivo, devido ao facto de se ver impedida, pela sua doença, de realizar as tarefas normais de casa. É sabido que a senhora apresenta metástases na coluna vertebral, em C5. Esta paciente apresentava como farmacoterapia pregabalina

(Lyrica®), gabapentina, tapentadol 150 mg (Palexia retard®), flurazepam 15 mg (Morfex®) e trazodona (Triticum®).

A paciente apresenta formigueiro nas mãos, indicativo de polineuropatia causada pela quimioterapia. A paciente faz tapentadol, um opióide forte, gabapentina e pregabalina anticonvulsivantes, indicados no tratamento da dor neuropática, para controlar a polineuropatia associada à quimioterapia e para controlar a dor proveniente da infiltração óssea ao nível da coluna vertebral. Segundo a avaliação médica a paciente apresenta a dor bem controlada, mas por outro lado, apresenta um quadro de depressão que deve ser tratado, dada a importância da motivação pessoal para o sucesso do tratamento da doença.

6.1.2. Caso clínico 2

Mulher com cerca de 40 anos, que apresenta dores articulares nos joelhos, pulsos e tornozelos, apresentava também formigueiro nos pés e referiu que “parecia estar a calcar vidros”, embora sentisse melhorias. Para além disso, refere ter impressão ao toque no papel e nos tecidos mais fibrosos. Apresenta também fibromialgia. A farmacoterapia da doente consiste em Tamoxifeno, Gabapentina, tramadol 300 mg (Tridural® 300mg), alprazolam e trazodona (Triticum®).

A paciente apresenta quadro de polineuropatia causado pela quimioterapia, identificado pelo formigueiro nos pés, a sensação de calcar vidro, e a impressão ao toque em determinados objetos. Esta dor neuropática é então tratada com a gabapentina e o tramadol. Relativamente às artralguas estas serão causadas pela hormonoterapia, que a paciente faz (Tamoxifeno). Esta é uma dor nociceptiva que pode ser tratada com anti-inflamatórios, e, por isso, é recomendado à paciente que faça etoricoxib em SOS, quando sentir dor. Relativamente à fibromialgia sentida pela paciente, não está relacionada com o decurso da doença, nem com o tratamento. Neste caso é importante que a paciente aprenda a diferenciar os diferentes tipos de dor que sente, para que o tratamento seja o mais adequado possível.

6.1.3. Caso clínico 3

Mulher com cerca de 80 anos, diz que trabalha sempre que pode, e adora viajar. Apresenta edema visível facial. História de queda recente. Refere sentir formigueiro moderado na face, e alguma dor que piora com o frio e quando fica nervosa. Classifica a sua dor como moderada (4-5), na escala numérica de 0 a 10. Apresenta como farmacoterapia a

pregabalina 75 mg (Lyrica® 75 mg), e diz que quando sente dores muito fortes toma Clonixina 300 mg (Clonix® 300 mg).

Esta paciente apresenta dor aguda forte associada à invasão óssea, que caracteristicamente pode ser aliviada com analgésicos não opióides, como sendo a clonixina, um AINE. É recomendada a toma de clonixina em situações de SOS, e para prevenir possíveis complicações gastrointestinais, é também recomendada a toma de um protetor gástrico, omeprazol, em jejum, o que vai de encontro com as recomendações da OMS. Por outro lado, a senhora refere sentir formigueiro moderado que é explicado pela dor neuropática, e que parece não estar a ser bem controlado com a pregabalina 75 mg. Pensa-se, por isso, em aumentar a dose de pregabalina para 150 mg, para tomar à noite, dado que se trata de uma paciente que vive sozinha, já com idade avançada, e este fármaco poder causar tonturas e perda de consciência.

6.1.4. Caso clínico 4

Mulher com cerca de 60 anos. Apresenta dores intensas no ânus e “falsas vontades de defecar”. Apresenta-se prostrada e desanimada por não poder trabalhar no campo. Refere, ainda, sentir, por vezes, dores insuportáveis. A farmacoterapia atual para o controlo da dor é buprenorfina 70 mg (Transtec® 70 mg), gabapentina, morfina por via oral (Sevredol®). A paciente diz evitar fazer a farmacoterapia, e tem história clínica de bloqueio neurolítico hipogástrico, e melhoras temporárias significativas.

Esta paciente apresenta um quadro de dor nociceptiva visceral crónica, controlada por analgésicos opióides fortes, morfina e buprenorfina. Refere ainda sentir dores insuportáveis ocasionais, que podem suscitar um caso de dor irruptiva aliado a uma dor basal. Uma vez que esta farmacoterapia não demonstra resultados evidentes, propõe-se fazer um outro bloqueio neurolítico mas desta vez definitivo, com o objetivo de controlar a dor.

7. Referências Bibliográficas

- [1] WHO: Cancer. Acessível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. (acedido a 11 de outubro de 2014).
- [2] Falk S, Bannister K, Dickenson AH (2014). Cancer pain physiology. *British Journal of Pain*; 1: 1-9.
- [3] Schmidt BL, Hamamoto DT, Simone DA, Wilcox GL (2010). Mechanisms of cancer pain. *Molecular Interventions*; 10: 164-178.

- [4] Costa CA, Santos C, Alves P, Costa A (2007). Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*; 6: 855-867.
- [5] Magalhães H, Félix R, Costa A, Cordeiro S (2005). Cuidados paliativos. In: Magalhães H, Félix R, Costa A, Cordeiro S, eds. *O Cancro e a Qualidade de Vida*. 1ª ed. Novartis, Lisboa, 900-925.
- [6] Portenoy RK, Lesage P (1999). Management of cancer pain. *The Lancet*; 353: 1695–1700.
- [7] Cherny NI (2005). Evaluación del dolor oncológico. In: McMahon S, Koltzenburg M, eds. *Tratado del Dolor*. Versión en español de la 5ª edición de la obra original en inglés. Elsevier, London, 1127-1154.
- [8] Jost L, Roila F (2010). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*; 21: 257-260
- [9] IPO: Serviços- Unidade de estudo e tratamento da dor. Acessível em <http://ipopoporto.pt/para-cuidar-de-si/servicos/> (acedido a 22 de outubro de 2014).

U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

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

www.ff.up.pt