



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Avaliação da adesão à terapêutica em doentes  
com esclerose múltipla nos SF do CHCB, EPE  
Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia  
Comunitária e Investigação**

**Sara Emanuel Roseiro Esteves**

Relatório de estágio para obtenção do Grau de Mestre em  
**Ciências Farmacêuticas**  
(Ciclo de estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutora Olga Lourenço  
Co-orientador: Dr.<sup>a</sup> Olímpia Fonseca

**Covilhã, outubro de 2013**

# Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu Avô, que sem dúvida se iria orgulhar de acompanhar o meu percurso académico.

# Agradecimentos

Os agradecimentos representam o reconhecimento do apoio e da ajuda de todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram envolvidos no meu percurso realização deste trabalho.

Um agradecimento merecido aos meus pais por me proporcionarem a realização deste sonho. À minha Mãe pelo apoio incondicional e por acreditar em mim desde sempre. Ao meu Pai pelo carinho e pela força que sempre me transmitiu e pelos ideais que me incutiu desde criança.

Em especial à minha orientadora Prof. Doutora Olga Lourenço, pela incansável ajuda, disponibilidade e excelente orientação sem a qual não teria sido possível a elaboração deste trabalho.

À minha Co-Orientadora Dr.<sup>a</sup> Olímpia Fonseca, pelo apoio e disponibilidade prestadas.

À Dr.<sup>a</sup> Inês Eusébio e à Dr.<sup>a</sup> Rita Moras, pela ajuda, amabilidade e disponibilidade constantes.

À Dr.<sup>a</sup> Catarina Cruto, por me ter recebido no seu serviço e por toda a disponibilidade e amabilidade prestadas.

À minha orientadora de estágio Dr.<sup>a</sup> Catarina Cardoso e à Dr.<sup>a</sup> Sofia Tomé, por todo o conhecimento, apoio, disponibilidade e simpatia que me transmitiu ao longo do meu estágio.

Ao meu irmão pelo apoio e amizade, sem o qual não seria possível superar certos obstáculos.

Às minhas avós, aos meus tios e prima pela ajuda na concretização deste sonho.

Ao Nuno pela incansável ajuda, apoio e paciência. À Rita pela amizade, companheirismo, alegria e carinho desde sempre. Ao Barata pela ajuda e amizade. A todas as amizades para a vida que este curso me proporcionou em especial à Chapeira, à Tânia, à Carla, à Catarina, à Mariana, à Denise, à Cris, ao Nuno, ao Miguel, ao Fábio, ao Tiago por todo o apoio e amizade.

A todos aqueles que acreditaram em mim um enorme bem-haja.

# Resumo

O presente trabalho encontra-se dividido em dois capítulos, o Capítulo I que está associado ao relatório de estágio em farmácia Comunitária e o Capítulo II, que diz respeito à componente de investigação subordinada ao tema “**Adesão à terapêutica em doentes com Esclerose Múltipla**”.

**Capítulo I:** No relatório de estágio são descritas as atividades que desenvolvi durante o estágio curricular em farmácia comunitária. Além do que é descrita a organização da farmácia, o seu quadro de pessoal e ainda algumas normas, regulamentos e leis próprios da prática farmacêutica. O local de realização do estágio foi a Farmácia Reis, em Castelo-Branco.

No **Capítulo II:** A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crónica, inflamatória e desmielinizante, que afeta o Sistema Nervoso Central (SNC). É considerada a doença neurológica mais incapacitante em adultos jovens, afetando cerca de 2 milhões de pessoas em todo o Mundo. A adesão à terapêutica é de extrema importância nas doenças crónicas devido ao grande impacto que estas têm na população. A realização de estudos de adesão é importante para que os doentes obtenham a eficácia pretendida com a terapêutica instituída. O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão à terapêutica em doentes com esclerose múltipla. Para a realização deste estudo foram inquiridos 30 doentes de um total de 74 doentes com esclerose múltipla no Centro Hospitalar da Cova da Beira. A média etária da população foi de 46,63 anos de idade. Quanto ao sexo, 8 doentes eram do sexo masculino e 22 doentes do sexo feminino. Este estudo foi realizado através da aplicação de dois métodos indiretos: o método I, que consistiu na análise dos dados informáticos relativos à cedência de medicação, a estes doentes pelos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Cova da Beira, respeitante aos anos de 2011-2013 e o método II, constituído por um inquérito e pelo teste de *Morisky*. Dos 24 doentes incluídos no método I: 15 doentes foram considerados aderentes (62%) e 9 doentes não aderentes (38%). Dos 30 doentes incluídos no método II a adesão foi elevada em 21 doentes (70%), média em 8 doentes (27%) e baixa num doente (3%). Avaliando a adesão à terapêutica segundo os dois métodos na maioria dos doentes os resultados são coincidentes. Mediante a análise dos resultados obtidos através dos dois métodos, foi possível concluir que a amostra populacional inquirida e analisada é aderente na sua grande maioria. No entanto, o estudo permitiu também detetar casos de não adesão. Estes casos foram reportados aos profissionais de saúde que seguem esses doentes. A realização deste estudo permitiu avaliar a adesão destes doentes e os fatores que a influenciam, de forma a promover ações de sensibilização junto dos mesmos da importância do cumprimento da terapêutica.

## Palavras-chave

Farmácia Comunitária; Seguimento Farmacoterapêutico; Consulta; Adesão; Fármacos; Esclerose Múltipla

# Abstract

This work is divided into two chapters, Chapter I reports the internship in community pharmacy and Chapter II describes the research project "Adherence to therapy in patients with Multiple Sclerosis".

Chapter I: The report describes the activities developed during the internship in community pharmacy at the Farmácia Reis in Castelo-Branco. The organization of the pharmacy, including team and some rules, regulations and laws of pharmaceutical practice are also described.

Chapter II: Multiple Sclerosis (MS) is a chronic inflammatory demyelinating disease that affects the central nervous system (CNS). It is considered the most disabling neurological disease in young adults, affecting approximately 2 million people around the world. Adherence to therapy is extremely important in chronic diseases due to the great impact they have on the population. Studies on adhesion are important for patients to obtain the desired effectiveness of the therapy. The aim of this study was to assess adherence to therapy in patients with multiple sclerosis. For the purpose of this study 30 patients were surveyed from a total of 74 patients with multiple sclerosis at the Centro Hospitalar Cova da Beira. The average age of the population was 46.63 years old. Regarding sex, 8 patients were male and 22 were female. This study was conducted through the application of two indirect methods: Method I, which consisted in the analysis of computer data relating medication release to these patients by the Pharmaceutical Services of Centro Hospitalar Cova da Beira, covering the years between 2011-2013 and method II constituted by a questionnaire and the Morisky Test. Of the 24 patients included in method I: 15 patients were considered adherent (62 %) and were 9 are non-adherent (38 %). Of the 30 patients included in Method II, adhesion was elevated in 21 patients (70%), medium in 8 patients (27 %) and low in one patient (3%). Adherence results according both methods were coincident in the majority of patients. Through the analysis of the results obtained by the two methods, it was concluded that the majority of the population is adherent. However, the study detected some cases of non-adherence. These cases were reported to the health professionals who follow these patients. This study allowed us to evaluate the adherence of these patients and the factors influencing it, in order to promote awareness on the importance of compliance with the therapy.

## Keywords

Community Pharmacy; Pharmacotherapeutic Follow; Consultation; Adhesion; Drugs; Multiple Sclerosis.

# Lista de Figuras

<b>Figura 1</b>	Distribuição por faixa etária e sexo dos doentes com EM incluídos no estudo	16
<b>Figura 2</b>	Ocupação dos doentes	19
<b>Figura 3</b>	Administração da medicação	24
<b>Figura 4</b>	Sintomas que levaram ao diagnóstico da doença	25
<b>Figura 5</b>	Representação gráfica da percentagem de doentes a tomar cada fármaco em estudo	26
<b>Figura 6</b>	Relação entre o número de doentes e os efeitos secundários reportados pelos mesmos	27
<b>Figura 7</b>	Relação entre o número de doentes a fazer prevenção e o tempo de doença	27
<b>Figura 8</b>	Representação gráfica da distribuição dos doentes pelos sintomas descritos como característicos da doença-EM	28
<b>Figura 9</b>	Representação gráfica da distribuição de doentes polimedicados em relação ao profissional de saúde que receitou essa mesma medicação	29
<b>Figura 10</b>	Representação gráfica da distribuição dos doentes relativamente ao motivo da alteração da medicação da EM	30
<b>Figura 11</b>	Representação gráfica da distribuição dos doentes relacionado a sua adesão com a faixa etária em que estão inseridos	31
<b>Figura 12</b>	Relação entre a adesão com e a ocupação dos doentes	32
<b>Figura 13</b>	Relação entre a adesão e o meio familiar dos doentes	32
<b>Figura 14</b>	Relação da adesão com os efeitos secundários reportados pelos mesmos	33
<b>Figura 15</b>	Representação gráfica da distribuição dos doentes com os diferentes graus de adesão, segundo o Teste de Morisky	35
<b>Figura 16</b>	Representação gráfica da distribuição dos doentes segundo o seu sexo pelos diferentes graus de adesão, segundo o Teste de Morisky	35
<b>Figura 17</b>	Representação gráfica da distribuição dos doentes segundo a sua faixa etária pelos diferentes graus de adesão, segundo o Teste de Morisky	36

# Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b>	Critérios de McDonald para diagnóstico de EM	6
<b>Tabela 2</b>	Pressupostos do Teste de Morisky para classificar a adesão	15
<b>Tabela 3</b>	Relação entre o sexo, idade, prática de exercício e hábitos tabágicos de cada doente	17
<b>Tabela 4</b>	Relação entre o profissional de saúde que fez o diagnóstico, a dependência dos doentes na administração, o tempo de doença, a prevalência de surtos, os sintomas característicos da doença e a mobilidade	19
<b>Tabela 5</b>	Relação entre o fármaco, a prevenção de efeitos secundários, a ocorrência de surtos, os efeitos secundários reportados, a polimedicação e a alteração da medicação	22
<b>Tabela 6</b>	Tempo de doença dos doentes	25
<b>Tabela 7</b>	Relação entre os doentes polimedicados e o grupo terapêutico a que pertencem os restantes fármacos, além do da EM	29
<b>Tabela 8</b>	Relação entre a adesão pelos dois métodos com os restantes fatores individuais de cada doente	36
<b>Tabela 9</b>	Relação da adesão pelos dois métodos	38
<b>Tabela 10</b>	Diplomas que validam a comparticipação de medicamentos, em doenças crónicas específicas	68
<b>Tabela 11</b>	Classificação dos Grupos Tensionais	79
<b>Tabela 12</b>	Valores de referência da Glicémia Capilar	80
<b>Tabela 13</b>	Valores de referência do Colesterol Total	81
<b>Tabela 14</b>	Valores de referência dos Triglicéridos	82

# Lista de Acrónimos

BHE	Barreira Hemato-encefálica
CHCB	Centro Hospitalar da Cova da Beira
DGS	Direção Geral de Saúde
EM	Esclerose Múltipla
EMA	Agência Europeia do Medicamento
EMPP	Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva
EMSP	Esclerose Múltipla Secundariamente Progressiva
EMSR	Esclerose Múltipla Surto Remissão
IFN	Interferão
IL	Interleucina
IM	Intramuscular
WHO	<i>World Health Association</i>
MHC	Complexo Major de Histocompatibilidade
PRM	Problemas relacionados com os medicamentos
RCM	Resumo das Características do Medicamento
RM	Ressonância magnética
RNM	Resultados negativos associados à medicação
SC	Subcutânea
SF	Serviços farmacêuticos
SFarm	Seguimento farmacoterapêutico
SNC	Sistema nervoso central
ADSE	Direção Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
ADM	Assistência da Doenças aos Militares
ANF	Associação Nacional das Farmácias
art.	artigo
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas
Cedime	Centro de Informação sobre Medicamentos da Associação Nacional das Farmácias
CIM	Centro de Informação da Ordem dos Farmacêuticos
CNP	Código Nacional do Produto
CNPEM	Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos
DCI	Denominação Comum Internacional
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamentos e Produtos de Saúde I.P
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
IMC	Índice de Massa Corporal
MSRM	Medicamento (os) Sujeito (os) a Receita Médica
MNSRM	Medicamento (os) Não Sujeito (os) a Receita Médica
PIC	Preço Inserido na Caixa
PVP	Preço de Venda ao Público
SAD	Serviço de Assistência a Doenças
SAMS	Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários
Udifar	União dos Farmacêuticos Portugueses

# Índice

<b>CAPITULO I - INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Introdução</b> .....	<b>2</b>
1.1 Patofisiologia da Esclerose Múltipla .....	3
1.2 Manifestações clínicas .....	4
1.3 Diagnóstico.....	5
1.4 Tratamento Imunomodulador.....	7
1.4.1 Interferões Beta .....	9
1.4.2 Copaxone® .....	11
1.4.3 Fingolimod® .....	11
1.5 Adesão .....	12
<b>2.Objetivos</b> .....	<b>14</b>
<b>3. Materiais e Métodos</b> .....	<b>14</b>
3.1 Amostra .....	14
3.2 Métodos para Recolha de Dados.....	14
3.3 Análise Estatística .....	16
<b>4. Apresentação de Resultados</b> .....	<b>16</b>
4.1 Dados Demográficos .....	16
4.2 Caraterização da EM .....	19
4.2.1 Caraterização da mobilidade dos doentes e da sua dependência na administração .....	23
4.2.2 Caraterização dos doentes segundo o diagnóstico e o profissional de saúde que identificou a doença e o seu estado de saúde atual .....	24
4.2.4 Caraterização quanto ao número de doentes a fazer determinado Fármaco .....	26
4.2.5 Caraterização dos doentes quanto aos efeitos secundários, prevenção dos mesmos e relação com o tempo de doença .....	26
4.2.6 Caraterização dos doentes a fazer medicação quanto á prevalência de surtos ....	27
4.2.7 Caraterização dos doentes quanto aos sintomas descritos como característicos da doença-EM.....	28
4.2.8 Caraterização da prevalência de efeitos secundários referidos pelos doentes em relação a cada fármaco .....	28
4.2.9 Caraterização dos doentes quanto á polimedicação, tipo de medicação concomitante e profissional de saúde que receitou a mesma .....	28
4.2.10 Caraterização da alteração de medicação nos doentes inquiridos .....	30
4.3 Caraterização da Adesão pelos dois métodos.....	31
4.3.1 Método I .....	31
4.3.2 Método II.....	32
4.3.3 Adesão pelos dois métodos.....	36
<b>5.Discussão</b> .....	<b>39</b>
<b>6.Conclusões e Perspetivas Futuras</b> .....	<b>43</b>
<b>7. Bibliografia</b> .....	<b>45</b>

<b>CAPÍTULO II - ESTÁGIO .....</b>	<b>50</b>
<b>1. Introdução .....</b>	<b>50</b>
<b>2. Organização da Farmácia .....</b>	<b>51</b>
2.1 Recursos Humanos: Funções e Responsabilidades .....	51
2.2 Horário de Atendimento .....	52
2.3 Instalações e Equipamentos: Descrição e Finalidade .....	52
2.3.1 Localização e Espaço Exterior .....	52
2.3.2 Espaço Interior .....	53
2.3.3 Informática na Farmácia.....	55
<b>3. Legislação, Informação e Documentação Científica .....</b>	<b>55</b>
<b>4. Aprovisionamento e Armazenamento .....</b>	<b>57</b>
4.1 Aprovisionamento:.....	57
4.2 Elaboração de Encomendas .....	58
4.3 Receção de encomendas .....	59
4.4. Marcação de preços .....	60
4.5 Armazenamento e Organização .....	61
4.6 Controlo de Prazos de Validade .....	62
4.7 Devoluções .....	62
<b>5. Dispensa de Medicamentos .....</b>	<b>63</b>
5.1. Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) .....	64
5.1.1 Receitas Médicas .....	65
5.1.2 Regras de Prescrição .....	65
5.1.3 Avaliação / Validação Farmacêutica da Receita .....	67
5.1.4 Acordo com o SNS e outras entidades .....	68
5.1.5 Dispensa de um MSRM em urgência .....	69
5.2 Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica Especial .....	69
5.3 Dispensa de um Medicamento ao Abrigo de um protocolo .....	70
5.4 Dispensa de Medicamentos Genéricos .....	70
5.5 Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica .....	71
5.6 Dispensa de medicamentos manipulados .....	71
<b>6. Automedicação.....</b>	<b>72</b>
<b>7. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde.....</b>	<b>73</b>
7.1 Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal .....	73
7.2 Produtos Dietéticos para Alimentação Especial .....	74
7.3 Produtos Dietéticos Infantis .....	74
7.4 Homeopatia e Fitoterapia .....	74
7.5 Medicamentos de Uso Veterinário .....	75
7.6 Dispositivos Médicos.....	75
7.7 Produtos de Puericultura .....	75
<b>8. Cuidados de Saúde prestados na Farmácia .....</b>	<b>76</b>
8.1 Farmacovigilância .....	76
8.2 Recolha de medicamentos fora de uso.....	77
8.3 Rastreios.....	77
8.4 Aconselhamento Nutricional .....	77
8.5 Determinação de Parâmetros Fisiológicos e Bioquímicos.....	78
8.5.1 Medição da Pressão Arterial.....	78
8.5.2 Medição da Glicémia Capilar.....	79
8.5.3 Medição do Colesterol e Triglicéridos .....	81
8.5.4 Antropometria .....	82
8.5.5 Testes de Gravidez .....	82

<b>9. Contabilidade e Gestão .....</b>	<b>83</b>
9.1 Gestão de Receituário .....	83
9.2 Documentos Contabilísticos.....	85
9.3 Incidência Fiscal .....	85
<b>10. Formação Contínua.....</b>	<b>86</b>
<b>11. Conclusão.....</b>	<b>87</b>
<b>12. Bibliografia .....</b>	<b>88</b>

# **Capítulo I: Investigação ‘Adesão à Terapêutica em doentes com Esclerose Múltipla’**

# CAPITULO I - INVESTIGAÇÃO

## 1. Introdução

A EM é uma doença crónica, inflamatória e desmielinizante, que afeta o Sistema Nervoso Central (SNC). <sup>[1]</sup> Esta patologia é assim designada devido ao fato de afetar múltiplas áreas do cérebro e da medula espinhal, bem como por causar desenvolvimento de esclerose (tecido cicatricial) nas áreas danificadas. <sup>[2]</sup>

Segundo a associação nacional de esclerose múltipla, esta afeta cerca de 2 milhões de pessoas no Mundo e em Portugal estima-se que cerca de 5000 pessoas sejam portadoras. <sup>[3]</sup> É considerada como sendo a doença neurológica mais incapacitante em adultos jovens. <sup>[4]</sup> Afeta com maior incidência o sexo feminino, surgindo mais frequentemente entre os 15 e os 45 anos de idade. <sup>[5]</sup> Está relacionada com fatores genéticos, hereditários e ambientais. Existindo outros fatores de risco associados à doença tais como: infeções, imunizações, *stress* físico e emocional, dieta, clima e exposição ocupacional. <sup>[6]</sup>

A doença surge com lesões dispersas na substância branca do neuro-eixo, sendo caracterizada pelo aparecimento da placa desmielinizante onde se observa perda de mielina, destruição axonal e formação de cicatrizes gliais, bem como a presença de infiltrado inflamatório composto por linfócitos, macrófagos, e mediadores da resposta imune. <sup>[7]</sup> Este processo depende da ativação periférica de linfócitos T, que ao expressarem moléculas de adesão na sua superfície, conseguem atravessar a barreira hematoencefálica (BHE). No SNC, os linfócitos promovem a proliferação de linfócitos T citotóxicos, a síntese de anticorpos e a ativação da microglia, levando à destruição da bainha de mielina e dos oligodendrócitos. Ao ocorrer um episódio desmielinizante, a velocidade de transmissão do impulso nervoso diminui, resultando nas manifestações clínicas que caracterizam a EM. A reversibilidade dos sintomas pode ser parcial ou total, dependendo entre vários fatores, da redistribuição dos canais de sódio, ao longo do segmento desmielinizado bem como da capacidade de remielinização dos oligodendrócitos. <sup>[8]</sup>

As lesões surgem numa fase aguda no nervo ótico, tronco cerebral e na substância branca profunda periventricular, em que predominam elementos inflamatórios, evoluindo para fases subagudas ou crónicas em que surge a cicatriz astrogliar. <sup>[9]</sup>

A Esclerose Múltipla Surto/Remissão (EMSR) é a forma mais frequente (85%-90%) afetando duas vezes mais as mulheres do que os homens. A maioria destes doentes desenvolve posteriormente Esclerose Múltipla Secundariamente Progressiva (EMSP). A EMSR e a EMSP constituem as duas apresentações maioritárias da EM. A Esclerose Múltipla Primariamente

Progressiva (EMPP) afeta cerca de (10-15%) dos doentes, apresentando-se com um início da doença insidioso com progressão constante. <sup>[10,11]</sup>

Em relação à terapêutica, o Betaferon® (Interferão beta-1b: IFNβ-1b), de administração subcutânea (SC), foi o primeiro fármaco a ser aprovado, como terapêutica modificadora da EM. Desde então diversos fármacos foram aprovados, para administração intramuscular (IM), como o Avonex® (IFNβ-1a) ou administração SC como o Rebif® (IFNβ-1a). Bem como outros fármacos com mecanismos de ação diferentes destes, tais como o acetato de glatirâmero de administração SC, o Copaxone®, o natalizumab e a mitoxantrona, usados na EMSR. <sup>[12]</sup>

A maioria das terapias para a EM é medicação autoinjectável, constituindo uma das principais razões para a não adesão. A medicação deverá ser administrada de forma contínua, para reduzir a atividade da doença e proporcionar uma boa qualidade de vida. Como tal, a adesão à terapêutica nestes doentes torna-se um desafio importante para os profissionais de saúde envolvidos, devendo ser verificada, principalmente nos primeiros seis meses, considerados os mais críticos. <sup>[13]</sup>

## 1.1 Patofisiologia da Esclerose Múltipla

A EM é considerada uma doença inflamatória neurodegenerativa, em que a imunidade inata e a adaptativa desempenham um papel importante na iniciação e progressão da doença <sup>[14]</sup>. Acredita-se que o início da doença ocorra com o aumento da migração de linfócitos T através da BHE, desencadeando uma resposta imunitária. <sup>[15]</sup> Mediante ativação por antígenos específicos, superantígenos ou antígenos microbianos de reação cruzada, estes invadem o SNC e iniciam a doença. <sup>[16]</sup>

Na fase aguda inicial da doença, as lesões desmielinizantes focais surgem de um processo inflamatório, no qual participam diversos componentes do Sistema Imune, sendo os linfócitos T auxiliares (Th1 e Th17) os principais intervenientes. A sua reação ocorre contra antígenos da mielina, diretamente através da produção de citocinas e indiretamente por ativação de macrófagos e microglia, levando à destruição do parênquima encefálico. Além destas, outras células são também relevantes, tais como as células apresentadoras de antígeno locais, os linfócitos TCD8+ e os linfócitos B produtores de anticorpos anti-mielina, indutores de desmielinização por ativação do complemento. <sup>[17]</sup>

A mielina é sintetizada pelos oligodendrócitos, sendo os seus processos de desenvolvimento regulados por fatores de crescimento que orquestram a proliferação, migração, diferenciação e sobrevivência dos percursores dos oligodendrócitos nas células de mielina. Tem como função a proteção axonal e a condução do impulso nervoso. <sup>[18]</sup>

A condução nas fibras nervosas é propagada pela ativação dos canais de sódio durante a fase de despolarização do potencial de ação. Nestas fibras mielinizadas, sensíveis à voltagem os canais estão concentrados no interior das membranas dos axónios, nos nódulos de Ranvier e em menor concentração no interior do axolema internodal abaixo da bainha de mielina. Numa região de desmielinização esta relação estrutural não ocorre. <sup>[19]</sup>

A destruição da mielina e dos axónios pode ocorrer devido a diversos mecanismos, sendo estes a produção de citocinas inflamatórias com capacidade destrutiva própria (TNF, TRAIL), radicais livres de oxigénio e óxido nítrico, excitotoxicidade glutamatérgica, citotoxicidade dependente de anticorpos e indução de apoptose por contato direto com linfócitos T citotóxicos. [7,10]

A desmielinização leva a que, a condução nervosa seja interrompida, dando origem a sintomas tais como a dor e a perda de função. Existem diferentes padrões de desmielinização nas lesões ativas da doença, sugerindo que os alvos (mielina ou oligodendrócitos) e os mecanismos da doença possam ser distintos nos subgrupos de doentes com EM, bem como nos diferentes níveis de progressão da doença. Caso não haja dano dos oligodendrócitos, poderá ser produzida nova mielina através de um processo designado por remielinização, contudo a sua função poderá estar comprometida. O dano axonal poderá ocorrer a qualquer altura do processo da doença, sendo que este é um dos fatores causadores da sua progressão. [18]

A formação da placa esclerótica, representa a fase final de um processo que envolve inflamação, desmielinização, esgotamento de oligodendrócitos, astrocitose, degeneração neuronal e axonal. [8]

## 1.2 Manifestações clínicas:

A desmielinização dos axónios no SNC e o bloqueio na condução nervosa dos mesmos são características da EM. Sendo que muitos dos sintomas são atribuíveis à condução nervosa perturbada e à perda de mielina. Estando estes mecanismos relacionados com recaídas, remissões clínicas e o aparecimento dos sintomas. O bloqueio da condução nervosa é a causa dos sintomas mais devastadores da EM : a cegueira e a paralisia. [20]

Na maioria dos doentes, as manifestações clínicas indicam envolvimento motor, sensorial, visual e do sistema autónomo. Os sintomas provocados pela EM variam muito, e dependem da localização da inflamação e da desmielinização no SNC. Algumas das manifestações mais comuns são: disfunção vesical, nevrite ótica, alterações de sensibilidade e equilíbrio, perda de força muscular nos braços e pernas, problemas sexuais e dor. [21,22] A fadiga afeta cerca de 60-90% dos doentes sendo reportada como a alteração mais incapacitante. [23] Ao nível das alterações cognitivas, que ocorrem entre 30-70% dos doentes, as mais afetadas são a memória, a atenção e as capacidades executivas. [7,24] São por vezes também descritas alterações visual-espaciais e disartria. [25] A depressão é a alteração psiquiátrica mais comum. [7] No entanto, existem dois sintomas frequentes e que são característicos da doença o sinal de Lhermitte (sensação de choque elétrico, ao longo do dorso e dos membros inferiores, provocada pela flexão cervical) e o fenómeno de Uhthoff (o aumento da temperatura corporal, que pode bloquear ou diminuir a condução do impulso e agravar sintomas preexistentes) [26].

### 1.3 Diagnóstico:

Quando um indivíduo tem um primeiro surto, é referido como síndrome clinicamente isolado. Somente após o segundo surto com evidência de disseminação no tempo (em momentos diferentes com um período de recuperação entre eles) e espaço (pelo menos duas áreas diferentes envolvidas) é considerado o diagnóstico de EM [27].

O curso da doença é variável, e diferentes tipos e padrões podem ser identificados: EMPP, EMSR E EMSP. Na EMPP, os sintomas surgem desde o início da doença piorando desde então e as recaídas ocorrem raramente. Na EMSR, os sintomas surgem (recidiva), sendo de seguida total ou parcialmente resolvidos (remissão). As recaídas duram pelo menos 24h, podendo prolongar-se por semanas ou meses. Uma recaída é, segundo McDonald, um episódio de perturbação neurológica causado por inflamação ou desmielinização, que ocorre pelo menos 30 dias após o início de qualquer episódio anterior, durando pelo menos 24h não sendo causado por uma infeção ou outra causa conhecida. As remissões podem durar entre semanas a anos. A EMSP, ocorre em mais de 65% dos doentes em que foi inicialmente diagnosticada EMSR. A progressão secundária ocorre quando o doente tem uma progressão sustentável da EM sem recaídas. [27]

O prognóstico na EM é altamente variável. Existem no entanto variáveis clínicas e demográficas que auxiliam na determinação da progressão da doença. Quando a doença se encontra num estágio mais avançado auxiliam na determinação do tempo desde o início da doença até ao surgimento da incapacidade. [28]

As características dos sintomas e a sua evolução são fulcrais no diagnóstico, sendo este facilitado quando um doente apresenta sintomas durante um longo período de tempo, pois em estádios iniciais o diagnóstico da doença é dificultado. Nestes casos, apenas com o aparecimento de novos sintomas ou com o seu aumento gradual é que o diagnóstico poderá ser estabelecido com maior certeza. [28] Os critérios de diagnóstico para a EM, incluem avaliações clínicas e laboratoriais, enfatizando a necessidade de demonstrar disseminações no tempo e no espaço para excluir diagnósticos alternativos. Apesar do diagnóstico poder ser feito apenas através de evidências clínicas, existem exames médicos bastante úteis tais como a punção lombar, estudos de potenciais evocados e a Ressonância Magnética (RM) [29]. Estes podem suportar essas mesmas evidências, sendo que na RM, cerca de 95% dos doentes apresentam alterações focais ou confluentes na substância branca do cérebro. [26] No entanto a sua presença isolada não é diagnóstico de EM [26]. Atualmente o diagnóstico é feito tendo por base a revisão de 2010 dos critérios de McDonald, que incluem o exame clínico, testes laboratoriais e a disseminação das lesões no espaço e no tempo [29]. Permitem assim um diagnóstico precoce, com um elevado grau de sensibilidade e especificidade, para um melhor aconselhamento e tratamento dos doentes [30]

Tabela 1: Critérios de McDonald para diagnóstico de EM. [29]

Apresentação Clínica:	Dados adicionais para Diagnóstico de EM:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ≥ 2 Surtos ;</li> <li>- Evidência clínica de ≥ 2 lesões ou evidência clínica de 1 lesão com evidência por anamnese de surto prévio;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nenhum.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ≥2 Surtos ;</li> <li>- Evidência clínica de 1 lesão;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Surto;</li> <li>- Evidência clínica de ≥ 2 lesões;</li> </ul>	<p>Disseminação espacial demonstrada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ≥1 Lesão T2 em pelo menos 2 de 4 regiões típicas de EM no CNS (periventricular, justacortical, infratentorial, ou medula espinhal);</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aguardar novo surto com topografia diferente</li> </ul> <p>Disseminação no tempo demonstrada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Presença simultânea de lesões assintomáticas captantes e não captantes de gadolínio;</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nova lesão em T2 e/ou presença de lesões captantes de gadolínio em RM de seguimento realizada em qualquer altura e comparada com a RM de base;</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aguardar pela ocorrência do 2º surto;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Surto;</li> <li>- Evidência clínica de uma lesão (CIS);</li> </ul>	<p>Disseminação no espaço e no tempo, demonstrada por:</p> <p>Disseminação no espaço:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ≥1 Lesão T2 em pelo menos 2 de 4 regiões típicas de EM no CNS (periventricular, justacortical, infratentorial, ou na medula espinhal);</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aguardar pela ocorrência de um surto que</li> </ul>

	<p>afete uma área diferente no SNC;</p> <p>Disseminação no tempo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença simultânea de lesões assintomáticas captantes e não captantes de gadolínio;</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nova lesão em T2 e/ou presença de lesões captantes de gadolínio em RM de seguimento realizada em qualquer altura e comparada com a RM de base.</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aguardar pela ocorrência do 2º surto</li> </ul>
<p>Progressão neurológica insidiosa sugestiva de EM (EMPP)</p>	<p>1 Ano de progressão de doença (retro e prospectivamente determinada) mais 2 de 3 dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidência de disseminação espacial no cérebro, com base em <math>\geq 1</math> lesão em T2, nas regiões típicas de EM (periventricular, justacortical ou infratentorial);</li> <li>- Evidência de disseminação espacial na medula espinhal, com base em <math>\geq 2</math> lesões em T2 na medula espinhal;</li> <li>- Evidência de bandas oligoclonais por focalização isoeétrica e/ou aumento do índice IgG.</li> </ul>

#### 1.4 Tratamento Imunomodulador

No tratamento da EM podemos distinguir: o tratamento para prevenção de surtos e progressão da doença com agentes imunomoduladores, o tratamento individual de surtos com elevadas doses de corticosteróides e o tratamento de sintomas residuais. <sup>[15,31]</sup>

A terapêutica modificadora da doença, surgiu em 1993 com o primeiro fármaco aprovado, o interferão beta 1b, Betaferon®. Seguidamente diversos fármacos foram aprovados. <sup>[12]</sup> Alguns

anos depois foi aprovado o interferão beta-1a intramuscular, designado Avonex®, na dose de 30µg, cuja posologia é uma toma única semanal. Em 2002 foi aprovado na Europa o interferão beta-1a de administração subcutânea nas doses de 22 e 44 µg, administrado três vezes por semana, o Rebif®. Nos Estados Unidos em 1999 e na Europa em 2003 foi aprovado o acetato de Glatirâmero, constituído por quatro aminoácidos numa sequência e proporção semelhante à dos constituintes da proteína básica da mielina. Este fármaco demonstrou ser capaz de prevenir o aparecimento de Encefalite Alérgica Experimental, modelo animal de EM.<sup>[12,7]</sup> Mais recentemente foi aprovado o primeiro anticorpo monoclonal humanizado, o Natalizumab, indicado para a EMSR.<sup>[32]</sup> O tratamento a longo termo envolve diversos agentes imunomoduladores. Estes fármacos são usados devido à sua ação na redução da atividade da doença.<sup>[15]</sup>

**Em Portugal, segundo a norma 005/2012, da Direção Geral de Saúde (DGS):<sup>[33]</sup>**

Considera-se como terapêutica modificadora da esclerose múltipla de primeira linha ou em doentes não tratados previamente na idade adulta, de acordo com a forma de esclerose múltipla:

- a) Para síndrome clínico isolado e para o surto-remissão:
  - i) Formulações de interferão B (Extavia®, Rebif® e Avonex®);
  - ii) Acetato de glatirâmero (Copaxone®);
  
- b) Para surto-remissão grave em rápida evolução:
  - i) Natalizumab;
  - ii) Fingolimod;
  
- c) Progressiva-reativante:
  - i) Mitoxantrona;
  
- d) Secundária progressiva acompanhada de surtos:
  - i) Formulações de interferão B (Extavia®, Rebif® e Avonex®);
  - ii) Mitoxantrona;

Considera-se como terapêutica modificadora da esclerose múltipla de segunda linha ou para escalonamento terapêutico, na idade adulta, de acordo com a forma de esclerose múltipla:

- a) Surto-remissão com doença ativa ou refratária à terapêutica de primeira linha:
  - i) Natalizumab;
  - ii) Fingolimod;
  - iii) Mitoxantrona;

b) Secundária Progressiva acompanhada de surtos;

i) Mitoxantrona;

### 1.4.1 Interferões Beta

Embora tenham sido descobertos originalmente pela sua atividade antiviral, os interferões ( $\alpha, \beta, \gamma$ ) também desempenham atividades imunomoduladoras importantes. <sup>[33]</sup> São classificados em tipo I (IFN  $\alpha$  e  $\beta$ ), tipo II (IFN  $\gamma$ ) e tipo III (IFN  $\lambda$ ). O uso de interferões no tratamento de EM baseou-se nas suas propriedades antivirais e no fato de que uma infecção viral seria a causa da doença. <sup>[7]</sup>

O interferão beta demonstrou benefícios no tratamento de doentes com esclerose múltipla estabelecida, incluindo diminuição da progressão da incapacidade motora, redução da taxa de recaídas e redução no desenvolvimento das lesões cerebrais. <sup>[34]</sup>

Existem duas formas de interferão beta recombinante usadas no tratamento de EM: o Interferão beta-1a e o beta-1b. O interferão beta-1a, é uma preparação recombinante glicosilada, podendo apresentar-se como Avonex® ou Rebif®. O interferão beta-1b é uma preparação recombinante não glicosilada, comercializado sob a forma de Betaferon® e Extavia®. <sup>[7]</sup>

#### 1.4.1.1 Interferões Beta-1a: Avonex® e Rebif®

O Avonex® é usado em adultos maiores de 18 anos, sendo administrado pela via Intramuscular (IM), através de seringas precheias, na dose de 30  $\mu$ g, uma vez por semana. Está provado que este diminui a progressão da doença e o número de surtos, devendo ser interrompido quando os doentes desenvolvem EMSP. <sup>[35]</sup> O Avonex® foi comparado com placebo num tratamento contínuo durante 2 anos: dos doentes com EMSR tratados, 22% aumentaram a sua incapacidade com Avonex e 35% com placebo. O risco de desenvolverem um segundo ataque desmielinizante foi menor nos doentes a tomar Avonex® (21% em dois anos e 35% em três anos) do que placebo (39% em dois anos e 50% em três anos). <sup>[35]</sup>

Os efeitos adversos mais comuns (1 em cada 10 doentes) são a dor de cabeça, sintomas gripais, pirexia, calafrios e suores, estes efeitos diminuem com o tratamento contínuo. Este fármaco não deve ser iniciado na gravidez e não deve ser usado em doentes com depressão severa ou que tenham pensamentos suicidas. <sup>[35]</sup>

O Rebif® é usado para tratar doentes a partir dos 12 anos de idade com EMSR, é administrado pela via subcutânea, através de seringas pré cheias ou não e cartuchos, nas doses de 22 e

44µg, três vezes por semana. A dose de 22 µg é recomendada para doentes que não toleram a dose elevada e doentes entre os 12-16 anos. A sua efetividade não foi demonstrada em doentes com EMSP. Pode ser usado em doentes que têm apenas um ataque desmielinizante acompanhado por inflamação, quando os doentes têm um elevado risco de desenvolver a doença. [36] Foram desenvolvidos estudos em doentes com EMSR e EMSP em que o Rebif® demonstrou ser mais efetivo do que o placebo em reduzir o número de surtos (30% durante 2 anos com ambas as doses de Rebif, nos doentes com EMSR). No estudo com doentes com EMSP, o Rebif não teve efeito significativo na progressão da doença, mas os surtos diminuíram cerca de 30%. Algum efeito foi demonstrado na progressão da incapacidade, mas apenas em doentes que tiveram surtos dois anos antes do estudo começar. Em doentes entre 12 a 18 anos foi observado que estes têm um decréscimo da taxa de surtos. No estudo de doentes que tiveram apenas um surto de desmielinização, a probabilidade de desenvolverem EM nos 24 meses seguintes foi menor para doentes a tomar Rebif® do que com o placebo. [37,38]

Quando é iniciado o tratamento com Rebif®, a dose deve ser aumentada lentamente para evitar efeitos adversos. Os efeitos adversos mais comuns (1 em cada 10 doentes) são: sintomas gripais, neutropenia, linfopenia e leucopenia, trombocitopenia, anemia, dor de cabeça, inflamação e outras reações no local de injeção e aumento das transaminases. Não deve ser usado por pessoas alérgicas ao interferão beta, ou outros componentes e não deve ser iniciado durante a gravidez, nos doentes com depressão ou com pensamentos suicidas. [36]

#### 1.4.1.2 Interferão Beta-1b: Betaferon/Extavia®

O Betaferon®/Extavia® é usado para tratar doentes adultos, com sinais de EM pela primeira vez, sendo estes severos o suficiente para justificar o tratamento com injeção de corticosteroides. É usado quando os doentes têm um elevado risco de desenvolver EM, na EMSR com 2 surtos nos últimos dois anos e na EMSP. Apresenta-se sob a forma de solução para injeção subcutânea na dose de 250 µg, sendo administrado em dias alternados. [39] Em doentes com EMSR, tem maior eficácia do que o placebo em reduzir o número de surtos anuais. Em doentes com EMSP, demonstrou um significativo atraso no tempo de progressão da incapacidade, 31% de redução com o Betaferon® e no tempo para estes ficarem incapacitados em cadeira de rodas (39%). O Betaferon® demonstrou uma redução de 30% no número de surtos. Em doentes com um evento de desmielinização o Betaferon® demonstrou uma redução do risco de desenvolver EM. [39]

Os efeitos adversos mais frequentes são os sintomas gripais (febre, calafrios, artralguas), mau estar, suores, dor de cabeça, mialgias e reações no local da injeção. Não deve ser iniciado na gravidez. Não deve ser usado em doentes com depressão ou que tenham pensamentos suicidas ou com doenças hepáticas. [39]

### 1.4.2 Copaxone®

O Copaxone® é utilizado na EMSR e em doentes que apresentem sintomas e elevada probabilidade de desenvolver a doença, através de seringa precheia pela via subcutânea na dose de 20 mg/ml. Não foi demonstrada a sua eficácia em outras formas de EM que não tenham, ou que quase não tenham surtos. Pode não ter qualquer efeito sobre a duração de um surto ou a intensidade dos sintomas durante este.<sup>[41]</sup> Não deve ser usado em doentes com hipersensibilidade ao acetato de glatirâmero nem na gravidez. Não deve ser usado em crianças com menos de doze anos de idade e deverá ter-se especial atenção em doentes idosos, doentes com problemas cardíacos e hepáticos<sup>[40]</sup>

Os efeitos secundários, considerados muito frequentes (mais do que 1 em cada 10 doentes) são: reações no local de injeção; doenças gastrointestinais (náusea); perturbações gerais (fraqueza, dor no peito, dor não específica); sintomas gripais; afeções músculo-esqueléticas (dor nas articulações e nas costas); doenças do sistema nervoso (dores de cabeça); perturbações do foro psiquiátrico (ansiedade, depressão) e erupções cutâneas.<sup>[40]</sup>

### 1.4.3 Fingolimod®

O Fingolimod® é usado na EMSR, quando os doentes não respondem à medicação com interferões ou é uma forma severa com tendência a piorar rapidamente. Apresenta-se sob a forma de cápsula, na dose de 0,5 mg sendo administrado pela via oral.<sup>[41]</sup>

Antes da primeira dose o médico deverá medir a pressão arterial do doente, a frequência cardíaca, e o doente deverá fazer um eletrocardiograma. Após a primeira dose, a pressão arterial e a frequência cardíaca deverão ser medidas de uma em uma hora durante seis horas. Os médicos poderão realizar o eletrocardiograma continuamente ou então estender o período de monitorização. Estas precauções também se aplicam se o doente interromper a terapêutica e depois voltar a retomá-la.<sup>[41]</sup>

A substância ativa do Fingolimod® reduz a capacidade das células T para se moverem dos gânglios linfáticos para o cérebro e para a medula espinhal, limitando assim os danos. Atua bloqueando a ação do recetor das células T e o recetor esfingosina-1-fosfato, envolvido na regulação do movimento destas células no corpo.<sup>[41]</sup>

Em doentes com EMRR, o Fingolimod® demonstrou ser mais efetivo do que o placebo e o interferão beta na redução do número de surtos. O número de surtos em doentes a tomar Fingolimod® foi metade comparativamente ao placebo e ao Interferão Beta.<sup>[41]</sup>

Os efeitos adversos mais comuns (1 em cada 10 doentes) são: a síndrome gripal, dor de cabeça, tosse, diarreia, dor nas costas e aumento do nível das enzimas hepáticas. Não deve ser usado em doentes hipersensíveis ao Fingolimod® ou a algum dos seus componentes, em doentes com risco de infeção devido a um sistema imunitário enfraquecido, doentes com infeções severas ou infeções de longa duração como hepatite, cancro (exceto cancro basocelular) e em doentes com problemas de fígado. As mulheres não devem engravidar enquanto estão a tomar Fingolimod®, e até dois meses após o tratamento ter sido interrompido. [41]

É conhecido por causar diminuição da frequência cardíaca durante o início do tratamento, Não sendo recomendado em pessoas a tomar certos antiarrítmicos e outros fármacos que diminuam a frequência cardíaca. Não é recomendado em doentes com doenças cardiovasculares ou história de doença cardiovascular ou cerebrovascular. [41]

São claros os benefícios do Fingolimod® na EMRR, bem como o fato de ser oral. No entanto devido ao seu perfil de segurança, este só deve ser usado em doentes que necessitam de o tomar devido ao fato de não responderem ao interferão beta ou devido á severidade da doença com tendência a piorar rapidamente. [41]

## 1.5 Adesão

Em 1990, Hepler e Strand demonstraram, ao publicarem o artigo “*Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*” que o envolvimento dos farmacêuticos na avaliação dos resultados clínicos produzidos pelos medicamentos podia contribuir para uma redução da morbidade e da mortalidade. Surge assim o conceito de que os cuidados farmacêuticos têm como objetivo principal auxiliar os doentes a obter o máximo benefício da sua terapêutica. [42]

As falhas na terapêutica provocam um aumento da morbidade, da mortalidade e consequentemente, dos gastos em saúde, constituindo assim um problema económico. [43]

O serviço farmacoterapêutico (SFarm) assume-se como a prática profissional em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do doente no que diz respeito aos medicamentos. É realizado através da deteção de Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) e da prevenção e resolução dos Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) [43]. O objetivo prende-se com a necessidade de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente. Foi demonstrado que a implementação do SF em ambulatório ou em hospital tem um impacto positivo nos resultados pretendidos com a terapêutica instituída. Nestes serviços, o farmacêutico aplica os conhecimentos sobre os problemas de saúde e sobre os fármacos com o objetivo de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente. Desta forma pretende-se que sejam resolvidos os resultados negativos associados à Medicação. O SFarm necessita de

procedimentos de trabalho normalizados e validados para avaliar o processo, mas sobretudo os resultados e a adesão à terapêutica por parte do doente. [43]

O objetivo primordial de um SFarm consiste na promoção e avaliação da adesão do doente à terapêutica. Com a implementação das consultas farmacêuticas, é possível que o farmacêutico, através dos seus conhecimentos em farmacologia, promova o cumprimento da terapia bem como, esclarecimentos de dúvidas em relação à mesma. A primeira alusão à importância do cumprimento das prescrições médicas foi feita por Hipócrates há 2400 anos. No entanto, o conceito de adesão apenas foi desenvolvido no século XX por Haynes, em 1979. [44]

A adesão é o termo através do qual se reconhece que o paciente não é um sujeito passivo, devendo a adesão ser um “sinónimo de concordância, compreensão, aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o seguem”. [45]

A *World Health Association* (WHO), refere existir adesão quando “o comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde”. [46,47]

O termo adesão foi proposto como alternativo à *concordância* e tem vindo a ser usado com mais frequência, pois sugere uma diminuição do poder do clínico na decisão do tratamento, havendo uma melhor relação profissional de saúde - doente, através de uma verdadeira “aliança terapêutica”. Nesta aliança são reconhecidas, não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também, de todos os que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento. [44]

A falta de adesão está muitas vezes relacionada com a polimedicação, complexidade terapêutica e a existência de várias patologias crónicas, bem como com alterações sensoriais e cognitivas em doentes idosos. [48]

A adesão à terapêutica é de extrema importância nas doenças crónicas devido ao grande impacto que estas têm na população. [48] Tendo em conta que a não adesão destes doentes poderá diminuir a sua sobrevivência e conduzir à reincidência da patologia que por sua vez, poderá conduzir a limitações tanto a nível motor como psicológico, reduzindo assim a qualidade de vida destes doentes. [48,44]

Além do que, a não adesão destes doentes à terapêutica instituída tem um impacto económico negativo devido aos gastos em saúde desnecessários, bem como, ao aumento de doentes aposentados devido ao facto de se tratar de uma doença incapacitante. [46]

Para melhorar a adesão à terapêutica têm sido preconizadas diversas medidas, desde estratégias comportamentais com a desmistificação de conceitos errados sobre a saúde, que o doente possua, adaptação dos regimes terapêuticos com a sua simplificação e o envolvimento do Farmacêutico. [49]

Existem inúmeros métodos para avaliar a adesão dos doentes ao regime terapêutico, agrupando-se em diretos e indiretos, apresentando ambos vantagens e desvantagens. [44]

Os métodos indiretos são os mais comumente utilizados. Para além de serem simples, de fácil utilização e apresentarem alta especificidade, requerem a colaboração dos doentes [3]. Alguns destes métodos são questionários para medir a adesão e a contagem do número de comprimidos, entre outros. [44]

Os métodos diretos procuram confirmar se houve a ingestão do fármaco. São por isso mais fidedignos, no entanto mais dispendiosos e menos aplicados à prática. Entre eles estão a avaliação das concentrações séricas e a análise sanguínea ao marcador biológico. [44]

## **2. Objetivos:**

O presente estudo teve como objetivo avaliar a adesão à terapêutica em doentes com Esclerose Múltipla, que adquirem a sua medicação nos Serviços Farmacêuticos (SF) do Centro Hospitalar Cova da Beira.

## **3. Materiais e Métodos:**

### **3.1 Amostra**

A amostra deste estudo incluiu doentes com EM, utentes do Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB).

#### **Critérios de Inclusão:**

- Doentes seguidos na consulta externa de neurologia ou no Hospital de dia do CHCB
- Doentes que sejam os próprios a levantar a medicação nos SF do CHCB;

#### **Critérios de Exclusão:**

- Doentes com incapacidade de compreensão do estudo;

### **3.2 Métodos para Recolha de Dados**

O presente estudo foi desenvolvido através da recolha de dados por meio de dois métodos indiretos. [44]

O método I consistiu na recolha e análise dos dados informáticos relativos à cedência da medicação aos doentes nos SF, de 2011 a Junho de 2013. O método II consistiu na aplicação

do Teste de *Morisky* e de um questionário que incluía questões relativas a dados demográficos e à patologia em estudo (Anexo I).

Pelo método I foram considerados aderentes todos os doentes que levantaram a sua medicação a tempo, ou seja, até três dias da data prevista, e foram considerados não aderentes todos os doentes que falharam um mês a ida ao ambulatório para levantar a medicação e todos os doentes que excederam os três dias para o fazer. Foram excluídos os doentes que suspenderam a medicação e os doentes que passaram a levantar a sua medicação no Hospital do Fundão.

O teste de *Morisky-Green-Levine* é composto por quatro perguntas que focam o horário, o esquecimento das tomas, a perceção de efeitos secundários e ausência de sintomas. Permite avaliar as atitudes do doente em relação ao tratamento. Estas perguntas são de resposta dicotómica (sim/não). Segundo os autores a construção das questões pela negativa, em que a resposta “não” significa adesão, permite evitar os enviesamentos de alguma propensão para a aprovação. A adesão dos doentes é classificada em elevada, média ou baixa dependendo do número de respostas positivas. <sup>[50]</sup>

Tabela 2- Pressupostos do *Teste de Morisky* para classificar a adesão. <sup>[50]</sup>

Se os doentes responderem sim a:	Adesão ao tratamento:
0 (nenhuma questão)	Alta
1 Questão	Média
2 Questões	
3 Questões	Baixa
4 Questões	

O método II foi aplicado aos doentes que se deslocaram aos SF do Centro Hospitalar Cova da Beira entre Setembro de 2012 e Junho de 2013 para levantar a sua medicação e que concordaram que lhes fosse aplicado o questionário. O questionário foi realizado por meio de entrevista com registo em suporte informático.

O estudo foi autorizado pelo Conselho de Administração do CHCB e aprovado pela Comissão de Ética do mesmo centro hospitalar.

### 3.3 Análise Estatística

A recolha de dados bem como a análise estatística foi efetuada com o programa *Microsoft Office Excel 2010*. A análise estatística foi também realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

## 4. Apresentação de Resultados

### 4.1 Dados Demográficos

Foram incluídos 30 doentes com EM de um total de 74 doentes com EM no CHCB. Os dados foram obtidos:

- Nos SF do CHCB: 17
- Na consulta externa de Neurologia:11
- No Hospital de dia:2

A média etária da população foi de 46,63 anos com um desvio padrão de 11,07. O valor máximo e mínimo de idades foi 68 e 23 anos, respetivamente. Neste grupo de doentes, o maior número de doentes encontra-se na faixa etária compreendida entre os 34-44 anos de idade, com um total de 13 inquiridos (12 do sexo feminino e 1 do sexo masculino), seguindo-se a faixa etária dos 45-55 anos de idade com um total de 10 inquiridos (7 do sexo feminino e 3 do sexo masculino) (Figura 1).

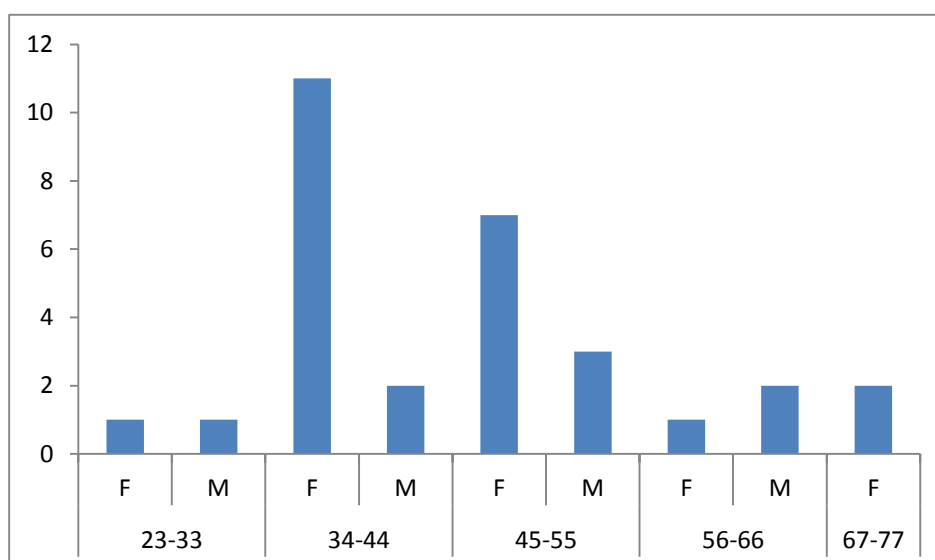


Figura 1- Distribuição por faixa etária e sexo dos doentes com EM incluídos no estudo.

Quanto á distribuição mediante o sexo, 8 doentes (27%) pertenciam ao sexo masculino e 22 doentes (73%) ao sexo feminino.

Uma das preocupações dos profissionais de saúde são os hábitos de vida dos doentes, dos inquiridos constatou-se que 11 doentes praticam exercício (37%), sendo 7 do sexo feminino (32%) e 4 do sexo masculino (50%) (tabela 3). Após análise estatística verificou-se que a prática de exercício físico não estava relacionada com o sexo ( $p=0.417$ ). Dos doentes que praticam exercício 10 são não fumadores (92%) e apenas 1 é fumador.

**Tabela 3** - Relação entre o sexo, idade, prática de exercício e hábitos tabágicos de cada doente.

Doente	Sexo	Idade	Prática de Exercício	Hábitos Tabágicos	Ocupação	Meio familiar
1	Masculino	34	Sim	Não	Empregado	Acompanhado
2	Feminino	40	Não	Não	Desempregada	Acompanhada
3	Feminino	34	Não	Não	Desempregada	Acompanhada
4	Feminino	39	Não	Não	Empregada	Acompanhada
5	Feminino	37	Sim	Não	Empregada	Acompanhada
6	Feminino	51	Sim	Não	Empregada	Acompanhada
7	Masculino	38	Sim	Não	Empregado	Acompanhado
8	Feminino	54	Não	Não	Empregada	Acompanhada
9	Feminino	43	Sim	Não	Desempregada	Acompanhada
10	Feminino	23	Não	Não	Empregada	Acompanhada
11	Masculino	57	Não	Não	Empregado	Acompanhado
12	Feminino	53	Não	Não	Empregada	Acompanhada
13	Masculino	63	Não	Sim	Reformado	Sozinho
14	Feminino	51	Sim	Sim	Reformada	Acompanhada
15	Feminino	55	Não	Não	Empregada	Acompanhada

Adesão à Terapêutica em doentes com Esclerose Múltipla

16	Masculino	53	Sim	Não	Empregado	Acompanhado
17	Feminino	45	Não	Não	Empregada	Acompanhada
18	Feminino	42	Sim	Não	Reformada	Acompanhada
19	Masculino	33	Sim	Não	Empregado	Acompanhado
20	Feminino	39	Não	Não	Empregada	Acompanhada
21	Feminino	38	Não	Não	Empregada	Acompanhada
22	Feminino	61	Não	Não	Reformada	Acompanhada
23	Masculino	55	Não	Não	Reformado	Acompanhado
24	Feminino	54	Não	Não	Reformada	Acompanha
25	Feminino	68	Não	Não	Reformada	Acompanhada
26	Feminino	38	Não	Sim	Reformada	Acompanhada
27	Feminino	38	Sim	Não	Empregada	Acompanhada
28	Feminino	53	Não	Não	Reformada	Acompanhada
29	Feminino	68	Sim	Não	Reformada	Acompanhada
30	Masculino	52	Não	Não	Reformado	Acompanhado

Na população em estudo (30 doentes), estão empregados 16 doentes (53%), são reformados 11 doentes (37%) e são desempregados 3 doentes (10%) (Figura 2).

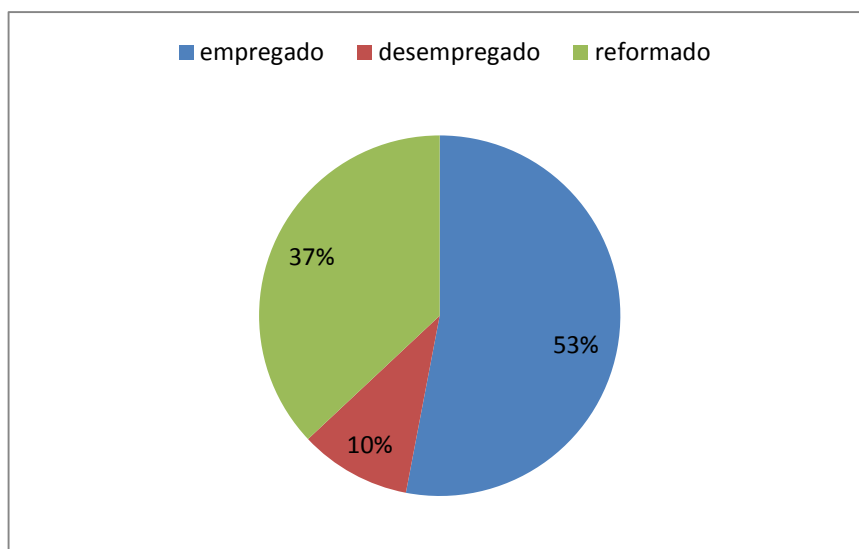


Figura 2- Ocupação dos doentes

## 4.2 Caracterização da EM

Na Tabela 4, é estabelecida uma relação entre o profissional de saúde que fez o diagnóstico, a dependência dos doentes na administração, o tempo de doença, a prevalência de surtos, os sintomas característicos da doença e a mobilidade:

**Tabela 4-**Relação entre o profissional de saúde que fez o diagnóstico, a dependência dos doentes na administração, o tempo de doença, a prevalência de surtos, os sintomas característicos da doença e a mobilidade.

Doente	Profissional de saúde que fez o diagnóstico	Dependência na Administração	Tempo de Doença	Prevalência de Surtos	Sintomas característicos da doença	Mobilidade
1	Neurologista	Não	2 anos	Não	Não foram reportados	Sem alterações
2	Neurologista	Não	6 anos	Não	Não foram reportados	Sem alterações
3	Neurologista	Não	14 anos	Sim	Não foram reportados	Sem alterações

Adesão à Terapêutica em doentes com Esclerose Múltipla

4	Neurologista	Não	0,5 ano	Não	Não foram reportados	Sem alterações
5	Neurologista	Não	1 ano	Não	Não foram reportados	Sem alterações
6	Neurologista	Sim	16 anos	Sim	Não foram reportados	Sem alterações
7	Neurologista	Não	13 anos	Não	Não foram reportados	Sem alterações
8	Neurologista	Sim	9 anos	Não	Depressão	Sem alterações
9	Oftalmologista	Não	0,5 ano	Não	Fadiga	Sem alterações
10	Neurologista	Sim	1 ano	Não	Não foram reportados	Sem alterações
11	Neurologista	Não	2 anos	Não	Mialgias Depressão	Sem alterações
12	Oftalmologista	Não	10 anos	Sim	Mialgias	Sem alterações
13	Neurologista	Sim	1 ano	Não	Não foram reportados	Sem alterações
14	Neurologista	Sim	9 anos	Não	Mialgias	Sem alterações
15	Oftalmologista	Não	12 anos	Não	Depressão	Sem alterações
16	Oftalmologista	Não	10 anos	Não	Não foram reportados	Sem alterações
17	Neurologista	Sim	19 anos	Não	Não foram reportados	Sem alterações
18	Neurologista	Não	4 anos	Não	Não foram reportados	Sem alterações
19	Neurologista	Não	1 ano	Não	Não foram reportados	Sem alterações
20	Neurologista	Não	14 anos	Não	Não foram reportados	Sem alterações

Adesão à Terapêutica em doentes com Esclerose Múltipla

21	Neurologista	Não	1 ano	Não	Parestesias Fadiga	Dificuldades Motoras
22	Neurologista	Não	8 anos	Não	Parestesias	Sem alterações
23	Oftalmologista	Não	10 anos	Não	Mialgias Perda de Sensibilidade nas Pernas	Sem alterações
24	Neurologista	Não	3 anos	Não	Parestesias Fadiga Depressão	Sem alterações
25	Oftalmologista	Não	4 anos	Não	Parestesias Fadiga	Sem alterações
26	Neurologista	Não	7 anos	Não	Parestesias Fadiga	Dificuldades Motoras
27	Neurologista	Não	3 anos	Não	Não foram reportados	Sem alterações
28	Neurologista	Sim	18 anos	Não	Não foram reportados	Paraplégico
29	Neurologista	Não	2 anos	Não	Perda de Sensibilidade nas Pernas	Sem alterações
30	Neurologista	Sim	17 anos	Não	Não foram reportados	Paraplégico

Na Tabela 5, é feita uma relação entre o fármaco, a prevenção de efeitos secundários, a ocorrência de surtos, os efeitos secundários reportados, a polimedicação e a alteração da medicação:

**Tabela 5-** Relação entre o fármaco, a prevenção de efeitos secundários, a ocorrência de surtos, os efeitos secundários reportados, a polimedicação e a alteração da medicação.

Doente	Fármaco	Prevenção	Ocorrência de surtos	Efeitos Zários.	Polimedicado	Alt. Medicação
1	Rebif®	Sim	Não	Dor Cabeça	Não	Não
2	Rebif®	Não	Não	Hematoma	Não	Sim
3	Avonex®	Sim	Sim	Sintomas Gripais	Não	Não
4	Betaferon®/ Extavia®	Não	Não	Não	Não	Não
5	Betaferon®/ Extavia®	Não	Não	Sintomas Gripais	Não	Não
6	Betaferon®/ Extavia®	Não	Sim	Sintomas Gripais e Dor de Cabeça	Não	Não
7	Betaferon®/ Extavia®	Não	Não	Não	Não	Não
8	Betaferon®/ Extavia®	Não	Não	Não	Não	Não
9	Betaferon®/ Extavia®	Não	Não	Sintomas Gripais	Não	Não
10	Betaferon®/ Extavia®	Não	Não	Não	Não	Não
11	Rebif®	Não	Não	Sintomas Gripais e Dor de Cabeça	Não	Não
12	Rebif®	Não	Sim	Sintomas Gripais	Não	Não
13	Avonex®	Não	Não	Não	Não	Não
14	Avonex®	Não	Não	Sintomas Gripais	Não	Sim
15	Rebif®	Sim	Não	Hematomas e Sintomas Gripais	Sim	Sim
16	Copaxone®	Não	Não	Não	Não	Não
17	Avonex®	Não	Não	Sintomas Gripais	Sim	Não

18	Fingolimod®	Não	Não	Não	Não	Não
19	Fingolimod®	Não	Não	Sintomas Gripais	Não	Sim
20	Copaxone®	Não	Não	Não	Não	Sim
21	Fingolimod®	Não	Não	Não	Não	Sim
22	Copaxone®	Não	Não	Não	Não	Sim
23	Betaferon®/ Extavia®	Sim	Não	Hematomas	Sim	Sim
24	Avonex®	Não	Não	Não	Sim	Sim
25	Copaxone®	Não	Não	Hematomas	Sim	Sim
26	Betaferon®/ Extavia®	Não	Não	Sintomas Gripais	Não	Não
27	Avonex®	Sim	Não	Sintomas Gripais	Não	Não
28	Rebif®	Não	Não	Sintomas Gripais e Dor de Cabeça	Não	Sim
29	Avonex®	Não	Não	Sintomas Gripais e Dor de Cabeça	Não	Sim
30	Betaferon®/ Extavia®	Não	Não	Não	Não	Não

#### 4.2.1 Caracterização da mobilidade dos doentes e da sua dependência na administração

Dos 30 doentes inquiridos, 26 doentes não possuem afeções motoras (86%), dois possuem dificuldades motoras (7%) e dois doentes são paraplégicos (7%).

Quanto á dependência na administração, 20 doentes não possuem dificuldade na administração (67%), 3 doentes possuem dificuldade na administração (11%) e 7 doentes são dependentes de outros para administração (22%) (Figura 3).

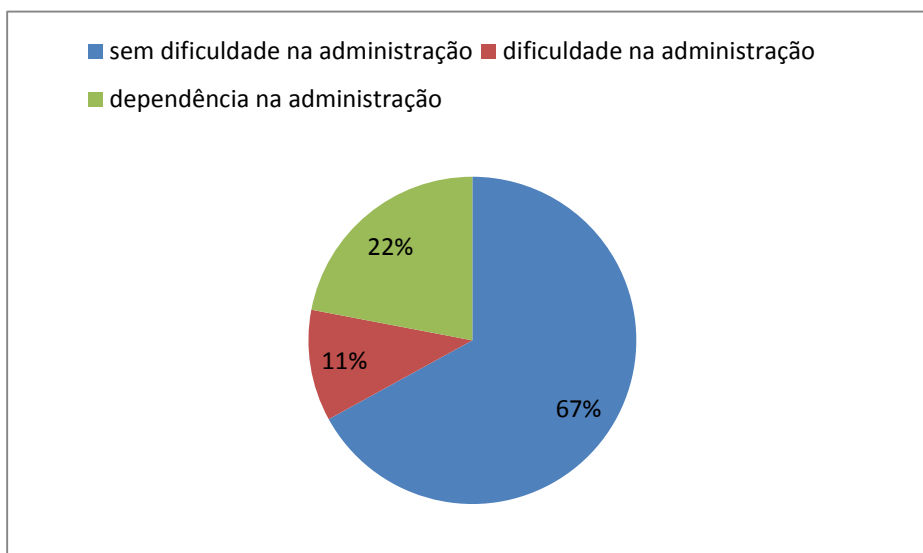


Figura 3- Administração da medicação.

#### 4.2.2 Caracterização dos doentes segundo o diagnóstico e o profissional de saúde que identificou a doença e o seu estado de saúde atual

O diagnóstico da EM poderá ser realizado através de diversos parâmetros e métodos, dos 30 doentes a doença foi diagnosticada através de um surto (20 doentes), por cansaço (1 doente), perda de visão (5 doentes), neurite ótica (1 doente), RM (6 doentes), dor de cabeça e pernas (1 doente) e perda do andar (2 doentes). Sendo que alguns doentes referiram como diagnóstico da doença mais do que um parâmetro nomeadamente o doente 9 referiu cansaço, perda de visão e surto. O doente 21 referiu como diagnóstico surto e lesões identificadas através de RM. O doente 25 referiu visão afetada e lesões identificadas através de RM. O doente 26 referiu dor de cabeça e nas pernas e identificação de lesões através de RM. O doente 29 referiu perda do andar e identificação de lesões através de RM. (Figura 4)

Apenas dois profissionais de saúde foram identificados como tendo diagnosticado a doença: o neurologista (80%) e o oftalmologista (20%). Dos doentes cujo diagnóstico foi realizado devido a alterações motoras (dificuldade ou perda do andar) estão recuperados (50%). Dos doentes cujo diagnóstico foi realizado devido a sintomas visuais (perda de visão e neurite ótica) estão recuperados (50%).

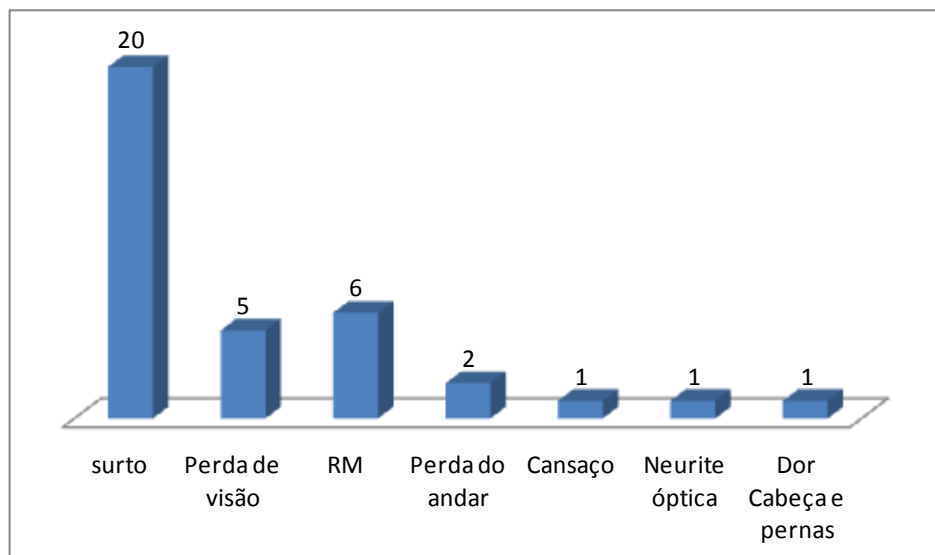


Figura 4- Sintomas que levaram ao diagnóstico da doença.

#### 4.2.3 Caracterização dos doentes quanto ao tempo de doença

Aos doentes inquiridos, foi questionado o tempo de doença (Tabela 6):

Tabela 6- Tempo de doença dos doentes.

Número de doentes:	Tempo de doença (anos):
2	0,5
4	1
3	2
2	3
2	4
1	6
1	7
1	8
2	9
3	10
1	12
2	13
2	14
1	16
1	17

1	18
1	19

#### 4.2.4 Caracterização quanto ao número de doentes a fazer determinado

##### Fármaco

Dos doentes inquiridos, fazem Extavia®/Betaferon® 10 doentes (34%), Avonex® 7 doentes (23%), Rebif® 6 doentes (20%) Copaxone® 4 doentes (13%), Fingolimod® 3 doentes (10%) (Figura 5).

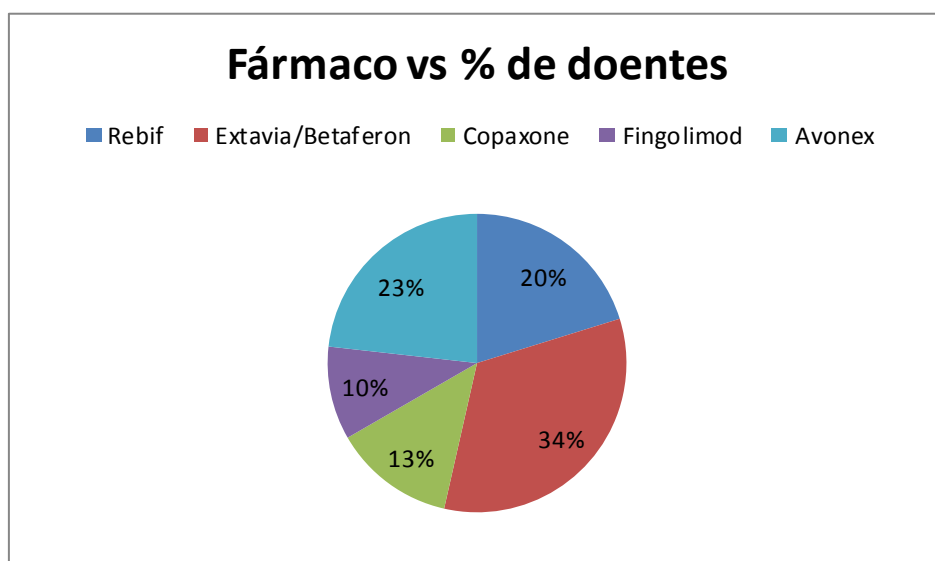


Figura 5- Representação gráfica da percentagem de doentes a tomar cada fármaco em estudo.

#### 4.2.5 Caracterização dos doentes quanto aos efeitos secundários, prevenção dos mesmos e relação com o tempo de doença

Dos 30 doentes inquiridos, 18 doentes apresentam efeitos secundários dos quais, 9 têm sintomas gripais, 1 dor de cabeça, 3 hematomas, 4 sintomas gripais e dor de cabeça e 1 sintomas gripais e hematomas (figura 6). Dos 18 doentes inquiridos que apresentam efeitos secundários não fazem prevenção dos sintomas gripais antes da administração da injeção 13 doentes (72%) e fazem prevenção 5 doentes (28%). Dos 5 doentes que fazem prevenção apenas 3 apresentam sintomas gripais. Dos 5 doentes que fazem prevenção antes da administração da injeção, foi analisado o seu tempo de doença. O tempo de doença é 2 anos (1 doente), 3 anos (1 doente), 10 anos (1 doente), 1 doente (12 anos) e 1 doente (14 anos) (Figura 7). Dos 6 doentes que possuem Dor, considerado o 5º sinal vital segundo a OMS, tomam medicação quando têm dor (44%) e tomam medicação de forma crónica (56%).

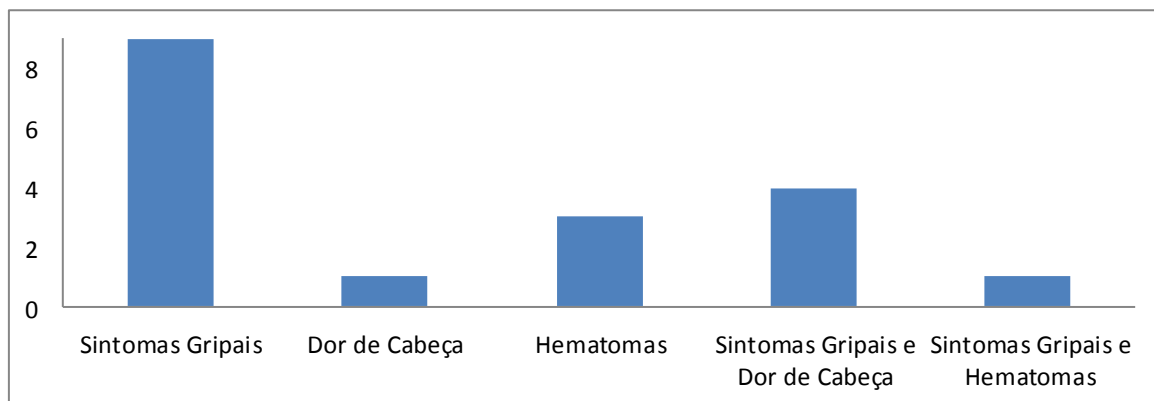


Figura 6- Relação entre o número de doentes e os efeitos secundários reportados pelos mesmos.

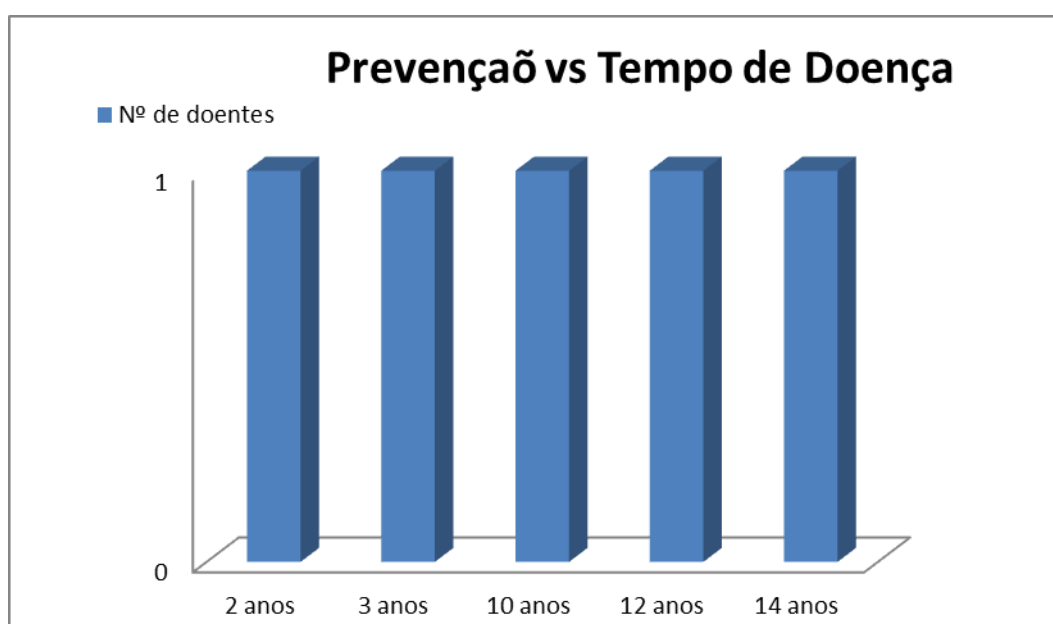


Figura 7- Relação entre o número de doentes a fazer prevenção e o tempo de doença.

#### 4.2.6 Caracterização dos doentes a fazer medicação quanto á prevalência de surtos

Dos 30 doentes inquiridos, apenas têm surtos 3 doentes (10%) sendo que os restantes doentes 27 doentes (90%) não têm surtos.

#### 4.2.7 Caracterização dos doentes quanto aos sintomas descritos como característicos da doença-EM

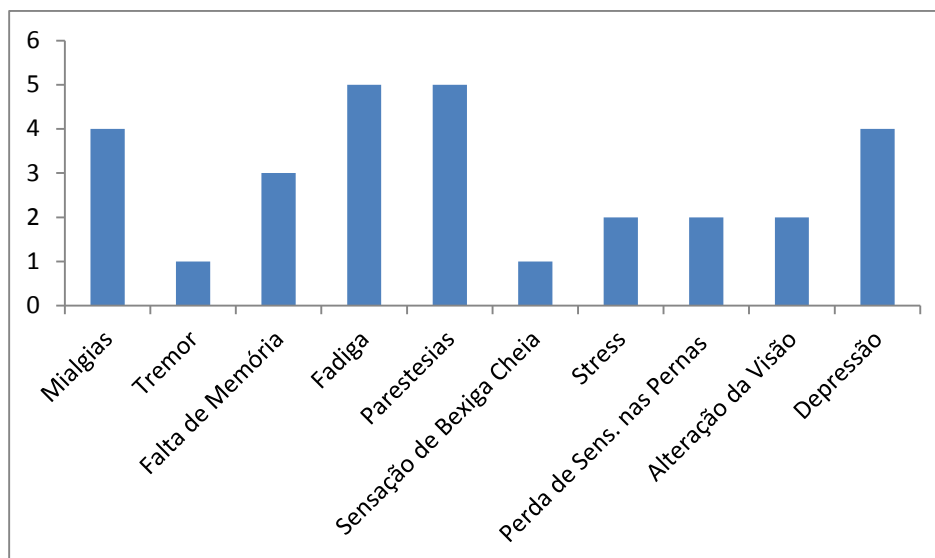


Figura 8- Representação gráfica da distribuição dos doentes pelos sintomas descritos como característicos da doença-EM.

#### 4.2.8 Caracterização da prevalência de efeitos secundários referidos pelos doentes em relação a cada fármaco

Os diversos fármacos possuem prevalências variáveis de efeitos secundários. Sendo que é de extrema importância verificar quais os efeitos secundários mais sentidos pelos doentes que com cada fármaco. Com o Rebif®, os efeitos secundários mais prevalentes são sintomas gripais (4 doentes), dor de cabeça (3 doentes). Com o Copaxone®, o efeito secundário mais referido pelos doentes são as parestesias (2 doentes). Com o Fingolimod®, os efeitos secundários são variáveis em cada doente, sintomas gripais (1 doente), hematoma (1 doente), fadiga (1 doente), dor nas articulações (1 doente), parestesias (1 doente), bexiga cheia (1 doente) e visão alterada (1 doente). Com o Extavia®/Betaferon®, os efeitos secundários mais prevalentes são os sintomas gripais (4 doentes). Com o Avonex®, os efeitos secundários mais prevalentes são os sintomas gripais (5 doentes) e a falta de memória (2 doentes).

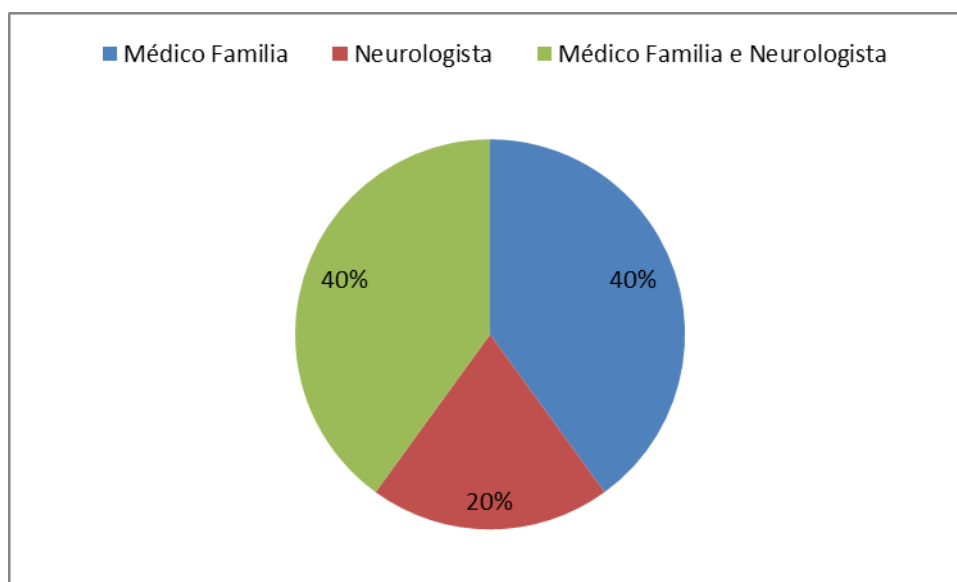
#### 4.2.9 Caracterização dos doentes quanto à polimedicação, tipo de medicação concomitante e profissional de saúde que receitou a mesma

Um doente é considerado polimedicado quando toma quatro ou mais fármacos. Dos 30 doentes inquiridos, são polimedicado 5 doentes (17%). A tabela 7 indica os grupos terapêuticos mais frequentes.

**Tabela 7-** Relação entre o número de doentes polimedicados e o grupo terapêutico a que pertencem os fármacos.

Número de Doentes:	Grupo Terapêutico:
3	Analgésicos e Antipiréticos
2	Estatinas
3	Ansiolíticos
2	Antiepilépticos e Anti Convulsionantes
2	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (I.S.R.S)
3	Inibidores da Bomba de Protões (I.B.P)
1	Anticoncepcionais
1	Diurético
1	Relaxantes Musculares
1	Anti Tiroideu
1	Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina (I.E.CA)
1	Miorelaxante
1	Antidepressivo Tricíclico

Dos doentes Polimedicados foi ainda analisado quem receitou os restantes fármacos que os doentes tomam, sendo que foi o Médico de Família (40%), o Neurologista (20%) e ambos (40%) (Figura 9).



**Figura 9-** Representação gráfica da distribuição de doentes polimedicados em relação ao profissional de saúde que receitou essa mesma medicação.

#### 4.2.10 Caracterização da alteração de medicação nos doentes inquiridos

A alteração de medicação em doentes com EM seguidos na consulta externa do CHCB, tem por base os critérios da Norma nº 005/2012 de 04/12/12 da Direção Geral de Saúde, segundo a Médica Neurologista (DGS). Dos doentes inquiridos 12 doentes (40%) revelaram alteração da medicação desde o diagnóstico da sua doença, sendo que os restantes 18 doentes (60%) não fizeram essa referência.

Dois dos doentes inquiridos revelaram alteração da medicação, um do Betaferon® outro do Copaxone® para o Fingolimod®, devido a um surto grave. Dois doentes medicados referiram alteração da medicação devido a ocorrência de surtos; um doente referiu alteração do Rebif® para o Avonex® e deste para o Copaxone®; o outro doente referiu alteração do Copaxone® para o Extavia® e deste para o Avonex®. Um doente mencionou alteração do Betaferon® para o Rebif® devido a resistência. Um doente referiu alteração do Avonex® para o Copaxone® devido a mau estar. Um doente referiu alteração do Betaferon® para o Copaxone® e deste para o Avonex®, pois os anteriores provocavam lhe dores. Um doente referiu alteração do Copaxone® para o Avonex® devido a suores e alergias. Um doente referiu alteração do Fingolimod® para o Avonex® devido a tonturas e por não conseguir andar. Três doentes mencionaram alteração sem referir o motivo da alteração; um doente do Rebif® para o Copaxone® ; um doente do Avonex® para o Extavia®; e o outro doente do Avonex® para o Rebif 22®, deste para o Betaferon® e por fim para o Rebif 44®. Um outro doente mencionou alteração do Copaxone® para o Avonex® devido a suores e alergias (Figura 10).

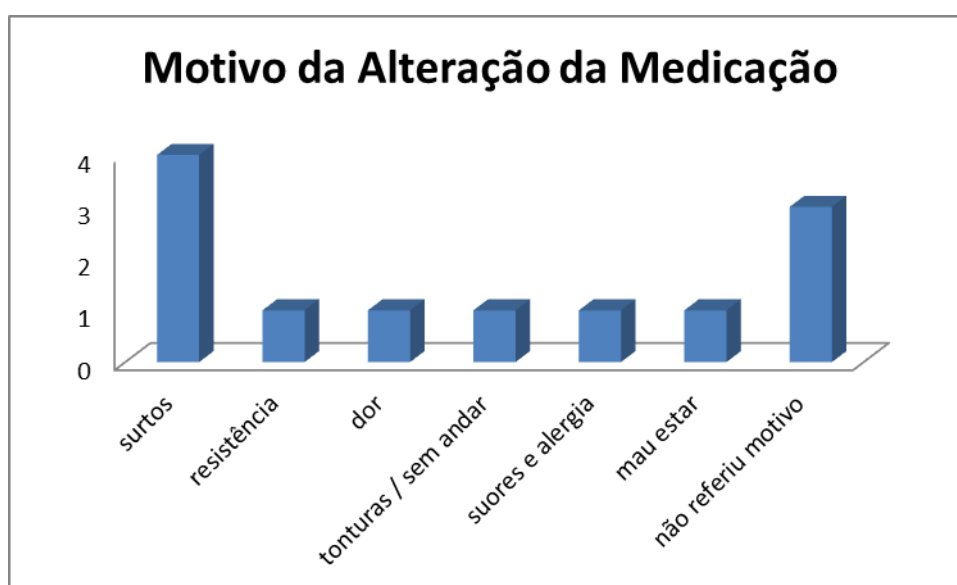


Figura 10- Representação gráfica da distribuição dos doentes relativamente ao motivo da alteração da medicação da EM.

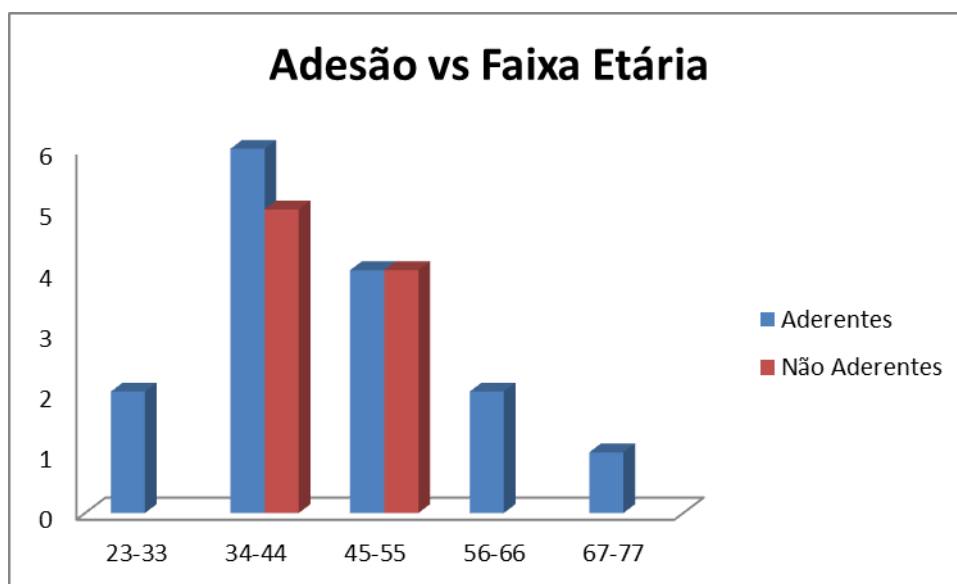
### 4.3 Caracterização da Adesão pelos dois métodos

#### 4.3.1 Método I

Dos 30 doentes incluídos do estudo foram excluídos 6 doentes: 1 por suspensão da medicação e 5 por passarem a levantar a sua medicação no Fundão e não haver registos que permitam classificar a sua adesão. Dos 24 doentes, 15 foram considerados aderentes (62%) e 9 foram considerados não aderentes (38%). Destes, 17 doentes (71%) são do sexo feminino e 7 doentes são do sexo masculino (29%). No grupo das mulheres são aderentes 10 doentes (59%) e no grupo dos homens são aderentes 5 doentes (71%). Após análise estatística verificou-se que a adesão não depende do sexo ( $p=0.669$ ).

##### 4.3.1.1 Caracterização da Adesão segundo a faixa etária

A figura 11, relaciona a adesão com a faixa etária. Através do qual podemos constatar que na faixa etária dos 34-44 anos e nas faixas etárias dos 56-66 e 57-67 todos os doentes foram considerados aderentes.



**Figura 11**-Representação gráfica da distribuição dos doentes relacionado a sua adesão com a faixa etária em que estão inseridos.

### 4.3.2 Método II:

#### 4.3.2.1 Relação da ocupação, do meio familiar, da dificuldade e dependência na administração dos doentes com a adesão à terapêutica

A adesão é elevada nos reformados (100%). Nos desempregados a adesão é elevada (60%) e adesão é média (40%). Por fim nos empregados a adesão é elevada (53%), média (40%) e baixa (7%) (Figura 12). Após análise estatística verificou-se que a adesão não depende da ocupação dos doentes ( $p=0,402$ ).

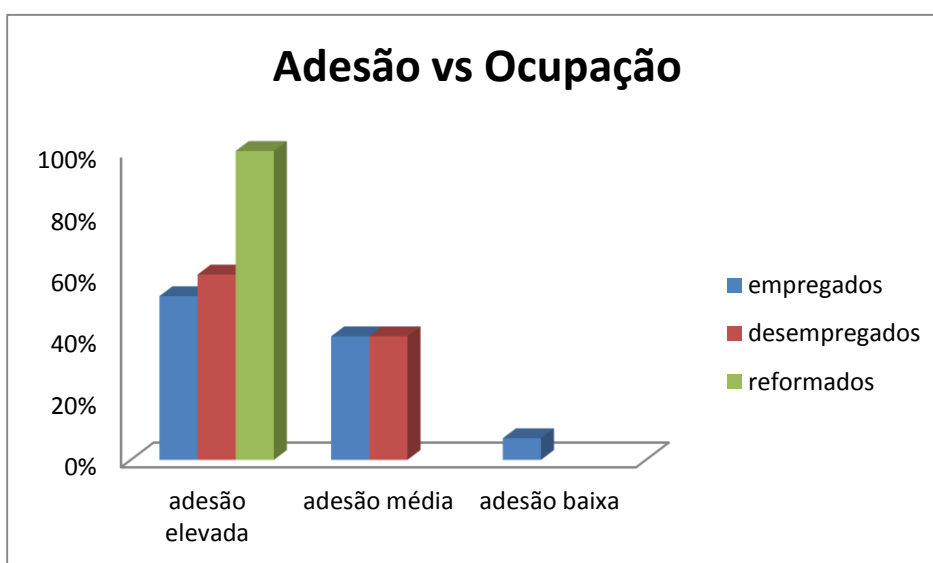


Figura 12- Relação entre a adesão com e a ocupação dos doentes.

Foi também analisada a adesão segundo o meio familiar sendo que, a adesão é elevada nos doentes que vivem sós (100%). Nos doentes que vivem com familiares a adesão é elevada em 66% dos casos, média em 31% dos casos e baixa em apenas 3% dos casos (Figura 13).

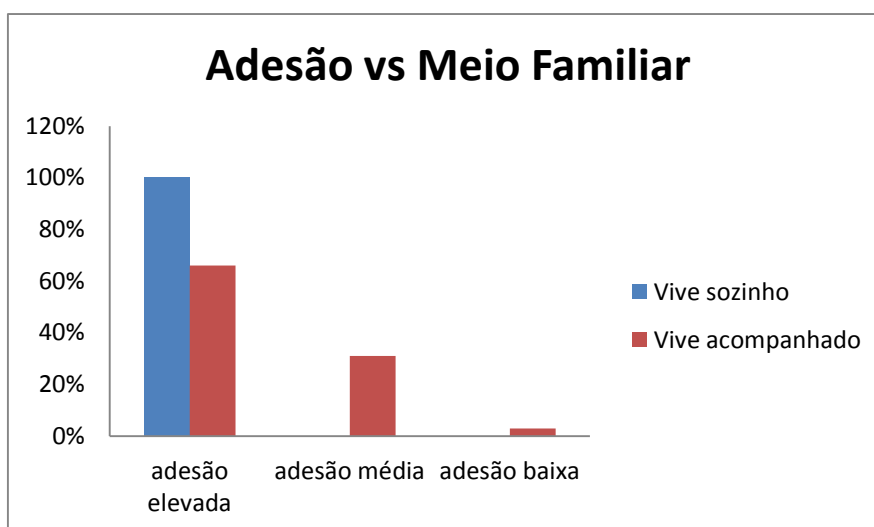


Figura 13- Relação entre a adesão e o meio familiar dos doentes.

Dos 3 doentes com dificuldade na administração a adesão é elevada em 2 doentes (67%) e média em 1 doente (33%). Dos 6 doentes com dependência na administração, a adesão é elevada em 5 doentes (83%) e média em 1 doente (17%).

#### 4.3.2.2 Caracterização da Relação dos Efeitos Secundários sentidos pelos doentes com a Adesão

Dos 18 doentes com efeitos secundários, 5 têm uma adesão média (83%) e 1 adesão baixa (17%), perfazendo um total de 6 doentes com adesão média ou baixa. Dos 6 doentes com adesão média, 3 têm hematomas, 1 tem sintomas gripais e hematomas e outro tem sintomas gripais e dor de cabeça. O doente com adesão baixa tem sintomas gripais (Figura 14).

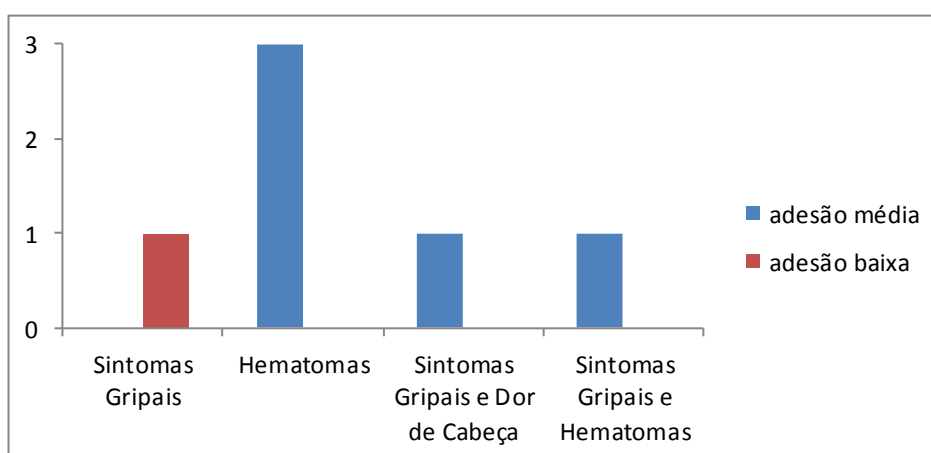


Figura 14- Relação da adesão com os efeitos secundários reportados pelos mesmos.

#### 4.3.2.3 Relação da frequência de tomas dos fármacos em estudo com a Adesão

Os fármacos para a EM, apresentam frequências diferentes de tomas, sendo que foi estudada a adesão dos doentes consoante as tomas do fármaco semanalmente. O Rebif®, tem 3 tomas semanais, sendo que dos 6 doentes que fazem este fármaco a adesão é elevada em 3 doentes, média em dois doentes e baixa em 1 doente. O Copaxone®, é administrado diariamente, sendo que dos 4 doentes que fazem este fármaco a adesão é elevada em 3 doentes e média em 1 doente. O Fingolimod®, é administrado diariamente, sendo que dos 3 doentes que fazem este fármaco a adesão é elevada em 2 doentes e média em 1 doente. O Extavia/Betaferon®, que é administrado em dias alternados, dos 10 doentes que fazem o fármaco, a adesão é elevada em 6 doentes e média em 4 doentes. O Avonex®, é administrado uma vez por semana, dos 7 doentes que fazem este fármaco, todos apresentam uma adesão elevada.

#### **4.3.2.4 Relação entre a ocorrência de surtos em doentes medicados com a Adesão**

Dos 30 doentes inquiridos, 3 doentes têm surtos (10%) sendo que os restantes 27 doentes (90%) não têm surtos. A adesão é alta no doente 3, média no doente 6 e baixa no doente 12.

#### **4.3.2.5 Relação entre os sintomas característicos da EM reportados pelos doentes e a adesão**

Dos 30 doentes inquiridos, o maior número de doentes reportou parestesias (5 doentes) e fadiga (5 doentes). Em ambos a adesão é elevada em 4 doentes e média em 1 doente. Seguidamente os sintomas reportados por maior número de doentes foram: as mialgias (4 doentes) sendo que destes doentes a adesão é elevada em 3 doentes e baixa em 1 doente; e a depressão (4 doentes) sendo que destes doentes a adesão é elevada em 2 doentes e média em 2 doentes.

Dos quatro doentes que possuem depressão 2 são do sexo masculino e outros 2 do sexo feminino têm idades compreendidas entre os 52 e os 57 anos, 2 são empregados e outros 2 reformados, um deles por invalidez. Foi lhes diagnosticada a doença, 2 deles recentemente, 1 há dois anos e outro há 3 anos e outros dois possuem a doença há mais tempo, 1 há 12 anos e outro há 17 anos.

#### **4.3.2.6 Caracterização da Relação da Polimedicação com a Adesão**

Relacionando a polimedicação com a adesão, dos 5 doentes polimedicados 60% têm adesão elevada.

#### **4.3.2.7 Caracterização da adesão segundo o Teste de Morisky**

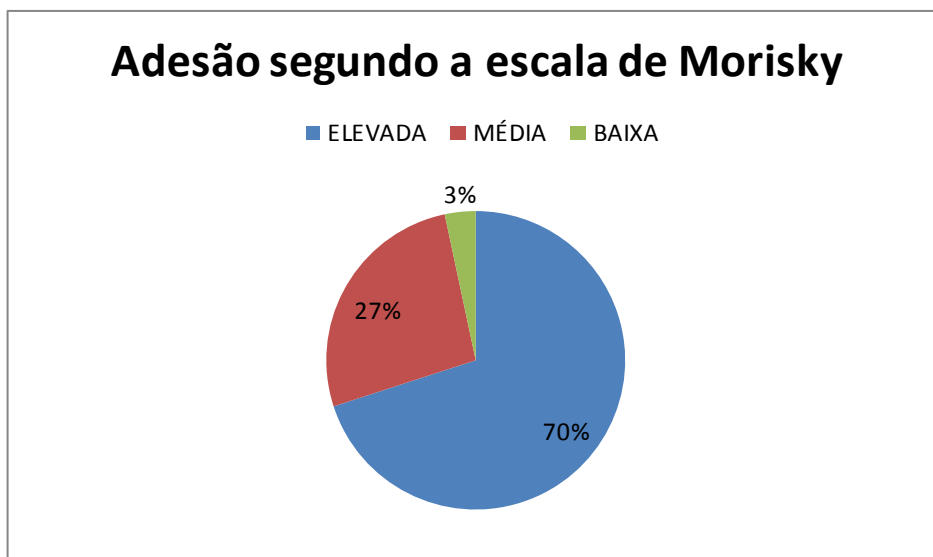
A aplicação do Teste de Morisky, permite avaliar a adesão dos doentes em elevada, média ou baixa dependendo do número de respostas positivas às questões aplicadas.

Nos 30 doentes inquiridos, verificou-se que a adesão é elevada em 70% dos casos, média em 27% dos casos e baixa em apenas 3% (figura 15).

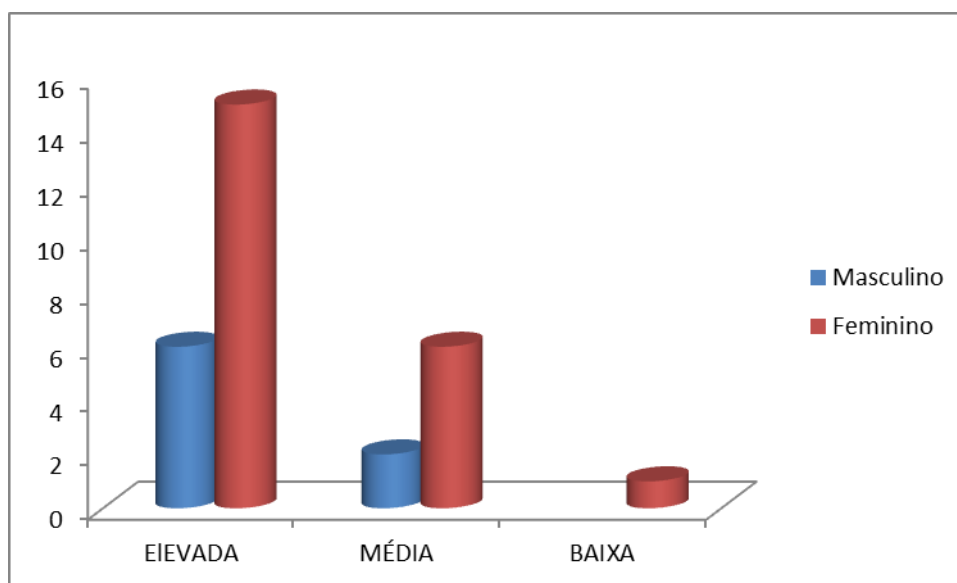
Quanto a adesão mediante o sexo, a adesão nas 22 inquiridas do sexo feminino é elevada em 15 das doentes (68%), média em 6 das doentes (27%) e baixa em 1 doente (5%). A adesão nos 8 inquiridos do sexo masculino é elevada em 6 dos doentes (75%) e média em 2 dos doentes (25%) (Figura 16).

A adesão segundo a faixa etária: na faixa etária 23-33 anos a adesão é elevada (1 doente) e média (1 doente); na faixa etária 34-44 anos a adesão é elevada (9 doentes), média (3

doentes) e baixa (1 doente); na faixa etária 45-55 anos a adesão é elevada (7 doentes) e média (3 doentes); na faixa etária 56-66 anos a adesão é elevada (3 doentes); na faixa etária (67-77 anos) a adesão é elevada (1 doente) e média (1doente) (Figura 17).



**Figura 15-** Representação gráfica da distribuição dos doentes com os diferentes graus de adesão, segundo o *Teste de Morisky*.



**Figura 16-** Representação gráfica da distribuição dos doentes segundo o seu sexo pelos diferentes graus de adesão, segundo o *Teste de Morisky*.

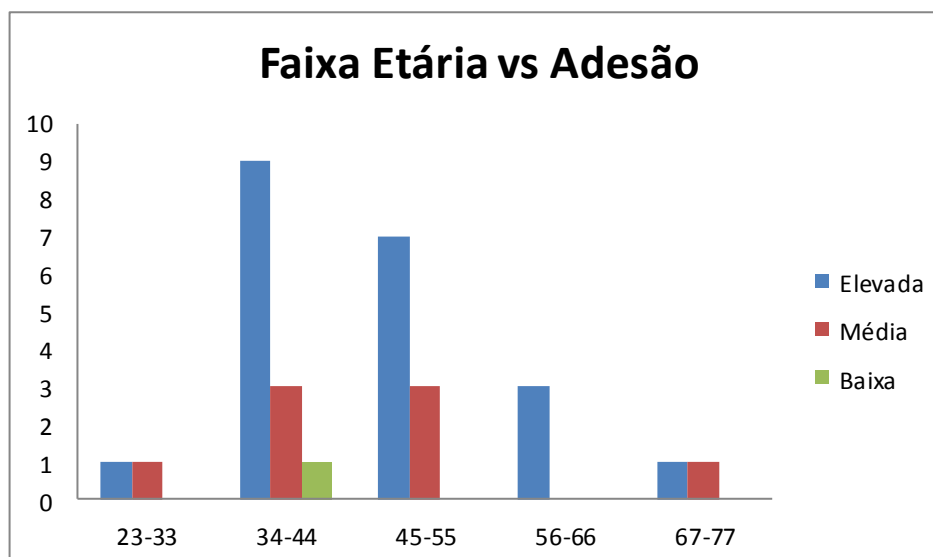


Figura 17- Representação gráfica da distribuição dos doentes segundo a sua faixa etária pelos diferentes graus de adesão, segundo o *Teste de Morisky*.

### 4.3.3 Adesão pelos dois métodos

Na Tabela 8, relacionou-se a adesão nos doentes pelos dois métodos, bem como com outros fatores individuais de cada doente. É importante referir, que no método II foram excluídos 6 doentes, 5 por não haver registos suficientes que permitam classificar a sua adesão e 1 por ter suspenso a medicação.

Tabela 8- Relação entre a adesão nos doentes pelos dois métodos, com outros fatores individuais.

Doente	Adesão método I	Adesão método II	Sexo	Idade	Ocupação	Meio Familiar	Dependência Adm.
1	Aderente	Alta	Masculino	34	Empregado	Acompanhado	Não
2	Não Aderente	Média	Feminino	40	Desempregada	Acompanhada	Não
3	Aderente	Alta	Feminino	34	Desempregada	Acompanhada	Não
4	Não Aderente	Média	Feminino	39	Empregada	Acompanhada	Não
5	Aderente	Alta	Feminino	37	Empregada	Acompanhada	Não

Adesão à Terapêutica em doentes com Esclerose Múltipla

6	Aderente	Média	Feminino	51	Empregada	Acompanhada	Sim
7	Não Aderente	Média	Masculino	38	Empregado	Acompanhado	Não
8	Não Aderente	Média	Feminino	54	Empregada	Acompanhada	Sim
9	Aderente	Alta	Feminino	43	Desempregada	Acompanhada	Não
10	Aderente	Alta	Feminino	23	Empregada	Acompanhada	Sim
11	Aderente	Alta	Masculino	57	Empregado	Acompanhado	Não
12	Não Aderente	Baixa	Feminino	43	Empregada	Acompanhada	Não
13	Aderente	Alta	Masculino	63	Reformado	Sozinho	Sim
14	Aderente	Alta	Feminino	51	Reformada	Acompanhada	Sim
15	Não Aderente	Média	Feminino	55	Empregada	Acompanhada	Não
16	Não Aderente	Alta	Masculino	53	Empregado	Acompanhado	Não
17	Não Aderente	Alta	Feminino	45	Empregada	Acompanhada	Sim
18	Aderente	Alta	Feminino	42	Reformada	Acompanhada	Não
19	Aderente	Média	Masculino	33	Empregado	Acompanhado	Não
20	Não Aderente	Alta	Feminino	39	Empregada	Acompanhada	Não
21	Aderente	Alta	Feminino	38	Empregada	Acompanhada	Não
22	Levanta no fundão	Alta	Feminino	61	Reformada	Acompanhada	Não
23	Levanta no fundão	Alta	Masculino	55	Reformado	Acompanhado	Não

Adesão à Terapêutica em doentes com Esclerose Múltipla

24	Levanta no fundão	Alta	Feminino	54	Reformada	Acompanha	Não
25	Levanta no fundão	Média	Feminino	68	Reformada	Acompanhada	Não
26	Suspendeu	Alta	Feminino	38	Reformada	Acompanhada	Não
27	Levanta no fundão	Alta	Feminino	38	Empregada	Acompanhada	Não
28	Aderente	Alta	Feminino	53	Reformada	Acompanhada	Sim
29	Aderente	Alta	Feminino	68	Reformada	Acompanhada	Não
30	Aderente	Alta	Masculino	52	Reformado	Acompanhado	Sim

Tabela 9- Relação da adesão pelos dois métodos.

Método I	Método II	Número de doentes com cada relação:
Aderente	Adesão Elevada	13
Aderente	Adesão Média	2
Não Aderente	Adesão Elevada	3
Não Aderente	Adesão Média	5
Não Aderente	Adesão Baixa	1

Em 13 doentes a adesão pelo método I e II coincide, pois são aderentes segundo o método I e a sua adesão é elevada segundo o método II. Nos restantes casos a avaliação da adesão pelos dois métodos não foi coincidente (tabela 9).

## 5. Discussão

Este estudo permitiu caracterizar demograficamente os doentes com EM e a sua adesão à terapêutica. Os dados deste estudo foram obtidos através da aplicação de um questionário aos doentes com EM tendo sido a maioria dos dados obtidos nos SF do CHCB. Mediante a aplicação direta do inquérito e através da análise da cedência de medicação a estes doentes, foi possível verificar a adesão dos doentes à terapêutica através de dois métodos distintos. Dos 30 doentes inquiridos, a média etária da população é de 46,63 anos de idade e o maior número de doentes inquiridos encontra-se na faixa etária entre os 34-44 anos de idade com um total de 13 doentes. Neste estudo não há população pediátrica. Quanto à distribuição por sexo, 23% são do sexo masculino e 77% são do sexo feminino. Encontrando-se de acordo com o descrito na bibliografia a maior incidência da doença nas mulheres e em idades compreendidas entre os 15 e os 45 anos de idade <sup>[4,5]</sup>.

Através da análise dos dados da cedência de medicação nos SF, dos 24 doentes que possuem registos permitindo avaliar a sua adesão, foram considerados aderentes (62%). A adesão segundo o sexo foi: no sexo feminino 59% das doentes são aderentes e no sexo masculino 71% dos doentes são aderentes. Segundo os dados obtidos, os doentes considerados aderentes através deste método são mais de metade. No entanto, visto que a diferença não é estatisticamente significativa podemos concluir que a adesão não depende do sexo. Separando a população por faixa etária, as faixas etárias que possuem maior número de doentes são: a faixa etária dos 34-44 anos e a faixa etária dos 45-55 anos, o que está de acordo com o descrito na bibliografia <sup>[4,5]</sup>. Sendo que é nestes grupos que se encontra maior variabilidade na adesão. Nas restantes faixas etárias, apesar de pouco representativas em número de doentes todos são aderentes. A bibliografia refere que apesar da não adesão ser um problema recorrente em qualquer grupo etário, com o avançar da idade tende a agudizar-se, também devido ao envelhecimento da população (Griffith, 1990) <sup>[46]</sup>. Esta contradição poderá dever-se ao fato de o número de doentes nestas faixas etárias ser pouco representativo.

Mediante a aplicação do questionário, puderam ser avaliados os hábitos de vida destes doentes. Da nossa amostra, é o sexo masculino que tem mais atividade física, apesar de não haver uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Dos que praticam exercício são não fumadores (92%) e são fumadores (8%). Os efeitos benéficos do exercício físico na EM são principalmente sobre a força muscular, a capacidade aeróbica e o desempenho na marcha e no equilíbrio, bem como na diminuição da fadiga e no aumento qualidade de vida destes doentes <sup>[51]</sup>. Estes benefícios são realçados pelo Médico nas consultas incentivando os doentes à prática de exercício.

Como descrito noutros estudos o baixo nível de escolaridade e o baixo rendimento podem constituir barreiras a uma adesão efetiva à terapêutica. Além disso quem vive só apresenta maiores dificuldades em seguir as prescrições médicas. Podemos assim concluir que a ocupação e o meio familiar são fatores que influenciam a adesão dos doentes <sup>[46]</sup>. Dos 30 inquiridos, os empregados constituem 50% da população, os reformados 33% e os desempregados 17%. A adesão é elevada nos empregados em 53%, nos desempregados em 60% e nos reformados em 100% dos casos. Na bibliografia é descrito que o desemprego, a falta de poder económico e os custos elevados da medicação e transportes são fatores que influenciam negativamente a adesão dos doentes <sup>[45]</sup>. Sendo que estes são fatores muitas vezes associados ao desemprego e aos reformados. No entanto no nosso estudo pudemos verificar que mais de metade da população desempregada tem uma adesão elevada e que nos reformados a adesão é elevada em 100%, não existindo uma relação entre a adesão e a ocupação dos doentes. Este fato poderá dever-se a estes dois grupos serem pouco representativos em número na amostra.

O ambiente familiar foi uma das variáveis também analisadas. Sendo que dos doentes que vivem sós a adesão é elevada em todos os doentes, apesar de na bibliografia referir que quem vive só ou possui redes de sociabilidade limitadas tem uma maior probabilidade de encontrar dificuldades em seguir as indicações médicas <sup>[46]</sup>. Nos doentes que vivem com familiares a adesão é elevada em 66%. Neste caso estes doentes possuem ajuda dos seus familiares para que não haja esquecimento sendo assim plausível que 66% tenham uma adesão elevada. <sup>[13]</sup>

Uma das principais preocupações dos profissionais de saúde é a promoção de qualidade de vida a estes doentes, sendo as afeções motoras uma das principais preocupações. Dos doentes inquiridos 86% não possui afeções motoras, 7% possui dificuldades motoras e 7% encontram-se paraplégicos. Os dois doentes que se encontram paraplégicos encontram-se a fazer ainda a primeira linha de tratamento segundo a norma clínica da DGS <sup>[33]</sup>. Destes dois doentes um é do sexo feminino com 52 anos e com diagnóstico da doença á 18 anos sendo o outro doente do sexo masculino com 53 anos e com diagnóstico da doença á 17 anos.

Uma das preocupações é a administração, devido ao fato de ser por via parentérica para a maioria dos fármacos constituindo uma dificuldade para os doentes <sup>[33]</sup>. Ao contrário do descrito, o fato da administração ser parentérica e haver por esse motivo dificuldade e dependência na administração parece não contribuir para uma baixa adesão dos doentes na nossa amostra <sup>[33]</sup>.

Quanto ao diagnóstico da EM, este poderá ser realizado através de diversos parâmetros e métodos, dos 30 doentes a doença foi diagnosticada através de um surto (60%) constituindo o maior fator para diagnóstico da doença. Na bibliografia é descrito que o surto ocorre em cerca de 80% dos doentes como síndrome clínico isolado, sendo um dos fatores juntamente com outros, para diagnóstico da doença <sup>[26]</sup>.

Dos profissionais de saúde que identificaram a doença, foi o neurologista (80%) o principal profissional de saúde a identificar a doença geralmente por procura dos doentes desta especialidade.

Dos doentes cujo diagnóstico foi realizado devido a alterações motoras (dificuldade e perda do andar) estão recuperados 50%. Dos doentes cujo diagnóstico foi realizado devido a sintomas visuais (perda de visão e neurite ótica) estão recuperados (50%). Dos doentes metade não recuperou, uma das causas poderá ser o tempo avançado de doença que estes doentes apresentam (entre 4 a 10 anos) ou até mesmo em alguns casos o diagnóstico tardio.

Na relação fármaco doente a maioria faz Extavia®/Betaferon® 10 doentes (34%), Avonex® sete doentes (23%) e Rebif® 6 doentes (20%). Segundo a norma clínica nº005/2012, estes fármacos constituem, entre outros fármacos, a primeira linha de três das formas de EM.

Dos 30 doentes inquiridos, apenas 18 doentes apresentam efeitos secundários dos quais a maioria apresenta sintomas gripais (14 doentes). Tal como descrito no Resumo das Características do Medicamento (RCM) destes fármacos, os sintomas gripais constituem um dos efeitos secundários mais frequentes <sup>[35,36,30,40,41]</sup>.

A prevenção dos sintomas gripais com a toma de analgésicos e antipiréticos propicia o aumento da qualidade de vida destes doentes. Como tal a prevenção destes sintomas é de extrema importância de forma a não diminuir a qualidade de vida destes doentes sendo que dos 18 inquiridos que apresentam efeitos secundários não fazem prevenção dos sintomas gripais 13 doentes (72%) e fazem prevenção dos sintomas gripais 5 doentes (28%). Dos 5 doentes que fazem prevenção apenas 3 apresentam sintomas gripais. É importante referir que os sintomas gripais são mais frequentes no início da terapia, tendo a diminuir a sua frequência com a continuação do tratamento <sup>[35-41]</sup>. Dos 5 doentes que fazem prevenção, 2 deles a doença foi lhes diagnosticada recentemente, estando em concordância com o descrito. Dos 6 doentes que possuem Dor, considerado o 5º sinal vital segundo a OMS, tomam medicação quando têm dor (44%) e tomam medicação de forma crónica (56%) <sup>[53]</sup>. A dor é um dos principais fatores que propicia a diminuição da qualidade de vida destes doentes sendo que o Neurologista se encontra alerta para este fato.

Dos 18 doentes com efeitos secundários, 5 têm uma adesão média (83%) e 1 adesão baixa (17%), perfazendo um total de 6 doentes com adesão média ou baixa. Dos 6 doentes com adesão média, 3 têm hematomas, 1 tem sintomas gripais e hematomas e outro tem sintomas gripais e dor de cabeça. O doente com adesão baixa tem sintomas gripais. Podemos então concluir que na amostra populacional de doentes a ocorrência de efeitos secundários não constitui um fator que propicia a não adesão ou abandono da terapêutica pelos doentes visto que 12 dos doentes com efeitos secundários têm uma adesão elevada. É importante referir que apesar de no guia de prescrição do Avonex® constar que é comum a ocorrência de diarreia um dos doentes que toma reportou obstipação <sup>[54]</sup>.

Durante o estudo, por informação da Neurologista, nenhum doente abandonou a terapêutica devido a uma reação adversa.

Os fármacos para a EM apresentam frequências diferentes de tomas, tendo sido estudada a adesão dos doentes consoante as tomas semanais de cada fármaco. Na nossa amostra, a adesão é elevada em todos os doentes que tomam o Avonex®, de toma única semanal. No entanto nos restantes fármacos, a adesão dos doentes é superior nos dois fármacos de toma

diária (Copaxone® e Fingolimod®) relativamente aos outros dois fármacos (Rebif® e Extavia®/Betaferon®) de três tomas semanais e em dias alternados, respetivamente. Na bibliografia é descrito que uma elevada frequência de tomas poderá contribuir para falhas na terapia <sup>[55]</sup>. No entanto na nossa amostra a adesão é superior nos doentes que tomam fármacos com mais tomas semanais, à exceção do Avonex®. Tal fato poderá dever-se ao número reduzido de doentes a tomar Copaxone® e Fingolimod®, influenciando assim os resultados. Bem como o fato de o Fingolimod® ser de administração oral, ao contrário dos restantes.

Dos 30 doentes inquiridos, 3 têm surtos (10%), destes doentes a adesão é alta no doente 3, média no doente 6 e baixa no doente 12. Podemos assim concluir que não há relação entre a ocorrência de surtos e a adesão dos doentes.

Em relação aos sintomas derivados da EM, dos 30 doentes inquiridos, o maior número de doentes reportou parestesias e fadiga (5 doentes, respetivamente). Dos doentes com estes sintomas a adesão é elevada em 4 doentes e média em 1 doente, respetivamente. Sendo que podemos concluir que a adesão à terapêutica não está relacionada com os sintomas derivados da EM. A depressão é um sintoma comum nos doentes com EM <sup>[13]</sup>. Podemos concluir, que este sintoma derivado da EM, afeta na nossa amostra maioritariamente a faixa etária dos 52 ao 57 anos, no entanto em relação ao tempo da doença é variável afetando tanto os doentes com diagnóstico da doença recente como de há mais tempo. É importante realçar o fármaco que toma cada um destes doentes bem como os efeitos secundários associados pois poderá estar relacionado. Assim sendo, apesar de no estudo de fase III, NS26321, que consta no guia de prescrição do Avonex®, indicar que a ocorrência de depressão é de apenas 9% verificou-se a ocorrência numa das doentes que toma este fármaco <sup>[54]</sup>. Os restantes três doentes, um deles toma Extavia® e os outros dois Rebif®, tendo em conta que o que consta no guia de prescrição destes fármacos há uma elevada probabilidade de ocorrência de depressão em cerca de 30% e 25% dos doentes, respetivamente <sup>[56,57]</sup>.

Os efeitos secundários sentidos por cada doente são variáveis, podendo estar relacionados com o fármaco ou com o próprio doente. Com o Avonex® <sup>[35,54]</sup>, Betaferon®/Extavia® <sup>[39,56]</sup> e Rebif® <sup>[36,37,38,57]</sup> os efeitos secundários mais prevalentes são os sintomas gripais, sendo estes descritos no guia de prescrição e RCM destes fármacos. Os sintomas gripais associados ao Avonex® são apontados como sendo uma das principais causas para a não adesão dos doentes a este fármaco <sup>[13]</sup>. Com o Copaxone®, as parestesias foram o efeito secundário mais prevalente, no entanto estas não são descritas no RCM nem no guia de prescrição do fármaco <sup>[40,58]</sup>. Como parestesias não são um efeito secundário dos fármacos, mas sim uma consequência da doença é necessário esclarecer os doentes numa próxima consulta quanto a este fato. Pois se este efeito diminuir a qualidade de vida dos doentes poderá mesmo levar à sua não adesão à terapêutica. É importante referir que um dos doentes reportou sentir mais dor no local de injeção com o Copaxone® do que com o Rebif® que administrava anteriormente. Com o Fingolimod®, foram descritos diversos efeitos secundários não havendo

uma prevalência dos mesmos <sup>[41,59]</sup>. Não foram descritos efeitos secundários graves pelos doentes da nossa amostra.

Um doente é considerado polimedicado quando toma quatro ou mais fármacos. Dos 30 doentes inquiridos, 5 doentes são polimedicado (17%), o que representa uma pequena percentagem. Relacionando a polimedicação com a adesão, dos 5 doentes polimedicados, 3 têm uma adesão elevada e 2 têm uma adesão média. Como tal podemos concluir que a polimedicação não é um fator relevante para a não adesão dos doentes à terapêutica da EM. Ao contrário do que é descrito na bibliografia que relaciona a polimedicação com a não adesão <sup>[54]</sup>. Nos doentes polimedicados foram analisados o grupo terapêutico a que os restantes fármacos pertencem, além do da EM, sendo que a maioria toma ansiolíticos e antipiréticos/analgésicos, estes resultados comprovam a elevada prevalência dos efeitos secundários frequentes como são considerados os sintomas gripais <sup>[35-41]</sup> e os sintomas derivados da doença como é a ansiedade <sup>[7]</sup>. A polimedicação não é um fator relevante para a adesão à terapêutica. Os fármacos mais prescritos são os ansiolíticos e estes são prescritos maioritariamente pelo médico de família.

A alteração de medicação dos doentes com EM seguidos na consulta externa do CHCB, tem por base os critérios da Norma nº 005/2012 de 04/12/12 da Direção Geral de Saúde (DGS) <sup>[33]</sup>. Dos doentes inquiridos, referiu alteração da medicação (40%) e não referiu alteração da medicação (60%). Dos 12 doentes que referiram alteração da medicação, 4 doentes apresentaram como motivo a ocorrência de surtos, sendo que este foi o motivo que mais doentes apresentaram como causa da alteração. Estes doentes necessitaram de um ajuste da medicação para que não ocorressem surtos.

Verificou-se que pelo método I 62% dos doentes são aderentes. Através da aplicação do Teste de Morisky (Método II) mais de metade da população tem uma adesão elevada (70%) e uma pequena percentagem tem adesão baixa. A adesão é elevada em ambos os sexos sendo superior no sexo masculino ao contrário do que é descrito na bibliografia que aponta uma adesão superior nas mulheres <sup>[13]</sup>. Quanto a adesão segundo a faixa etária esta é superior nas faixas etárias dos 34-44 anos e dos 45-55 anos. Ao contrário do descrito que refere que com o avançar da idade a não-adesão tende a agudizar-se <sup>[46]</sup>. Comparando os resultados obtidos através dos dois métodos, nos 24 doentes que podem ser incluídos em ambos, os resultados de adesão são coincidentes na maioria dos doentes.

## 6. Conclusões e Perspetivas Futuras

Neste trabalho foi possível concluir que a maioria da população em estudo é aderente, através dos dois métodos usados para medir a adesão dos mesmos. Foi possível verificar que adesão não depende do sexo, através do método I. A adesão foi elevada nos reformados e nos doentes que vivem sós. Os doentes aderentes são na sua grande maioria os doentes idosos. Através destes resultados podemos concluir que a nossa amostra foi pouco representativa da

população em estudo, sendo assim esta uma das limitações do estudo. Os métodos utilizados para análise da adesão à terapêutica dos doentes são métodos indiretos, possuindo ambos as suas limitações. No método I o fato de o doente levantar a sua medicação não garante a sua administração. Para além disso o Farmacêutico no ambulatório tem de despender algum tempo para questionar os doentes quanto á sua adesão. No método II, com a aplicação do teste de Morisky, as suas limitações são o fato de o doente não ter noção efetiva da sua adesão aquando da aplicação do questionário, podendo falsear as suas respostas, e o fato de serem poucas questões e simples.

A elaboração de estudos de adesão em meio hospitalar é de extrema importância, na medida que existem patologias que necessitam de ser acompanhadas de perto pelos profissionais de saúde. No seguimento dos dados obtidos através destes estudos, estes devem ser analisados e conhecidos não só pela farmácia mas também por todos os profissionais de saúde envolvidos. Neste caso, pelo médico que faz o diagnóstico e prescreve, pelo enfermeiro que participa por vezes na administração, pelo assistente social e pelo psicólogo que dão apoio psicológico.

Idealmente deveria existir uma pasta partilhada para que todos os profissionais envolvidos pudessem estar atualizados da informação inserida na mesma relativamente a cada doente. Nomeadamente durante a consulta o médico poderia consultar esta mesma pasta, retirando diversas informações fundamentais, tais como se o doente vai levantar a medicação a tempo ou se falha alguma toma.

Outra estratégia seria a implementação de consultas alargadas uma vez por mês, onde todos os profissionais de saúde envolvidos poderiam dar a sua opinião relativamente a cada doente. Em suma, poder-se-á dizer que o SFarm tem como objetivo primordial a colaboração entre todos os profissionais de saúde de modo a que um determinado doente possa, assim, alcançar a máxima efetividade da sua terapêutica. Relativamente à patologia em estudo, a Esclerose Múltipla, a terapêutica desta doença crónica geralmente tem efeitos secundários associados, o que leva alguns doentes a abandonar a terapêutica ou a falhar algumas tomas, tornando-a ineficaz. No entanto, a única forma de controlar a doença e de prevenir as suas consequências é cumprindo a terapêutica, como tal pretendeu-se demonstrar a importância do SFarm destes doentes através deste estudo.

## 7. Bibliografia

1. Lee M, O'Brien P. Pregnancy and multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2008;79(12):1308-11.
2. Sá MJ., O que é a Esclerose Múltipla (EM)? Guia para o doente, biogen idec, P.7. [adaptado da versão inglesa].
3. ANEM. O que é a Esclerose Múltipla? [INTERNET]. [citado: 02-02-2013]; Disponível em: [www.anem.org.pt/em/oquee.html](http://www.anem.org.pt/em/oquee.html).
4. Alonso, A. and M.A. Hernán, Temporal trends in the incidence of multiple sclerosis A systematic review. *Neurology*, 2008. **71**(2): p. 129-135.
5. Owens, G.P., et al., Viruses and multiple sclerosis. *The Neuroscientist*, 2011. **17**(6): p. 659-676.
6. Marrie, R.A., Environmental risk factors in multiple sclerosis aetiology. *The Lancet Neurology*, 2004. **3**(12): p. 709-718.
7. Pedrosa R. et al., Introdução à Esclerose Múltipla, biogen idec, 2010. Cap I P. 41,73,80,83, Cap II P.132-141, Cap IV P.327-339, P.449, P.351 e P.359-360
8. Fernandes, M.F.S., Tratamento farmacológico da esclerose múltipla: forma surto-remissão. 2012. [citado:02-03-2013]. Disponível em: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/>
9. Hafler DA. Multiple Sclerosis. 2004; *Journal Clinical Investigation* 113:788-94.
10. Sospedra M, Martin R. Immunology of multiple sclerosis\*. *Annual Review of Immunology*. 2005;23:683-747.
11. Confavreux C, Vukusic S, Moreau T, Adeleine P. Relapses and progression of disability in multiple sclerosis. *New England Journal of Medicine*. 2000;343(20):1430-8.
12. Giovannoni, G., E. Southam, and E. Waubant, Systematic review of disease-modifying therapies to assess unmet needs in multiple sclerosis: tolerability and adherence. *Multiple Sclerosis Journal*, 2012. **18**(7): p. 932-946.
13. Devonshire, V., et al., The Global Adherence Project (GAP): a multicenter observational study on adherence to disease-modifying therapies in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *European journal of neurology*, 2011. **18**(1): p. 69-77.
14. Imitola J, Chitnis T, Khoury SJ. Insights into the molecular pathogenesis of progression in multiple sclerosis: potential implications for future therapies. *Archives of neurology*. 2006;63(1):25.
15. Tselis Alex C. et al, Treatment of Multiple Sclerosis, Case study, *Journal of Clinical Outcomes Management* 2001 Abril Vol. 8, No. 4

16. Prat, E. and R. Martin, The immunopathogenesis of multiple sclerosis. *Journal of rehabilitation research and development*, 2002. **39**(2): p. 187-200.
17. Steinman L. Multiple sclerosis: a two-stage disease. *Nature immunology*. 2001;**2**(9):762-3.
18. MacLean, R., Multiple sclerosis: understanding a complex neurological condition. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*: 1987, 2009. **24**(28): p. 50-6; quiz 58.
19. Kidd, D., et al., Central motor conduction time in progressive multiple sclerosis. Correlations with MRI and disease activity. *Brain*, 1998. **121**(6): p. 1109-1116.
20. Smith KJ. Conduction properties of central demyelinated and remyelinated axons, and their relation to symptom production in demyelinating disorders. *Eye*. 1994;**8**(2):224-37.
21. SPEM.esclerose-múltipla/sintomas [Internet]. [citado: 02-03-2013];Disponível em: [www.spem.org/esclerose-múltipla/sintomas](http://www.spem.org/esclerose-múltipla/sintomas)
22. Luchinetti JP, W Bruck. The Pathology of Multiple Sclerosis. 2005; *Biomedical Central Neurology* ,**23**;77-105.
23. Pardini M, Bonzano L, Roccatagliata L, Mancardi GL, Bove M. The fatigue-motor performance paradox in multiple sclerosis. *Scientific reports*. 2013;**3**.
24. Amato MP, Ponziani G, Siracusa G, Sorbi S. Cognitive dysfunction in early-onset multiple sclerosis: a reappraisal after 10 years. *Archives of Neurology*. 2001;**58**(10):1602.
25. Harrison M, McGill J. Transient neurological disturbances in disseminated sclerosis: a case report. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1969;**32**(3):230.
26. Coles AJ, Compston A. Multiple sclerosis. *Medicine*. 2004;**32**(11):87-92.
27. MacLean, R., Multiple sclerosis: understanding a complex neurological condition. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*: 1987, 2009. **24**(28): p. 50-6; quiz 58.
28. Confavreux C, Vukusic S, Adeleine P. Early clinical predictors and progression of irreversible disability in multiple sclerosis: an amnesic process. *Brain*. 2003;**126**(4):770-82.
29. McDonald, W.I., et al., Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Annals of neurology*, 2001. **50**(1): p. 121-127.
30. Margolis, J., et al., Disease-modifying drug initiation patterns in commercially insured multiple sclerosis patients: a retrospective cohort study. *Biomedical Central neurology*, 2011. **11**(1): p. 122.
31. Alajbegovic, A., et al., Interferon Treatment of Multiple Sclerosis. *Materia socio-medica*, 2012. **24**(1): p. 38.
32. Alroughani R, Al Hashel J, Thussu A, Ahmed S. Use of Natalizumab in Patients with Active Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis in Kuwait. *Medical Principles and Practice*. 2013.
33. George, F., Terapêutica Modificadora da Esclerose Múltipla, *Direção Geral de Saúde* 12-04-2012. **Norma nº 005/2012**.

34. Jacobs LD, Beck RW, Simon JH, Kinkel RP, Brownscheidle CM, Murray TJ, et al. Intramuscular interferon beta-1a therapy initiated during a first demyelinating event in multiple sclerosis. *New England Journal of Medicine*. 2000;343(13):898-904.
35. European Medicines Agency. Avonex [Internet]. 2013-02-07 [citado: 15-08-2013]. Disponível em: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_Summary\\_for\\_the\\_public/human/000102/WC500029423.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_Summary_for_the_public/human/000102/WC500029423.pdf)
36. European Medicines Agency. Rebif [Internet]. 2013-04-18 [citado: 15-08-2013]. Disponível em: [\[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_Summary\\_for\\_the\\_public/human/000136/WC500048682.pdf\]](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_Summary_for_the_public/human/000136/WC500048682.pdf)
37. PRISMS Study Group. Randomized double-blind placebo-controlled study of interferon  $\beta$ -1a in relapsing/remitting multiple sclerosis. *Lancet* 1998; 352: 1498-1504.
38. Panitch H, Goodin DS, Francis G, et al. Randomized, comparative study of interferon  $\beta$ -1a treatment regimens in MS. *The EVIDENCE Trial*. *Neurology* 2002 59: 1496-1506.
39. European Medicines Agency. Betaferon [Internet]. 2013-02-05 [citado: 15-08-2013]. Disponível em: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_Summary\\_for\\_the\\_public/human/000081/WC500053086.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_Summary_for_the_public/human/000081/WC500053086.pdf)
40. Infarmed. Copaxone [Internet]. 2011-06-21 [citado 16-08-2013]. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=37219&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=37219&tipo_doc=rcm)
41. European Medicines Agency. Gilenya [Internet]. 2011-03-23 [citado 16-08-2013]. Disponível em: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_Summary\\_for\\_the\\_public/human/002202/WC500104530.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_Summary_for_the_public/human/002202/WC500104530.pdf)
42. Hepler, C.D. and L.M. Strand, Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 1990. 47(3): p. 533-43.
43. Santos HM, Ferreira PI, Ribeiro PL, Cunha I. Introdução ao seguimento farmacoterapêutico. *GICUF-ULHT*. 2007;1:1.
44. Dias AM, Cunha M, Santos AMMd, Neves APG, Pinto AFC, Silva ASA, et al. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. 2011. *Millenium*, 40: 201-219.
45. Cardoso H, Cunha R. Adesão e sucesso terapêutico. 2011-02-05. Biogen Idec. [Apresentado em Reunião de enfermeiros de Esclerose Múltipla]. Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/743>
46. Cabral M., Silva P., A adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população Portuguesa perante as prescrições médicas. 2008. P.3
47. WHO. Guidance on operations and service delivery: adherence to ART. [Internet] 2013 [Citado 08-05-2013]. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/operational/adherence/en/>.
48. Soares MA. Avaliação da terapêutica potencialmente inapropriada no doente geriátrico. 2009.
49. Rusu A, Hancu G, Paşca MD. ASPECTS OF ADHERENCE TO TREATMENT IN COMMUNITY PHARMACY. 2010.

50. Morisky, D.E., L.W. Green, and D.M. Levine, Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 1986. **24**(1): p. 67-74.
51. Motl, R.W. and L.A. Pilutti, The benefits of exercise training in multiple sclerosis. *Nature Reviews Neurology*, 2012
52. Finkelsztejn, A., et al., Clinical features of multiple sclerosis in the south of Brazil: a partial analysis. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 2009. **67**(4): p. 1071-1075.
53. Gomes, R.T., et al., Dor: o quinto sinal vital. *Prática Hospitalar*.(Internet), 2006. **8**(44): p. 2018-44.
54. Avonex [Internet]. [citado 20-08-2013]. Disponível em:  
[http://www.avonex.com/pdfs/guides/Avonex\\_Prescribing\\_Information.pdf](http://www.avonex.com/pdfs/guides/Avonex_Prescribing_Information.pdf)
55. OLIVEIRA, K.R.D., F.S.D. SANTOS, and C. Colet, Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 2010. **31**(3): p. 223-227.
56. Extavia [Internet]. [20-08-2013]. Disponível em:  
<http://www.pharma.us.novartis.com/product/pi/pdf/extavia.pdf>
57. Rebif [Internet]. [citado 20-08-2013]. Disponível em :  
[http://www.emdserono.com/cmge.mds.com/en/images/rebif\\_tcm115\\_19765.pdf](http://www.emdserono.com/cmge.mds.com/en/images/rebif_tcm115_19765.pdf)
58. Copaxone [Internet]. [citado 21-08-2013]. Disponível em:  
[http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2009/020622s057lbl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/020622s057lbl.pdf)
59. Fingolimod [Internet]. [citado 21-08-2013]. Disponível em:  
<http://www.pharma.us.novartis.com/product/pi/pdf/gilenya.pdf>

**CAPÍTULO II - Estágio**  
**“FARMÁCIA COMUNITÁRIA”**

# CAPÍTULO II - ESTÁGIO

## 1. Introdução

A Farmácia Comunitária é um local onde alguns dos cuidados de saúde estão acessíveis à população em geral, como tal, o Farmacêutico desempenha um papel crucial na prestação destes cuidados.

Ao longo do tempo o papel do Farmacêutico foi evoluindo, e estes profissionais de saúde foram acompanhando essa evolução adquirindo competências necessárias para corresponder às necessidades da população.

Hoje em dia, na farmácia além da dispensa e aconselhamento, são também avaliados parâmetros tais como a glicemia, colesterol e triglicéridos, pressão arterial e peso.

O Farmacêutico tenta desenvolver ações junto dos doentes, para que estes sejam aderentes à medicação e precavendo efeitos secundários, tal como avaliar se a medicação usada surte efeito na patologia que se pretende tratar.

A proximidade destes profissionais aos seus doentes, permite que haja uma relação de confiança nos mesmos, e que estes ponham em prática os seus conhecimentos na resolução de problemas práticos que surgem no dia-a-dia, bem como consigam fazer uma prestação adequada a cada doente.

O estágio em Farmácia Comunitária iniciou-se dia 4 de Fevereiro. Após quatro anos e meio de aprendizagem teórica e prática, chegara a altura de por em prática os conhecimentos adquiridos e iniciar um novo ciclo, o do trabalho onde durante estes meses adquiri conhecimento com a experiência dos que me rodeiam e pude fazer um teste pessoal às minhas limitações e necessidades.

O local do estágio foi a Farmácia Reis em Castelo-Branco, sob orientação da Dra. Catarina Cardoso, que durante os cinco meses de estágio me supervisionou.

Este estágio curricular tem como objetivo a familiarização dos alunos com o mundo do trabalho e além disso perceber a dinâmica, organização e gestão da Farmácia e no que diz respeito ao medicamento entender o seu circuito, preparação e dispensa.

## 2. Organização da Farmácia:

### 2.1 Recursos Humanos: Funções e Responsabilidades

As pessoas que fazem parte da equipa numa farmácia, têm como responsabilidade, promover a saúde e fornecer ao utente todos os meios que ele necessita para que se sinta bem. Sem dúvida que hoje em dia, o farmacêutico é muitas vezes, o primeiro a quem o utente recorre para resolver algum problema relacionado com a sua saúde, daí que seja de extrema importância uma farmácia ser constituída por uma equipa coesa e profissional que possa ter sensibilidade para as mais diversas situações que possam surgir.

Existem diversos tipos de utentes com as mais diversas necessidades, cabe à equipa da farmácia saber abordar cada pessoa individualmente e estar desperto para os mais diversos sinais de necessidades por vezes não manifestadas pelo utente. É importante ‘ fidelizar’ os utentes para que estes possam ser acompanhados desde o início do seu problema de saúde até à sua remissão, e em casos de doenças crónicas é de extrema importância o seguimento dos doentes para verificar se aderem à terapêutica ou se esta não é a adequada.

Na Farmácia Reis, o quadro de pessoal é constituído pela Dr.<sup>a</sup> Regina Jesus dos Reis Cardoso (diretora técnica e proprietária), Dr.<sup>a</sup> Ana Catarina Cardoso (farmacêutica substituta, de Grau II), Dr.<sup>a</sup> Sofia Tomé (farmacêutica, de Grau I), Dr. Daniel Cunha (farmacêutico, de Grau I), Olga Correia (técnica de farmácia), Hélio Almeida e Selma Martins (auxiliares de farmácia) e Cristiano Silva e Mariana Silva (técnicos de farmácia a realizarem estágio profissional). Durante o meu estágio tive possibilidade de contactar com todos os funcionários da farmácia. Cada um tem as suas funções sendo que mediante estas todos se disponibilizaram para me ensinar as diversas tarefas que desempenham.

Compete ao diretor técnico da farmácia dirigir, planear, supervisionar e auxiliar todos os elementos na execução da atividade farmacêutica, tendo por base o manual das boas práticas que deverá ser um elemento chave para todos na execução das suas funções <sup>[1]</sup>. Este elemento é responsável por todos os atos farmacêuticos prestados.

O farmacêutico tem como responsabilidade primordial assegurar que o utente recebe o tratamento adequado à sua patologia. Citando o artigo 10º do código deontológico da ordem dos Farmacêuticos: ‘A primeira e principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, devendo pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança.’<sup>[2]</sup> Ao longo do estágio, foram-me inculcados diversos valores e deveres da prática farmacêutica bem como responsabilidades sendo a meu ver a maior delas o contato direto com o doente. O farmacêutico deverá respeitar sempre o seu código deontológico, e fazer formações constantes que garantam a atualização do seu conhecimento.

As funções do pessoal de apoio, auxiliares e técnicos de farmácia, encontram-se mais centradas na área da receção de encomendas, aprovisionamento e armazenamento e atendimento ao público. O controlo de *stocks* das diversas formas farmacêuticas está distribuído por dois elementos e os prazos de validade são controlados por outro elemento.

## 2.2 Horário de Atendimento

Durante a semana a Farmácia Reis encontra-se aberta entre as 9h e as 19h30 sem encerramento à hora de almoço. Aos sábados encontra-se aberta entre as 9h e as 13h00. Sendo que quando se encontra de serviço permanente permanece aberta 24h, no entanto apenas mantém as portas abertas até às 23h, a partir desta hora o serviço é realizado através do postigo. Nos últimos dias do meu estágio, pude estar até às 23h, quando a farmácia estava de serviço permanente, esta foi uma experiência nova que me permitiu tirar algumas conclusões. Nomeadamente que a partir das 19h até às 23h a maioria dos doentes vem diretamente do hospital, sendo que a maioria dos produtos dispensados são sujeitos a receita médica obrigatória.

## 2.3 Instalações e Equipamentos: Descrição e Finalidade

### 2.3.1 Localização e Espaço Exterior



Figura 1. Espaço Exterior da Farmácia Reis

A Farmácia Reis existe há cerca de 27 anos. Neste momento situa-se na rua Doutor João Mourato Grave, lote 156-r/c-E, em Castelo Branco. Possui uma localização privilegiada, pois encontra-se relativamente perto do Hospital Amato Lusitano, do Centro de Saúde e dos Bombeiros Voluntários e de diversas escolas além do que se situa numa zona residencial o que faz com que seja muito requisitada pelos utentes. A Farmácia Reis, exteriormente possui uma 'cruz verde' (iluminada durante a noite quando a farmácia está de serviço) e uma placa exterior com o nome da farmácia e do diretor técnico, como consta no alvará e registo no INFARMED. Possui uma porta principal para a acessibilidade dos utentes à Farmácia, equipada com uma rampa para utentes portadores de deficiências e possui ainda outra porta por onde geralmente são entregues as encomendas, por onde entra o pessoal que aqui trabalha e onde se encontra o postigo de atendimento. Na porta principal encontra-se afixado o calendário

com as farmácias de serviço permanente com a sua localização e contato. Numa perspectiva frontal, do lado direito da porta principal encontra-se a montra principal, onde são expostos produtos sazonais, promocionais ou outros que assim se justifique. E uma outra montra mais pequena do lado esquerdo, da mesma porta. Existem mais duas montras, uma de cada lado da porta secundária. Nestas geralmente são expostas campanhas relativamente a épocas especiais promovidas pela farmácia ou campanhas promovidas pelos laboratórios. Ao longo do estágio pude decorar algumas destas montras.

### **2.3.2 Espaço Interior**

A Farmácia encontra-se dividida em dois espaços, um público destinado ao utente que inclui a zona de atendimento e o gabinete do utente e um privado que se destina ao funcionamento interno da Farmácia.

#### **2.3.2.1 Zona de Atendimento ao público**

Fazendo uma análise geral, a Farmácia Reis apresenta um ambiente calmo e com as demais condições de higiene e segurança, previstas no manual de boas práticas de Farmácia Comunitária <sup>[1]</sup>. Possui cinco balcões, cada um deles equipado com os equipamentos necessários para efetuar vendas e faturação de receituário. No balcão encontram-se alguns expositores com os mais produtos. Em cada dois balcões encontram-se gavetas, uma delas com divisões específicas para separar receitas por organismos, nas restantes encontram-se produtos tais como preservativos, termómetros, ligaduras, calçadas entre outros, bem como brindes de diversos laboratórios. Na zona atrás dos balcões encontram-se produtos para aconselhamento farmacêutico ou cedidos no âmbito na automedicação, pois na sua maioria Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM).

#### **2.3.2.2 Gabinete de Atendimento Personalizado ao Utente**

O gabinete de atendimento personalizado ao utente proporciona ao farmacêutico um ambiente reservado para poder realizar determinações bioquímicas e fisiológicas (glicémia, triglicéridos e colesterol total, pressão arterial) bem como um aconselhamento focado no utente e nas suas necessidades. Este gabinete permite que o farmacêutico consiga identificar determinados sinais e sintomas que por vezes num ambiente publico o utente não expõe.

### **2.3.2.3 Sala de Conferência de Receituário**

A sala de conferência de receituário, é o local onde diariamente são conferidas e organizadas em lotes as receitas aviadas, este procedimento tem como objetivo verificar se os medicamentos dispensados correspondem aos prescritos ou se fazem parte do mesmo grupo homogéneo, averiguar se as receitas se encontram assinadas pelos médicos e se estão dentro da validade. Além do que, é também feita uma análise se a participação realizada pelo operador corresponde ao organismo responsável.

### **2.3.2.4 Área reservada ao funcionamento interno da farmácia**

A área destinada ao funcionamento interno da farmácia numa perspetiva geral divide-se no gabinete de atendimento ao utente e na sala de conferência de receituário já mencionados atrás, o corredor principal onde se encontram os medicamentos com validade mais curta e as gavetas deslizantes onde se encontram armazenados os Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) separados por forma galénica e por ordem alfabética de nome comercial. Incluídos nestas gavetas estão também os produtos do protocolo da diabetes. Os psicotrópicos e medicamentos especiais encontram-se separados destes numa gaveta destinada apenas a estes medicamentos. Neste local encontra-se ainda o frigorífico, equipado com termohigrómetro destinado ao registo da temperatura e humidade, destina-se ao armazenamento de produtos que requerem temperaturas especiais. Ainda no espaço interior, encontra-se o escritório da direção técnica, separado fisicamente do restante espaço, destina-se à gestão e contabilidade da Farmácia.

O laboratório, possui uma bancada, um lavatório, uma balança de precisão e um banho-maria. Ao longo do estágio pude preparar alguns destes medicamentos, geralmente xaropes para uso pediátrico. Na Farmácia Reis, não se realizam manipulados.

Existe ainda um espaço destinado à receção e transmissão de encomendas, composta por um balcão com um terminal informático. Perto deste local, encontra-se o armazém onde são armazenados: os genéricos separados por princípio ativo, dosagem e laboratório; todos os excedentes de MSRM e MNSRM; produtos de cosmética, entre outros.

A farmácia possui no seu interior, duas instalações sanitárias uma delas para os funcionários da farmácia e outra para os utentes. Por fim, temos o vestiário/copa onde os funcionários deixam os seus pertences e fazem as suas pausas.

### 2.3.3 Informática na Farmácia

Nesta farmácia o sistema informático em utilização é o SIFARMA 2000. Este programa apresenta diversas vantagens tais como, o fácil acesso à informação, a fácil gestão e organização de *stocks* e possui ainda, diversas funcionalidades nomeadamente:

- a) Leitura ótica dos códigos de barras dos diferentes produtos;
- b) Realização e transmissão de encomendas por *modem*;
- c) Receção de encomendas;
- d) Gestão de *stocks*;
- e) Controlo dos prazos de validade;
- f) Emissão de documentos (a faturação mensal);
- g) Organização e acesso á ficha dos utentes;
- h) Listagem de Estupefacientes e Psicotrópicos;
- i) Informação dos produtos quanto às suas vendas, quantidade disponível e a sua rotatividade;

A Farmácia Reis possui oito computadores ligados em rede interna a um computador servidor, estando distribuídos cinco pela zona de atendimento, dois no armazém, sendo um deles destinado á consulta de *stocks* e consulta por parte dos funcionários e outro para receção e elaboração de encomendas, e um no escritório destinado à gestão. O sistema informático (Sifarma 2000) encontra-se atualizado, sendo que podemos encontrar relativamente a cada medicamento informação científica nomeadamente interações com outros medicamentos ou alimentos, precauções a tomar, contra indicações e posologia.

Este sistema permite criar aos utentes uma ficha a que é atribuído um número, proporcionando assim ao farmacêutico uma maior proximidade dos utentes assíduos da farmácia, levando a que este possa fazer um seguimento farmacoterapêutico dos doentes bem como dos seus parâmetros fisiológicos e bioquímicos.

Por vezes, devido á necessidade de medicação urgente, o programa permite a realização de vendas suspensas, em que o doente leva o medicamento pagando-o na sua totalidade, sendo que após ter a receita do mesmo dirige-se a farmácia sendo-lhe devolvido o valor da comparticipação.

## 3. Legislação, Informação e Documentação Científica

Ao longo do tempo a Farmácia, tem vindo a assumir um papel fulcral não só na dispensa de medicamentos como na resolução de problemas de saúde, sendo que é o primeiro local onde os doentes se deslocam para esclarecer dúvidas ou procurar aconselhamento. Esta é uma

situação favorável ao farmacêutico pois permite-lhe aplicar os seus conhecimentos e resolver casos práticos das mais diversas áreas. No exercício da sua atividade o farmacêutico deve seguir o seu código deontológico, cumprindo as normas jurídicas e deontológicas que nele constam.

O regime jurídico das farmácias de oficina, estabelecido no Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto, sofreu alterações no Decreto-Lei nº 171/2012, de 1 de agosto, procura assegurar que “as farmácias prosseguem uma atividade de saúde e de interesse público e asseguram a continuidade dos serviços que prestam aos utentes” [3,4].

O Estatuto do Medicamento, definido no Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, sofreu alterações, definidas no Decreto-Lei nº 20/2013, de 14 de fevereiro, zela pela proteção da saúde pública e pelo uso racional do medicamento. O referido Estatuto “estabelece o regime jurídico a que obedece a autorização de introdução no mercado e suas alterações, o fabrico, a importação, a exportação, a comercialização, a rotulagem e informação, a publicidade, a farmacovigilância e a utilização dos medicamentos para uso humano e respetiva inspeção, incluindo, designadamente, os medicamentos homeopáticos, os medicamentos radiofarmacêuticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas” [5,6].

O Departamento de qualidade da Ordem dos Farmacêuticos que estabeleceu em 2009 as “Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária” (BPF) tem como objetivo uniformizar e garantir a qualidade dos serviços prestados pelos farmacêuticos, colocando o doente como o centro da sua atividade.

É de extrema importância referir os papéis de alguns organismos, para a atividade Farmacêutica:

- A Ordem dos Farmacêuticos (OF), criada pelo Decreto-Lei nº334/72, de 23 de Agosto, é uma associação pública cujo principal objetivo é a regularização da atividade profissional farmacêutica, a defesa dos interesses dos seus membros, zelar pela dignidade da profissão e cumprimento do seu código deontológico. Encontra-se dividida em secções regionais de Coimbra, Porto e Lisboa e é uma associação não-governamental. É financiada pelas quotas dos próprios membros, tendo os seus Estatutos publicados em Diário da República [2].
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P (INFARMED), foi criada a 15 de Janeiro de 1993, tem como principais funções regular tudo o que diga respeito à farmácia e ao medicamento, do ponto de vista legal. Pertence ao Estado sendo financiado por este [7].
- Associação Nacional de Farmácias ( ANF), tem como principal objetivo a defesa dos interesses profissionais, éticos e económicos dos proprietários das farmácias [8].

O Farmacêutico deverá manter-se atualizado e possuir documentação que possa consultar para esclarecer determinadas dúvidas. Sendo que no momento da cedência são consideradas

fontes obrigatórias o prontuário terapêutico e o resumo das características do medicamento. Por vezes, através do *Sifarma 2000* ou até mesmo contactando as distribuidoras obtemos informações bastante úteis e rápidas, em relação a medicamentos retirados do mercado, redimensionados ou esgotados em laboratório.

A biblioteca da Farmácia Reis encontra-se no escritório, e é composta por toda documentação obrigatória, a Farmacopeia Portuguesa IX, em suporte papel, e respetivos suplementos atualizados, o Formulário Galénico Nacional, o Código Deontológico dos Farmacêuticos e o manual de Boas Práticas Farmacêuticas. Possui ainda alguma documentação científica facultativa, como o ‘Simpósio terapêutico’, Prontuário e Índice Nacional Terapêutico, o livro de ‘Reações cutâneas adversas a medicamentos’, Circulares Técnico - Legislativas institucionais e o Manual de Boas Práticas em Farmácia Comunitária. Além desta documentação, existem folhetos e revistas informativas distribuídas pelos laboratórios, que permitem ao farmacêutico estar atualizado sobre produtos específicos sem despende de muito do seu tempo pois esta informação encontra-se condensada realçando apenas os aspetos mais relevantes. Frequentemente são também promovidas formações pelos laboratórios, bastante esclarecedoras e enriquecedoras para o farmacêutico.

Bastante úteis são também os “Centros de Informação”, geralmente os mais consultados são o Centro de Informação de Medicamentos da Ordem dos Farmacêuticos (CIM) e o Centro de Informação sobre Medicamentos da Associação Nacional das Farmácias (Cedime).

## **4. Aprovisionamento e Armazenamento**

### **4.1 Aprovisionamento:**

Para uma gestão adequada de produtos, é necessário haver adequação dos produtos às necessidades dos utentes, de forma a prestar os cuidados de saúde necessários para proporcionar qualidade de vida aos mesmos. Para que haja uma prestação de serviços de qualidade, é necessário haver uma adequada gestão dos produtos para que estes estejam disponíveis aquando a necessidade dos mesmos por parte do utente, evitando a rutura de *stocks*, bem como a falta de rotatividade dos mesmos de forma a evitar uma acumulação de produtos levando a um investimento de capital desnecessário. Como tal, o aprovisionamento e a gestão de encomendas constituem dois pilares essenciais para uma boa gestão da Farmácia e para a satisfação do utente.

Com o crescimento dos média e com uma população cada vez mais informada e atenta torna-se importante a atualização relativamente a novidades no mercado, tendo sempre em conta a localização da farmácia e o tipo de utentes da mesma.

Para uma gestão adequada de *stocks* deverão ser tidos em conta diversos aspetos importantes nomeadamente:

- O perfil de utentes da farmácia;
- A época do ano, tendo em conta a sazonalidade de determinados produtos;
- A localização da farmácia;
- A rotatividade dos produtos;
- Os hábitos de prescrição médica;
- Os prazos de validade dos produtos;
- Preços e condições de pagamento bem como as bonificações dos produtos;
- O impacto dos média na divulgação dos produtos aliada á procura pelos utentes;

Na gestão de *stocks* o Sifarma 2000 desempenha uma função bastante importante, visto que nos permite consultar a ficha de cada produto onde consta informação como lote/*stock* bem como o *stock* máximo e mínimo do mesmo. Quando o número de unidades existentes na farmácia é inferior ao *stock* máximo estabelecido informaticamente, é enviada uma proposta de encomenda passando o produto a constar da proposta de encomenda que deverá ser enviada ao fornecedor, de forma a completar o *stock* máximo, evitando a rutura de *stocks*. O número de unidades propostas pelo sistema informático é igual àquele que permite igualar o *stock* máximo, podendo o farmacêutico inserir ou eliminar medicamentos/produtos. Um aspeto importante que constatei durante o estágio foi que os medicamentos psicotrópicos não podem ter o seu *stock* a negativo, devido a serem medicamentos com procedimentos especiais associados. O acerto de *stocks* é uma tarefa bastante importante, visto que estando um *stock* errado poderá induzir em erro os operadores levando a encomendar por vezes produtos existentes na farmácia.

Numa primeira abordagem durante as primeiras semanas de estágio foi-nos apresentado o programa, e foi-nos possibilitada uma familiarização com os produtos, conseguida com a observação e organização dos produtos nos locais específicos na farmácia.

## 4.2 Elaboração de Encomendas

A elaboração de encomendas tem duas vertentes, uma delas é através de cooperativas e armazenistas e outra através dos próprios laboratórios. São diversos os critérios de seleção de fornecedores na aquisição de produtos, nomeadamente dependendo das condições que estes oferecem tais como pagamentos, devoluções, bonificações, rapidez e horários no fornecimento dos mesmos.

Do vasto leque de distribuidoras a Farmácia Reis trabalha regularmente com quatro desses fornecedores sendo eles: a *Alliance Healthcare* , a União dos Farmacêuticos Portugueses (UDIFAR) , a Cooprofar e a Plural. A parceria com mais do que uma distribuidora permite um leque mais vasto para obter o produto sendo que quando uma distribuidora não possui o produto outra poderá tê-lo. Durante o estágio pudemos constatar que nem sempre todas as

distribuidoras possuem todos os produtos e por vezes os produtos estão esgotados em laboratório tornando a tarefa ainda mais difícil, no entanto através de uma chamada para o *call center* das distribuidoras podemos verificar no preciso momento se estas possuem o produto ou não, o tempo de chegada dos produtos depende da distribuidora em questão.

Outras encomendas são as designadas urgentes, por vezes devido a erros nos *stocks* ou a pedidos específicos pelos utentes, são realizadas por telefone ou b2b (sistema online) através do Sifarma. Além das encomendas diárias e urgentes são realizadas encomendas diretamente aos laboratórios, de produtos com maior rotação e com vantagens na aquisição de grandes quantidades. Estas encomendas são realizadas aquando da visita do delegado do laboratório á farmácia, com prévia marcação, elaborando a nota de encomenda com a Dr.<sup>a</sup>. Regina, o Dr. Daniel Cunha ou a Dr.<sup>a</sup>. Catarina Cardoso, que previamente analisam as saídas dos produtos do laboratório em questão. Nos primeiros meses de estágio pude presenciar a elaboração de encomendas diretamente aos delegados da Scholl®, Vichy® e Roche Posay®. Na Farmácia Reis, fica um duplicado da nota de encomenda, para posterior conferência com a guia de remessa, que acompanha a encomenda no momento da receção.

Em relação à aquisição de psicotrópicos, esta é realizada do mesmo modo que as restantes especialidades farmacêuticas. Para além da fatura, vêm acompanhados de uma requisição especial em duplicado. O duplicado deve ser assinado pelo Diretor Técnico, carimbado e devolvido ao fornecedor, sendo o original arquivado na farmácia durante 3 anos.

### 4.3 Receção de encomendas

A receção de encomendas é realizada através de uma funcionalidade designada ‘gestão de entregas’ do Sifarma, aquando a chegada dos produtos, é dada a entrada de cada um individualmente. Nesta tarefa é dada prioridade aos produtos que necessitam de ser armazenados no frigorífico. Por vezes, na mesma fatura encontram-se diversas encomendas pelo que estas devem ser agrupadas numa só. Cada encomenda possui uma fatura (original e duplicado) ou guia de remessa, onde se encontram discriminados todos os produtos que a compõem por ordem alfabética (com o código nacional do produto, nome comercial, dosagem, forma farmacêutica, tamanho da embalagem, quantidade pedida, preço unitário, Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) e Preço de Venda ao Público (PVP) exceto os produtos de venda livre cujo o seu preço é calculado mediante o fator de ponderação a que corresponde o seu IVA associado). (Anexo II)

Geralmente para as encomendas urgentes realizadas através do telefone é necessário entrar na gestão de encomendas do programa e ‘criar a encomenda manualmente’, para a realização posterior da entrada da mesma.

Na entrada da encomenda os produtos são lidos um a um, sendo conferida:

- a) A integridade da embalagem;

- b) O prazo de validade e se esta coincide ou se é superior ou inferior á que está registada, sendo alterada se for inferior á dos produtos já existentes na farmácia ou se o *stock* de produtos está a zero;
- c) O preço de Custo;
- d) O Preço Inserido na Caixa (PIC);
- e) O imposto sobre o valor acrescentado (IVA);
- f) O preço de venda ao público (PVP).

Se o produto for novo na farmácia é criada a sua *ficha*, introduzindo-se o nome do produto, forma farmacêutica, dosagem, número de unidades da embalagem, preço de custo, PVP, prazo de validade e *stock* mínimo e máximo. Devendo ser impressa, quando necessário, respetiva etiqueta, facilitando a sua leitura ótica. Em certos produtos, geralmente de dermocosmética, o código de barras que consta na embalagem não é o que identifica o produto em Portugal. Nestes casos é impressa a etiqueta onde consta o Código Nacional de Produto (CNP), e que identifica este produto em Portugal.

Se o medicamento for psicotrópico é tirada uma cópia da fatura onde consta o respetivo produto e é colocada na capa correspondente, com o respetivo número de entrada, para posterior controlo no final de cada mês.

Após realização desta tarefa, procede-se ao acerto do preço líquido da fatura com o que surge no programa. Em caso de falta de algum produto já faturado o fornecedor é contactado ou é-lhe enviado um fax com os produtos em falta, caso este não o possua é enviada uma nota de crédito, sendo a encomenda feita para outro fornecedor. (Anexo III)

A partir dos primeiros quinze dias de estágio, iniciei a receção de encomendas, tendo sido uma tarefa que durante os primeiros meses realizei diariamente.

#### 4.4. Marcação de preços

Os produtos de venda livre, nomeadamente, os MNSRM e os mais diversos produtos (cosmética e higiene corporal, puericultura, dietéticos, acessórios de farmácia, calçado ortopédico) necessitam de devida marcação com o PVP mediante as margens de comercialização e a taxa de IVA de acordo com o produto em causa.

A fórmula para calcular o PVP é a seguinte:

$$\text{PVP} = \text{PREÇO DE CUSTO} \times \text{FATOR DE PONDERAÇÃO (margem de comercialização + IVA)}$$

Como pude verificar, esta é uma tarefa de grande responsabilidade. Tendo sido explicada aquando da forma como deveria rececionar as encomendas.

## 4.5 Armazenamento e Organização

O armazenamento dos produtos é uma tarefa bastante importante em que devem ser tidos em conta diversos pontos, tais como: o tipo de produto, o tipo de armazenamento, para que este mantenha a sua estabilidade, o seu prazo de validade e o seu enquadramento no local correspondente aos demais produtos com a mesma funcionalidade ou da mesma gama.

Finalizada a receção da encomenda, os produtos são colocados no armazém e nos lineares, de modo a estarem disponíveis para ser dispensados aos utentes, no caso de produtos e medicamentos com prazo de validade aplica-se a regra do ‘*First Expired First Out*’. Devido às constantes alterações de preços dos medicamentos e outros produtos, é necessário sinalizar os medicamentos aquando dada a sua entrada com um autocolante indicando “novo preço”. No primeiro dia de estágio o armazenamento das encomendas foi a primeira tarefa que realizei. Sendo que estes procedimentos foram-me inculcados desde então. Desta forma, os medicamentos que já se encontravam em *stock* com o preço antigo são escoados em primeiro lugar, sendo feita a alteração de preço no sistema informático apenas quando é dispensado produto com o novo preço. Se o *stock* do medicamento se encontrar a zero no momento em que se dá entrada da encomenda, verifica-se se este não existe mesmo na farmácia e de seguida procede-se de à atualização do preço no sistema.

Segundo as BPF, no que respeita ao armazenamento, “as condições de iluminação, temperatura e humidade devem respeitar as exigências específicas dos medicamentos, de outros produtos farmacêuticos, químicos, matérias-primas e materiais de embalagem”.<sup>[1]</sup>

Na Farmácia Reis existem dois termohigrómetros, um deles no local de armazenamento da grande parte das especialidades farmacêuticas, que mede os valores de temperatura e humidade relativa, sendo que os mesmos devem situar-se abaixo dos 25°C e de 65%, respetivamente. É realizada a anotação dos valores duas vezes por dia. O outro termohigrómetro encontra-se no interior do frigorífico onde a temperatura deve situar-se entre os 2 e 8°C, os valores deste são recolhidos mensalmente da memória do dispositivo e guardados no computador. No frigorífico, são armazenados produtos como insulinas, canetas de insulina precheias, vacinas, alguns colírios e anéis vaginais.

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes encontram-se separados dos outros medicamentos numa gaveta específica devido às particularidades dos mesmos.

Os MNSRM encontram-se atrás dos balcões e alguns em gavetas específicas. Os medicamentos de uso veterinário encontram-se num local específico para os mesmos, atrás dos balcões, enquanto as coleiras e shampoos se encontram na zona exterior aos balcões. Os produtos devem ser armazenados tendo em conta a sua validade para que os de menor sejam os primeiros a serem dispensados. A organização dos produtos que se encontram na área de atendimento é variável consoante a sazonalidade dos mesmos. Na área de atendimento ao

acesso do utente encontram-se essencialmente os produtos de puericultura, dermocosmética, calçado ortopédico, entre outros.

#### 4.6 Controlo de Prazos de Validade

Entende-se por prazo de validade o tempo que decorre entre o fabrico do medicamento e o decréscimo da quantidade de princípio ativo em 10%, relativamente à quantidade mencionada na embalagem <sup>[5]</sup>. O seu controlo é uma tarefa fundamental, pois um medicamento fora de prazo pode implicar uma diminuição na eficácia terapêutica por diminuição do princípio ativo ou mesmo efeitos tóxicos por alteração do mesmo <sup>[5]</sup>. O controlo do prazo de validade é iniciado aquando da receção das encomendas, ou seja diariamente, sendo introduzida a validade do produto se o *stock* estiver a zero ou é alterada se a validade do produto rececionado for inferior às dos produtos em stock.

Os sistemas informáticos devem permitir a rastreabilidade de todos os medicamentos que entram e que são distribuídos em automedicação, prescrição ou indicação farmacêutica <sup>[1]</sup>.

Os prazos de validade são verificados mensalmente, sendo elaborada uma lista com os mesmos e no início de cada mês são retirados os medicamentos e outros produtos que expiram nos próximos cinco meses. Este é um procedimento estabelecido pela própria farmácia. Estes são colocados num local específico separados por meses para que possam ser escoados o quanto antes. Estes devem ser devolvidos ao fornecedor dois meses antes de expirar o prazo de validade. Neste caso, os produtos são colocados numa estante destinada para este fim, sendo realizada uma nota de encomenda, que será enviada ao fornecedor, juntamente com os produtos. Posteriormente o fornecedor envia uma nota de crédito correspondente aos produtos em causa. Em casos de compra direta aos laboratórios estes geralmente são recolhidos diretamente pelos delegados de informação médica ou por empresas enviadas especificamente para a recolha dos mesmos.

#### 4.7 Devoluções

As devoluções dos produtos realizam-se para o fornecedor, armazém ou laboratório do produto, juntamente com a nota de devolução (original e duplicado), ficando um triplicado na farmácia a aguardar regularização por reposição do produto ou nota de crédito. No caso das notas de crédito, o duplicado é assinado e enviado ao fornecedor. Caso a devolução não seja aceite, o valor do produto entra para as “quebras” da contabilidade anual da Farmácia. Por vezes são enviadas para a Farmácia circulares informativas de produtos que vão ser recolhidos e retirados temporariamente do mercado sendo posteriormente devolvidos. (Anexo IV)

## 5. Dispensa de Medicamentos

A dispensa de medicamentos é um ato Farmacêutico, de extrema responsabilidade, pelo que exige concentração e diálogo com o utente. Cabe ao Farmacêutico perceber quais são as necessidades dos utentes e se a medicação é adequada à patologia em causa, pois muitas das vezes é o Farmacêutico que identifica algumas interações e prescrições desadequadas, aquando da dispensa (anexo V). É ainda da sua responsabilidade disponibilizar toda a informação necessária para que o utente cumpra a prescrição corretamente, como tal existem algumas questões que devem ser colocadas, para que o Farmacêutico consiga criar um diálogo com o utente e para que este seja completamente esclarecido quanto à sua medicação. Algumas questões importantes são:

- “É a primeira vez que vai tomar o medicamento?”
- “Para quem é o medicamento?”
- “O medicamento foi indicado para que patologia?”
- “Qual ou quais as indicações que o médico lhe recomendou quanto à toma?”
- “Sabe quantas vezes ao dia vai tomar?”
- “Sabe até quando deve tomar?”

Através destas questões o Farmacêutico, consegue transmitir toda a informação necessária ao utente, nomeadamente, perceber se a medicação é a indicada para a patologia em questão, se a pessoa que levanta a medicação é o doente a quem esta foi prescrita e por fim se o doente ou a pessoa a quem é dispensada a medicação sabe como esta deve ser administrada. Poderá ser ainda transmitida informação relativa a medidas não-farmacológicas, que poderão proporcionar uma melhoria de resultados da terapêutica. Por vezes os próprios utentes solicitam informação tal como, as contra-indicações, as interações e os possíveis efeitos adversos do medicamento, sendo dever do Farmacêutico esclarecer todas as questões do doente. O Farmacêutico, deverá assegurar-se que foi esclarecedor, adaptando o seu diálogo ao ‘tipo’ de utente, esta informação poderá ser transmitida verbal/e ou escrita.

Durante o meu estágio presenciei o atendimento a partir do primeiro mês e pude realiza-lo nos meses seguintes. O que me permitiu contactar com diversos tipos de pessoas, nomeadamente pessoas mais idosas, que por vezes não sabiam ler nem escrever, uma senhora surda/muda, o que tornou esta experiência ainda mais enriquecedora na medida que cada utente constitui um desafio.

## 5.1. Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)

O Estatuto do Medicamento, definido no Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, sofreu relevantes alterações a 14 de fevereiro, introduzidas pelo Decreto-Lei nº 20/2013. As alterações são relativas à farmacovigilância e as normas relativas à transparência e publicidade aplicáveis às relações entre os agentes intervenientes no circuito do medicamento <sup>[5,6]</sup>. Como o meu estágio teve o seu início a 4 de Fevereiro de 2013, tive contato com esta transição.

De acordo com o Decreto-Lei nº20/2013, de 14 de fevereiro, Artigo 114.º <sup>[6]</sup>:

Estão sujeitos a receita médica os medicamentos que preencham uma das seguintes condições:

- a) Possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;
- b) Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;
- c) Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- d) Destinem-se a ser administrados por via parentérica.

As farmácias devem ter disponíveis para venda, no mínimo, três medicamentos com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem, de entre os que correspondam aos cinco preços mais baixos de cada grupo homogêneo. Deve ser dispensado o medicamento de menor preço de entre os referidos no número anterior, salvo se for outra a opção do utente <sup>[9]</sup>. ‘No ato de dispensa do medicamento, o farmacêutico, ou o seu colaborador devidamente habilitado, deve informar o doente da existência dos medicamentos disponíveis na farmácia com a mesma substância ativa, forma farmacêutica, apresentação e dosagem do medicamento prescrito, bem como sobre aqueles que são comparticipados pelo SNS e o que tem o preço mais baixo disponível no mercado <sup>[9]</sup>.

O farmacêutico deve sempre adotar uma atitude crítica face a uma prescrição médica, para fazer uma correta interpretação da mesma e, dado que é o último profissional de saúde a estar em contacto com o utente, pode em certos casos minimizar erros que possam surgir. O ato de dispensar é de especial importância, uma vez que pode determinar o sucesso ou insucesso da terapêutica <sup>[1]</sup>.

### 5.1.1 Receitas Médicas

Para que estes medicamentos sejam dispensados os doentes necessitam da apresentação de uma receita médica, tendo por base um procedimento descrito no Anexo 4. Inicialmente o farmacêutico deve sempre verificar a autenticidade da mesma. Nomeadamente: o número da receita e respetivo código de barras; o local de prescrição e respetivo código de barras (exceto quando o utente provenha de um consultório privado); a identificação e assinatura do médico prescriptor (nome, especialidade médica, número da cédula profissional e respetivo código de barras, contato telefónico); o nome ou número de utente ou de beneficiário; a DCI da substância ativa; a dosagem, forma farmacêutica, número de embalagens, dimensão das embalagens e a data de prescrição (verificação da validade).

Caso estejamos perante uma receita informatizada, alguma desta informação apresenta-se em códigos de barras (o número de utente e de beneficiário e o medicamento prescrito). Possuindo a receita os códigos de barra, poderemos confirmar que o código de barras corresponde ao medicamento que vamos dispensar, esta confirmação durante o estágio foi uma mais-valia, pois por vezes existem medicamentos com caixas muito semelhantes nomeadamente quando as caixas são iguais para diferentes doses. Estes são fatores importantes que tive em conta aquando da dispensa de medicação mediante receita médica.

### 5.1.2 Regras de Prescrição

Para que os utentes possam adquirir MSRM, é necessário que o médico prescreva e que estes se dirijam à farmácia para que haja a sua cedência. Os dois modelos de receitas, aprovados pela *Portaria n.º 198/2011, de 18 de Maio* que substitui a *Portaria n.º 1501/2002, de 12 de Dezembro*, são o modelo de receita manual e o de receita eletrónica <sup>[10,11]</sup>.

Existem regras de prescrição e dispensa de medicamento, que sofreram alterações recentemente, com a publicação da Lei n.º12 de 2011 de 8 de março e a portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio <sup>[10,12]</sup>.

Segundo o Artigo 5.º da portaria n.º 137-A/2012, a prescrição de um medicamento inclui obrigatoriamente a respetiva denominação comum internacional da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação e a posologia. Segundo a mesma, a prescrição de medicamentos é preferencialmente realizada de forma informatizada. Sendo que a receita eletrónica só é válida se incluir os elementos constantes do *artigo 9º da Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio* <sup>[9]</sup>.

Sendo excecionalmente e nos casos previstos no artigo 8.º da *Portaria n.º 137-A/2012* realizada por via manual. As situações de exceção são <sup>[9]</sup>:

a) Falência do sistema informático;

- b) Inadaptação fundamentada do prescritor, previamente confirmada e validada anualmente pela respectiva Ordem Profissional;
- c) Prescrição ao domicílio;
- d) Prescrição até um máximo de 40 receitas médicas por mês.

Além do que é de extrema importância referir que uma receita manual só é válida se incluir os elementos constantes no *artigo 11.º da Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio* <sup>[9]</sup>, bem como que implica a utilização de novos modelos de vinhetas, conforme, publicado no *Despacho n.º 13381/2012, de 12 de Outubro* <sup>[13]</sup>.

As receitas podem ser ainda de dois tipos não renovável e renovável. As receitas não renováveis são válidas por 30 dias consecutivos, a partir da data da prescrição. No caso da receita renovável esta não poderá ser uma receita manual, se forem eletrónicas são constituídas por três exemplares impressos, com a indicação «1ª via», «2ª via» e ou «3ª via», com seis meses de validade. Apenas podem ser prescritos em receita renovável, os medicamentos que se destinem a tratamentos de longa duração, ou seja, os medicamentos que constem da tabela 2 da Portaria n.º 1471/2004, de 21 de dezembro, na sua atual redação (Deliberação n.º 173/CD/2011, de 27 de outubro). Em cada receita podem ser prescritos até 4 medicamentos distintos, num total de 4 embalagens por receita. No máximo, podem ser prescritas duas embalagens por medicamento. No caso dos medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária podem ser prescritas até quatro embalagens do mesmo medicamento <sup>[9]</sup>.

É importante referir que a prescrição pode ainda incluir, além do referido acima, uma denominação comercial, de acordo com a *Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio*, devidamente justificadas nas seguintes condições <sup>[9]</sup>:

1. Medicamentos que não disponham de genéricos participados ou em que apenas existam medicamentos de marca;
2. Nas seguintes exceções com a justificação técnica do médico junto ao medicamento prescrito:
  - a. Margem ou índice terapêutico estreito - o médico prescritor deve colocar na receita a menção “Exceção a) art. 6.º”;
  - b. Reação adversa prévia - o médico prescritor deve colocar na receita a menção “Exceção b) art. 6.º - Reação adversa prévia”;
  - c. Continuidade de tratamento superior a 28 dias - o médico prescritor deve colocar na receita a menção “Exceção c) art. 6.º - Continuidade de tratamento superior a 28 dias”.

No caso das exceções a) e b), o utente não pode optar por outro medicamento, enquanto na exceção c) pode exercer esse direito.

Produtos referentes ao protocolo da Diabetes Mellitus (agulhas, lancetas, tiras reativas para os testes e canetas de insulina) têm que ser isoladamente prescritos numa receita, pois têm entidade de faturação própria. Neste tipo de receita podem ser prescritas até duas embalagens de cada medicamento, num máximo de quatro medicamentos prescritos.

### **5.1.3 Avaliação / Validação Farmacêutica da Receita**

Realizada a confirmação da informação necessária para que uma receita seja considerada válida (referida no ponto 5.1.1), o farmacêutico deve verificar através da aplicação de algumas questões, como já foi referido, se se trata da medicação indicada para o utente e se esta não possui risco de interações com outros medicamentos bem como as possíveis reações adversas. É de extrema importância ressaltar estes aspetos, especialmente em doentes polimedicados, em caso de dúvida o Farmacêutico deve contactar o médico prescritor.

Após o procedimento acima referido, deverá proceder-se à confirmação com o utente da medicação, pois pode constatar que por vezes os doentes têm preferência por determinado laboratório podendo este não ser o que vem mencionado na receita. Podemos assim iniciar o processamento da receita, mediante leitura dos respetivos códigos de barras dos medicamentos, seguindo-se a atribuição do subsistema de saúde e, se for o caso, da portaria. Identificado o organismo da receita, deve verificar-se se satisfaz as exigências específicas deste. As siglas que constam nas receitas são “O”, correspondente ao regime geral de comparticipação e “R”, no caso da receita se destinar a um pensionista abrangido pelo regime especial de comparticipação (nas receitas manuais possuem uma vinheta verde no local de prescrição). O sistema informático, atribui a cada organismo um número facilitando o processo (regime geral do SNS - 01, regime especial do SNS - 48, entre outros).

Os organismos do Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários (SAMS), Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, Sindicato dos Bancários Centro e Norte, Portugal Telecom (PT), Caixa Geral de Depósitos e EDP/Sávida, possuem acordos com o SNS, existindo complementaridade de comparticipação.

De seguida procede-se à impressão dos códigos de barras correspondentes aos medicamentos em questão e à venda, no verso da receita, em que o utente assina. Emitido o recibo/fatura ou a nota de crédito, este é carimbado e assinado pelo operador, sendo depois entregue ao utente, procedendo-se ao pagamento. Como se tratam de medicamentos comparticipados, na Farmácia Reis para facilitar a divisão das receitas por organismo, cada dois balcões possuem uma gaveta separada por organismos, sendo depois facilitada a sua correção e a sua organização em lotes, para futura faturação.

Em alguns casos os utentes não pretendem adquirir a totalidade da receita ou até mesmo em casos de rutura de stock, sendo que estas receitas ficam pendentes na farmácia, até uma data acordada entre o operador e o utente, em caso de rutura de stock geralmente o utente é contactado aquando da chegada do medicamento. Estas receitas são realizadas em venda suspensa, que será descrita mais a frente, sendo-lhes anexado o talão respetivo.

#### 5.1.4 Acordo com o SNS e outras entidades

Durante o estágio pude acompanhar a transição do regime de comparticipações sendo que o meu estágio teve início a 4 de Fevereiro de 2013, e nessa data ainda existiam os organismos de comparticipação como a ADSE, Assistência da Doença aos Militares (ADM); Serviço de Assistência a Doenças para a Polícia de Segurança Pública (SAD PSP) e Serviço de Assistência a Doenças para a Guarda Nacional Republicana (SAD GNR).

A legislação em vigor para os sistemas de comparticipação, os regimes normal e especial, assim como as regras do sistema de preços de referência, entraram em vigor com a *Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio de 2013*, revista pelo *Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro*, e com a *Portaria n.º 924-A/2010, de 17 de Setembro* <sup>[15,16,17]</sup>.

Sendo que o pagamento das comparticipações do Estado na compra de medicamentos dispensados a beneficiários pela ADSE passa a ser encargo do SNS a partir do dia 1 de abril de 2013 <sup>[18]</sup>.

Além deste outros organismos inerentes aos sistemas de comparticipação, tais como a ADM e SAD/PSP passaram a ser encargo do SNS.

Como já foi referido, o utente pode, ainda, usufruir de um outro subsistema em complementaridade com o organismo principal, como o que acontece com a SAMS e a PT/CTT (Portugal Telecom/Correios, Telégrafos e Telefones), entre outros.

Existem ainda alguns diplomas que regem as comparticipações especiais no receituário, de medicamentos específicos no tratamento de determinadas patologias. Para que o utente tenha uma percentagem de comparticipação superior à referente ao sistema de saúde do qual é beneficiário, o médico prescriptor terá que colocar a Portaria ou Despacho na receita médica. (Anexo VI)

**Tabela 10** - Diplomas que validam a comparticipação de medicamentos, em doenças crónicas específicas <sup>[19,20,21,22]</sup>:

Despacho/ Lei	Indicação Terapêutica	Escalão de Comparticipação
Despacho n.º 13020/2011, de 9 de Junho <sup>[29]</sup>	Doença de Alzheimer	37% (Escalão C)
Lei n.º 6/2010, de 20 de	Psoríase	90% (Escalão A)

Setembro <sup>[30]</sup>		
Despacho nº 11387- A/2003, de 7 de Maio <sup>[31]</sup>	Lúpus, Hemofilia, Hemoglobinopatias	100%
Despacho nº 10280/08, de 8 de Abril <sup>[32]</sup>	Dor crónica não oncológica moderada a forte	90% (Escala A)
Despacho nº 10279/08, de 8 de Abril <sup>[32]</sup>	Dor Oncológica	90% (Escala A)

Apesar de na Farmácia Reis, não se realizar a preparação de medicamentos manipulados é importante referir que estes são comparticipados em 30% do seu preço.

### 5.1.5 Dispensa de um MSRM em urgência

Durante o meu estágio na Farmácia Reis, debati-me com alguns casos de utentes com necessidade de dispensa de MSRM sem receita médica, nestes casos, é sempre realizada uma avaliação individual de cada utente, e do seu perfil farmacoterapêutico. Na Farmácia Reis não são dispensados sem receita médica antibióticos, antidepressivos ou ansiolíticos salvo raras exceções. Para que o utente não interrompa a terapêutica, e não perca a comparticipação é selecionada a opção “Venda Suspensa” e processada a venda, sendo que o utente paga a totalidade da medicação sendo lhe depois devolvido o valor da comparticipação aquando da apresentação da receita médica. São impressas duas vias do talão da venda suspensa, um talão é entregue ao utente, onde é assinalado ‘trazer receita’ para que o utente não se esqueça de a trazer e o outro é arquivado na farmácia. Como já foi referido, esta situação pode ainda aplicar-se a casos em que o doente apresenta receita, mas apenas necessita de aviar parte dela.

### 5.2 Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica Especial

De acordo com o Decreto-Lei nº20/2013, de 14 de fevereiro, Artigo 117.º <sup>[6]</sup>:

Estão sujeitos a receita médica especial os medicamentos que preencham uma das seguintes condições:

- a) Contenham, em dose sujeita a receita médica, uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico, nos termos da legislação aplicável;
- b) Possam, em caso de utilização anormal, dar origem a riscos importantes de abuso medicamentoso, criar toxicod dependência ou ser utilizados para fins ilegais;
- c) Contenham uma substância que, pela sua novidade ou propriedades, se considere, por precaução, dever ser incluída nas situações previstas na alínea anterior.

A prescrição de medicamentos contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica, compreendidas nas tabelas I a II anexas ao Decreto -Lei ° 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, não pode constar de receita onde sejam prescritos outros medicamentos <sup>[23,24]</sup>. A verificação e validação da receita é semelhante às outras prescrições, no entanto, existem uma série de procedimentos a realizar. No caso destes medicamentos, a atenção deverá ser redobrada, antes de terminar o atendimento devido ao tipo de medicação em causa, o sistema informático lança uma série de parâmetros que deverão ser preenchidos. Nomeadamente, o nome do médico prescriptor, a identificação do doente (nome, morada, número e data do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão), a identificação do adquirente (nome, morada, número do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão, data de nascimento e idade) e a identificação do medicamento.

### **5.3 Dispensa de um Medicamento ao Abrigo de um protocolo**

A dispensa de medicação ao abrigo do protocolo da diabetes requer aconselhamento de medidas farmacológicas e não farmacológicas por parte do Farmacêutico, pois estes doentes ao adquirirem um estilo de vida saudável poderão ter melhorias significativas na sua qualidade de vida. Caso um utente apresente uma prescrição médica, apenas com produtos abrangidos pelo “protocolo da diabetes” esta deverá ser faturada no organismo específico. Os produtos em questão são: tiras, lancetas e agulhas para as canetas de insulina e o organismo é o DS. Este tem como objetivo fornecer gratuitamente as agulhas para as canetas de insulina e as lancetas. As tiras para a determinação da glicémia têm uma comparticipação de 85% do PVP <sup>[25]</sup>.

### **5.4 Dispensa de Medicamentos Genéricos**

Aquando da dispensa, o farmacêutico deve informar o utente, da existência de medicamentos genéricos similares ao prescrito, comparticipados pelo SNS, e qual o mais barato. O utente deve ser informado do seu direito de opção na escolha do medicamento, sempre que tal seja permitido.

As farmácias têm que ter em stock, no mínimo, três medicamentos de cada grupo homogêneo de entre os cinco medicamentos com preço mais baixo <sup>[9]</sup>. É importante referir que desde o dia 1 de abril de 2013, se o médico prescrever um medicamento genérico de um determinado laboratório e colocar a “Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias, deverá ser obrigatoriamente dispensado este medicamento, ou outro com preço inferior ao prescrito.” Nestes casos, o utente não é livre de optar, por exemplo, por um medicamento de referência, caso a receita médica seja prescrita pela indicação da DCI,

seguida da dosagem, forma Farmacêutica, apresentação e tamanho de embalagem e posologia. Esta informação é codificada através do Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM). Quando existe grupo homogéneo o farmacêutico tem que dispensar o medicamento que cumpra a prescrição médica e, caso aplicável, o mais barato dos 3 medicamentos identificados. Nestes casos, o utente pode optar por qualquer medicamento com o mesmo CNPEM o que corresponde à mesma DCI, forma farmacêutica, dosagem e tamanho de embalagem, assumindo a diferença de preço e assinando a receita, como tendo exercido esse direito <sup>[9]</sup>.

Nos casos em que é prescrito um medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, na receita tem que constar a menção “Exceção a) do n.º 3 do art. 6.º”, sendo que o farmacêutico apenas pode dispensar o medicamento que consta da receita. Tal como uma receita com a menção “Exceção b) do n.º 3 do art. 6.º - Reação adversa prévia”, apenas pode ser dispensado o medicamento que consta na receita. Em nenhuma das duas situações anteriores o utente poderá exercer o seu direito de opção. Até á data de término do meu estágio, nestes casos, cada receita podia conter apenas um medicamento prescrito por nome comercial do medicamento ou do titular de Autorização de Introdução no Mercado (AIM), neste caso, o farmacêutico apenas podia dispensar o medicamento que constava da receita. Se constarem outros medicamentos na receita, a dispensa era efetuada como se se tratasse de uma prescrição por DCI <sup>[9]</sup>. Se a receita não referir a dimensão da embalagem ou a dosagem, o farmacêutico deverá fornecer em ambos os casos a de menor dimensão e a dose mais baixa, respetivamente <sup>[9]</sup>.

## 5.5 Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Segundo o Decreto-Lei n.º 20/2013 de 14 de fevereiro, artigo 115.º <sup>[6]</sup>:

Os medicamentos não sujeitos a receita médica não são participáveis, salvo nos casos previstos na legislação que define o regime de participação do Estado no preço dos medicamentos. Apesar de não serem participados, têm igualmente associados a si efeitos secundários, e reações adversas associadas sendo que cabe ao farmacêutico estar atento aos sinais e sintomas do doente e perceber se a medicação é adequada.

## 5.6 Dispensa de medicamentos manipulados

Segundo o Decreto-Lei nº 95/2004, de 22 de abril <sup>[26]</sup>:

- **Preparados Oficiais:** “qualquer medicamento preparado segundo indicações compendiam, de uma Farmacopeia ou formulário, em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço

- **Fórmula Magistral:** “medicamento preparado em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares segundo receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina”.

Os medicamentos manipulados compartilhados constam no Anexo do Despacho n.º 18694/2010, 18 de novembro, tendo que ser prescritos isoladamente na receita médica onde constam. Na Farmácia Reis não são preparados nem dispensados medicamentos manipulados.

## 6. Automedicação

Ao longo dos tempos a farmácia tem vindo a assumir um papel bastante importante na saúde da população a quem ela recorre, na medida que nem sempre os utentes possuem de meios para chegar até ao centro de saúde ou hospital para esclarecer dúvidas ou até mesmo para relatar sintomas ligeiros passíveis de serem aliviados por medidas farmacológicas ou não, veiculadas pelo farmacêutico. Ao longo do meu estágio foi-me possível contactar com algumas situações de automedicação tornando-se como tal, de extrema importância referi-lo.

No *Despacho n.º 17690/2007, de 10 de Agosto*, é definida a lista de situações passíveis de automedicação. Segundo o qual, a automedicação consiste na utilização de MNSRM de forma responsável, ou seja, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde. No entanto, não são desprovidos de contra-indicações nem de efeitos adversos, logo, o farmacêutico tem um papel crucial na educação, esclarecimento e prevenção.

Antes de proceder ao aconselhamento farmacoterapêutico, é necessário avaliar a situação patológica individual, com vista à interpretação correta da sintomatologia. Inicialmente deve-se começar pela identificação do utente e posteriormente, prestar atenção a fatores cruciais, como: o género, a idade e o estado fisiológico. Devem ser formuladas algumas questões de modo a recolher o máximo de informação possível sobre a situação. Finalmente, de acordo com a informação obtida, o farmacêutico deve decidir se parte para a dispensa do fármaco adequado ou se procede ao reencaminhamento médico. Deverá igualmente ter em atenção que a automedicação é desaconselhada e/ou requer cuidados especiais em mulheres em amamentação, grávidas, bebés, crianças e idosos <sup>[27]</sup>. (Anexo VII)

## 7. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

A farmácia de oficina é o local, onde por excelência, devem ser adquiridos todos os produtos de saúde, pois possui profissionais competentes para o seu aconselhamento. O Farmacêutico, possui conhecimentos e formação no aconselhamento destes produtos, permitindo assim que os utentes que os solicitam, possam usufruir de máxima eficácia dos mesmos.

### 7.1 Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal

Cada vez mais, a farmácia é o local de eleição, no que diz respeito a produtos de cosmética não só no âmbito da estética mas também na área da dermatologia, pois estes são produtos dermatologicamente testados proporcionando aos seus utilizadores segurança e bem-estar. Sendo mesmo prescritos por médicos da especialidade, como pude constatar durante o meu estágio. Os produtos mais procurados são para a acne, envelhecimento cutâneo, pele seca e pele atópica. Existe um diversificado leque de produtos nesta área, sendo que na Farmácia Reis, existe alguma diversidade dos mesmos. Nomeadamente, as seguintes linhas: La Roche Posay®, Avène®, Galénic®, RoC®, Vichy®, Uriage®, Eucerin®, Decubal®, A´Derma®, Mustela®, Aveeno®, Klorane®, Lutsine®, Ducray®, Isdin®, B-lift®, Elancyl®, Barral® entre outras. Durante o estágio, adquiri diversos conhecimentos nesta área, tanto através de formações como pela troca de conhecimento com as Farmacêuticas da Farmácia Reis. Pelo que, aconselhei alguns produtos nomeadamente para acne, pele atópica, pele muito seca, peles jovens normais a mistas e para peles envelhecidas. Também foram muitas vezes solicitados produtos para a celulite, estrias e flacidez principalmente com o início da Primavera.

A higiene é sem dúvida um cuidado pessoal e diário, pelo que deve ser tido em conta o tipo de produtos usados, pois para muitas situações é necessário que estes sejam seguros.

Durante o meu estágio, foram muitas vezes solicitados produtos para higiene oral, sendo aconselhado o uso de pasta dentífrica ou gel dentífrico e colutório para um tratamento completo. O Farmacêutico tem um papel crucial no aconselhamento para uma boa higiene oral, sendo que para gengivas sensíveis devem ser usados produtos com clorohexidina, para branqueamento produtos com bicarbonato de sódio e para dentes sensíveis produtos com fluorinol. Sendo que as marcas mais solicitadas são a Elgydium®, Sensodyne®, Bexident® e Oral-B®. Os colutórios, são muitas vezes solicitados para uso regular e muitas vezes prescritos por dentistas. Os utentes têm preferência por determinadas marcas destes, nomeadamente Tantum Protect® e Eludril®.

Outros problemas comuns neste âmbito são os capilares nomeadamente queda, caspa, e seborreia, sendo que os produtos mais usados são os da Klorane® e Ducray.®

## 7.2 Produtos Dietéticos para Alimentação Especial

Os produtos dietéticos para alimentação especial são adequados a cada faixa etária, sendo usados para os mais variados regimes alimentares, podendo estes ser hipo ou hipercalóricos, proteicos e glucídicos. Estão incluídos nesta categoria alimentos com baixo ou elevado valor energético para controlo de peso, alimentos destinados a doentes diabéticos ou doentes celíacos, pessoas em condições fisiológicas especiais, alimentos dietéticos com fins medicinais específicos, alimentos para lactentes (até aos 12 meses de idade) ou crianças (com idades entre os 12 e 36 meses) e suplementos para desportistas. Durante o meu estágio na Farmácia Reis, pude constatar que de entre estes, os produtos mais solicitados foram:

- Em casos de pessoas em condições fisiológicas especiais foram o Fortimel® (suplemento hiperproteico sem lactose), o Fresubin® (suplemento de calorias, proteínas e micronutrientes), Ceregumil® (destinado a aumentar o apetite) Redrate® (usado na reidratação, em casos de diarreia e vômitos);

- em casos de necessidade de perda de peso os produtos mais solicitados foram os produtos da marca Siken® (refeições hipocalóricas e suplementos alimentares), suplementos da marca Bio Activo® e Innéov®;

- em casos de necessidade de suplementos vitamínicos os mais solicitados foram os das marcas Centrum® e Cerebrum®.

No aconselhamento destes produtos o Farmacêutico deve sempre ter em conta patologias subjacentes, características individuais e o estilo de vida de cada utente.

## 7.3 Produtos Dietéticos Infantis

De entre estes produtos, os mais procurados durante o meu estágio na Farmácia Reis foram os leites da Nestlé® (NAN e Nidina). Em relação às papas e aos boiões os mais vendidos são os da marca Nutribén®.

## 7.4 Homeopatia e Fitoterapia

Quanto aos produtos Fitoterapêuticos, segundo o Decreto-lei acima citado são *“qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas”* <sup>[31]</sup>. Estes produtos são usados em isolado ou muitas vezes como complemento de uma terapia, pelas suas propriedades curativas e preventivas, tendo por base a medicina tradicional.

Assumem um papel bastante importante na sociedade pois muitas vezes são associados a menos efeitos secundários. No decorrer do estágio, foram-me solicitados vários produtos de fitoterapia, tais como chá de barbas de milho e pés de cereja usado nas infeções urinárias e de valeriana para pessoas com distúrbios do sono. De entre os suplementos nutricionais os mais solicitados são os da marca Arkocápsulas®.

## 7.5 Medicamentos de Uso Veterinário

Sendo que existe um modelo normalizado de receita médico-veterinária, que deve ser utilizado pelos médicos veterinários para a prescrição de medicamentos veterinários sujeitos a prescrição, preparações medicamentosas, magistrais ou oficinais. Este modelo de receita é em triplicado, um exemplar fica com o veterinário, outro com o utente e o original na farmácia. Caso as receitas não obedçam ao modelo normalizado de receita médico-veterinária, desde que validadas, para salvaguarda a farmácia deve fotocopiar e arquivar as mesmas, juntamente com o talão da venda correspondente. Durante o estágio pude verificar que é deste modo que se procede na Farmácia Reis.

Nesta farmácia devido à sua localização numa zona habitacional os produtos mais solicitados são para animais domésticos tais como pilulas contraceptivas, antiparasitários e produtos de higiene animal.

## 7.6 Dispositivos Médicos

A sua classificação tem por base o seu grau de risco <sup>[28]</sup>:

- **Classe I, de baixo risco:** sacos coletores de urina, meias de compressão, pulsos e joelheiras elásticas, fraldas, termómetros, medidores de tensão arterial, entre outros.
- **Classe IIa, de médio/baixo risco:** compressas de gaze, adesivos, lancetas e luvas cirúrgicas;
- **Classe IIb, de médio/alto risco:** canetas de insulina e preservativos masculinos;
- **Classe III, de alto risco:** pensos com medicamentos impregnados e dispositivos intrauterinos que não libertem progestagénios.

Durante o estágio os produtos mais solicitados foram os da classe I, IIa e IIb.

## 7.7 Produtos de Puericultura

Durante o estágio na Farmácia Reis, foram muitas vezes que me foi solicitado o aconselhamento de produtos nesta área, devido ao fato de se tratar de bebés e crianças,

deverá ser tida em conta a idade, o tipo de pele em caso de aconselhamento de produtos para higiene do bebé, entre outras particularidades dependendo da situação.

As marcas presentes na Farmácia Reis são a Chicco®, Nuk®, Mustela®, Klorane Kids®, A'Derma® e Avène®, Medela®, incluindo estas produtos como biberões, chupetas, tetinas, discos de amamentação, produtos para higiene do bebé, entre outros.

## 8. Cuidados de Saúde prestados na Farmácia

O Farmacêutico, tem como principal preocupação satisfazer as necessidades do utente proporcionando-lhe o bem-estar pretendido, sendo cada vez mais o primeiro profissional a quem são solicitados os mais diversos cuidados de saúde, mediante determinadas situações que surgem no dia-a-dia das populações.

Sendo necessária, uma interação farmacêutica/doente, não só na dispensa de medicamentos como no esclarecimento de dúvidas quanto à medicação como também na prestação dos mais diversos cuidados de saúde como monitorização e determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos.

Como tal, na Farmácia Reis foi criado um gabinete de atendimento ao utente onde podem ser medidos parâmetros bioquímicos como (colesterol, triglicéridos, pressão arterial, diabetes mellitus). É um espaço que permite ao Farmacêutico, medir os parâmetros bioquímicos com maior privacidade e segurança, mas também lhe permite perceber quais as necessidades do utente e interagindo com este perceber o porquê de determinados valores.

Além da prestação de cuidados de saúde centrada no utente são também desenvolvidas ações em prol da população em geral, tais como a recolha de medicamentos cujo prazo de validade expirou ou os utentes não usem e pretendam reciclar, pela VALORMED (sociedade responsável pela gestão dos resíduos e embalagens e medicamentos fora de uso). São também criadas parcerias com instituições de solidariedade social, ou associações que desenvolvem atividades associados à promoção de saúde e prevenção de doenças.

### 8.1 Farmacovigilância

Todos os profissionais de saúde, incluindo os farmacêuticos de oficina, integram a estrutura do Sistema Nacional de Farmacovigilância, tendo a obrigação de recolher, registar e informar acerca de qualquer reação adversa ao medicamento, interação ou efeito indesejável, mencionado ou não no folheto informativo. Sempre que o farmacêutico detete a ocorrência de uma destas situações deve preencher devidamente uma “Notificação de Reações Adversas” e enviá-la ao Departamento de Farmacovigilância do INFARMED <sup>[7]</sup>.

O Farmacêutico ao identificar e notificar as diversas reações adversas, está a contribuir para a promoção de saúde dos diversos utentes que usam ou poderão usar determinada medicação, sendo de extrema importância a interação entre o profissional de saúde e o doente para que seja recolhida a máxima informação sobre este para posterior relação com a reação adversa em causa. Durante o estágio não presenciei a notificação de reações adversas.

## **8.2 Recolha de medicamentos fora de uso**

A recolha de medicamentos fora de uso é realizada pela Valormed®. Sendo esta, a Sociedade responsável pela gestão dos resíduos de embalagens e medicamentos fora de uso, após consumo. Permite que haja um processo de recolha seguro, evitando-se, por razões de saúde pública, que os resíduos de medicamentos não estejam "acessíveis" como qualquer outro resíduo urbano. Os cuidados especiais exigidos na manipulação dos medicamentos aconselham a que os respetivos resíduos tenham um sistema seguro de recolha, em contentores devidamente identificados e invioláveis. Quando o contentor se encontra cheio é devidamente selado e pesado, e a ficha do contentor é preenchida em triplicado, onde constam o número de registo, identificação da farmácia, peso do contentor, rubrica do operador e da pessoa responsável pelo seu transporte. Um desses triplicados é arquivado na farmácia e os outros seguem com o contentor.

Podemos concluir que, com esta prática previne-se que sejam depositadas embalagens de medicamentos, muitas das vezes com estes no seu interior, no lixo doméstico, contribuindo assim para a saúde pública e ambiental com um simples gesto. Ao longo do estágio, pude constatar que esta é cada vez mais uma preocupação dos utentes, visto que muitos deles se deslocavam à Farmácia apenas para depositar a medicação no contentor.

## **8.3 Rastreios**

Ao longo do meu estágio na farmácia Reis foram efetuados diversos rastreios nomeadamente de saúde oral, de pele e de podologia, sendo que pelo que experienciei, nesta farmácia são realizados rastreios regularmente com o intuito de promover a saúde e bem-estar dos utentes.

## **8.4 Aconselhamento Nutricional**

A obesidade, é um problema de saúde pública que tem vindo a aumentar ao longo dos anos, como tem sido notificado em diversas publicações. Além destes doentes terem uma qualidade de vida condicionada podem muitas vezes apresentar parâmetros farmacocinéticos modificados relativamente a outros doentes a tomar a mesma medicação. Como tal, com o intuito de promover o bem-estar destes doentes são efetuadas aconselhamentos

personalizados de nutrição, na Farmácia Reis de 15 em 15 dias, nas quais é realizado um plano alimentar individualizado e por vezes auxiliado de produtos de dietética. O fato destes aconselhamentos personalizados serem realizados na Farmácia, auxilia o Farmacêutico na sensibilização destes doentes para os diversos riscos e complicações que advém do excesso de peso, promovendo a sua consciencialização.

Além dos doentes obesos, por vezes procuram estas consultas pessoas interessadas em perder peso por questões pessoais, sendo-lhes feito um plano à sua medida, sendo sempre realçada a importância de aliar exercício físico a uma alimentação saudável.

## **8.5 Determinação de Parâmetros Fisiológicos e Bioquímicos**

A determinação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos em Farmácia Comunitária, é de extrema importância. Não só pelo simples facto de os doentes poderem efetuar estas determinações quando se dirigem à Farmácia, mas também por permitir ao Farmacêutico verificar através destes, se os utentes medicados se encontram estabilizados e se os utentes que realizam estas determinações por prevenção necessitam de procurar o seu Médico. Ao efetuar as diferentes determinações o Farmacêutico consegue manter um diálogo com o utente, verificando quais são as suas necessidades e esclarecer por vezes dúvidas quanto à sua medicação, é sem dúvida um gesto que pode levar à fidelização dos utentes permitindo que este tenha um seguimento individualizado. Ao longo do meu estágio verifiquei que por vezes os utentes recorriam à Farmácia apenas para efetuar determinações, sendo uma mais-valia para os utentes e para a Farmácia, pois permite ao Farmacêutico fazer um registo individual dos seus utentes e verificar se estes necessitam de algum aconselhamento suplementar ou até mesmo alertar o doente para a necessidade de um ajuste da medicação, junto do seu Médico. Na Farmácia Reis faz-se a determinação dos seguintes parâmetros bioquímicos: Pressão Arterial, Glicémia Capilar, Colesterol Total e Triglicéridos. Durante o meu estágio pude realizar todas estas determinações, a partir da primeira semana de estágio.

### **8.5.1 Medição da Pressão Arterial**

A medição da pressão arterial, é uma das determinações mais solicitadas pelos utentes, não só pelos doentes medicados com anti hipertensores, mas também por utentes que associam o seu mau estar momentâneo a uma pressão arterial baixa ou por vezes alta devido a *stress*. As medições na Farmácia Reis são realizadas com um tensiómetro digital de braço, sendo que também existe um esfigmomanómetro para medir em casos de inviabilidade do automático. Antes de efetuar a medição deve-se questionar o utente sobre a sua alimentação, hábitos de vida e se consumiu estimulantes (caféina), fumou ou praticou exercício, na última meia hora. Deve se aguardar que o utente descanse durante 5 minutos, para que a medição seja mais

exata, o utente deverá estar sentado e com o braço apoiado na mesa ao nível do coração, deve se solicitar que não fale durante a medição. Deverá ser efetuado um registo dos valores, data e hora, num cartão apropriado que é fornecido ao doente, com o qual o utente se deve fazer acompanhar na próxima medição. Por fim, deveremos adequar o aconselhamento de medidas farmacológicas e não farmacológicas a cada doente, e encaminhar para o Médico que acompanha o doente se este necessitar de medicação ou se necessitar de um ajuste da mesma.

**Tabela 11- Classificação dos Grupos Tensionais [29]:**

Categoria	Tensão Arterial Sistólica TAS mmHg		Tensão Arterial Diastólica TAD mmHg
Normal	120-129	e	80-84
Normal alto	130-139	ou	85-89
Hipertensão Estádio 1	140-159	ou	90-99
Hipertensão Estádio 2	≥160	ou	≥100

A deteção precoce da Hipertensão arterial, particularmente nos indivíduos com risco Cardiovascular acrescido, a correta orientação terapêutica (farmacológica e não farmacológica) e a prossecução dos objetivos de controlo tensional ao longo dos anos, são prioridades de intervenção dos serviços prestadores de cuidados de saúde, sendo desejável que, sempre que possível, sejam efetuadas campanhas de rastreio, devidamente enquadradas no planeamento e realidades regionais e locais, bem como campanhas de sensibilização da população.

### 8.5.2 Medição da Glicémia Capilar

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica caracterizada pelo aparecimento de níveis elevados de glicemia persistentes como resultado da carência ou da insuficiente ação da insulina. Há dois tipos de diabetes, a diabetes tipo 1, em que não há produção de insulina pelas células  $\beta$  dos ilheus de *Langerhans* pancreáticos e a diabetes tipo 2, que é caracterizada por vários graus de insulino-resistência e deficiente insulino secreção [30].

A medição da glicémia capilar, é importante não só nos doentes com diabetes mellitus mas também na população que não possui a doença, pois muitas vezes esta encontra-se alterada devido a fármacos sendo superior com antidepressivos tricíclicos, corticosteroides e diuréticos, enquanto os anabolizantes e os inibidores da monoamina oxidase diminuem estes valores. A medição regular, permite detetar alterações nestes valores precocemente, precavendo e prevenindo situações graves. As empresas produtoras de glucómetros, fornecem estes aparelhos às farmácias para que estas os possam dispensar gratuitamente a doentes com

diabetes. Devendo ser adaptado o tipo de aparelho a cada doente. No entanto, por vezes, os doentes têm dificuldades em manusear o aparelho, tendo o farmacêutico um papel importante no esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informação adequada e personalizada a cada utente.

Antes de efetuar uma medição, deverá ser questionado o tempo que passou desde a última refeição, sendo que idealmente as determinações deverão ser em jejum. Para realizar a determinação o profissional de saúde deverá utilizar luvas, deverá exercer uma pequena pressão no dedo que irá ser picado para estimular a circulação, de seguida deverá desinfetar o mesmo e aguardar alguns segundos que o álcool evapore. Após inserirmos a tira-teste no aparelho e realizarmos a punção capilar na zona lateral da polpa do dedo, recolhemos uma gota de sangue na tira-teste. Aguardamos que o aparelho processe o resultado (cerca de 5 segundos) e registamos o valor no cartão de registo do utente. Depois de determinado o valor de glicémia capilar, é importante a sua avaliação tendo como base os valores de referência presente na tabela:

**Tabela 12 - Valores de referência da glicémia capilar <sup>[31]</sup>:**

Índice bioquímico	Valor de referência (mg/dl)
Glicémia pré prandial (jejum)	<110
Glicémia pós prandial (até 2 a 3 horas após a refeição)	<140

Se surgir um valor de glicémia superior ao normal deverá ser efetuada uma segunda medição, caso se confirme deverá fazer-se uma análise e caso necessário aconselhar o doente a procurar um médico especialista, tanto se for um doente medicado como um utente que até então não tenha indícios da doença. Caso surja um utente, sem diagnóstico de diabetes, em jejum com um valor superior a 110mg/dL, deveremos primeiro repetir a medição, e caso se confirme proceder ao aconselhamento de medidas não farmacológicas, dieta rica em fibras e baixa em hidratos de carbono e lípidos, assim como exercício moderado. Por fim, deveremos solicitar ao utente que após aplicar as medidas deverá efetuar uma terceira medição, sendo que, caso este valor continue elevado, o doente deverá procurar uma consulta da especialidade. Caso o valor exceda os 190 mg/dL aconselha-se o utente a recorrer a um médico. Em doentes com Diabetes já diagnosticada e com glicémias capilares elevadas deve haver uma sensibilização para a importância do cumprimento das medidas terapêuticas (medicação a horas, exercício, dieta), bem como informar sobre as possíveis complicações a médio/longo prazo e como se podem prevenir, tendo sempre em conta um perfil glicémico traçado pelo seu médico tanto em jejum como depois das refeições <sup>[30]</sup>.

### 8.5.3 Medição do Colesterol e Triglicéridos

A medição do colesterol e triglicéridos é uma determinação bastante solicitada pelos utentes, pelo que pode constatar durante o estágio, sendo que a maioria das pessoas que procura este serviço, tem histórico de colesterol elevado. O colesterol elevado é uma problemática para a saúde pública devido a uma má alimentação e é o fator chave para o desenvolvimento da doença aterosclerótica. Muitas das vezes acrescida de fatores como o a *stress*, tabagismo, pressão arterial elevada, sedentarismo e outros problemas de saúde, constituem fatores mais que suficientes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares que são a principal causa de morte e incapacidade permanente <sup>[30]</sup>.

A medição do colesterol e triglicéridos poderá ser efetuada a qualquer hora do dia, no entanto para uma determinação mais precisa esta deverá ser efetuada em jejum. Para efetuar estas duas determinações, utiliza-se o mesmo aparelho, sendo que é inserido um chip que diferencia cada determinação (verde para o colesterol e amarelo para os triglicéridos) as tira-teste são diferentes entre si.

**Tabela 13 - Valores de referência do Colesterol Total <sup>[32]</sup>:**

Colesterol Total	Valores de referência (mg/dL)
Normal	≤ 200
Normal-elevado	200-239
Muito Elevado	≥240

O Farmacêutico desempenha um papel muito importante aquando a realização destas determinações, devendo adequar o aconselhamento perante os valores obtidos, sendo que em casos de valores superiores a 240 mg/dL deverá aconselhar o utente além de medidas não farmacológicas, a procurar um médico da especialidade.

A determinação dos triglicéridos é também uma determinação bastante importante, visto que valores elevados constituem um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares associado a outros fatores já mencionados.

Ao contrário do que ocorre com o colesterol total, os valores dos triglicéridos são afetados pela hora do dia, sofrendo flutuações, sendo que idealmente esta determinação deverá realizar-se de manhã e em jejum para uma determinação mais precisa.

**Tabela 14- Valores de referência dos triglicéridos [32]:**

Triglicéridos	Valores de Referência (mg/dL)
Normal	>150
Normal-elevado	150-199
Elevado	200-499
Muito-elevado	≥500

O procedimento em casos de valores elevados é o mesmo que para o colesterol total.

#### **8.5.4 Antropometria**

A Farmácia Reis tem disponível uma balança eletrônica capaz de determinar parâmetros como: o peso, a altura, o Índice de Massa Corporal (IMC), o índice de gordura, a tensão arterial e o ritmo cardíaco. O utente é geralmente auxiliado e acompanhado pelo farmacêutico ou outro colaborador da farmácia na utilização do aparelho. No final das medições o dispositivo emite um talão com todas as medições efetuadas. Após a avaliação dos resultados, deveremos questionar o utente sobre os seus hábitos de vida, e se este possui alguma patologia. Mediante cada situação é realizado um aconselhamento personalizado a cada utente, caso seja necessário.

#### **8.5.5 Testes de Gravidez**

Esta determinação poderá ser solicitada pelo utente para ser realizada na farmácia ou adquirindo um teste para realizar em casa. Esta é uma análise imunológica baseada na pesquisa de anticorpos monoclonais dirigidos contra a hormona gonadotrofina coriônica humana (HCG), glicoproteína produzida pela placenta, que surge no soro e urina da grávida cerca de 7 dias após a fecundação. O limite de deteção para este teste é de 25mUI/ml de HCG, por isso o teste deve ser realizado com a primeira urina da manhã, a partir do 1º dia de falta da menstruação. A determinação do resultado do teste é simples e efetua-se pela observação visual: avalia-se o aparecimento ou não de uma banda na zona de controlo e na zona de teste.

Durante o meu estágio, pude observar a realização de dois testes, bem como dispensei alguns testes para realização em casa.

## 9. Contabilidade e Gestão

### 9.1 Gestão de Receituário

Durante o processamento da receita, o Sifarma 2000 atribui um número e um lote a cada receita. Na impressão no verso da receita constam os seguintes parâmetros: identificação da farmácia e do diretor técnico; data de aviamento e código de trabalho do colaborador responsável pelo aviamento; código do organismo que participa; número da receita, lote e série; os códigos de barras correspondentes aos medicamentos dispensados, acompanhados do nome da especialidade, forma farmacêutica, dosagem e dimensão da embalagem; o custo de cada medicamento e os encargos de utente e do organismo correspondentes ao mesmo; custo total da receita e os encargos totais do utente e do organismo que participa.

Durante o estágio, foi-nos inculido que cada operador é responsável pelas suas receitas sendo que devemos conferir atentamente, antes, durante e após o atendimento de cada utente os demais parâmetros de forma a corrigir qualquer erro associado.

As receitas têm de ser carimbadas e rubricadas pelo profissional que as dispensa e devem também ser assinadas pelo utente que comprova a dispensa dos medicamentos. Se o doente não souber assinar, o ponto 7 do artigo 14º da *Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio*, prevê que o farmacêutico pode assinar pelo utente <sup>[9]</sup>.

Na Farmácia Reis as receitas são conferidas duas vezes, por dois profissionais diferentes, todos os parâmetros são revistos para garantir que não houve erros de aviamento e uma vez detetados são providencialmente comunicados ao operador em questão, sendo este responsável por contactar o utente ou o médico prescriptor, dependendo da situação em questão. Os principais aspetos que devem ser tidos em conta durante a conferência das receitas são: a presença do número da receita e respetivo código de barras; local de prescrição e respetivo código de barras; identificação e assinatura do médico prescriptor; a validade da receita; a correspondência entre o que foi prescrito e o que foi cedido; a quantidade de embalagens por receita; a introdução do código do organismo correto; a data de aviamento; o carimbo da farmácia e rubrica do operador que aviou a receita.

Estando conferidas, as receitas são separadas de acordo com os organismos e agrupadas em lotes, estes são constituídos por trinta receitas, com exceção do último lote e de alguns subsistemas, que podem conter um número inferior. Os lotes são constituídos para cada organismo de forma individual e as receitas devem apresentar um número correspondente ao mesmo lote no verso da receita. De seguida, são emitidos os verbetes de identificação dos lotes, por via informática, consistindo num resumo das receitas desse mesmo lote, nestes constam as seguintes informações:

- Identificação da farmácia e respetivo código ANF;
- Carimbo da farmácia;
- Código e sigla da respetiva entidade/organismo de participação;
- Série e número sequencial do lote;
- Mês e ano correspondente; quantidade de receitas e etiquetas;
- Valor total do lote correspondente ao PVP;
- Valor pago pelos utentes;
- Valor a pagar pela entidade de participação.

No final de cada mês, é emitida, assinada e carimbada, após o fecho dos lotes e para cada organismo, uma relação resumo dos lotes, contendo informação semelhante à dos verbetes mas respeitante aos lotes organizados para cada organismo. Por fim, emite-se a fatura mensal de medicamentos, em quadruplicado para todos os organismos, em que consta:

- Identificação da farmácia e código da ANF;
- Número da fatura;
- Mês e ano;
- Organismo e número de lotes;
- Valor total de PVP;
- Participação dos utentes;
- Participação do organismo que participa;
- Número de contribuinte das entidades recetora e emissora;
- Carimbo;
- Assinatura do Diretor Técnico.

Destes quatro, dois exemplares vão com o receituário, um exemplar é enviado para a ANF e o outro fica arquivado na farmácia. O receituário referente ao SNS e ADSE é enviado para o

ACSS na Maia, e os restantes organismos para a ANF, que se encarrega de as reencaminhar para as respetivas entidades participantes.

Em relação às receitas especiais aviadas, a farmácia tem que se enviar ao INFARMED, geralmente em carta registada com aviso de receção, até ao dia 8 do mês a seguir à dispensa, a listagem de todas as receitas informatizadas especiais aviadas, na qual constem os dados do adquirente e do doente. No que se refere às receitas manuscritas, a farmácia tem que enviar ao INFARMED cópia destas receitas, até ao dia 8 do mês a seguir à dispensa. Em ambos os casos, fica uma cópia arquivada na farmácia.

Trimestralmente é realizado um balanço das entradas/saídas, o qual deve ser devidamente confirmado, carimbado e assinado pelo Diretor Técnico e posteriormente enviado ao INFARMED. Anualmente é enviado para o INFARMED, até ao dia 31 de Janeiro do ano seguinte, o mapa de balanço anual (entradas/saídas) destas substâncias juntamente com uma listagem das existências no início e no fim do ano.

## **9.2 Documentos Contabilísticos**

Existem documentos que fazem parte de uma gestão eficaz da farmácia, alguns dos quais pude contactar durante o estágio e que ao longo do tempo me fui familiarizando. Sendo estes o guia de remessa, a fatura (Anexo 1), o recibo, a nota de devolução, a nota de crédito (Anexo 2), o inventário e o balancete.

## **9.3 Incidência Fiscal**

O IVA é o imposto sobre o valor acrescentado. Este imposto depende do volume de compras e vendas de cada mês e não do inventário, podendo ser calculado mensalmente ou ao fim de cada trimestre ao longo do ano. Numa farmácia existem dois tipos de IVA: IVA a 6% (principalmente os medicamentos) e IVA a 23% (todos os outros produtos, nomeadamente os produtos de dermocosmética, puericultura e suplementos alimentares).

O IRS, constitui o Imposto de Rendimento de pessoas Singulares. Este é relativo ao ordenado dos funcionários e, no final de cada ano, cada singular (ou agregado familiar) declara as suas contribuições ao Estado com as despesas efetuadas nesse ano. Todos os produtos com IVA a 6% entram para as despesas de IRS, enquanto os produtos com IVA a 23% só entram quando acompanhados de receita médica.

O IRC, é o imposto de Rendimento de pessoas Coletivas, sendo calculado com base no rendimento gerado pela farmácia durante o ano.

## 10. Formação Contínua

Ao longo da sua carreira, o profissional de saúde, especialmente, deverá manter-se sempre atualizado tendo em conta que esta é uma área em constante aprendizagem. Esta atualização é veiculada especialmente através de formações nas mais diversas áreas.

Segundo o manual de boas práticas <sup>[1]</sup>:

- “O farmacêutico deve manter-se informado a nível científico, ético e legal e assumir um nível de competência adequado à prestação de uma prática eficiente.”

- “A formação continuada é uma obrigação profissional. A formação continuada deve incluir a frequência de cursos de formação científica e técnica, simpósios, congressos, encontros profissionais e científicos, sessões clínicas internas da farmácia, e ainda a leitura de publicações que contribuam para a sua atualização profissional e reforço das suas competências. “

- “As atividades profissionais com relevância curricular devem ser registadas de modo a que o *curriculum vitae* do farmacêutico esteja permanentemente atualizado. “

Durante o estágio pude estar presente em algumas formações, com as quais adquiri conhecimentos que fui aplicando. Essas formações abrangeram diversas áreas:

- “Avène - o cuidado essencial das peles sensíveis” (da Pierre Fabre);

-“Spidifen, Fluimucil, Fluirespira e Movendo” (da Zambon);

-“Síndrome varicosa/ Ib-u-ron” (da Bene farmacêutica);

-“Rinite alérgica e urticária” (da Sanofi Aventis);

-“Sikendiet” (da Diafarm);

## 11. Conclusão

O estágio curricular em Farmácia Comunitária permitiu-me um primeiro contato com a profissão farmacêutica, preparando nos para o mundo do trabalho. É sem dúvida uma experiência gratificante, que nos permite por em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do curso.

As diversas fases pelas quais passamos ao longo do estágio, tornam-se bastante enriquecedoras na medida que nós próprios conseguimos perceber a nossa evolução e a vontade para cada função que nos é estabelecida. Podemos também perceber que esta é uma profissão que exige bastante responsabilidade, pelo que devemos executar cada função com a maior concentração e eficiência possível.

Ao longo do estágio, pude rever, enriquecer e aplicar conhecimentos adaptados ao dia-a-dia numa farmácia. Além do que me permitiu interagir com diferentes utentes, sendo sem dúvida um desafio pessoal diário, pois cada utente tem as suas necessidades e particularidades. Sendo que torna-se reconfortante perceber que passados alguns dias os utentes habituais já nos conhecem e nos acolhem com a sua simpatia. Não poderia deixar de frisar a amabilidade com que os profissionais de saúde da Farmácia Reis me receberam, sendo que cada um me transmitiu os seus conhecimentos, tornando esta experiência sem dúvida enriquecedora.

Esta é uma profissão que atravessa uma fase menos favorável. No entanto, o fato de percebermos que os utentes recorrem ao farmacêutico porque acreditam nas suas capacidades e conhecimentos, torna todo este longo caminho muito mais aliciante.

## 12. Bibliografia

1. Santos, J. H., et al.. - Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. 3ª Ed. Conselho Nacional da Qualidade, Ordem dos Farmacêuticos, Junho de 2009.
2. Ordem dos Farmacêuticos - Código deontológico. 1998
3. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto
4. Decreto-Lei nº 171/2012, de 1 de agosto
5. Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto
6. Decreto-Lei nº 20/2013, de 14 de fevereiro
7. Site oficial do INFARMED: [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt)
8. Site oficial da ANF: [www.anf.pt](http://www.anf.pt)
9. Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio
10. Portaria n.º 198/2011, de 18 de Maio
11. Portaria n.º 1501/2002, de 12 de Dezembro
12. Lei n.º11/2012, de 8 de Março.
13. Despacho n.º 13381/2012, de 12 de Outubro
14. Portaria n.º 253-A/2008 de 23 de Junho.
15. Lei nº48-A/2010, de 13 de Maio
16. Decreto-lei nº 106-A/2010
17. Portaria nº 924-a/2010
18. Despacho n.º 4631/2013 de 3 de Abril
19. Despacho nº 13020/2011, de 9 de Junho
20. Lei nº 6/2010, de 20 de Setembro

21. Despacho nº 11387- A/2003, de 7 de Maio
22. Despacho nº 10280/08, de 8 de Abril
23. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro
24. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro
25. Portaria n.º 253-A/2008 de 23 de Junho
26. Decreto-Lei nº 95/2004, de 22 de abril
27. Despacho n.º 17690/2007, de 10 de Agosto
28. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho
29. Direção Geral de Saúde, Circular Normativa, Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial, Nº: 2/DGCG,31/03/04
30. Barbara G.; Joseph T.; Terry L.; Cecily V. Pharmacotherapy Handbook. 7º edição, 2009.19:p.2010-2011
31. Standards of medical care in diabetes--2010.Diabetes Care, 2010. 33 Suppl 1: p. S11-61.
32. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA, 2001. 285(19): p. 2486-97.

## Anexos:

### I- Inquérito aplicado aos doentes

#### 1. Identificação e Dados do Doente

Data:	
Medicamento E.M.:	

Nome:	
Data de Nascimento:	
Idade:	
Profissão:	

Com quem vive:	
Hábitos de Vida:	
Actividade Física:	

#### 2. Reconciliação Terapêutica:

Fármaco 1: (para cada fármaco serão feitas estas mesmas perguntas)

Quem o receitou?	
Para quê?	
Sente-se melhor com o medicamento?	
Desde quando?	
Quanto? (posologia)	
Como? (com refeição ou hora específica)	
Até quando?	
Alguma dificuldade na utilização?	
Algum efeito secundário?	


#### 3. Fármaco em Estudo:

Quem o receitou?	
Para quê?	
Sente-se melhor com o medicamento?	
Desde quando?	
Quanto? (posologia)	
Como? (com refeição ou hora específica)	
Horário?	
Alguma dificuldade na utilização?	
Algum efeito secundário?	
Faz a que dias?	
Ainda tem em casa?	
Quantas injeções/comprimidos?	

4. Teste de Morisky:

Por vezes esquece-se de tomar os medicamentos?	
É descuidado na hora de tomar os medicamentos?	
Quando se sente bem deixa de tomar os medicamentos?	
Algumas vezes se você se sente mal quanto toma o medicamento, deixa de o tomar?	

III - Fatura da Encomenda



1078

**ALLIANCE HEALTHCARE, S.A.**  
**Sede Social:**  
 Rua Eng.ª Ferreira Dias, 728, 3.ª Piso Sul  
 4149-014 PORTO PORTUGAL  
 Contr: 502693150 C.R.C. 51991 Porto  
 Capital Social EUR 2,500,000.00


**Armazem:**  
 Quelha do Barrocal 6000-128 CASTELO BRANCO  
 Telef: 272321316 Fax: 272345967

**FACTURA - DUPLICADO**

ARMAGEM CASTELO BRANCO Rota : 02  
 Numero : 92A037180 Pag. : 1 / 6  
 Data : 2012/05/28


**FARMACIA REIS**  
 REGINA J REIS CARDOSO-FARMACIA UNIP.LDA  
 R DR JOAO MOURATO GRAVE 156 R/C ESQ  
 CASTELO BRANCO  
 6000-241 CASTELO BRANCO, PORTUGAL  
 Cliente Platina  
 Cli FI: 6007 Cont. : 510104215  
 Cli OP: 867 Guia : 000047684  
 MILENIO1 00:00, 12:15 NO-Normal

Lin	Codigo	Designacao	Fed	Env	PVP	Preco	MG	Adesc	Tx.Cm	Pr.Liq.	Total	NI
Nf.Externo 3634												
A	1	5145164 DEFLAZACORTE MG 6MG 20CMP CIC	1	✓	3.93	2.66	PVA	M1	.01	2.97	2.97	6
Nf.Externo 3635												
B	208	4237285 ACABELRAPID CMP X30	2	✓	9.37	6.37	PVA	M2	.04	7.10	14.20	6
B	207	9727008 ACTILAM AMP BEB 10ML X20	1	✓	4.99	3.37	PVA	M1	.02	3.77	3.77	6
B	206	7359992 ACUTIL.CAP X30	1	✓		9.04	F	MN		9.04	9.04	23
B	205	8563379 ADALAT CR CMP 60MG X28	1	✓	14.90	10.10	PVA	M4	.06	11.39	11.39	6
B	204	5663380 ADALGUR N CMP X30	1	✓	5.85	3.95	PVA	M1	.02	4.41	4.41	6
D	203	7435040 ADVANTIX 400 CAES +25KG FIPETA	1	✓		13.40	F	MN		13.40	13.40	6
B	202	3506888 AERIUS CMP REV 5MG X20	7	✓	7.19	4.86	PVA	M1	.03	5.43	38.01	6
B	201	5034426 AERIUS SO 0.5MG/ML 150ML	1	✓	10.76	7.34	PVA	M3	.04	8.16	8.16	6
B	200	5324637 ALIPZA CMP REV 4MG X28	1	✓	35.80	25.51	PVA	M5	.13	27.99	27.99	6
B	196	2584282 ALPRAZOLAM MG 0.5MG 60CMP MYL	1	✓	3.53	2.39	PVA	M1	.01	2.67	2.67	6
D	194	5087549 ALPRAZOLAM MG 1MG 60CMP LIB MO	1	✓	5.33	3.60	PVA	M1	.02	4.02	4.02	6
D	197	5422183 ALPRAZOLAM MG GEN 60CMP 0.5MG	1	✓	3.53	2.39	PVA	M1	.01	2.67	2.67	6
D	195	4184685 ALPRAZOLAM MG RAT 60CMP 1MG	1	✓	5.01	3.40	PVA	M1	.02	3.78	3.78	6
D	198	9682328 ALPRAZOLAM FAZOLAM MG 60CMP 0.	1	✓	3.53	2.39	PVA	M1	.01	2.67	2.67	6
B	193	5229158 AMISSULPRIDA MG 200MG 60CMP WY	1	✓	27.61	19.33	PVA	M4	.10	21.36	21.36	6
B	192	5120274 AMLODIFINA MG 10MG 56CMP TEV	1	✓	15.81	10.92	PVA	M4	.06	12.07	12.07	6
B	191	3045580 ASPIRINA GR CMP 100MG X30	1	✓	3.50	2.36	PVA	M1	.01	2.63	2.63	6
B	189	9934604 ATARAX XRP 200ML	1	✓	2.75	1.86	PVA	M1	.01	2.08	2.08	6
B	188	5809181 AULIN CMP 100MG X20	2	✓	4.70	3.17	PVA	M1	.02	3.55	7.10	6
B	187	5115456 AXURA CMP REV 20MG X28	1	✓	86.56	67.28	PVA	M6	.33	71.93	71.93	6
B	186	9524033 BAYCUTEN CRM 30G	1	✓	5.41	3.65	PVA	M1	.02	4.08	4.08	6
B	185	8626507 BEN-U-RON XRP 200MG/5ML 85ML	3	✓	2.96	2.00	PVA	M1	.01	2.23	6.69	6
B	184	3807482 BENDALINA COL 0.5% 7ML	1	✓	3.48	2.35	PVA	M1	.01	2.62	2.62	6
B	181	4273793 BETAMOX PLUS 400 SPO 100ML	1	✓	8.40	5.70	PVA	M2	.03	6.35	6.35	6
B	182	2869584 BETAMOX PLUS CMP REV 1G X16	1	✓	7.63	5.17	PVA	M2	.03	5.76	5.76	6
B	180	8354951 BETABENC CMP 16MG X60	1	✓	8.40	5.70	PVA	M2	.03	6.35	6.35	6
B	179	8184713 BETROVATE CRM 30G	1	✓	3.06	2.07	PVA	M1	.01	2.31	2.31	6
B	177	3198199 BLOPRESS CMP 16+12.5MG X56	1	✓	38.93	27.77	PVA	M5	.15	30.47	30.47	6
B	178	5193032 BLOPRESS CMP 32/25MG X56	1	✓	49.85	35.81	PVA	M5	.19	39.29	39.29	6
B	176	4537890 BRUMALEX 40 COMP 3 MG	1	✓	2.95	1.99	PVA	M1	.01	2.22	2.22	6
A	175	5550389 BRUFEN CMP 600MG X20	1	✓	4.62	3.12	PVA	M1	.02	3.49	3.49	6
A	112	2087492 CALCICIDA INDIANO PDA 5G	6	✓		2.26	F	MN		2.26	13.56	23
A	173	8536771 CAPOTEN CMP 25MG X60	1	✓	10.00	6.80	PVA	M2	.04	7.58	7.58	6
A	172	9452144 CASTILUM 30 COMP 20MG	1	✓	5.12	3.46	PVA	M1	.02	3.87	3.87	6
A	171	9222109 CELESTONE GTS OR 30ML	1	✓	2.03	1.37	PVA	M1	.01	1.53	1.53	6
A	170	6818831 CETRIDINE SO SFR 30ML	1	✓		2.65	F	MN		2.65	2.65	23
C	169	9766105 CLAVAMOX DT CMP 875MG X16	2	✓	8.09	5.48	PVA	M2	.03	6.10	12.20	6
C	168	9479501 CLONIX CAP 300MG X10	1	✓	5.12	3.46	PVA	M1	.02	3.87	3.87	6
B	167	5003009 CLONIX CAP 300MG X20	1	✓	8.28	5.62	PVA	M2	.03	6.26	6.26	6
C	161	2806289 COAPROVEL CMP 300/12.5MG X28	16	✓	21.95	15.32	PVA	M4	.08	16.93	270.88	6
B	160	5039706 COMPETACT CMP 15/850MG X56	2	✓	40.63	29.02	PVA	M5	.15	31.84	63.68	6
B	159	4261087 CONCERTA CMP RET 36MG X30	1	✓	54.02	38.93	PVA	M5	.20	42.71	42.71	6
A transportar												



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

IV- Nota de Crédito




DUPLICADO  
Nota de Crédito - Standard

N.º 12040793 NC 24-05-2012 1  
Documento Incluído em Resumo

N.º CLIENTE: 308343  
F. REIS  
Regina J. Reis Cardoso - F.ª, Unip., Lda  
NIF: 510104215  
R. Dr. Joao Mourato Grave, 156 R/C  
6000-241 Castelo Branco

---

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	OBS1	OBS2	QT PED	QT AVI	PVP	DESC1	DESC2	P. UNI	VALOR	IVA
5190517	ZALDIAR EFE 37.5+325 20CPEFERV		E1	2	2	4,93	27,90%		3,72	7,44-	6
V/ Doc: 20451863		Refª a GF: 20451863 FA									



---

Total N.º Linhas Aviadas: 1

Total Embalagens: 2-

**Legenda:**

E=Esgotado E0 Esgotamento  
F=Falta E1 PVP < 7,40  
N=Não Comercializado E2 PVP < 10,29  
R=Retirado E3 PVP < 14,58  
FR=Produto de Frio E4 PVP < 28,56  
NET=Venda NET E5 PVP < 69,12  
PE=Psico./Estupefaciente E6 PVP > 69,13  
PL=PVF Parceria Lab.  
DESC=Margem de lei sobre PVA

TAXA	INCIDÊNCIA	IVA
6%	7,44-	,45-
<b>Total Mercadorias</b>		
	7,44-	,45-
<b>Total Consumíveis</b>		

VALOR NET	
VALOR DL 112/2011	7,44-
VALOR ILÍQUIDO (A)	9,30-
VALOR DESCONTOS (B)	1,86-
VALOR LIQUIDO (C=A-B)	7,44-
VALOR IVA (D)	,45-
<b>TOTAL (C+D)</b>	<b>7,89-</b>

**CARGA:**

Rua Cidade de Hull, 2  
CACEM  
2735-211 Cacem



**HORA DE CARGA:** 06:00  
(Processado por computador)

**DESCARGA:**

N.º Local Envio: 308343  
F. REIS  
Regina J. Reis Cardoso - F.ª, Unip., Lda  
R. Dr. Joao Mourato Grave, 156 R/C  
6000-241 Castelo Branco  
**HORA DE DESCARGA:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_

UDIFAR II - Distribuição Farmacéutica, S.A. NIPC e Matrícula 308 540 941 CRC Lisboa Capital Social 2.500.000,00€ Av. Marechal Gomes da Costa, 29 1809-255 Lisboa PROCESSADO POR COMPUTADOR

## V- Circular Informativa



### Infarmed

### Circular Informativa

---

N.º 082/CD  
Data: 03/04/2012

**Assunto: Recolha do medicamento Fenil-V Retard 100 mg, cápsulas de libertação prolongada, lote 7829 - validade 06/2014, n.º de registo 9720003**

**Para: Divulgação Geral**

**Contacto no Infarmed: Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde (CIMI); Linha do Medicamento: 800 222 444; Tel. 21 798 7373 Fax: 21 798 7107; E-mail: cimi@infarmed.pt**

---

Na sequência do cancelamento do Certificado de Boas Práticas de Fabrico da Henan Dongtai Pharmaceutical Co Ltd, China, fabricante da substância ativa Diclofenac Sodium, pelo facto da Agência Dinamarquesa do Medicamento ter relatado a existência de não conformidades críticas, foi suspenso pelo European Directorate Quality Medicines (EDQM) o certificado de conformidade com a Farmacopeia Europeia (CEP) da substância ativa *Diclofenac Sodium*.

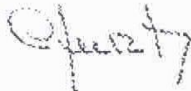
Este fabricante de substância ativa está autorizado para o medicamento Fenil-V Retard, 100 mg, cujo titular de AIM são os Laboratórios Vitória, S.A..

Considerando que esta substância ativa, Diclofenac Sodium, foi utilizada no fabrico do medicamento **Fenil-V Retard**, 100 mg, cápsulas de libertação prolongada, lote 7829, o Infarmed determina a suspensão imediata da comercialização deste lote de medicamento.

Face ao exposto:

- As entidades que possuam este lote de medicamento em *stock* não o poderão vender, dispensar ou administrar, devendo proceder à sua devolução.
- Por precaução, os utentes que tenham embalagens deste lote de medicamento não as devem utilizar.

O Conselho Diretivo

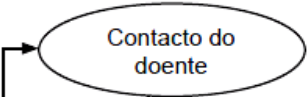
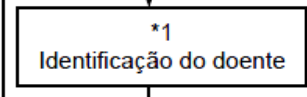
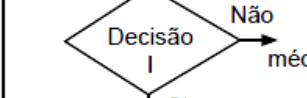
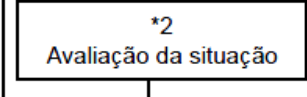
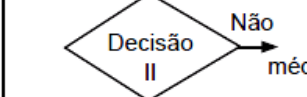
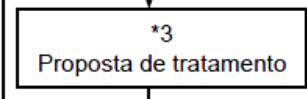
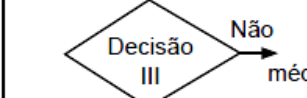


Cristina Furtado  
Vogal do  
Conselho Diretivo

---

Parque da Saúde de Lisboa, Av. do Brasil, 53; 1749-004 LISBOA. Tel.: 217987100; Fax 217987316; www.infarmed.pt

## VI - Interação Farmacêutico-Utente

FLUXO	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitação de medicamentos/conselhos</li> <li>Apresentação de queixas ou sintomas</li> <li>Complemento de terapêutica instituída</li> </ul>	Profissional de farmácia que atende o doente
	<p>*1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recolhe informação/dados pessoais:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Idade</li> <li>Sexo</li> <li>Estado fisiopatológico</li> <li>Outros</li> </ul> </li> </ul>	Director Técnico Farmacêutico
	<p>*2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recolha da informação sobre o problema/situação</li> <li>Avaliação da gravidade/critérios de exclusão:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificação de queixas, sinais e/ou sintomas</li> <li>Duração</li> <li>Localização</li> <li>Persistência/recorrência</li> <li>Outros sintomas ou situações em que sente melhoras</li> <li>Medicamentos associados</li> <li>Outras doenças de que sofre</li> <li>Hábitos de vida</li> <li>História familiar</li> <li>Alergias</li> </ul> </li> </ul>	Director Técnico Farmacêutico
	<p>*3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medidas não farmacológicas</li> <li>Terapêutica farmacológica</li> <li>Decisão de acordo com critérios de selecção terapêutica</li> </ul>	Director Técnico Farmacêutico
	<p>*4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar eficácia do tratamento</li> <li>Seguimento do estado do doente</li> </ul>	Director Técnico Farmacêutico
	<p>*5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Doente não curado e sem melhoras deve ser encaminhado para o médico</li> <li>Doente com melhoras mas não curado pode ser reavaliada a situação</li> </ul>	Director Técnico Farmacêutico
	<p>*6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Doente curado que deve, no entanto, continuar a ser seguido</li> </ul>	Director Técnico Farmacêutico

## VII- Regimes especiais de participação

## Dispensa em Farmácia Oficina

Patologia Especial	Âmbito	Comp.	Legislação
PARAMILOIDOSE	Todos os medicamentos	100%	Desp. 4 521/2001 (2ª série), de 31/1/2001
LÚPUS	Medic. comparticipados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
HEMOFILIA	Medic. comparticipados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
HEMOGLOBINOPATIAS	Medic. comparticipados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
DOENÇA DE ALZHEIMER	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho nº 13020/2011 (2ª série), de 20 de Setembro	37% (quando prescrito por neurologistas ou psiquiatras)	Despacho nº 13020/2011, de 20/09
PSICOSE MANIACO-DEPRESSIVA	Priadel (carbonato de lítio)	100%	Desp. 21 094/99, de 14/9
DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho nº 1234/2007 (2ª série), de 29 de Dezembro de 2006	90% (quando prescrito por médico especialista)	Despacho n.º 1234/2007, de 29/12/2006, alterado pelo Despacho n.º 19734/2008, de 15/07, Despacho n.º 15442/2009, de 01/07, Despacho n.º 19696/2009, de 20/08 e Despacho n.º 5822/2011, de 25/03
ARTRITE REUMATÓIDE E ESPONDILITE ANQUILOSANTE	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 14123/2009 (2ª série), de 12 de Junho	69%	Despacho n.º 14123/2009 (2ª série), de 12 de Junho (substituiu o anterior Despacho n.º 21249/2006 (2ª série), de 27 de Setembro)
DOR ONCOLÓGICA MODERADA A FORTE	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho nº 10279/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008	90%	Despacho nº 10279/2008, de 11/03, alterado pelo Despacho n.º 22186/2008, de 19/08, Despacho n.º 30995/2008, de 21/11, Despacho n.º 3285/2009, de 19/01, Despacho n.º 6229/2009 de 17/02, Despacho n.º 12221/2009 de 14/05, Declaração de Rectificação n.º 1856/2009, de 23/07, Despacho n.º 5725/2010 de 18/03, Despacho n.º 12457/2010 de 22/07 e Despacho n.º 5824/2011 de 25/03
DOR CRÓNICA NÃO ONCOLÓGICA MODERADA A FORTE	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho nº 10280/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008	90%	Despacho nº 10280/2008, de 11/03, alterado pelo Despacho n.º 22187/2008, de 19/08, Despacho n.º 30993/2008, de 21/11, Despacho n.º 3286/2009, de 19/01 e Despacho n.º 6230/2009, de 17/02, Despacho n.º 12220/2009, de 14/05, Despacho n.º 5726/2010 de 18/03, Despacho n.º 12458/2010 de 22/07 e Despacho n.º 5825/2011 de 25/03
PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10910/2009, de 22 de Abril	69%	Despacho n.º 10910/2009, de 22/04 alterado pela Declaração de Rectificação n.º 1227/2009, de 30/04, Despacho n.º 15443/2009, de 01/07, Despacho n.º 5643/2010, de 23/03 e Despacho n.º 8905/2010, de 18/05
PSORÍASE	Medic. psoríase lista de medicamentos	90%	Lei n.º 6/2010, de 07/05

## 6 - Lista de situações passíveis de automedicação

Sistema	Situações passíveis de automedicação (termos técnicos)
Digestivo .....	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Diarreia.</li> <li>b) Hemorróidas (diagnóstico confirmado).</li> <li>c) Pirose, enfiamento, flatulência.</li> <li>d) Obstipação.</li> <li>e) Vômitos, enjoo do movimento.</li> <li>f) Higiene oral e da orofaringe.</li> <li>g) Endoparasitoses intestinais.</li> <li>h) Estomatites (excluindo graves) e gengivites.</li> <li>i) Odontalgias.</li> <li>j) Profilaxia da cárie dentária.</li> <li>k) Candidíase oral recorrente com diagnóstico médico prévio.</li> <li>l) Modificação dos termos de higiene oral por desinfecção oral.</li> <li>m) Estomatite aftosa.</li> </ul>
Respiratório .....	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sintomatologia associada a estados gripais e constipações.</li> <li>b) Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite).</li> <li>c) Rinorreia e congestão nasal.</li> <li>d) Tosse e rouquidão.</li> <li>e) Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</li> <li>f) Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infecções respiratórias em presença de hipersecreção brônquica</li> <li>g) Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticóide em inalador nasal)</li> </ul>
Cutâneo .....	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Queimaduras de 1.º grau, incluindo solares.</li> <li>b) Verrugas.</li> <li>c) Acne ligeiro a moderado.</li> <li>d) Desinfecção e higiene da pele e mucosas.</li> <li>e) Micoses interdigitais.</li> <li>f) Ectoparasitoses.</li> <li>g) Picadas de insectos.</li> <li>h) Pitiríase capitis (caspa).</li> <li>i) Herpes labial.</li> <li>j) Feridas superficiais.</li> <li>l) Dermatite das fraldas.</li> <li>m) Seborreia.</li> <li>n) Alopecia.</li> <li>o) Calos e calosidades.</li> <li>p) Frieiras.</li> <li>q) Tratamento da pitiríase versicolor.</li> <li>r) Candidíase balânica.</li> <li>s) Anestesia tópica em mucosas e pele nomeadamente mucosa oral e rectal.</li> </ul>

Nervoso/psique.....	<p>t) Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio.</p> <p>a) Cefaleias ligeiras a moderadas.</p> <p>b) Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação desta substância em pessoas que desejem deixar de fumar.</p> <p>c) Enxaqueca com diagnóstico médico prévio.</p> <p>d) Ansiedade ligeira temporária.</p> <p>e) Dificuldade temporária em adormecer.</p>
Muscular/ósseo.....	<p>a) Dores musculares ligeiras a moderadas.</p> <p>b) Contusões.</p> <p>c) Dores pós-traumáticas.</p> <p>d) Dores reumatismais ligeiras a moderadas (osteoartrose/osteoartrite).</p> <p>e) Dores articulares ligeiras a moderadas.</p> <p>f) Tratamento tópico de sinovites, artrites (não infecciosa), bursites, tendinites.</p> <p>g) Inflamação moderada de origem músculo esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática.</p>
Geral .....	<p>a) Febre (menos de três dias).</p> <p>b) Estados de astenia de causa identificada.</p> <p>c) Prevenção de avitaminoses.</p>
Ocular .....	<p>a) Hipossecreção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a três dias.</p> <p>b) Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</p> <p>c) Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</p>
Ginecológico.....	<p>a) Dismenorreia primária.</p> <p>b) Contraceção de emergência.</p> <p>c) Métodos contraceptivos de barreira e químicos.</p> <p>d) Higiene vaginal.</p> <p>e) Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfecção vaginal.</p> <p>f) Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio. Situação clínica caracterizada por corrimento vaginal esbranquiçado, acompanhado de prurido vaginal e habitualmente com exarcebação pré-menstrual.</p> <p>g) Terapêutica tópica nas alterações tróficas do tracto génito-urinário inferior acompanhadas de queixas vaginais como disparêunia, secura e prurido.</p>
Vascular .....	<p>a) Síndrome varicosa—terapêutica tópica adjuvante.</p> <p>b) Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica (com descrição de sintomatologia).</p>