



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# **“Medicamentos antidepressivos- perfil de utilização, efeitos secundários e interações medicamentosas”**

**Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária, Hospitalar e Investigação**

**João Joaquim Alves Ribeiro Barreiros do Vale**

Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em  
**Ciências Farmacêuticas**  
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor Samuel Martins Silvestre

**Covilhã, junho de 2013**

*“Não sou nada. Nunca serei nada. Não posso querer ser nada. À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo...”*

*Fernando Pessoa, in Tabacaria*

*"Deus quer, o homem sonha, a obra nasce."*

*Fernando Pessoa, in Mensagem, "O Infante", Verso 1.*

**À minha família,**

**À Rita.**



# Agradecimentos

Um trabalho como este apenas se torna exequível se resultar do esforço, empenho, dedicação, competência e cooperação de vários intervenientes:

Ao Professor Doutor Samuel Silvestre, por se ter disponibilizado para a orientação deste projeto de investigação, pelo seu grande profissionalismo, dedicação, amizade e apoio em todos os momentos.

Ao Dr. José Grilo e à Dr<sup>a</sup> Maria João Grilo e a toda a restante equipa da Farmácia da Sé (Dr. Pedro Fernandes, Dr<sup>a</sup> Cláudia Gomes, Dr<sup>a</sup> Ana Campos, Dr<sup>a</sup> Rita Grilo, Dr<sup>a</sup> Joana Raposo, Angélica Silva, Luciana Santos e António Martins) por me possibilitarem um estágio com uma vasta aprendizagem através do seu profissionalismo, amizade e disponibilidade.

Ao Doutor Miguel Freitas, professor de estatística, pela amizade, conhecimentos transmitidos, pela enorme disponibilidade e ajuda facultada.

Aos farmacêuticos dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares do Hospital Sousa Martins da Guarda (Dr. Jorge Aperta, Dr<sup>a</sup> Cristina Dinis, Dr<sup>a</sup> Célia Bidarra, Dr<sup>a</sup> Isabel Silva, Dr<sup>a</sup> Anabela Canotilho, Dr<sup>a</sup> Conceição Quinaz e Dr<sup>a</sup> Beatriz Juanes) pelos ensinamentos, profissionalismo, amizade e apoio em todos os momentos.

Às farmácias que aceitaram participar na investigação, nomeadamente: Farmácia da Sé (Guarda), Farmácia Linaida (Lisboa), Farmácia Sitália (Coimbra), Farmácia Pereira, Farmácia Teixeira, Farmácia da Misericórdia, Farmácia Central, Farmácia Mendes, Farmácia Moderna

À Professora Doutora Maria Assunção Vaz Patto, pela simpatia e amizade, pelos conhecimentos transmitidos e pelo apoio desta investigação.

Aos meus pais José e Alice, peças fundamentais no meu crescimento e formação enquanto pessoa, aos meus avós Joaquim, Celeste, João e Maria José, por sempre iluminarem o meu caminho com alegria e amor, aos meus tios Júlio e Amélia pela força que sempre me deram na prossecução das tarefas e pelos conhecimentos transmitidos, e aos meus primos Miguel e Sofia pela amizade e amor que sempre me ofereceram.

À Rita pelo companheirismo, cumplicidade, amor e força transmitidos a cada dia.

A todos os meus grandes amigos, amigos e colegas, pelo apoio e amizade.

Aos Anjos da Guarda, por me guiarem lá em cima.

A todos, o meu sincero obrigado! Estão no meu coração!



# Resumo

Este documento encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro e no segundo, são abordadas as experiências profissionalizantes nas vertentes de Farmácia Comunitária e Hospitalar, respetivamente. Por fim, no terceiro capítulo, encontra-se desenvolvido o projeto de investigação, abordando um tema relacionado com as Ciências Farmacêuticas.

O estágio em Farmácia Comunitária (Capítulo I) decorreu, no período de 4 de fevereiro a 4 de maio de 2013, na Farmácia da Sé, na Guarda e constituiu uma ótima preparação para os desafios esperados num, cada vez mais competitivo, mercado de trabalho. Observou-se o importante papel do farmacêutico, enquanto profissional de saúde e promotor do uso racional do medicamento. Durante o período do estágio tomou-se contacto com as diferentes áreas da farmácia comunitária. Após a realização deste estágio pôde constatar-se que o farmacêutico tem de estar preparado para lidar com todo o tipo de situações no seu dia-a-dia na farmácia, devendo, por esta razão, proceder a uma constante atualização profissional nas diversas áreas científicas do seu currículo.

O estágio em Farmácia Hospitalar (Capítulo II) decorreu, entre os dias 6 de maio e 21 de junho, nos Serviços Farmacêuticos do Hospital Sousa Martins, na Guarda. Durante este período foi possível, não só, constatar a importância do farmacêutico hospitalar enquanto promotor do uso racional e seguro dos medicamentos e produtos farmacêuticos, como também contactar de perto com todos os profissionais de saúde dos diferentes serviços. Além disso, acompanhou-se a elaboração dos perfis farmacoterapêuticos de doentes de diferentes serviços clínicos (Pneumologia, Unidade de Cuidados Intensivos, Cirurgia Homens e Mulheres, Medicina A e B, Ortopedia Homens e Mulheres e Cardiologia). Por fim, contactou-se com todo o circuito de distribuição e legislação dos medicamentos hemoderivados, estupefacientes, psicotrópicos e de regime de ambulatório.

Em Portugal, à semelhança de muitos outros países da Europa e do Mundo, assiste-se a uma crescente utilização dos fármacos antidepressivos. A produção científica respeitante a esta temática é limitada e, por isso, com o objetivo de avaliar o perfil de utilização destes fármacos, bem como os seus efeitos secundários e possíveis interações medicamentosas, desenvolveu-se este projeto de investigação (Capítulo III).

Realizou-se um estudo observacional, do tipo descritivo e transversal, em 10 Farmácias Comunitárias da Região Centro e a amostra utilizada foi composta por 270 utentes utilizadores de fármacos antidepressivos. A informação foi obtida através da realização de inquéritos individuais. Recorreu-se a um tratamento estatístico descritivo e inferencial dos dados. Dos 270 utentes estudados, com idades compreendidas entre os 19 e os 84 anos, 191 eram mulheres (71%). A média de idades foi de 52 anos e os fármacos mais utilizados concomitantemente com os antidepressivos, foram as benzodiazepinas (90%). Os utentes que estavam a tomar um antidepressivo (regime de monoterapia) representaram 84% do total da amostra. De todas as classes farmacológicas, a mais utilizada (51,9%) foi a dos inibidores

seletivos da recaptção da serotonina (ISRS). Destes, a fluoxetina (25,7%), a sertralina (24,6%) e o escitalopram (23,9%) foram os mais prescritos. Em 42,2% dos inquiridos, o tratamento antidepressivo foi prescrito pelo Médico de Medicina Geral e Familiar e, em 38,5% dos casos, pelo Psiquiatra. Dos 270 utentes, 132 (48,9%) referiram sentir um ou mais efeitos adversos decorrentes do tratamento antidepressivo. Cerca de 25,6% dos utentes consumiram algum tipo de produto natural, juntamente com os antidepressivos, sendo que 82,6% desses utentes não o comunicaram ao médico.

Assim, deste projeto de investigação, conclui-se que as mulheres utilizam mais fármacos antidepressivos do que os homens, os ISRS são os fármacos mais prescritos e o regime de monoterapia é o mais utilizado. Além disso, os fármacos antidepressivos não são totalmente desprovidos de efeitos adversos e há que ter em conta possíveis interações destes com outros fármacos e produtos naturais. O acompanhamento dos utentes e a monitorização da sua terapêutica são pontos-chave para o sucesso terapêutico e para evitar a utilização excessiva destes medicamentos.

## Palavras-chave

Ciências Farmacêuticas; Farmácia Comunitária; Farmácia Hospitalar; Depressão; Fármacos Antidepressivos.

# Abstract

This document is divided into three chapters. The professional experiences in the areas of Community and Hospital Pharmacy are described in the first and the second, respectively. Finally, in the third chapter, the research project is developed, addressing a topic related to the Pharmaceutical Sciences.

The Community Pharmacy internship (Chapter I) held between February 4 to May 4, 2013 at “Farmácia da Sé”, in Guarda. The experience was a great preparation for the expected challenges in an increasingly competitive job market. The pharmacist plays an important role as a health professional and a promoter of the rational use of medicines. After doing this internship, it is clear that the pharmacist can only be prepared to face with all situations of his daily routine, if he carries out a constant professional updating.

The Hospital Pharmacy internship (Chapter II) took place between May 6 and June 21 at the Pharmaceutical Services of “Hospital Sousa Martins”, in Guarda. During this period it was, not only possible to observe the importance of the hospital pharmacist as a promoter of the rational and safe use of medicines and pharmaceuticals, but also to be in a close contact with all health professionals of different services. Additionally, the construction of pharmacotherapeutic profiles from different clinical services (Pneumology, Intensive Care Unit, Surgery Men and Women, A and B Medicines, Orthopedics and Cardiology Men and Women) was observed and made. Finally, the distribution and legislation systems of blood products, narcotics, psychotropic substances and outpatient setting were practiced and followed.

In Portugal, as in many other countries of Europe and the world, there has been a growing tendency in the use of antidepressants. The production of scientific literature concerning this issue is limited and, therefore, aimed to assess the usage profile of these drugs, as well as their adverse effects and possible drug interactions, a research project directed to the users of these medicines, was developed (Chapter III).

An observational, descriptive and transversal study was conducted in some Community Pharmacies from the central region of Portugal and a sample of 270 users of antidepressants was used. The information for each user was obtained by applying a questionnaire. It was performed a descriptive and inferential statistical data treatment.

Of the 270 studied users, aged between 19 and 84 years, 191 were women (71%). The average age of people taking antidepressants was 52 years and benzodiazepines were the medicines the most concomitantly used with antidepressants (90%). About 44% of respondents had used one antidepressant before in their lives. Users who were taking one antidepressant (monotherapy) accounted for 84% of the total sample. The most widely used pharmacological class of antidepressants (51.9%) were the selective inhibitors of serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). Of these, fluoxetine (25.7%), sertraline (24.6%), and escitalopram (23.9%) were the most frequently prescribed. For 42.2% of the patients, the antidepressant treatment was

prescribed by a general practitioner, whereas for 38.5% of the patients the treatment was prescribed by the Psychiatrist. Of the 270 studied users, 132 (48.9%) reported feeling one or more adverse effects related to the antidepressant treatment. About 25.6% of studied users consumed any type of natural product with antidepressants, and 82.6% of them do not communicate this fact to their doctor.

It was concluded, from this research project, that women use more antidepressants than men. The SSRIs are the most prescribed drugs and monotherapy is the most used therapy. In addition, antidepressants are not totally devoid of side effects and possible interactions of them with other drugs and natural products must be taken into account. The management of the patients and therapy monitoring are key points to reach the therapeutic success and to avoid the overuse of these drugs.

## Keywords

Pharmaceutical Sciences; Community Pharmacy; Hospital Pharmacy; Depression; Antidepressants.





# Índice

Lista de Figuras	xvii
Lista de Tabelas	xix
Lista de Acrónimos	xxi
Capítulo I- Farmácia Comunitária	1
1. Introdução	1
2. Organização da Farmácia	2
3. Informação e documentação científica	7
4. Medicamentos e outros produtos de saúde	7
5. Aprovisionamento e armazenamento	9
6. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento	11
7. Dispensa de Medicamentos	13
8. Automedicação	18
9. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	21
9.1. Produtos dermofarmácia, cosmética e higiene	21
9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial	24
9.3. Produtos dietéticos infantis	26
9.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	27
9.5. Medicamentos de Uso Veterinário	28
9.6. Dispositivos médicos	29
10. Outros cuidados de saúde prestados na Farmácia de estágio	30
11. Preparação de medicamentos	32
12. Contabilidade e Gestão	36
13. Conclusão	37
14. Referências Bibliográficas	38
Capítulo II- Farmácia Hospitalar	41
1. Introdução	41
2. Organização e Gestão dos Serviços Farmacêuticos	42
2.1. Aprovisionamento	42
2.2. Sistemas e Critérios de aquisição	43
2.3. Receção e conferência de produtos adquiridos	44
2.4. Armazenamento	44
3. Distribuição	45
3.1. Distribuição clássica	45
3.2. Reposição por <i>stocks</i> nivelados	46
3.3. Distribuição individual diária em dose unitária	46
3.4. Distribuição a doentes em regime de ambulatório	47

3.5. Distribuição de medicamentos sujeitos a controlo especial	48
4. Produção e Controlo	50
4.1. Reconstituição de fármacos citotóxicos	50
4.2. Preparações extemporâneas estéreis	51
4.3. Preparação de Formas farmacêuticas não estéreis	51
4.4. Reembalagem	52
5. Informação e atividades de Farmácia Clínica	53
6. Farmacovigilância	53
7. Participação do farmacêutico nos ensaios clínicos	54
8. Nutrição assistida	54
9. Farmacocinética Clínica: monitorização de fármacos na prática clínica	55
10. Acompanhamento da visita médica	56
11. Atividades farmacêuticas na enfermaria	56
12. Informação e documentação	57
13. Comissões Técnicas	57
14. Conclusão	58
15. Referências Bibliográficas	59
Capítulo 3- Perfil de utilização de antidepressivos, efeitos secundários e interações medicamentosas	63
1. Introdução	63
1.1. História	63
1.2. Epidemiologia da depressão e dos fármacos antidepressivos	64
1.3. Características clínicas e tipos de distúrbios depressivos	68
1.4. O curso da depressão	70
1.5. Etiologia	
1.5.1. Fatores genéticos	71
1.5.2. Bases biológicas da depressão	71
1.5.3. Estudos de neuroimagem	73
1.5.4. Regulação neuroendócrina e dieta	74
1.5.5. Alterações no ritmo circadiano	75
1.6. Tratamento da depressão	75
1.6.1. Psicoterapia	75
1.6.2. Terapia farmacológica	75
1.6.2.1. Classificação e principais características dos fármacos antidepressivos	77
1.6.3. Fitoterapia	82
1.6.4. Terapêuticas adjuvantes aos fármacos antidepressivos	82
2. Justificação do tema e objetivos	83
3. Material e métodos	84

3.1. Tipo de estudo e critérios de seleção da amostra	84
3.2. Análise dos dados	85
4. Resultados	86
4.1. Análise estatística descritiva	86
4.2. Análise estatística inferencial	104
5. Discussão dos resultados	109
6. Limitações do estudo	118
7. Conclusões e sugestões futuras	119
8. Referências Bibliográficas	121
Anexos	126



# Lista de Figuras

Figura 1: Utilização de antidepressivos em Portugal e na União Europeia.	66
Figura 2: Motivos da toma de antidepressivos.	66
Figura 3- Utilização de antidepressivos na União Europeia.	67
Figura 4- Distribuição geográfica do consumo de antidepressivos (DHD) em 2009.	68
Figura 5- Deficiências nos três neurotransmissores e suas interações.	72
Figura 6- Locais de ação dos diversos fármacos antidepressivos.	76
Figura 7: Distribuição da amostra populacional relativamente ao sexo.	86
Figura 8: Distribuição da amostra populacional de acordo com o grupo etário.	86
Figura 9: Distribuição da amostra por sexo em função da faixa etária. Os valores representam percentagem do total dentro de cada faixa etária.	87
Figura 10: Distribuição da amostra de acordo com os hábitos tabágicos.	90
Figura 11: Hábitos tabágicos em função do sexo. Os valores encontram-se expressos em função do total de mulheres e homens, respetivamente.	91
Figura 12: Distribuição da amostra relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas.	91
Figura 13: Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas em função do sexo. Os valores encontram-se expressos em função do total de mulheres e homens, respetivamente.	92
Figura 14: Patologias concomitantes referidas pelos utentes da amostra em estudo, além dos sintomas depressivos. Aud./Vis.: Audição/Visão; Resp.: respiratórias; Cardiov.: cardiovasculares; Dislipid.: dislipidémia; Diab.: Diabetes; Alz./Park.: Alzheimer/Parkinson; Gastro: gastrointestinais; Psiq./Esq.: Psicose/Esquizofrenia; Tiróide: híper ou hipotireoidismo; Autoimun.: autoimunes; Onco.: oncológicas; Dor: dores; Osteop.: osteoporose.	93
Figura 15: Outros medicamentos utilizados pelos utentes da amostra em estudo, além dos antidepressivos. AHT: anti hipertensores; AP: antipsicóticos; TIR: medicamentos para a tiróide; AI e NA: Anti-inflamatórios e analgésicos; ADO: antidiabéticos orais; AD: antidiabéticos; IBP: inibidores da bomba de protões; PIL: pílulas; AAP: antiagregantes plaquetários; IMUNO: imunossupressores; OST: medicamentos que atuam no osso; BZD: benzodiazepinas; HPB: medicamentos para a hipertrofia benigna prostática.	93
Figura 16: Distribuição da quantidade de antidepressivos tomados por utente.	94
Figura 17: Número de antidepressivos utilizados na amostra estudada de acordo com a classe farmacológica (monoterapia+politerapia). ATCs: Antidepressivos Tricíclicos; ISRS: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina; ISRSN: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina; IMAO: Inibidores da Monoamina Oxidase; DNRI: Inibidores da Recaptação da Dopamina; SARIs: Agonistas da serotonina e inibidores da sua recaptação; AgMel: Agonistas da melatonina; Outros: outros fármacos antidepressivos; Associações: associações dos fármacos anteriores.	95
Figura 18: Percentagem de utentes da amostra estudada e classe farmacológica utilizada (monoterapia+politerapia). ATCs: Antidepressivos Tricíclicos; ISRS: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina; ISRSN: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina; IMAO: Inibidores da Monoamina Oxidase; DNRI: Inibidores da Recaptação da Dopamina; SARIs: Agonistas da serotonina e inibidores da sua recaptação; AgMel: Agonistas da melatonina; Outros: outros fármacos antidepressivos; Associações: associações dos fármacos anteriores.	95
Figura 19: Percentagem de antidepressivos genéricos e de marca na amostra estudada.	96

Figura 20: Percentagem de antidepressivos utilizados pelos inquiridos de acordo com a substância ativa. Os resultados estão expressos em percentagem do total de antidepressivos referidos (monoterapia+politerapia). Agom: agomelatina; Ami: amitriptilina; Ami+perf: amitriptilina+perfenazina; Bup: Bupropiona; Cita: citalopram; Clom: clomipramina; Dosu: dosulepina; Dulo: duloxetine; Escita: escitalopram; Fluox: fluoxetina; Fluvox: fluvoxamina; Mapro: maprotilina; Mians: mianserina; Milna: milnaciprano; Mirtaz: mirtazapina; Moclob: moclobemida; Parox: paroxetina; Pirl: pirlindol; Sertra: sertralina; Tianep: tianeptina; Traz: trazodona; Venlaf: venlafaxina.	96
Figura 21: Distribuição dos inquiridos em função da duração do tratamento com antidepressivos.	97
Figura 22: Antidepressivos utilizados em momentos anteriores pelos utentes da amostra em estudo de acordo com a classe farmacológica. ATCs: Antidepressivos Tricíclicos; ISRS: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina; ISRSN: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina; IMAO: Inibidores da Monoamina Oxidase; DNRI: Inibidores da Recaptação da Dopamina; SARIs: Agonistas da serotonina e inibidores da sua recaptação; AgMel: Agonistas da melatonina; Outros: outros fármacos antidepressivos; Associações: associações dos fármacos anteriores.	98
Figura 23: Distribuição dos inquiridos em função do motivo referido da prescrição dos antidepressivos.	98
Figura 24: Distribuição das prescrições em função da especialidade do prescriptor.	99
Figura 25: Percentagem de inquiridos que tomam a medicação conforme a orientação médica.	99
Figura 26: Percentagem de utentes da amostra estudada que referiram ou não a presença de efeitos secundários decorrentes do uso de antidepressivos.	99
Figura 27: Número de utentes que referiram um ou mais efeitos secundários em função do tipo. Conf/Agita: confusão/agitação; Sed/Ast: sedação/astenia; Hipot orto: hipotensão ortostática; Ef Ac: efeitos anticolinérgicos; Ins: insónia; Alt gastro: alterações gastrointestinais; Disf sex: disfunção sexual; Hipert: hipertensão; Cef/Tont/Vert/Zumb: cefaleias/tonturas/vertigens/zumbidos; Sud: sudação; Trem: tremores; Palp: palpitações; Apet: apetite.	100
Figura 28: Percentagem de efeitos secundários em função do regime terapêutico.	101
Figura 29: Satisfação quanto à eficácia/ expectativas de bem-estar dos inquiridos relativamente à medicação antidepressiva.	101
Figura 30: Percentagem de inquiridos que modificaram ou não os seus hábitos alimentares e/ ou consumo de bebidas alcoólicas depois de terem iniciado a terapêutica antidepressiva.	101
Figura 31: Frequência da ingestão de alimentos ricos em triptofano, em percentagem.	102
Figura 32: Consumo de suplementos/ produtos naturais concomitantemente com a medicação antidepressiva, em percentagem.	102
Figura 33: Efeitos adversos resultantes do consumo de suplementos/ produtos naturais concomitantemente com a medicação antidepressiva, em percentagem.	103
Figura 34: Percentagem de inquiridos que comunicaram ou não ao médico o consumo de suplementos/ produtos naturais concomitantemente com a medicação antidepressiva.	104

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Evolução da utilização dos antidepressivos (DHD) entre 2000 e 2009. Fonte: INFARMED.	68
Tabela 2: Distribuição da amostra consoante o estado civil.	88
Tabela 3: Distribuição da amostra de acordo com o Concelho/ Distrito de Residência.	89
Tabela 4: Distribuição da amostra de acordo com o nível de escolaridade.	89
Tabela 5: Distribuição da amostra de acordo com a situação profissional.	90
Tabela 6: Distribuição da amostra de acordo com a toma ou não de antidepressivos anteriores.	94
Tabela 7: Distribuição da amostra de acordo com a toma ou não de antidepressivos anteriores.	103
Tabela 8: Frequência e percentagem de efeitos adversos que surgiram da toma concomitante dos suplementos/produtos naturais com os antidepressivos.	104
Tabela 9: Número de indivíduos fumadores e não fumadores vs sexo e respetivo teste do Qui-quadrado.	105
Tabela 10: Número de indivíduos consumidores e não consumidores de bebidas alcoólicas vs sexo e respetivo teste do Qui-quadrado.	105
Tabela 11: Número de antidepressivos consumidos vs efeitos adversos e respetivo teste do Qui-quadrado.	106
Tabela 12: Existência ou não de efeitos adversos anticolinérgicos vs terapêutica antidepressiva com ATCs e respetivo teste do Qui-quadrado.	107
Tabela 13: Existência ou não de cefaleias vs terapêutica antidepressiva com ATCs e respetivo teste do Qui-quadrado.	107
Tabela 14: Existência ou não de disfunção sexual vs terapêutica antidepressiva com ISRS e respetivo teste do Qui-quadrado.	108
Tabela 15: Existência ou não de hipertensão vs terapêutica antidepressiva com ISRSN e respetivo teste do Qui-quadrado.	108
Tabela 16: Existência ou não de efeitos adversos derivados do uso de suplementos naturais vs toma de chá de hipericão e respetivo teste do Qui-quadrado.	109



## Lista de Acrónimos

5-HIAA	Ácido 5-hidroxiindolacético
5-HT	Serotonina
A.C.	Antes de Cristo
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ACTH	Hormona adrenocorticotrópica
ADM	Assistência na Doença aos Militares
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores do Estado
AgMel	Agonistas da Melatonina
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional das Farmácias
ARAs	Antagonistas dos Recetores da Angiotensina
ARS	Administração Regional de Saúde
ATCs	Antidepressivos Tricíclicos
AUE	Autorização de Utilização Especial
AVAs	Anos de Vida Ajustado por Incapacidade
AVP	Anos de Vida Perdidos
CCF	Centro de Conferência de Faturas
CEIC	Comissão de Ética para a Investigação Clínica
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CRH	Hormona libertadora de corticotrofina
d.C.	Depois de Cristo
DCI	Denominação Comum Internacional
DDD	Dose Diária Definida
DHD	Dose Diária Definida por 1000 habitantes por dia
DNRI	Inibidores da Recaptação de Noradrenalina e Dopamina
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition</i>
FHM	Formulário Hospitalar Nacional dos Medicamentos
HPA	Hipotálamo-Pituitário-Adrenal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICD-10	<i>International Classification of Diseases, Tenth Revision</i>
IECAs	Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
IMAO	Inibidores da Monoamina Oxidase
ISRN's	Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
MAO	Monoamina Oxidase
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MDD	Distúrbio Depressivo Major
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
NA	Noradrenalina
NASSAs	Antidepressivo Noradrenérgico e Serotoninérgico Específicos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIC	Preço Inscrito na Caixa
PVF	Preço de Venda da Fatura
PVP	Preço de Venda ao Público
SAD	Doença Sazonal Afetiva
SAD/PSP	Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
SBC	Sindicato dos Bancários do Centro
SNS	Sistema Nacional de Saúde
ULSG	Unidade Local de Saúde da Guarda







# Capítulo I-Farmácia Comunitária

## 1. Introdução

Os serviços prestados na Farmácia Comunitária são, nos dias de hoje, um dos principais meios à disposição dos utentes, disponibilizando-lhes cuidados de saúde de qualidade. O seu principal objetivo é a cedência de medicamentos em condições que possam minimizar os riscos do seu uso e que permitam a avaliação dos resultados clínicos de modo a que possa ser reduzida a morbi-mortalidade associada aos medicamentos. O farmacêutico, como prestador qualificado dos cuidados de saúde e promotor do uso racional do medicamento, deve transmitir a melhor informação sobre medicamentos e produtos de saúde e responder a dúvidas e questões colocadas pelos utentes de maneira clara e numa linguagem apropriada a cada utente e situação. É também crucial fomentar um ambiente salutar para com os demais intervenientes na cadeia de saúde. O farmacêutico e os outros profissionais de saúde devem ter sempre em mente que o utente é o seu centro de atividade. Torna-se, assim, necessária uma constante atualização técnico científica por parte de todos estes profissionais.<sup>1</sup>

No que diz respeito à farmácia, esta deve possuir instalações, equipamentos e recursos adequados e com qualidade, de forma a garantir a satisfação dos utentes.

Na farmácia comunitária realizam-se atividades dirigidas para o medicamento e atividades dirigidas para o doente. O leque de medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), produtos de dermocosmética, fitoterapia, dietética, veterinária e dispositivos médicos é bastante alargado, e sendo assim, a farmácia deve, de uma maneira sustentável, disponibilizá-los em variedade e quantidade.

Para além das atividades relacionadas com os medicamentos, o farmacêutico possuiu também formação na área de gestão e marketing, estando habilitado a selecionar fornecedores, estabelecer preços de venda ao público e margens de lucro de determinados produtos e a definir regras de armazenamento. É, ainda, de referir que a sua formação em farmácia galénica e tecnologia farmacêutica lhe permite realizar preparações oficinais e magistrais (manipulados).

Na maioria das farmácias são, ainda, postos à disposição dos utentes outros serviços, como testes rápidos para medição de diversos parâmetros bioquímicos, importantes na monitorização de utentes idosos e/ ou com patologias crónicas. Um estudo da Universidade de Oxford revela que cerca de 80% da população portuguesa será dependente e envelhecida no ano 2050, uma tendência que acompanha a quebra da taxa de natalidade que tem vindo a diminuir desde 1990.

O farmacêutico é, por todas estas razões, um elemento fundamental e acessível a toda a população na prestação de cuidados de saúde diferenciados e na promoção do uso racional e seguro do medicamento.

## 2. Organização da Farmácia

### Composição do quadro pessoal da Farmácia

Diretora Técnica/ Farmacêutica: Dr<sup>a</sup> Maria João Grilo

Administrador: Dr. José Grilo

Assistente Administrativa: Dr<sup>a</sup> Joana Raposo

Farmacêutico: Dr. Pedro Fernandes

Farmacêutica: Dr<sup>a</sup> Cláudia Gomes

Farmacêutica: Dr<sup>a</sup> Ana Campos

Farmacêutica: Dr<sup>a</sup> Rita Grilo

Ajudante Técnica: Maria Luciana Santos

Ajudante Técnica: Angélica Santos Silva

Conselheira de Cosmética: Marina Fernandes

Conselheira de Nutrição e Dietética: Mara Rodrigues

Auxiliar de Farmácia: António José Martins

Serviços de Limpeza: Susana Costa

### Funções de cada um dos elementos

Os deveres do diretor técnico são<sup>2</sup>:

- a) Assumir a responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia;
- b) Garantir a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o modo de utilização dos medicamentos;
- c) Promover o uso racional do medicamento;
- d) Assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica só são dispensados aos utentes que a não apresentem em casos de força maior, devidamente justificados;
- e) Manter os medicamentos e demais produtos fornecidos em bom estado de conservação;
- f) Garantir que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança;
- g) Assegurar que a farmácia dispõe de um aprovisionamento suficiente de medicamentos;
- h) Zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene;
- i) Verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica;
- j) Assegurar o cumprimento dos princípios e deveres previstos neste diploma e na demais legislação reguladora da atividade farmacêutica.

O diretor técnico pode ser coadjuvado por farmacêuticos e por pessoal devidamente habilitado, sob a sua direção e responsabilidade.<sup>1</sup>

Ao administrador cabe avaliar objetivos organizacionais e desenvolver estratégias necessárias para alcançá-los. Planeia, coordena e organiza atividades desenvolvidas dentro da empresa, equipamentos e materiais envolvidos em cada processo. Define programas e métodos de trabalho e responsável pelo setor das compras.

A assistente administrativa é responsável pela organização e zelo de documentação. Elabora e analisa tabelas, cria mapas de Análise Financeira e tem responsabilidades na área financeira. É, ainda, responsável pelos pagamentos e pela gestão de fornecedores.

As responsabilidades, competências e funções dos demais farmacêuticos são<sup>1</sup>:

- A principal responsabilidade é para a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, promovendo o direito a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança.
- Aconselhar sobre o uso racional dos medicamentos, e a monitorização dos doentes, entre outras atividades no âmbito dos cuidados farmacêuticos.
- Assegurar a máxima qualidade dos serviços que prestam e definição clara das responsabilidades em atividades específicas exclusivas dos farmacêuticos: contacto com outros profissionais de saúde, controlo de psicotrópicos e estupefacientes, cedência de medicamentos, Seguimento Farmacoterapêutico, contacto com os centros de informação dos medicamentos, gestão da formação dos colaboradores e gestão das reclamações.
- Dever de respeitar e aderir aos princípios enunciados no seu código de ética.
- Dever de se manter 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 e 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.
- O *curriculum vitae* deve estar permanentemente atualizado com as atividades profissionais com relevância curricular.
- Deve supervisionar, verificar e avaliar as tarefas delegadas no pessoal de apoio, intervindo sempre que necessário.
- Deve garantir também que o pessoal de apoio possui formação atualizada para as tarefas que desempenha.
- Dever de frequentar cursos de auditoria que permitam aplicar os conhecimentos adquiridos na avaliação das suas próprias atividades profissionais e assumir as auditorias como uma forma de evolução profissional.

Quanto às ajudantes técnicas auxiliam os farmacêuticos nas diferentes etapas do circuito do medicamento, desde a aquisição até à dispensa do medicamento, passando pela triagem e, ainda pela gestão e marketing das atividades sempre em torno do medicamento.

## Espaço físico da farmácia e divisões funcionais

- Área da zona de atendimento com cinco balcões gerais, um balcão de venda e aconselhamento de produtos de dermocosmética, um balcão de venda e aconselhamento de produtos do espaço celeiro; uma secção de cuidados bebés e mães; uma secção de alimentação infantil; Existem, ainda, várias gôndolas distribuídas pela farmácia, onde estão expostas promoções, calçado, brinquedos, produtos para hidratação da pele, produtos de emagrecimento, anti-celulíticos e perfumes;

- Gabinetes- onde são prestados os serviços designados por “Serviços Pharmacare”:

1. Gabinete de enfermagem, onde se fazem medições de alguns parâmetros bioquímicos; avaliação do peso, altura e massa gorda; administração de injetáveis, vacinas não incluídas no PNV e soros; tratamento de feridas; algalias; avaliação do crescimento do bebé; preparação e gestão da medicação; consulta de apoio ao aleitamento materno;

2. Gabinete de consultas e outros serviços, onde se realizam as consultas de podologia e nutrição e onde está disponível um aparelho vibratório (Vibroplate®);

3. Gabinete para tratamentos constituído por uma marquesa, duche, móvel de suporte, e vários equipamentos de conforto e relaxamento. Nesta é realizado o Programa de Modelação de Corpo Acompanhado, tratamento de rádio frequência, tratamento de cavitação, drenagem linfática e o Programa de Rosto constituído pela avaliação do estado da pele através do Dermo analyzer, tratamento reafirmante por rádio frequência e tratamento anti-envelhecimento por drenagem linfática mecânica. Por fim, fazem-se, ainda, massagens de relaxamento com óleos essenciais e com pedras quentes.

- Área de conferência, constituída por um corredor, com acesso à garagem e à área de atendimento, no qual se encontra o armário dos MSRM, que se arrumam por ordem alfabética e segundo a forma farmacêutica. Ao lado deste existem estantes deslizantes com prateleiras onde se armazenam os excessos de alguns MSRM e MNSRM, alguns dispositivos médicos, “papas” e leites infantis e soros. Esta área encontra-se dividida, maioritariamente, em dois espaços sendo o primeiro uma bancada com um computador onde são conferidas e rececionadas as encomendas e um armário onde são guardados os medicamentos já pagos pelos utentes e que aguardam que estes os venham buscar, os *dossiers* com as faturas dos diversos fornecedores, as receitas conferidas e por conferir dos diversos organismos e a informação e documentação científica. Junto a este armário está o frigorífico. Existe, também, uma zona com impressoras, dois computadores e mesas que permitem à equipa técnica a realização de várias tarefas;

- Laboratório;
- Gabinete da Direção Técnica e Administrativa;
- Sala de convívio e/ou “vestiário” com cama extensível;
- Duas casas de banho, uma na zona da área de conferência e outra junto aos três gabinetes;
- Armazém externo à farmácia para arrumação de outras encomendas e material excedente;
- Parque de estacionamento com dois lugares para clientes;

## Elementos interiores e exteriores distintivos da farmácia

A Farmácia da Sé encontra-se instalada ao nível da rua, não existindo quaisquer obstáculos à entrada dos utentes e possui portas deslizantes elétricas, que resguardam os doentes do contacto com o exterior. Observam-se, bem destacados, um letreiro com a inscrição “FARMÁCIA” e a “cruz verde” (ambos iluminados) e uma placa exterior com o nome da farmácia e da diretora técnica. No vidro exterior encontra-se, bem visível, informação sobre o horário de funcionamento e informação que assinala as farmácias do município em regime de serviço permanente. No interior a farmácia apresenta um espaço organizado e profissional, sendo estas as condições necessárias para uma comunicação ótima com os utentes. Encontra-se adequadamente iluminada, ventilada e limpa. Os armários e prateleiras são constituídos por superfícies lisas e facilmente laváveis. Os profissionais estão devidamente identificados. Os serviços prestados na farmácia estão divulgados de forma visível, bem como o respetivo preço. Na zona de atendimento há lugares sentados que permitem aos utentes aguardar pela sua vez e está existe um espaço dedicado às crianças.

Os balcões de atendimento estão organizados de modo a permitir a privacidade do doente e não possuem elementos que dificultem a comunicação/visualização entre utente e farmacêutico. Anexo aos balcões de atendimento existe o gabinete de consultas que permite um diálogo em privado com o doente e a prestação de outros serviços farmacêuticos.

O laboratório apresenta as superfícies de trabalho lisas e em material adequado e o material de medição de parâmetros encontra-se em condições de utilização.

A farmácia possui um postigo de atendimento, várias câmaras de vigilância, um dispositivo de chamada urgente para entidade de segurança pública, sistemas de proteção contra intrusão e furto, um sistema de alarme de incêndios, extintores e sinalizadores de “ piso escorregadio”. Existem, ainda, sinalizadores de saída. <sup>1</sup>

## Equipamentos gerais e específicos da Farmácia

A farmácia apresenta balcões de atendimento, mesas, cadeiras, bancos, escadotes, armários, todo o material informático necessário para faturação, atendimento e impressões e todos os dispositivos de segurança. Existem, ainda, equipamentos específicos de laboratório (balanças, espátulas, homogeneizador, material diverso de vidro, porcelana e plástico).

Estão, também, presentes equipamentos que permitem o armazenamento específico e controlado dos produtos, como o frigorífico e sondas que monitorizam e registam a temperatura e humidade. Além dos equipamentos referidos, a farmácia apresenta também farmacopeias, formulários e documentação oficial de acordo com a legislação vigente e outras normas.<sup>1</sup>

## Aplicação informática utilizada

A aplicação informática utilizada é o Sifarma 2000. Disponível em todos os computadores, permite realizar a gestão de encomendas, a gestão de devoluções, a impressão de códigos de barras e a faturação. É possível consultar a lista de utentes registados no sistema bem como verificar as vendas efetuadas por todos os operadores. Cada operador pode, também, no fim de cada dia, tirar o seu “fim de dia”, consultando todas as vendas realizadas e verificando eventuais erros cometidos. Além de ser uma preciosa ajuda na gestão e receção de encomendas e devoluções, este programa é essencial durante o atendimento, pois apresenta inúmeras vantagens, nomeadamente alertas para interações medicamentosas potencialmente graves (varfarina e aspirina, ciclosporina e Estatinas, por exemplo), impedimento da venda de mais de quatro medicamentos por receita e informação sobre posologia e indicações terapêuticas. O Sifarma fornece, não só informação sobre o *stock* existente de um determinado produto, como também o seu histórico de compras e vendas, e se esse produto foi ou não retirado/suspenso de comercialização. Apresenta, ainda, um dicionário, onde se encontram discriminados todos os produtos aprovados pelo Infarmed. Na opção “gestão de utentes” é possível ver todo o histórico de compras por parte destes bem como, no atendimento, aceder com rapidez aos seus dados pessoais quando se trata da emissão da fatura. Cada operador dispõe do seu código e senha de acesso ao programa, o que minimiza erros que possam ocorrer.

## Realização de tarefas sem apoio informático

Realizaram-se, via telefone, inúmeros pedidos a fornecedores (sendo depois rececionados), dispensaram-se medicamentos prescritos e realizou-se o processamento de alguns receituários de subsistemas pequenos como o dos sócios do Sindicato dos Bancários do Centro. Sem apoio informático utiliza-se o Índice Nacional Terapêutico para verificar a percentagem de comparticipação do medicamento para o utente em questão e calcula-se qual o valor da comparticipação, sendo este depois descontado no Preço de Venda ao Público (PVP).

## Legislação aplicável ao quotidiano da Farmácia Comunitária.

No que diz respeito à leitura de legislação aplicável à Farmácia Comunitária esta é feita no Diário da República e Infarmed.

### 3. Informação e Documentação Científica

A biblioteca básica é essencial para o esclarecimento de dúvidas através das diversas fontes de informação à disposição. Confirmam-se interações, posologias, indicações, mecanismos de ação farmacológica e efeitos adversos de todos os medicamentos e produtos de saúde. É, ainda, através da informação constante na biblioteca básica que se pode seguir o protocolo de preparação de um manipulado.

Das publicações de existência obrigatória são de referir o Prontuário Terapêutico e Resumo das Características dos Medicamentos (RCM). Estão ainda disponíveis para consulta o Dicionário Médico, o Index Merck, o Mapa Terapêutico, o Código de Ética da Ordem dos Farmacêuticos, o Simposium Terapêutico, vários acordos, livros sobre legislação farmacêutica, o Formulário Galénico Português e a Farmacopeia Portuguesa e respetivos anexos.

#### Consulta do Centro de Documentação e Informação

Os centros de documentação e informação utilizados são o Centro de Informação de Medicamentos (CIM) e o Centro de Documentação e Informação de Medicamentos (CEDIME). Estes centros promovem o uso racional do medicamento e permitem resolver problemas relacionados com o seu uso, dispondo de informação atualizada, avaliada e independente.<sup>1,3</sup>

### 4. Medicamentos e outros produtos de saúde

De acordo com o Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de Agosto, define-se como:

□ Medicamento: toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas;

- Substância psicotrópica: é a substância química que age principalmente no sistema nervoso central, onde altera a função cerebral e temporariamente muda a percepção, o humor, o comportamento e a consciência;
- Estupefaciente: qualquer substância que atue no sistema nervoso, que tenha capacidade de provocar analgesia, sono ou inconsciência e cujo uso prolongado provoque dependência;
- Medicamento genérico: medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados;
- Preparado oficial: qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia comunitária ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço;
- Fórmula magistral: qualquer medicamento preparado numa farmácia comunitária ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um doente determinado.

## Gamas de produtos de saúde disponíveis na farmácia

Na farmácia estão disponíveis medicamentos em geral, medicamentos genéricos, psicotrópicos e estupefacientes, preparações oficiais e magistrais, medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos, produtos fitoterapêuticos, produtos para alimentação especial dietéticos, produtos cosméticos e dermofarmacêuticos, dispositivos médicos e medicamentos e produtos de uso veterinário.

## Verificação, com e sem a utilização da aplicação informática, da existência de qualquer medicamento ou produto de saúde e sua localização nas instalações da Farmácia

Quer na farmácia quer via telefone, foram inúmeros os pedidos para verificar se um determinado produto de saúde ou medicamento se encontrava disponível. Para se proceder à sua localização recorre-se ao sistema informático verificando, assim, se este existe em *stock* e onde se encontra, uma vez que cada produto tem uma ficha onde consta toda a sua informação inclusive a prateleira onde está armazenado. Além de consultar o sistema é também importante que o profissional se desloque ao local onde o produto ou medicamento estão armazenados para verificar se este está disponível, pois, apesar de pouco comuns, podem existir erros no *stock* informático.

## 5. Aprovisionamento e Armazenamento

### Critérios para a seleção de um fornecedor

Para a escolha do fornecedor devem ter-se em conta as condições comerciais praticadas e possíveis bonificações que daí possam advir. A verificação da existência do produto em causa e o tempo de entrega do mesmo são fatores cruciais, garantindo assim a máxima eficácia (o melhor serviço ao utente) e eficiência (evitar gastos desnecessários para a farmácia).

### Critérios de aquisição dos diferentes medicamentos e produtos de saúde

Aquando da aquisição de um determinado medicamento e/ ou produto de saúde deve verificar-se se este não é demasiado dispendioso para a farmácia e para o utente e deve ter-se em conta a rotatividade do mesmo, para evitar *stocks* em excesso, contribuindo, assim, para a sustentabilidade da farmácia.

### Critérios de armazenamento e sua aplicação

Os MSRM são armazenados no armário de gavetas de acordo com a sua forma farmacêutica, por ordem alfabética e os excessos são colocados nas estantes deslizantes com prateleiras. Existe, ainda, uma gaveta para os produtos de aplicação ginecológica, outra para os produtos do protocolo da diabetes e outra para os produtos homeopáticos. Os produtos termolábeis são armazenados, também por ordem alfabética, no frigorífico. Ao contrário dos anteriores, os psicotrópicos e estupefacientes são armazenados no cofre. Os MNSRM encontram-se atrás dos 5 postos de atendimento em prateleiras e gavetas com arrumação específica, consoante o fim a que se destinam. Existe uma área denominada “Medicação familiar” onde se encontram variadas formas farmacêuticas como comprimidos, cremes, géis, xaropes, vitaminas, gotas e soluções com distintas ações farmacológicas. Nesta zona encontram-se, ainda, ligaduras, pensos, dispositivos de medição da pressão arterial, termómetros, aparelhos de aerossóis e testes de gravidez e ovulação. Na área de “Higiene Oral” encontram-se escovas e pastas de várias gamas para adultos e crianças, colutórios, aparelhos ortodônticos, produtos para doenças da boca, produtos de fixação de próteses dentárias e outros acessórios. Os produtos veterinários encontram-se armazenados num armário reservado apenas para este efeito junto ao armário de gavetas.

No que diz respeito aos produtos de dermocosmética na secção “Capilares” encontram-se champôs e produtos para o couro cabeludo, alopecia, piolhos e outros tratamentos. Existem, também, vários tipos de protetores solares. Os outros produtos cosméticos como perfumes, produtos *anti-aging*, hidratação, limpeza/desmaquilhagem,

oleosidade, anti manchas, pele sensível, lábios, cicatrizantes, anti-celulíticos, higiene, firmeza, mãos, pés, anti estrias, desodorizantes, exfoliantes, maquilhagem e barbear encontram-se nos “Cuidados rosto/ corpo” e “dermocosmética”. Junto a esta zona existe também um espaço dedicado à sexualidade com várias gamas de preservativos, estimulantes sexuais e lubrificantes.

Junto à entrada da farmácia existe uma área reservada a dispositivos médicos como bengalas, canadianas, andarilhos, cadeiras de rodas, calçado ortopédico, cintas, meias de descanso, apoios de braço, almofadas cervicais, faixas térmicas, entre outros.

Os produtos relacionados com a gravidez e puericultura encontram-se nas áreas “Cuidados mamãs” e “Cuidados bebés” e junto a esta zona existe a área dedicada à alimentação infantil. No espaço celeiro, encontram-se produtos naturais como chás, suplementos vitamínicos, drenantes, produtos para emagrecimento, suplementos desportivos e alimentos especiais para indivíduos com determinadas patologias ou intolerâncias.

Resta, por fim, referir que todos os produtos da farmácia são armazenados segundo a regra “*First in First out*” permitindo assim que se dê o escoamento dos mais antigos e que haja um melhor controlo dos prazos de validade.

## Determinação do ponto da encomenda

Recorrendo ao Sifarma 2000 é possível na opção “gestão de encomendas” ver o estado da encomenda.

## Elaboração, transmissão, receção e conferência de uma encomenda

Na elaboração de uma encomenda é necessário ter em conta o fornecedor e os produtos em falta na farmácia. Envia-se, assim, o pedido ao fornecedor e quando a encomenda chega, após ser conferida quanto ao número de embalagens pedidas e enviadas e quanto ao estado, é introduzida no sistema, onde se procede à sua receção. Deve ter-se muita atenção aos *stocks*, aos prazos de validade e ao preço de venda na fatura (PVF), preço inscrito na caixa (PIC) e PVP.

## Motivos que justificam uma devolução e seu processamento

Quando chega uma encomenda verifica-se sempre o estado da embalagem do produto ou medicamento, o preço faturado, o prazo de validade, a dosagem rececionada e os produtos enviados. Se se verificar alguma anomalia nalgum dos parâmetros anteriores é feita uma nota de devolução diretamente ao fornecedor e é enviado o produto. Existe ainda a possibilidade de recolha de lotes por parte do Infarmed ou do fabricante devido a erros na rotulagem, deteção de impurezas, quantidade de princípio ativo inferior à indicada (exemplo

ocorrido durante o estágio com a hormona levotiroxina) ou erros de fabrico (foram recolhidas tiras de medição de glicémia devido a resultados anormais aquando da medição deste parâmetro pelo fabricante).

## Aplicação das margens legais de comercialização na marcação de preços

Na farmácia é aplicada uma margem diferente consoante o IVA aplicado na fatura dos medicamentos. Quanto aos outros produtos como leites, cosméticos, fraldas e dispositivos médicos é necessário ter em conta o fornecedor e as condições aplicadas.

## Controlo de prazos de validade

O controlo dos prazos de validade é crucial para a garantia de que todos os produtos existentes na farmácia se encontram em perfeitas condições de uso e segurança. Este controlo inicia-se aquando da entrada do produto na farmácia. Nesta fase verifica-se se o produto ou medicamento existe ou não em *stock*. Em caso afirmativo mantém-se no sistema a validade, caso contrário deve introduzir-se o prazo de validade indicado na caixa. Mensalmente procede-se à impressão de uma listagem de todos os produtos com validade inferior a 3 meses e estes são conferidos manualmente, sendo separados dos restantes através da sua colocação num local reservado às devoluções. Por fim verifica-se qual o último fornecedor que enviou o produto ou medicamento em causa e procede-se à sua devolução. Se esta for aceite o fornecedor envia o crédito. No caso de não ser aceite, os produtos são novamente enviados e a farmácia tem de fazer a chamada “quebra” dos mesmos para, desta maneira, manter atualizado o *stock*.

## 6. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento

Quando um utente se desloca à farmácia procura o melhor atendimento possível e espera que as suas dúvidas sejam esclarecidas. É, assim, fundamental distinguir os vários tipos de utente com os quais o profissional se depara e saber ouvi-los e aconselhá-los. O nível sociocultural leva à adequação do diálogo e postura. São inúmeros os utentes com os quais se contacta no dia-a-dia, desde jovens, a adultos e idosos. A abordagem a um utente com um nível de escolaridade ou nível sociocultural baixo é obrigatoriamente diferente da de um utente com um nível mais alto, bem como o é no caso de um utente jovem ou de um utente idoso, cujas faculdades podem estar alteradas (dificuldades de visão e audição), o que leva o farmacêutico a ter de recorrer a outros instrumentos para tentar manter a adesão à terapêutica, como o uso de pictogramas (uso de símbolos para indicar o momento da toma da medicação) ou de informação escrita.

## Prestar informação verbal e escrita ao utente, relativamente à posologia e ao modo de administração dos medicamentos

No caso de um doente idoso que não tenha tanta facilidade em decorar a posologia e o modo de administração do medicamento ou de um doente para o qual o medicamento seja novo, é importante facultar-lhe toda a informação acerca do fármaco, quer por escrito, quer verbalmente contribuindo, assim, para uma melhor compliance.

## Reconhecer como e quando transmitir ao utente informação relativa a precauções de utilização e contraindicações

Existem situações nas quais, quer por se tratar de um medicamento novo para o doente, quer por falta de informação deste sobre possíveis interações do mesmo com outros produtos ou medicamentos, é necessária a intervenção. São exemplos as tomas concomitantes de antidepressivos ou contraceptivos orais com chá de hipericão, de ciclosporina com estatinas ou de aliscireno com inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA'S) ou antagonistas dos recetores da angiotensina (ARA'S), todos eles contraindicados quando usados em simultâneo.

## Investigar a ocorrência de interações, efeitos indesejáveis e reações adversas dos medicamentos

No momento da dispensa de um medicamento, seja ele sujeito ou não a receita médica, deve sempre rever-se com o utente a posologia, modo de administração, efeitos adversos e contraindicações, bem como questioná-lo se já faz a terapêutica há algum tempo ou se é a primeira vez. É, ainda, recomendável escrever na caixa do medicamento a posologia. Por fim deve questionar-se o utente se possui alguma dúvida e disponibilizar-se para ajudar se este necessitar. Observou-se um caso de uma doente que referiu não se sentir muito bem com a medicação e constatou-se que a ciclosporina conjuntamente com a sinvastatina estava a contribuir para as dores musculares que a doente sentia. São conhecidas as interações entre estes dois fármacos e há inclusive o risco de rabdomiólise com o seu uso concomitante.

## Promover e aplicar os princípios da farmacovigilância

Define-se farmacovigilância como a atividade que tem por objetivo a deteção, quantificação, avaliação e prevenção das reações adversas associadas ao uso dos medicamentos, visando melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos em defesa do utente e da Saúde Pública. Os profissionais de saúde devem entender quando estão perante

esta situação e notificá-la, tendo em conta os sinais e sintomas, o início e suspensão do medicamento em causa, o lote, via de administração, indicação terapêutica e possíveis interações com outros medicamentos. Estas reações devem ser registadas num formulário próprio e enviadas ao Infarmed (anexo I). Deve descrever-se a reação adversa e identificar-se o medicamento provável que terá dado origem à mesma.<sup>4</sup>

### **Promover a conservação adequada dos medicamentos no domicílio**

Vários medicamentos requerem uma temperatura específica de armazenamento (vacinas, insulinas, anéis vaginais, colírios, etc.) e devem ser conservados no frio devendo alertar-se o doente para este facto bem como para a validade dos mesmos após a abertura (os colírios, por exemplo, depois de abertos, dispõem de um mês de validade). Alguns doentes referiram não colocar imediatamente no frigorífico certas insulinas ou antibióticos preparados na farmácia, o que mostra a importância deste tipo de aconselhamento.

### **Providenciar o correto reencaminhamento dos medicamentos fora de uso**

Para além da dispensa e aconselhamento o profissional deve incentivar os utentes a reciclarem os medicamentos fora de prazo ou sem uso, deixando-os na farmácia no contentor VALORMED. Os resíduos abrangidos podem ser medicamentos e outros produtos equiparados a medicamentos. Os contentores, quando cheios, são pesados e o seu peso registado na ficha do contentor bem como o código da farmácia e são, depois, recolhidos (anexo II). Na farmácia é guardado um duplicado da ficha de cada contentor após cada recolha.<sup>5</sup>

## **7. Dispensa de Medicamentos**

### **Leitura das prescrições médicas, receção administrativa e confirmação da sua validade/autenticidade**

No ato da entrega de uma receita pelo utente, deve fazer-se uma leitura atenta da mesma e ter em conta vários aspetos antes de dispensar os medicamentos. O primeiro a verificar é a validade da receita e é, também, importante questionar o utente se a medicação é para o próprio ou para algum familiar ou amigo, pois existem diferenças nas doses e posologias quanto à idade e sexo. Por fim deve confirmar-se se a receita não se trata de uma cópia, se tem a assinatura do médico prescriptor e a sua vinheta, e a identificação do local de prescrição. Em seguida, dispensam-se os medicamentos prescritos verificando qual o organismo responsável pela participação. A receita é depois colocada na impressora, que imprime no verso informações como o número do lote, o número da receita, o nome do utente e o organismo que participa além de dispor de uma linha para o utente assinar.

Anteriormente havia necessidade de duas assinaturas por parte do utente. Segue-se a inscrição no verso da data, o carimbo da farmácia e a assinatura do farmacêutico ou técnico de farmácia. As receitas são sempre conferidas posteriormente e colocadas em gavetas, organizadas por lote e organismos. Cada lote possui uma folha de rosto com numeração de 1 a 30, onde são colocadas cruzes nas receitas que faltam, até este ser completado, altura em que são impressos os verbetes e os lotes são enviados, no final de cada mês. Foram vários os organismos observados como o Sistema Nacional de Saúde (SNS), a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), o Sindicato dos Bancários do Centro (SBC), o Sistema de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP), Sistema de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR), Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) entre muitos outros. Anteriormente se a receita não estivesse trancada era permitido ao farmacêutico trocar os medicamentos por outros existentes na farmácia desde que apresentassem a mesma bioequivalência. Atualmente é o doente que tem esse direito de opção. Consta-se que os doentes, na maioria, optam pela alternativa mais barata, havendo, no entanto, alguns que ainda colocam dúvidas relativamente à equivalência dos genéricos.

Desde o dia 1 de Abril de 2013 entraram em vigor os novos modelos de prescrição, segundo o despacho Nº 15700/2013 (Anexo III), e o pagamento das participações do Estado na compra de medicamentos passou a ser encargo do SNS para beneficiários da ADSE, da ADM, SAD/PSP e SAD/ GNR.

Muitos utentes apresentavam-se com receitas renováveis, compostas por 3 vias, com uma validade de 6 meses. O doente não tem, assim, de recorrer tantas vezes ao médico e observou-se que isto ocorre maioritariamente em terapêuticas crónicas. Por exemplo as benzodiazepinas não podem ser prescritas em receitas renováveis, visto não serem consideradas um tratamento crónico.<sup>1</sup>

## Avaliação e interpretação da prescrição médica

Deve sempre questionar-se o utente acerca da sintomatologia que apresenta e do grau de conhecimento da medicação prescrita, a fim de se constatar se a terapêutica é adequada. Se existirem dúvidas, devem ser esclarecidas e, em caso de se verificar uma terapêutica inadequada, deve entrar-se em contacto com o médico ou encaminhar o doente até este. As receitas manuscritas obrigam o profissional a redobrar a atenção, pois algumas vezes, são de leitura difícil. Ocorreram casos em que houve necessidade de contactar o médico em questão para clarificar certas dúvidas (exemplo ocorrido com fármacos LASA “*look alike, sound alike*”- DULoxetina e FLUoxetina) ou foi necessário perguntar ao utente qual o problema que o levou ao médico e que tipo de medicação lhe foi prescrita, tentando assim chegar ao medicamento em questão.<sup>1,6</sup>

## Símbolos médicos mais comuns nas prescrições

Os símbolos que mais foram observados nas prescrições médicas estão relacionados com a via de administração, a frequência e intervalo das tomas, como por exemplo, ID (uma vez por dia), BID (duas vezes por dia), TID (três vezes ao dia), 12/12 (12 em 12 horas), 8/8, 6/6, *Per os* (via oral), i.m. (via intramuscular), inj. (injetável), iv. (via intravenosa), nas. (via nasal) e SOS (em caso de necessidade, por exemplo dores).

## Posologia e o modo de administração dos medicamentos dispensados

Deve sempre questionar-se o utente se este sabe como tomar o medicamento e, no caso de dúvidas, esclarecê-las. São de referir, entre outros, dois exemplos nos quais foi bastante importante a intervenção. Um esteve relacionado com o modo de administração de um handihaler (*Spiriva*®), pois constatou-se que o utente não administrava corretamente as doses com o dispositivo. O outro caso esteve relacionado com a medição da glicémia por parte da familiar de uma doente diabética, pois esta, não se tratando da sua cuidadora, deslocou-se à farmácia para comprar tiras teste, pedindo para lhe ser explicado o funcionamento. Nestes dois casos foi transmitida aos utentes informação verbal e escrita de forma clara, contribuindo assim para melhores resultados terapêuticos.

## Transmissão de informação relacionada com precauções e contra-indicações

É importante alertar os doentes para possíveis efeitos secundários ou contra-indicações da utilização dos medicamentos, principalmente quando estes se destinam a crianças, idosos ou doentes crónicos. Há medicamentos que, devido à sua formulação e instabilidades necessitam de determinadas precauções. Sendo assim, é crucial para a sua estabilidade que toda esta informação seja transmitida. A toma de bifosfonatos, tetraciclina com laticínios e outros medicamentos tomados em jejum ou que necessitam de ser intervalados de outros em algumas horas são exemplos de situações nas quais se deve, indubitavelmente, prestar a melhor informação e aconselhamento.<sup>1</sup>

## Verificação farmacêutica da receita médica (após a dispensa)

São inúmeros os aspetos a ter em conta na verificação das receitas médicas. Em primeiro lugar deve confirmar-se a validade e a assinatura do prescriptor bem como o número de medicamentos prescritos e dispensados na receita. Deve, também, confirmar-se se os medicamentos prescritos e dispensados fazem parte do mesmo grupo homogêneo e verificar se o organismo de participação é o correto. A assinatura do utente, do farmacêutico ou técnico, o carimbo da farmácia e data da dispensa devem constar sempre no verso da receita

e pode ser necessário colocar uma justificação relativa à dispensa quando uma embalagem tenha sido redimensionada ou quando ocorra um erro de impressão.

## Utilização da aplicação informática na dispensa de medicamentos

O Sifarma 2000 permite, na opção “atendimento” fazer vendas (com comparticipação e faturação do medicamento ao organismo e ao utente selecionando a operação “planos”, sem comparticipação e suspensas) e é, também, possível consultar preços, o stock do medicamento prescrito, a prateleira onde este está armazenado e, ainda, na parte da ficha do produto consultar a informação científica do fármaco. Nesta constam desde a posologia, indicações terapêuticas, informação para o farmacêutico, cuidados a ter, efeitos adversos e secundários, a contra-indicações e interações com outros fármacos graduadas por cores de vermelho a verde. O vermelho para uma associação de fármacos totalmente contra indicada e o verde para uma associação sem problemas para o doente.

No que diz respeito às vendas suspensas, estas são feitas no caso de doentes com patologias crónicas cujo historial clínico é conhecido e aos quais se cedem os medicamentos, sendo posteriormente entregue a receita. O utente paga o PVP dos medicamentos por inteiro, sendo o valor da comparticipação reembolsado posteriormente, aquando da entrega da receita. Existem, ainda, as vendas a crédito e as vendas suspensas a crédito, sendo que nestes casos o utente não efetua o pagamento da parte do medicamento que lhe compete. Nestas situações não é emitida a fatura, mas sim um talão de crédito até à regularização da situação. Após a fase de habituação, o Sifarma 2000 tornou-se um instrumento bastante intuitivo e simples de utilizar.

## Princípios dos acordos existentes com o SNS e com as outras entidades

Cada organismo corresponde a um código no Sifarma 2000: SNS-01, SNS-Pensionistas-48, SAD PSP-01, SAD GNR-01, ADM-01, SBC-M9, SNS-Diabetes-DS, ADSE-01, EDP Savida-SNS (AA), entre outros. Através de acordos com estas entidades são feitas comparticipações havendo casos em que estas são feitas na totalidade. Existem, ainda, as portarias e despachos. O Decreto-Lei n.º48-A/2010, de 13 de Maio, alterado pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro, prevê a possibilidade de comparticipação de medicamentos através de um regime geral e de um regime especial, o qual se aplica a situações específicas que abrangem determinadas patologias ou grupos de doentes (Anexo IV). No regime geral de comparticipação, o Estado paga uma percentagem do preço dos medicamentos (90%, 69%, 37%, 15%) consoante a sua classificação farmacoterapêutica (Portaria n.º 924-A/2010, de 17 de Setembro, alterada pela Portaria n.º 994-A/2010, de 29 de Setembro e pela Portaria n.º 1056-B/2010, de 14 de Outubro) caso não estejam incluídos na lista de medicamentos considerados imprescindíveis em termos de sustentação de vida. O médico deve referir estas

Portarias e Despachos na receita médica, para que o utente obtenha uma percentagem de comparticipação superior à referente ao sistema de saúde do qual é beneficiário.<sup>7</sup>

É, por fim, de referir que quando existe complementaridade de dois organismos, é necessário tirar uma fotocópia da receita e do cartão de identificação do subsistema, sendo que a receita original é enviada para o organismo primário e a fotocópia para o segundo organismo que faz a comparticipação. Nestes casos, o código informático é diferente.

Dentro de cada organismo, podem existir diferentes regimes de comparticipação como o caso do SNS, em que existe o regime geral (01), que abrange todos os utentes do SNS e o regime especial (48), que abrange todos os pensionistas que recebem uma pensão mensal inferior ao salário mínimo nacional.

### Requisitos legais em vigor relativamente à dispensa de psicotrópicos/estupefacientes

Os psicotrópicos/estupefacientes encontram-se guardados no cofre e quando chegam encomendas com estas substâncias, estas são as primeiras a ser arrumadas e conferidas para serem evitados erros no seu armazenamento. São guardados, num *dossier* de requisições específico para o efeito, um original e um duplicado da fatura com o número de registo de entrada. Todos os meses as requisições são organizadas por número de registo e data e enviadas para o Infarmed. Quando um utente apresenta uma receita onde constem destes fármacos, deve ter-se em atenção a validade, organismo responsável pelo pagamento, assinatura do médico prescriptor e é, ainda, necessário o preenchimento de um documento onde se indique o nome completo do doente, morada, número do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão do adquirente e nome e especialidade do médico prescriptor (Anexo V). São, então, tiradas duas fotocópias da receita original e a cada uma delas é anexado um talão de registo de saída emitido na hora da venda. A receita original é enviada para o organismo responsável pelo pagamento e uma das cópias é guardada durante 5 anos na farmácia sendo a outra enviada no fim de cada mês para o Infarmed.<sup>8</sup>

### Dispensa de produtos ao abrigo de protocolos

A Diabetes exige um controlo farmacológico diário e autovigilância e existe protocolo para esta patologia que consiste num acordo ente o Estado e as farmácias, sendo cedidas lancetas, seringas, agulhas (comparticipadas a 100%) e tiras reativas destinadas à pesquisa da glicémia capilar (comparticipadas a 85%). As farmácias não possuem qualquer margem de comercialização sobre estes produtos e a cedência de produtos deste protocolo só pode ser efetuada mediante a apresentação de uma prescrição médica válida e desta só podem constar os produtos abrangidos pelo Protocolo.

Um outro exemplo de um medicamento ao abrigo de um protocolo é o fármaco Zyprexa. Trata-se de um acordo entre a Associação Nacional das Farmácias (ANF) e a Lilly Portugal, que apoia financeiramente os beneficiários do regime geral e especial do SNS no acesso ao medicamento *Zyprexa e Zyprexa velotab* (Anexo VI).

## Enquadramento legislativo relativo à dispensa de genéricos

Desde 1 Junho de 2012, e de acordo com a Lei n.º 11/2012 de 8 de março, o médico tem obrigatoriamente de prescrever por Denominação Comum Internacional (DCI) e o utente tem o direito de opção entre os medicamentos que cumpram a prescrição, ou seja, medicamentos pertencentes ao mesmo grupo homogéneo. A prescrição pode excepcionalmente incluir a denominação comercial do medicamento, marca ou indicação do nome do titular da Autorização de Introdução no Mercado (AIM) nas seguintes exceções:

-prescrição de medicamento com substância ativa para a qual não exista medicamento genérico participado ou para a qual só exista original de marca e licenças;

-justificação técnica do prescritor quanto à insusceptibilidade de substituição do medicamento prescrito, sendo apenas admissível nos seguintes casos:

a) Prescrição de medicamentos com margem, ou índice terapêutico estreito, conforme informação prestada pelo INFARMED, a publicar;

b) Fundada suspeita, previamente reportada ao INFARMED, de intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial;

c) Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias;

Nos casos previstos nas alíneas a) e b) o utente não tem o direito de opção e no caso previsto na alínea c), o direito de opção do utente está limitado a medicamentos com preço igual ou inferior ao do medicamento prescrito (Anexo VII).

## 8. Automedicação

Entende-se por automedicação a instauração de um tratamento medicamentoso por iniciativa própria do doente, de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde. São inúmeros os casos de automedicação e torna-se, assim, crucial a intervenção do farmacêutico na orientação da utilização, ou não, do tipo de medicamento solicitado pelo utente.

De acordo com o decreto de lei nº 176/ 2006, MSRM são medicamentos que preenchem uma das seguintes condições:

- 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;
- 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;
- Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- Destinem-se a ser administrados por via parentérica.

Este tipo de medicamentos só pode ser vendido nas Farmácias, mediante a apresentação de uma receita médica. Para tal, terá que ter PVP.

Quanto aos MNSRM são todos aqueles que não preenchem qualquer das condições referidas anteriormente e não são comparticipáveis. Estes medicamentos têm que conter indicações terapêuticas que se incluam na lista de situações passíveis de automedicação. Os MNSRM não comparticipados são dispensados nas Farmácias e nos Locais de Venda autorizados para o efeito, sendo o seu PVP sujeito ao regime de preços livres, ou seja fixado a nível dos canais de distribuição e comercialização.<sup>9</sup>

## Quadros sintomáticos que exigem cuidados médicos

Foram vários os utentes que se dirigiram à farmácia queixando-se de sintomas como tosse, febre, rouquidão, dores, obstipação, diarreia, manchas ou comichão na pele entre outros, e que solicitaram um medicamento. É importante salientar que nem sempre se deve dispensar um medicamento, pois podem estar a mascarar-se patologias que necessitem de cuidados médicos. No caso da tosse esta pode apresentar-se produtiva ou não produtiva, sendo necessário averiguar há quanto tempo se prolonga. Verificou-se que alguns doentes, ao mesmo tempo que tomam expetorantes, tomam também antitússicos, combinação esta totalmente contraindicada. O mesmo se passa com estados febris sendo necessário questionar há quanto tempo se prolongam. Assim, no caso de mais de 3 dias com febre mesmo com recurso a antipiréticos ou de uma tosse prolongada, deve reencaminhar-se o doente ao médico a fim de verificar qual a causa destes sintomas. A abordagem ao utente e ao medicamento deve centrar-se sempre na racionalidade e na adequação ao uso. São, por fim, de referir, casos de utentes que se deslocaram à farmácia para medição da pressão arterial e nos quais se observou que esta se encontrava bastante elevada após duas ou três medições consecutivas e depois de o utente estar algum tempo em repouso. Neste caso é também muito importante aconselhar o doente a deslocar-se ao médico para este tentar averiguar qual a razão da elevação da pressão arterial.

## Riscos da automedicação

A automedicação apresenta benefícios quer para o indivíduo, quer para a sociedade, pois permite a resolução de problemas menores de saúde de forma mais rápida e com menor dispêndio de recursos financeiros, uma vez que evita o tempo de espera da consulta médica e os respectivos encargos. Permite, ainda, aliviar a pressão sobre o SNS, libertando recursos que podem ser aplicados em situações de carência e contribuir para o aumento da consciência cívica. No entanto a automedicação acarreta riscos que, algumas vezes, são negligenciados por falta de conhecimento e aconselhamento adequado. A sobredosagem, que pode desencadear reações adversas, o efeito aditivo por toma do medicamento por períodos de tempo prolongados, erros na posologia e modo de administração são alguns desses riscos. Por outro lado, se o doente fizer outras terapêuticas concomitantes podem ocorrer interações com esses medicamentos. Por fim, como já referido, a automedicação pode mascarar a verdadeira doença.

## Quadros sintomáticos que requerem terapêutica medicamentosa e quadros que podem ser abordados apenas com medidas não farmacológicas

Deve averiguar-se se os sintomas são passíveis de tratamento com medidas não farmacológicas como a maior ingestão de líquidos num estado gripal ou de rinite infecciosa comum e a lavagem do nariz com água do mar ou soro fisiológico, entre outros. No caso de ser necessária medicação deve perguntar-se a quem se destina e eventuais patologias ou alergias. Foi comum a ida dos doentes à farmácia queixando-se de tosse. Tratando-se de uma tosse que incomode o doente e que não esteja presente há vários dias deve recomendar-se um mucolítico/expetorante ou antitússico conforme esta seja produtiva ou não. No entanto, caso esta se apresente por longos períodos de tempo deve aconselhar-se a ida ao médico.

## Indicação farmacêutica de um MNSRM

As condições climatéricas diversas a que se assiste durante o ano propiciam o desenvolvimento de certos micro-organismos. É comum a ida à farmácia em virtude de síndromas gripais com congestão nasal, rinorreia, tosse com ou sem expectoração, dores no corpo e febre, tendo-se recomendado a toma de um expectorante ou antitússico, de descongestionantes nasais ou soluções para lavagem das fossas nasais, analgésicos, antipiréticos, anti-inflamatórios, consoante as situações. A obstipação e a diarreia são duas outras situações que motivaram bastantes idas à farmácia. É necessário prestar o melhor aconselhamento possível quanto a antidiarreicos e laxantes, pois são várias as classes consoante o mecanismo de ação e é extremamente importante excluir possíveis causas externas destes problemas. O uso de alguns medicamentos ou patologias que possam provocar

estes sintomas são duas dessas possíveis causas. No caso de nenhuma causa externa se ter verificado foram recomendados laxantes e obstipantes, respetivamente. As queixas de prurido no nariz e pele, bem como rinorreia e espirros foram também observadas, tratando-se, na maioria delas, de alergias já identificadas pelos doentes a várias substâncias como ácaros, pólen e flores. Nestas situações aconselharam-se vários tipos de medicamentos desde descongestionantes a anti-histamínicos e cremes.

**Complementar a dispensa de um MNSRM com as indicações necessárias e suficientes para promover o seu uso racional**

Depois de se verificar que não existe qualquer contra indicação para a dispensa do medicamento é fundamental dar as melhores indicações (posologia, modo de administração, contra-indicações, interações, reações adversas, efeitos indesejáveis e tempo necessário para se verificarem melhorias) verbalmente e por escrito. Deve, por fim, alertar-se o utente para que se os sintomas não melhorarem se deve dirigir ao médico.

Existe, no anexo do Despacho n.º 17690/2007 de 23 de Julho, uma lista de situações passíveis de automedicação (protocolos) elaborada por parte de um grupo de consenso sobre estas situações.<sup>10</sup>

## **9. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde**

### **9.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene**

Um *Produto Cosmético* é qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais.<sup>11,12</sup>

Estes produtos podem dividir-se nas seguintes categorias ou modos de apresentação:

- Cremes, emulsões, loções, leites, geles e óleos para a pele;
- Máscaras de beleza;
- Bases coloridas;
- Pós para maquilhagem, *blush*, talcos, pós para aplicar depois do banho, pós para higiene;
- Sabonetes, sabões, desodorizantes;
- Perfumes e águas-de-colónia;
- Preparações para banho e duche;
- Depilatórios;

- Desodorizantes e anti-transpirantes;
- Produtos capilares;
- Produtos de *mise en plis e brushing, plix*;
- Produtos de limpeza;
- Produtos de manutenção do cabelo e produtos para penteados;
- Produtos para a barba;
- Produtos para maquiagem e desmaquiagem do rosto e dos olhos;
- Produtos para aplicação nos lábios;
- Produtos para os cuidados dentários e bucais;
- Produtos para os cuidados e maquiagem das unhas;
- Produtos para cuidados íntimos, de uso externo;
- Produtos para proteção solar e pós-solar;
- Produtos para bronzamento sem sol;
- Produtos para branquear a pele;
- Produtos anti-rugas.

### Principais aspetos legais que condicionam os mesmos

Os produtos cosméticos são regulados pelo Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de Setembro, alterados pelos Decreto-Lei nº 115/2009, de 18 de Maio, Decreto-Lei nº 113/2010, de 21 de Outubro, Decreto-Lei 63/2012, de 15 de Março, e Decreto-Lei nº 245/2012, de 09 de Novembro. O Infarmed tem por missão regular e supervisionar o mercado de produtos cosméticos segundo os mais elevados padrões de proteção da saúde pública, garantindo o acesso dos profissionais de saúde e dos cidadãos a produtos cosméticos de qualidade, eficazes e seguros.

### Situações passíveis de correção mediante um produto de dermofarmácia/ situações mais graves que requerem atenção médica

Quando um doente se dirige à farmácia, o profissional de saúde deve possuir conhecimentos necessários para, através da sua observação, diferenciar inúmeras patologias ou situações dermatológicas, como dermatites, dermatoses descamativas, psoríase, acne, dermatomicoses, verrugas, calosidades, herpes e pediculose. Algumas destas situações podem ser resolvidas através da automedicação e do aconselhamento. As patologias como psoríase, acne, lesões ou manchas na pele provocadas por substâncias químicas ou medicamentosas (toxicodermias) ou sinais que possam ser suspeitos de patologia maligna são de recomendação médica direta. As situações dermatológicas passíveis de correção mediante um produto de dermofarmácia foram as dominantes. São exemplos as micoses nos pés e unhas, tinhas corpóreas, nas quais foram recomendados cremes, vernizes ou *sprays* constituídos por

antifúngicos e o herpes labial, onde se recomendaram as medidas de higiene adequadas e o antivírico tópico. A acne foi outra situação que motivou algumas idas à farmácia, sendo recomendado avaliar-se o grau da mesma, e em função disso, aconselhar a melhor terapêutica no caso de não se achar necessário o reencaminhamento ao médico, transmitindo o modo de aplicação e duração do tratamento. Quando um utente se dirige à farmácia para adquirir um medicamento como a isotretinoína torna-se necessário o melhor aconselhamento possível em virtude das múltiplas interações deste fármaco. É, ainda, importante aconselhar as medidas de limpeza da pele adequadas e transmitir ao utente quais os fatores de agravamento.

As alergias e rinites alérgicas foram bastante presenciadas, em parte devido à altura do ano, sendo que nestes casos os doentes se queixavam de prurido, rinorreia e espirros. O aconselhamento centrou-se em medidas não farmacológicas como a recomendação da ingestão de líquidos, o averiguar se o doente tem alguma alergia conhecida ou diagnosticada, cremes e pomadas para hidratação da pele e minoração do prurido. No caso de formulações contendo corticosteróides foi transmitida ao doente a informação sobre os cuidados a ter com o seu uso e efeitos adversos. A psoríase foi uma patologia raramente observada. Trata-se de uma doença que quando apresenta uma percentagem pequena de lesões (menos de duas) pode ser prestado o seu aconselhamento sem recorrer ao médico. Pode aconselhar-se como terapia não-farmacológica a hidratação da pele através de pomadas, emolientes e águas termais, entre outros. A nível farmacológico a aplicação de queratolíticos pode ser uma boa opção. No caso de lesões de maior área e número (mais de duas) deve aconselhar-se a ida ao médico.

**Informar o utente acerca do correto modo de aplicação do produto, eventuais efeitos adversos, duração do tratamento, e outros condicionantes**

Cada situação é especial e os aconselhamentos a nível dos produtos de dermofarmácia são muito variados. No que diz respeito ao aconselhamento a prestar este é feito verbalmente e se necessário por escrito, explicando ao doente como fazer a aplicação do produto, a sua posologia, a duração do tratamento e efeitos adversos possíveis. É, por fim, muito importante recomendar os cuidados a ter com a exposição solar para formulações fotossensíveis, recomendando a exposição mínima e no caso de esta existir recorrer a um protetor solar.

## 9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Entendem-se por produtos dietéticos destinados a alimentação especial, segundo o Decreto-Lei nº 206/2008 de 11 de Novembro, os produtos específicos de uma categoria de géneros alimentícios sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais de doentes e para consumo sob supervisão médica, destinando-se à alimentação exclusiva ou parcial de doentes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabólicos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares que não géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial ou por uma combinação de ambos. O Decreto-Lei n.º 74/2010 de 21 de Junho define os alimentos destinados a uma alimentação especial como sendo aqueles que, devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, se distinguem dos alimentos de consumo corrente, e mostram-se adequados às necessidades nutricionais especiais de determinadas de pessoas. Os produtos para alimentação especial disponíveis em *stock* na farmácia ou por encomenda, dividem-se nos seguintes grupos<sup>13</sup>:

- 1- Para carências nutricionais e geriatria, existem gamas como o Fresubin®, Fortimel®, Fortimel® Extra, Fortimel® Energy, Fortimel® Creme, Nutrison® e Modulares (em pó) como Protifar®, Fantomalt® e Stimulance®;
- 2- Para necessidades metabólicas e outras existem as gamas PKU e não PKU;
- 3- Para necessidades especiais específicas, estão disponíveis as gamas Diasip®, Nutilis® Powder e Cubitan®;
- 4- Para alergia e desenvolvimento infantil está disponível a gama Fortini®;
- 5- Produtos ao abrigo do Despacho n.º 14319/2005 (2ª série).

### Patologias ou situações que podem conduzir à necessidade de recurso a alimentação especial

De acordo com o Decreto-Lei nº 74/2010 de 21 de Junho, artigo 2º, as principais patologias ou situações que podem conduzir à necessidade de alimentação especial são enumeradas em três grupos:

- 1- Pessoas cujo processo de assimilação ou cujo metabolismo se encontrem perturbados;
- 2- Pessoas que se encontram em condições fisiológicas especiais e que, por esse facto, podem retirar benefícios especiais de uma ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos;
- 3- Lactentes ou crianças de pouca idade em bom estado de saúde.

## Esquema de comparticipação de alguns destes produtos pelos diversos subsistemas de saúde

Analisando o Despacho n.º 14319/2005 (2ª série) verifica-se que a comparticipação é feita a 100% para as misturas de aminoácidos, triglicéridos de cadeia média, pós dietéticos e produtos dietéticos hipoproteicos (desde que sejam prescritos pelos centros de tratamento designados pelo Instituto de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães (IGM), ou nas unidades hospitalares de doenças metabólicas protocoladas com o referido Instituto) necessários aos doentes afetados de erros congénitos do metabolismo do grupo das aminoacidopatias, acidúrias orgânicas, doenças do ciclo da ureia, défices da B-oxidação dos ácidos gordos, argininemia e galactosemia, entre outros. Os hospitais protocolados com o IGM são o Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E., o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, E.P.E., o Hospital Central do Funchal, o Hospital do Divino Espírito Santo, de Ponta Delgada; o Hospital de Santa Maria, E.P.E., o Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, o Hospital de S. João, E.P.E. e os Hospitais da Universidade de Coimbra.<sup>13</sup>

## Dispensa e aconselhamento destes produtos

A dispensa destes produtos no balcão da farmácia foi esporádica e por encomenda. Constatou-se a importância da comparticipação para quem deles necessita, uma vez que os preços são muito elevados.

## Outras atividades realizadas no âmbito dos produtos dietéticos para alimentação especial

Fizeram-se papéis medicamentosos de nitisinona, tratamento indicado para o défice de tirosina. As crianças com este défice não possuem a capacidade de metabolização da tirosina e originam-se substâncias tóxicas no sangue que podem levar a falha hepática, renal e problemas neurológicos. A nitisinona previne a acumulação das referidas substâncias por bloqueio da degradação da tirosina. Contudo a tirosina permanece no corpo e é ainda necessário complementar esta terapêutica com uma dieta especial (com um teor baixo de tirosina e fenilalanina). A nitisinona encontra-se encapsulada na forma de cápsulas duras, as quais depois de pesadas na balança analítica, foram abertas e calculada a quantidade de pó necessária para cada papel. Aquando da sua utilização, cada papel deve ser aberto e o seu conteúdo misturado num líquido, estando depois pronto a ser deglutido.<sup>15</sup>

### 9.3. Produtos dietéticos infantis

Os princípios de alimentação habitual da criança são divididos em três faixas etárias:

- 0-4meses- leite materno;
- 4-6meses- papas sem glúten;
- > 6meses- papas com glúten.

No decorrer do estágio foi possível observar o trabalho de um grupo de Conselheiras em Aleitamento Materno criado na cidade da Guarda que aposta na promoção do leite materno e no apoio presencial, por telefone ou *email* às mães com dificuldades na amamentação. Estas conselheiras deslocam-se periodicamente à farmácia. No que ao leite materno diz respeito são conhecidos os benefícios para o bebé e para a própria mãe. Para o bebé está adaptado às suas necessidades nutricionais e digestivas e à temperatura ótima. Possui, também, anticorpos e endorfinas que lhe conferem proteção e ajudam a reduzir a dor, previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, tem um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca. Por fim, o leite materno faz com que os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos. No que diz respeito às vantagens para a mãe o aleitamento materno promove a normalização do tamanho e forma do útero prevenindo hemorragias pós-parto, promove o retorno ao peso ideal e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama.

Na farmácia existem leites com e sem glúten, sem lactose, hipoalergénicos (HA), anti regurgitantes (AR), anticólicas (AC), fórmulas que favorecem o trânsito intestinal, fórmulas espessantes e fórmulas isentas de proteínas do leite de vaca. No que diz respeito aos boiões, estes são de fruta, carne e legumes ou misturas e as farinhas são lácteas ou não lácteas. Todos estes produtos estão disponíveis em diferentes gamas adaptadas à idade da criança.<sup>16</sup>

Quando se dispensa um leite deve informar-se o utente da existência de uma colher na lata do leite bem como dar indicações sobre as quantidades de água e leite a adicionar no biberão. É, também, bastante importante enfatizar a necessidade da esterilização dos biberões, tetinas e chupetas, porque todos estes objetos podem ficar facilmente contaminados e transmitir infeções. Para isso deve proceder-se à limpeza do objeto e em seguida colocar-se o material a esterilizar num recipiente com água a ferver durante dez minutos.

As principais situações que levam a alterações no esquema habitual da alimentação infantil são:

- Alergias- nestas situações são indicados os leites Nutramigen® ou HA;

- Cólicas- para cólicas devem ser utilizados os leites que contenham a designação AC (anticólicas);
- Regurgitação- para problemas de regurgitação os leites AR (anti regurgitação) são os aconselhados;
- Gases- Nutriben infusão *Alivit*<sup>®</sup> gases especialmente indicado para crianças e lactentes com este problema;
- Obstipação-neste caso é indicado o leite NAN Transit<sup>®</sup>;

Segundo a lei, os profissionais de saúde não podem fazer qualquer tipo de publicidade quando se tratam dos primeiros leites e devem sempre alertar para a importância do aleitamento. O Decreto-Lei n.º 53/2008 de 25 de Março define normas de rotulagem, composição, apresentação e publicidade, fixa os teores máximos de resíduos de pesticidas que podem estar presentes, proíbe a utilização de determinados pesticidas nos produtos agrícolas destinados à sua produção e estabelece a obrigação para os responsáveis pela colocação desta categoria de produtos no mercado de notificar a sua comercialização.

#### 9.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

Os produtos nutracêuticos existentes na farmácia:

- Homeopáticos, como por exemplo o *L52* utilizado para gripes e febres em adultos e crianças, *nux vomica*, *serotoninum muriaticum*;
- Fitoterapia, no espaço celeiro, onde estão incluídos vários produtos como as Arkocapsulas<sup>®</sup> que possuem diferentes composições consoante a função a que se destinam, oligoelementos como produtos com algas, aromaterapia constituída por óleos essenciais, chás e infusões para diversos fins, produtos para emagrecimento, estimulantes cerebrais, barras energéticas, suplementação desportiva, produtos de agricultura biológica e diversos alimentos adaptados a intolerâncias ou problemas alimentares como por exemplo à lactose, doença celíaca, entre outras.<sup>16</sup>

Deve-se questionar o utente sobre qual o produto desejado, qual o efeito pretendido, a presença ou não de patologias e se existe terapêutica medicamentosa concomitante. Por fim deve indicar-se qual o correto modo de administração e/ou preparação, os possíveis efeitos adversos e alertar o utente que caso surja algum efeito adverso deve consultar o médico ou o farmacêutico.

São de destacar os seguintes princípios ativos: alcachofra, indicada para problemas de vesícula; alfazema indicada na asma e facilitadora da digestão; alho, protetor cardiovascular e redutor do colesterol; camomila, com ações modeladoras sobre o sistema imunológico e relaxante natural; carvão vegetal, com capacidade de adsorvente no combate à flatulência; castanheiro-da-índia, indicado em problemas de circulação; eucalipto adjuvante em estados de tosse; ginseng indicado para o cansaço físico e mental; hipericão com indicações em estados depressivos; maca, indicada em estados de fadiga e *stress*; malva com propriedades anti-inflamatórias; oliveira adjuvante em estados de hipertensão arterial; passiflora, útil em estados de stress, ansiedade e insónias; sabugueiro indicado em estados gripais e resfriados; tília indicada em dores de cabeça, perturbações nervosas e cólicas abdominais; uva-ursina adjuvante em infeções urinárias; valeriana adjuvante na insónia e ansiedade.<sup>16</sup>

## 9.5. Medicamentos de Uso Veterinário (MUV)

Foram dispensados alguns MUV que possuem diversas indicações para cães, gatos, porcos, coelhos, vacas e cavalos.

Na farmácia encontram-se disponíveis os seguintes MUV<sup>16</sup>:

- . Terramicina<sup>®</sup>- Cloridrato de oxitetraciclina e cloreto de benzetónio, indicada no tratamento de diarreias, doenças respiratórias e coriza das aves, pneumonia e bronquite;
- . Drontal<sup>®</sup>- Anti-helmíntico para animais adultos como cães e gatos;
- . FRONTLINE Combo<sup>®</sup>- indicado em cães e gatos protegendo contra pulgas e carraças e piolhos;
- . Advantage<sup>®</sup>- para prevenção e controlo de infeções por pulgas em cães, cujo princípio ativo é imidaclopride;
- . PILUSOFT<sup>®</sup> e Megecat<sup>®</sup>- têm como princípio ativo: acetato de megestrol, e estão principalmente indicados para a prevenção do cio em cadelas e gatas e interrupção da lactação;
- . Scalibor<sup>®</sup> Protector Band- protege os cães contra flebótomos e carraças durante 6 meses. Após a sua colocação no pescoço do cão, liberta a deltametrina, o princípio ativo.

Aquando da dispensa destes produtos deve alertar-se o utente para a forma de administração, porque muitos *sprays* e pomadas apresentam substâncias tóxicas e nocivas para o humano e para o animal em caso de ingestão acidental. Deve, ainda, verificar-se se o produto é adequado à altura do ano e ao tipo e peso do animal. Destaca-se, como exemplo, que após a aplicação de Frontline<sup>®</sup> o animal não deve ser lavado nem escovado durante dois dias para este não perder a ação.<sup>17,18</sup>

## 9.6. Dispositivos Médicos (DM)

Os dispositivos médicos são importantes instrumentos de saúde que englobam um vasto conjunto de produtos. São destinados, pelo seu fabricante, a serem utilizados para fins comuns aos dos medicamentos, tais como prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença humana. Devem atingir os seus fins através de mecanismos que não se traduzem em ações farmacológicas, metabólicas ou imunológicas, por isto se distinguindo dos medicamentos.

Segundo a Diretiva 93/42/CEE de 14 de Junho de 1993 e o Decreto- Lei n.º 145/2009 de 17 de Junho, os dispositivos médicos dividem-se em quatro classes de risco, atendendo à vulnerabilidade do corpo humano a estes<sup>19</sup>:

- 1- Dispositivos médicos de classe I - baixo risco
- 2- Dispositivos médicos de classe IIa - médio risco
- 3- Dispositivos médicos classe IIb - médio risco
- 4- Dispositivos médicos classe III - alto risco

Existe uma vasta gama de dispositivos médicos na farmácia como sacos coletores de urina, meias de compressão, joelheiras, colares cervicais, muletas, cadeiras de rodas e fraldas, seringas sem agulha, algodão hidrófilo, ligaduras e pensos para a incontinência (classe I). Quanto aos dispositivos de classe IIa estão disponíveis compressas de gaze hidrófila, pensos de gaze não impregnados com medicamentos, adesivos oclusivos, cateteres urinários, termómetros, medidores de tensão, seringas com agulhas, lancetas e luvas cirúrgicas, entre outros. Da classe IIb estão disponíveis dispositivos que se destinam a ser utilizados principalmente em feridas que tenham fissurado a derme de forma substancial e extensa e onde o processo de cicatrização só se consegue por intervenção secundária (material de penso para feridas ulceradas extensas e crónicas), canetas de insulina, dispositivos utilizados na contraceção e/ou prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e dispositivos destinados especificamente a serem utilizados na desinfeção, limpeza, lavagem ou hidratação da lentes de contacto. Por último estão também disponíveis pensos com medicamentos, dispositivos utilizados na contraceção implantáveis ou invasivos de utilização a longo prazo, testes de gravidez, equipamento para medição de glicémia, glicosúria e cetonúria, recipientes para colheita de amostras, esterilizados e não esterilizados, todos eles pertencentes à classe III.<sup>16</sup>

Sempre que se dispensa um dispositivo médico deve questionar-se o utente se possui informação acerca da sua utilização ou se é a primeira vez e, se tal for o caso, deve explicar-se ao utente como fazer a utilização correta do mesmo.

## 10. Outros cuidados de Saúde prestados na Farmácia de estágio

Na farmácia, no gabinete de enfermagem são feitas medições ao colesterol total, colesterol HDL, glicémia, triglicerídeos, ácido úrico, creatinina, gpt, hemoglobina, INR e PSA, urianálise bem como avaliação do perfil lipídico (colesterol total, HDL, triglicerídeos e colesterol LDL por cálculo), determinação do peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e massa gorda, medição da Pressão Arterial, testes de gravidez e administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação. Deve-se verificar se o aparelho em questão se encontrada em boas condições de funcionamento e calibrado. Quando se usam tiras teste é muito importante conferir se estas estão dentro do prazo de validade e se correspondem ao teste a realizar.<sup>1</sup>

Antes da medição de qualquer parâmetro deve-se questionar o utente sobre possível medicação e/ou doença existente, idade, e se é costume apresentar algum valor alterado. Dependendo do teste em questão devem aplicar-se diferentes técnicas. No caso da medição da pressão arterial o utente deve estar sentado e deve ser questionado sobre se fez algum exercício ou esforço antes da medição. Em caso afirmativo deve deixar-se o utente repousar uns minutos. No caso de testes bioquímicos como a medição do colesterol, triglicerídeos ou glicémia deve questionar-se o utente se ingeriu algum alimento ou se se encontra em jejum. A medição dos triglicerídeos deve ser sempre realizada em jejum e a medição do colesterol duas horas após qualquer refeição. Para a medição dos parâmetros bioquímicos os aparelhos utilizados na farmácia, são o medidor portátil da glicémia e o *Reflotron® Plus* que se trata de um aparelho de diagnóstico concebido para a determinação quantitativa de parâmetros de química clínica utilizando tiras-teste reativas. Trabalha com base no princípio da fotometria de refletância e assegura, segundo o fabricante, resultados comparáveis aos obtidos por métodos laboratoriais *standard*, em dois ou três minutos por parâmetro. Não requer calibração e permite a seleção individual de parâmetros e sua determinação direta a partir de sangue capilar ou venoso, plasma ou soro com um pequeno volume da amostra.<sup>20</sup>

Assim, para executar uma medição de um parâmetro bioquímico, após proceder à higiene das mãos, começou por se aplicar a amostra numa tira de teste, usando-se sempre sangue de um dos dedos da mão do utente. A amostra não precisa de qualquer preparação específica ou manuseamento especial. Em seguida inseriu-se a tira na câmara de leitura e nesta o código magnético existente na tira teste identifica o parâmetro em análise. Todo o processamento é feito automaticamente pelo aparelho em 2 ou 3 minutos.<sup>20</sup>

Quanto a valores de referência dos diversos parâmetros, para a glicémia, se se tratar de um diabético os valores de glicémia pré-prandial normais variam entre 70 e 130 mg/dL e os pós-prandiais até cerca 180 mg/dL. No caso de um utente não diabético, a glicémia pré-prandial varia entre 60 e 100mg/dL e a pós prandial vai até 140 mg/dL. Quanto ao colesterol total, o valor normal encontra-se abaixo de 190 mg/dL. São considerados valores elevados os superiores ou iguais a 240 mg/dL. No que diz respeito aos triglicerídeos, os valores normais devem ser inferiores ou iguais a 150 mg/dL. Consideram-se altos quando forem superiores a

200 mg/dL. Para os níveis de ácido úrico, o intervalo de referência é entre 3,4 e 7 mg/dL e os níveis de Creatinina têm valores de referência entre 0,7 e 1,1 mg/dL. Os níveis de Hemoglobina variam entre 13 e 18 g/dL. Por fim, os valores normais da tensão arterial são inferiores a 120 mmHg sistólicos e a 80 mmHg diastólicos.

As patologias que levam à realização de alguns destes testes são a diabetes, hipertensão ou hipotensão arterial, gota (hiperuricemia), hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hipertrofia benigna prostática.

Os fármacos mais comumente usados na hipertensão são, segundo o mecanismo de ação, os diuréticos, IECAs, os ARAs, os bloqueadores de canais de cálcio e os bloqueadores  $\alpha$  e  $\beta$ . No que diz respeito à diabetes se esta for do tipo um são as insulinas a terapêutica *standard*, se se tratar do tipo 2 são as insulinas e os antidiabéticos orais, como sulfonilureias (gliclazida), biguanidas (metformina) e glitazonas (pioglitazona). Quando às dislipidémias as terapêuticas dominantes são as Estatinas (redução dos níveis colesterol principalmente) e os fibratos (redução dos níveis de triglicédeos maioritariamente).<sup>21,22,23</sup>

## Registo dos resultados e temas abordados com os utentes que recorrem a estes serviços na farmácia

Aquando da realização dos testes é fornecido ao utente um cartão com o seu nome, os resultados e data de realização. No caso de se tratar de um utente com seguimento farmacoterapêutico na farmácia, os resultados são também introduzidos na respetiva ficha.

Tirando partido de se tratar de um local com maior privacidade, é aconselhável a obtenção de alguma informação clínica do doente. Deve, assim, questionar-se, caso se trate de um doente com alguma terapêutica instituída, se este tem realizado a administração correta dos medicamentos prescritos bem como se a alimentação é adequada ao problema de saúde que possui. Num caso destes deve, ainda, perguntar-se com que frequência o doente vai às consultas médicas e se realiza análises de rotina regularmente. O farmacêutico deve, ainda, prestar aconselhamento e informação que promovam um estilo de vida saudável e incentivar ao abandono de fatores de risco suscetíveis de agravar o prognóstico da doença, incentivar a autovigilância através da monitorização periódica, promover a adesão à terapêutica, assim como esclarecer o doente sobre a doença, possíveis complicações e melhor forma de as controlar.

## Identificar, perante os resultados obtidos, quando encaminhar o utente ao médico

Depois de se obterem os resultados, deve-se verificar se estes se encontram dentro dos valores normais. No caso de haver um desvio muito elevado deve aconselhar-se o utente, sem o alarmar, a deslocar-se ao médico ou ao hospital. Ocorreram algumas situações de

doentes com valores de pressão arterial, colesterol total ou glicémia bastante elevados. Nestes casos foi aconselhada a ida ao médico e esclareceram-se todas as dúvidas e receios dos doentes, sendo o feedback sempre bastante positivo.

## 11. Preparação de Medicamentos

Segundo a lei, as matérias-primas e os materiais utilizados na preparação de medicamentos manipulados devem cumprir as exigências constantes nas suas monografias, devendo ser adquiridos a fornecedores autorizados pelo Infarmed e acompanhados por um boletim de análise, onde conste a que lote pertence a matéria-prima. Verificou-se, periodicamente, o estado de conservação de todas as matérias-primas armazenadas no laboratório como água purificada, vaselina, ácido bórico, ácido salicílico, mentol, óxido de zinco entre outros, bem como se todas elas se encontravam devidamente rotuladas.

Durante o estágio foi efetuada a entrada de algumas matérias-primas e, segundo as boas práticas da preparação de manipulados, as embalagens devem conter no rótulo a identificação da matéria-prima, fornecedor, número do lote, condições de conservação, cuidados de manuseamento e prazo de validade. De acordo com o Despacho n.º 18/91, de 12 de Agosto, as matérias-primas devem ser armazenadas num local sombrio para evitar exposição à luz e a temperatura e humidade devem ser controladas com equipamentos apropriados. O armazenamento deve ser o mais organizado possível para, assim, evitar confusão entre produtos bem como devem existir áreas bem delimitadas para produtos inflamáveis, de higiene e limpeza, material de embalagem e matérias-primas. As substâncias devem, assim, ser armazenadas cumprindo a regra de que sai primeiro o que entrou primeiro (*First in first out*). Deve também ser possível manter atualizados os prazos de validade de todos os materiais existentes.

No laboratório da farmácia, num arquivador próprio para o efeito, existe uma folha de registos onde se efetua a entrada e saída das matérias-primas. Nesta folha cada produto é numerado, indicando-se, também, o seu nome, lote, prazo de validade e fabricante. O operador que utiliza a matéria-prima deve rubricar a folha bem como indicar a data de entrada e saída da mesma, a quantidade gasta e o saldo existente na farmácia.

Os materiais usados para a preparação de manipulados devem ser facilmente laváveis e desinfetáveis. Os equipamentos de medição devem ser calibrados e controlados periodicamente. No que diz respeito às embalagens que contactam diretamente com o manipulado (embalagem primária) estas devem ser compatíveis a nível químico e físico com o medicamento e devem evitar a entrada de luz ou ar. O material de que são feitas, nomeadamente vidro, plásticos e gelatina, deve satisfazer às exigências da *Farmacopeia Portuguesa* ou das farmacopeias de outros Estados membros das Comunidades Europeias. Na farmácia as embalagens onde foram armazenados os manipulados realizados foram frascos unguator, frascos de vidro âmbar e frascos conta-gotas.

Foram executadas algumas preparações magistrais e oficinais, nomeadamente pomadas de vaselina salicilada, pós para hiperidrose (com ácido bórico, ácido salicílico e mentol), papéis medicamentosos de nitisinona e soluções de álcool boricado à saturação. Inicialmente deve avaliar-se a prescrição no que respeita à quantidade de princípio ativo e sua dose, bem como excluir possíveis interações ou incompatibilidades. Seguidamente deve pesquisar-se, na Farmacopeia Portuguesa, Formulário Galénico Português ou noutra fonte de informação fidedigna, qual a monografia do medicamento manipulado, o material a utilizar, as quantidades necessárias de matérias-primas e a técnica a executar (Anexo VIII). É, também, necessário verificar a disponibilidade e estado de conservação das matérias-primas, equipamentos e materiais de embalagem, assegurando assim que estão reunidas todas as condições para iniciar a preparação do manipulado. Seguidamente procede-se às medições e pesagens, utilizando a balança analítica e os equipamentos apropriados para mistura dos diversos excipientes e princípios ativos (almofariz, pilão, espátulas, entre outros). Após a preparação do manipulado procede-se ao seu acondicionamento e rotulagem tendo em conta os aspetos referidos anteriormente. Antes de se dispensar o manipulado devem, ainda, realizar-se as verificações necessárias para garantir a boa qualidade do produto final.<sup>24,25</sup>

## Cálculo do preço dos medicamentos preparados pelo Regimento Geral de Preços

O cálculo do preço dos medicamentos manipulados obedece ao disposto na Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho. Os honorários da preparação são calculados com base num fator F de valor fixo, que será multiplicado em função das formas farmacêuticas e quantidades preparadas, da complexidade e da exigência técnica e do tempo de preparação dos medicamentos manipulados em causa. Este fator é atualizado anualmente e segundo a proporção do crescimento do índice de preços ao consumidor divulgado pelo INE para o ano anterior. O cálculo do valor das matérias-primas é determinado pelo valor da aquisição multiplicado por um fator, consoante a maior das unidades em que estas forem utilizadas ou dispensadas. Quanto aos valores referentes aos materiais de embalagem são determinados pelo valor da aquisição multiplicado pelo fator 1,2. Aos valores de aquisição a utilizar no cálculo será, previamente, deduzido o IVA respetivo, quer para as matérias-primas, quer para os materiais de embalagem. O preço de venda ao público dos medicamentos manipulados é o resultado da aplicação da fórmula: (Valor dos honorários + Valor das matérias-primas + Valor dos materiais de embalagem) x 1,3, acrescido o valor do IVA à taxa em vigor (anexo VIII).<sup>26</sup>

## Rotulagem de manipulados e enquadramento legal

A rotulagem das embalagens deve fornecer toda a informação necessária ao doente e deve explicitamente indicar:

- a) Nome do doente (no caso de se tratar de uma fórmula magistral);
- b) Fórmula do medicamento manipulado prescrita pelo médico;
- c) Número do lote atribuído ao medicamento preparado;
- d) Prazo de utilização do medicamento preparado;
- e) Condições de conservação do medicamento preparado;
- f) Instruções especiais, eventualmente indispensáveis para a utilização do medicamento, como, por exemplo, «agite antes de usar», «uso externo» (em fundo vermelho), etc.;
- g) Via de administração;
- h) Posologia;
- i) Identificação da farmácia;
- j) Identificação do farmacêutico diretor técnico.<sup>27</sup>

## Atribuição da validade ao produto acabado

No Formulário Galénico Português estão indicados quais os prazos de utilização dos vários manipulados, em função da forma farmacêutica. É, ainda, aconselhável realizar uma pesquisa bibliográfica relativa à estabilidade, natureza e mecanismos de degradação das matérias-primas, da embalagem a utilizar, das condições de conservação e da duração do tratamento.<sup>28</sup>

Na ausência de dados sobre a estabilidade de um determinado medicamento, recomendam-se os seguintes prazos de utilização para os medicamentos manipulados não estéreis, conservados em embalagens bem fechadas, ao abrigo da luz e à temperatura ambiente:

-Para preparações líquidas não aquosas e preparações sólidas quando a origem da substância ativa é um produto industrializado, o prazo de utilização do medicamento manipulado será 25% do tempo que resta para expirar o prazo de validade do produto industrializado, sem exceder os 6 meses. Quando a substância ativa consiste numa matéria-prima individualizada, isto é, não proveniente de um produto industrializado, o prazo de utilização do medicamento manipulado não deverá exceder 6 meses;

- No caso de preparações líquidas que contêm água (preparadas com substâncias ativas no estado sólido) o prazo de utilização do medicamento manipulado não deverá ser superior a 14 dias e deve ser conservado no frigorífico.

- Para as restantes preparações o prazo de utilização do medicamento manipulado deverá corresponder à duração do tratamento. No caso de este se prolongar por mais de 30 dias, deverá adotar-se um prazo de utilização máximo de 30 dias.<sup>28</sup>

## Especificações da água purificada para preparação de medicamentos

De acordo com a Farmacopeia Portuguesa, a água purificada é aquela que é destinada à preparação de formas farmacêuticas com exceção das que são obrigatoriamente estéreis e isentas de pirogénios, exceto se justificado e autorizado. Durante o estágio registou-se a data da abertura de cada embalagem que foi adquirida aos fornecedores.<sup>29</sup>

## Bibliografia adequada e necessária para a preparação de manipulados

De acordo com a Deliberação n.º 1504/2004, de 7 de Dezembro, a bibliografia adequada e necessária para a preparação de medicamentos manipulados é composta pelas Farmacopeias e formulários Portugueses e Europeus, Formulários oficiais dos Estados membros da União Europeia, *United States Pharmacopeia/National Formulary*, Formulário Galénico Português, Centro Tecnológico do Medicamento e Associação Nacional das Farmácias.<sup>30</sup>

Enquadrar os medicamentos manipulados no regime de participação em vigor com o SNS e as diversas entidades.

Os preparados oficiais incluídos na Farmacopeia Portuguesa ou no Formulário Galénico Nacional e as fórmulas magistrais que constam da lista de medicamentos manipulados participáveis de acordo com estabelecido no Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio, são passíveis de participação em 30% do seu preço.<sup>31</sup>

## 12. Contabilidade e Gestão

Fatores que condicionam a atribuição de funções e responsabilidades entre os vários colaboradores da farmácia

Cada elemento da farmácia tem uma função definida por parte da Diretora Técnica e do Administrador. No entanto, todos cooperam uns com os outros, o que contribui para uma boa organização no trabalho e para a prossecução dos objetivos traçados.

Princípios gerais da legislação laboral aplicável no contexto da farmácia comunitária

A legislação farmacêutica, nos últimos anos, encontra-se em constante atualização e alteração nos últimos anos. No *site* do Infarmed esta pode ser consultada para obter informação sempre que necessário.

Requisitos legais e administrativos das várias fases do processamento de receituário

Durante cada mês são verificadas todas as receitas da farmácia de cada organismo. Estas são ordenadas e separadas por lotes, sendo impressos os verbetes de identificação dos lotes e ordenados. No final do mês é impressa a relação de resumo de lotes e respetiva faturação. Os lotes são, então, enviados para o Infarmed, para serem verificados no Centro de Conferencia de Faturas (CCF).

Caraterizar, nos seus aspetos funcionais e legais, os seguintes documentos contabilísticos

Guia de remessa- documento que indica que ocorreu o envio de mercadoria ou a prestação de serviços;

Fatura- documento de emissão obrigatória para todos os transmissores de bens ou prestadores de serviços, sendo um elemento para o Imposto de Valor Acrescentado (IVA).

Recibo- documento que comprava o pagamento/liquidação de faturas;

Nota de devolução- documento que acompanha e justifica a devolução de um determinado produto, por exemplo por falta de validade;

Nota de Crédito- é um documento emitido por parte de um fornecedor, indicando quantidades/valores acordados, cujo cliente não recebeu ou devolveu. Esta nota também pode ser emitida no caso de mercadorias danificadas;

Inventário- listagem de bens disponíveis/existentes em stock para venda, no decorrer normal da atividade;

Balancete- é um instrumento financeiro que se utiliza para visualizar a lista do total dos débitos e créditos das contas, juntamente com o saldo de cada uma delas (devedor ou credor). O balancete reflete a contabilidade da empresa num determinado período;

IRS (Imposto sobre o rendimento de pessoas singulares) - valor pago relativo ao ordenado dos funcionários;

IRC (Imposto sobre o rendimento das pessoas coletivas) - valor calculado com base no rendimento gerado anualmente pela farmácia e mediante o balanço às finanças;

IVA (Imposto sobre o valor acrescentado) - valor pago mensal ou trimestralmente e cujo valor depende do valor das compras e vendas de cada mês.

## 13. Conclusão

O estágio decorreu no período de 4 de fevereiro a 4 de maio de 2013 na Farmácia da Sé, na Guarda. Trata-se uma farmácia com um espaço amplo e acolhedor e dotada de tecnologia e equipamentos bastante modernos, cumprindo na íntegra todos os requisitos legais. A experiência foi muito positiva, constituindo uma ótima preparação para os desafios esperados num cada vez mais competitivo mercado de trabalho. Os conhecimentos adquiridos foram muitos, em grande parte devido ao auxílio da excelente equipa técnica constituída por profissionais altamente competentes e que pautam o seu trabalho pela excelência na prestação de cuidados de saúde a todos os utentes. Constatou-se o importante papel do farmacêutico enquanto profissional de saúde e promotor do uso racional do medicamento. Estando acessível à maioria da população, o farmacêutico deve estabelecer uma relação salutar com todos os utentes, mostrando-se sempre disponível para ajudar e esclarecer quaisquer dúvidas relacionadas com o uso de medicamentos e outros produtos de saúde. Quanto melhor for a relação de proximidade, confiança e o conhecimento científico transmitido aos utentes, mais fácil será fomentar a adesão à terapêutica, o correto uso dos

medicamentos e a obtenção do reconhecimento da importância da profissão farmacêutica por parte da população.

Durante o período do estágio tomou-se contacto com todas as áreas da farmácia comunitária desde a realização e receção de encomendas, armazenamento, dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde e respetivo aconselhamento, prestação de outros serviços como medições de parâmetros bioquímicos e realização de medicamentos manipulados. Participou-se, ainda, em algumas formações sobre produtos dermofarmacêuticos.

Após a realização deste estágio constata-se que o farmacêutico apenas pode estar preparado para lidar com todas as situações com as quais se pode vir a deparar no dia-a-dia da sua profissão, se proceder a uma constante atualização profissional nas diversas áreas científicas do seu currículo e se se pautar pelo exercício da profissão de uma forma ética.

## 14. Referências Bibliográficas

1. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária; Ordem dos Farmacêuticos; 3ª edição; 2009.
2. Decreto-Lei n.º 307/2007; Diário da República, 1.ª série – N.º 168 – 31 de Agosto de 2007.
3. Ordem dos Farmacêuticos. Disponível em: [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst\\_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=2015](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=2015) (consultado a 10 de Fevereiro de 2013).
4. Infarmed. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS\\_FREQUENTES/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/MUH\\_FARMACOVIGILANCIA](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/MUH_FARMACOVIGILANCIA); (consultado a 10 de fevereiro de 2013).
5. Valormed. Disponível em: <http://www.valormed.pt/> (consultado a 13 de fevereiro de 2013).
6. *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*, Look-Alike, Sound-Alike Medication Names, volume 1, solution 1, May 2007.
7. Infarmed. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/AVALIACAO\\_ECONOMICA\\_E\\_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS\\_USO\\_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS\\_COMPARTICIPADOS/Dispensa\\_exclusiva\\_em\\_Farmacia\\_Oficina](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADOS/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Oficina) (consultado a 13 de fevereiro de 2013).
8. Legislação Farmacêutica Compilada; Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro.

9. Infarmed. Disponível em:  
[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/PRESCRICAO\\_DISPENSA\\_E\\_UTILIZACAO/CLASSIFICACAO\\_QUANTO\\_A\\_DISPENSA](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/CLASSIFICACAO_QUANTO_A_DISPENSA)  
(consultado a 13 de fevereiro de 2013).
10. Legislação Farmacêutica Compilada; Despacho n.º 17690/2007, de 23 de Julho.
11. Infarmed. Disponível em:  
<http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/COSMETICOS> (consultado a 14 de fevereiro de 2013).
12. Decreto-Lei n.º 189/2008; Diário da República, 1.ª série – N.º 185 – 24 de Setembro de 2008.
13. *Nutricia*. Disponível em: URL: <http://www.nutricia.pt/principais/produtos-nutricia>  
(consultado a 16 de fevereiro de 2013).
14. Despacho n.º 14319/2005 (2ª série); Diário da República, N.º 123–29 de Junho de 2005.
15. EMA. Disponível em:  
[http://www.ema.europa.eu/docs/pt\\_PT/document\\_library/EPAR\\_\\_Product\\_Information/human/000555/WC500049195.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR__Product_Information/human/000555/WC500049195.pdf) (consultado a 18 de fevereiro de 2013).
16. Farmácia da Sé. Disponível em:  
<http://www.farmaciaemcasa.pt/index.asp?idEdicao=51&id=330&idSeccao=803&Action=noticia> (consultado a 20 de fevereiro de 2013).
17. Direção geral de Veterinária. Disponível em: <http://www.dgv.minagricultura.pt/portal/page/portal/DGV/genericos?actualmenu=15016&generico=14851&cboui=14851> (consultado a 20 de fevereiro de 2013).
18. FRONTLINE. Disponível em: <http://frontline.pt.merial.com/frontline/modo-aplicacao.html#> (consultado a 21 de fevereiro de 2013).
19. Infarmed. Disponível em:  
[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS\\_MEDICOS/CLASSIFICACAO\\_E\\_FRONTEIRAS/CLASSIFICACAO\\_FRONTEIRAS\\_INTRODUCAO](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS/CLASSIFICACAO_E_FRONTEIRAS/CLASSIFICACAO_FRONTEIRAS_INTRODUCAO); (consultado a 21 de fevereiro de 2013).
20. ROCHE. Disponível em:  
<http://www.roche.pt/portugal/index.cfm/produtos/equipamentos-de-diagnostico/products/near-patient-testing/reflotron-plus/> (consultado a 23 de fevereiro de 2013).
21. Wells, Barbara, Dipiro Joseph, Schwinghammer Joseph, Dipirio Cecily, *Pharmacotherapy Handbook*, 7th edition, McGraw Hill.
22. 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).
23. Guidelines for the management of arterial Hypertension. European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC).

24. Legislação Farmacêutica Compilada; Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho.
25. Legislação Farmacêutica Compilada; Despacho do Ministério da Saúde n.º 18/91.
26. Legislação Farmacêutica Compilada; Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho.
27. Legislação Farmacêutica Compilada; Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho
28. Formulário Galénico Português.
29. 8ª Farmacopeia Portuguesa; 1º Volume; 2005.
30. Legislação Farmacêutica Compilada; Deliberação n.º 1504/2004.
31. Decreto-Lei n.º 48-A/2010; Diário da República, 1.ª série – N.º 93 – 13 de Maio de 2010.

# Capítulo II-Farmácia Hospitalar

## 1. Introdução

Os Serviços Farmacêuticos Hospitalares constituem uma estrutura importante dos cuidados de saúde dispensados em meio hospitalar. Ao farmacêutico hospitalar cabe assegurar a terapêutica medicamentosa adequada aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integrar as equipas de cuidados de saúde e promover ações de investigação científica e de ensino. O farmacêutico hospitalar é, também, responsável pela gestão, produção, armazenamento, distribuição e controlo dos medicamentos, diferentes especialidades farmacêuticas e medicamentos manipulados. Desempenha, ainda, funções importantes em áreas como os Ensaio Clínicos, Farmácia Clínica, Farmacocinética, Farmacovigilância, prestação de Cuidados Farmacêuticos, administração e ensino. Por fim é de referir a sua participação em Comissões Técnicas (Farmácia e Terapêutica, Infecção Hospitalar, Higiene e outras) e colaboração na elaboração de protocolos terapêuticos.

Os Serviços Farmacêuticos hospitalares são departamentos com autonomia técnica e científica, mas orientados pelos órgãos da Administração, aos quais têm de responder perante os resultados do seu exercício profissional. A sua responsabilidade está a cargo, obrigatoriamente, de um farmacêutico. Apesar de esta atividade estar regulamentada em Diário da República, algumas Administrações Hospitalares ainda não se centralizaram numa política de modernização, reestruturação e investimento nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, que têm sofrido, a par da crise que se faz sentir no país e na Europa, uma constante descapitalização. Torna-se, assim necessário que a motivação dos profissionais destes serviços supere estes obstáculos e os leve a caminhar no sentido da prossecução dos objetivos, adaptando-se às necessidades do presente e aos desafios do futuro.<sup>1,2</sup>

O presente estágio profissional foi realizado na Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, nos Serviços Farmacêuticos do Hospital Sousa Martins, entre os dias 6 de maio e 21 de junho. A ULS é composta por dois hospitais, um centro de diagnóstico pneumológico e doze centros de saúde (Guarda, Unidade de Saúde Familiar Ribeirinha, Pinhel, Trancoso, Meda, Celorico da Beira, Seia, Gouveia, Sabugal, Almeida, Manteigas e Fornos de Algodres). Os Serviços Farmacêuticos desempenham um papel ativo na dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos para todos os Centros de Saúde da região, assegurando a disponibilidade dos tratamentos a toda a população, sem comprometimento da sua sustentabilidade.

A equipa que integra o serviço é constituída por um farmacêutico Diretor do Serviço, seis farmacêuticas, cinco técnicos de diagnóstico e terapêutica, dois auxiliares e três administrativos.

## 2. Organização e Gestão dos Serviços Farmacêuticos

Os Serviços Farmacêuticos encontram-se organizados por diferentes zonas como a sala de ambulatório que é também a sala dos farmacêuticos, o gabinete do diretor do serviço, uma sala de arquivos e biblioteca, um vestiário, um laboratório destinado à preparação de manipulados, uma área suja, uma sala para os serviços administrativos, a zona de receção de encomendas, a sala de distribuição, a sala de reembalagem, dois armazéns e uma sala de convívio/descanso.

Na 5ª semana do estágio teve lugar a mudança para as novas instalações, sendo o novo espaço da farmácia bastante maior e dotado de mais divisões e equipamentos. Além dos espaços anteriores, destacam-se uma sala destinada a receber os doentes de ambulatório, duas salas para no futuro se proceder à preparação de citostáticos e bolsas para alimentação parentérica, uma sala para a desinfeção de materiais, um vestiário feminino e outro masculino com dois wc privativos, uma sala de ensaios clínicos, um *open space* destinado à sala dos farmacêuticos e uma sala de limpeza, entre outras.

### 2.1 Aprovisionamento

A gestão dos *stocks* dos medicamentos tem por objetivo garantir o seu uso racional e a dispensa em condições ótimas. Assim, e para auxiliar em todo o processo, esta gestão de todos os medicamentos e produtos farmacêuticos deve ser feita informaticamente, com atualização automática de stocks.<sup>1</sup> Nos Serviços Farmacêuticos do Hospital Sousa Martins, o *software* de gestão ALERT® é o programa informático utilizado e auxilia no controlo do aprovisionamento.

O farmacêutico hospitalar é responsável pela dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos em número adequado às várias necessidades e no momento oportuno. Além disso deve contribuir para a sustentabilidade da política do medicamento do hospital e, assim, adquirir os medicamentos ao menor custo possível. Torna-se, por isso, fundamental a realização de estimativas de consumo dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos, para, assim, estabelecer critérios de aquisição. Por esta razão, quando se procede à seleção dos medicamentos e produtos farmacêuticos a adquirir, o recurso a instrumentos como a análise ABC, a classificação XYZ, a regularidade do consumo e as características e condições propostas pelos fornecedores são aspetos que devem ser tidos em conta. Durante o presente estágio foi tomado contacto com todos estes instrumentos e observou-se que a aquisição pode ser feita tendo por base o catálogo de aprovisionamento da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), concurso público limitado, negociação com os laboratórios, compras a fornecedores locais (farmácias comunitárias) e empréstimo por parte de outros Hospitais. A definição do ponto da encomenda auxilia o farmacêutico no momento mais adequado para adquirir um medicamento ou produto farmacêutico. O ponto de encomenda não é mais do que a quantidade mínima de um produto a partir da qual é aconselhável fazer uma

encomenda. Na definição do ponto de encomenda devem considerar-se aspetos como os consumos prévios, o *stock* de segurança, os dados estatísticos relativos ao movimento de doentes em anos anteriores e o preço unitário do produto.

No presente estágio pôde observar-se que o farmacêutico (designado pelo diretor de serviço ou o próprio) responsável pelas compras procede todos os dias à verificação dos medicamentos que necessitam de ser encomendados. Para isto recorre ao *software* ALERT<sup>®</sup> que gera automaticamente uma lista dos medicamentos e produtos farmacêuticos que necessitam de ser encomendados. Esta lista é, então, analisada detalhadamente e, noutro documento, é elaborada uma nova tabela onde constam a designação e as quantidades dos medicamentos e produtos farmacêuticos a encomendar. Depois de impressa, esta tabela é entregue aos serviços administrativos, que se encarregam de fazer os pedidos. Seguidamente, e depois destes fazerem os pedidos, o farmacêutico procede à validação dos mesmos através do *software* ALERT<sup>®</sup>. Após a validação de todos os pedidos pelo farmacêutico, os administrativos reencaminham as notas de encomenda para a contabilidade, obtendo-se, assim, o número de compromisso. Depois da aquisição do número emitido pelo sistema de contabilidade (Lei nº 8/2012, de 21 de Fevereiro) pode efetuar-se a compra.<sup>3</sup>

## 2.2. Sistemas e critérios de aquisição

Na seleção de medicamentos para o hospital deve ter-se por base o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) e a adenda interna, que vai de encontro às necessidades terapêuticas dos doentes do hospital. A seleção dos medicamentos a incluir na adenda feita ao FHNM é feita pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e é baseada, não só nas necessidades terapêuticas dos doentes que não estão abrangidas pelo FHNM, mas também na melhoria da qualidade de vida dos doentes e em estudos fármaco-económicos.<sup>1,4</sup>

A nível hospitalar, a aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos tem de obedecer à legislação em vigor e alguns medicamentos utilizados na instituição requerem procedimentos especiais, como por exemplo os medicamentos com Autorização de Utilização Especial (AUE), os psicotrópicos, estupefacientes, benzodiazepinas, hemoderivados, gases medicinais e aquisições pontuais. Nos que diz respeito à AUE, o Decreto-lei nº 176/2006, de 30 de Agosto estabelece que o Infarmed pode autorizar a utilização em Portugal de medicamentos que não possuam qualquer das restantes autorizações previstas no mesmo. Se o medicamento constar no FHNM é necessário pedir todos os seus dados ao laboratório, enviar a documentação à Direção Clínica e, posteriormente, para o INFARMED. Se a AUE for aceite, a informação deve ser enviada para o laboratório de modo a desalfandegar o medicamento. Se, por outro lado, o medicamento não constar no FHNM, mas apresentar benefício clínico reconhecido, no pedido deve constar uma justificação clínica onde se identifiquem as indicações terapêuticas, posologia, modalidades terapêuticas para a patologia em causa, listagem de terapêuticas existentes no mercado e motivos da sua inadequação e

fundamentação científica da utilização do fármaco. Por fim, se o pedido de AUE se referir a medicamentos com provas de benefício terapêutico adquiridos ao abrigo de AIM em país estrangeiro, a justificação deve, ainda, conter informação sobre a impossibilidade de inclusão em ensaio clínico, a quantidade do medicamento a usar, a declaração de ambiente de segurança e a declaração de consentimento informado do doente (Anexo IX).<sup>5,6</sup>

No que respeita à aquisição de psicotrópicos, estupefacientes e benzodiazepinas é necessário o preenchimento do anexo VII da Portaria nº 981/98 de 8 de Junho e a sua entrega juntamente com a nota de encomenda.<sup>7</sup>

### 2.3. Receção e conferência de produtos adquiridos

Durante o estágio foi possível tomar contacto com a receção de encomendas realizada por um técnico de farmácia ou, na sua ausência, de um auxiliar, que é feita numa área específica, com acesso direto ao exterior e de fácil acesso aos dois armazéns. Após a receção deve conferir-se o número e o estado da encomenda para assim verificar se não ocorreu nenhum erro na entrega, bem como a guia de remessa com a nota de encomenda, o registo de entrada do produto e o envio dos produtos para os armazéns.<sup>1,2</sup>

Os estupefacientes, psicotrópicos e hemoderivados têm de ser recebidos e conferidos por um farmacêutico e os dois primeiros armazenados no cofre. Quanto aos hemoderivados é, ainda, necessária a conferência dos boletins de análise e dos certificados de aprovação emitidos pelo INFARMED.

### 2.4. Armazenamento

Os Serviços Farmacêuticos possuem dois armazéns, um para os produtos de grande rotação como soros, água destilada e desinfetantes e outro para os restantes medicamentos e produtos farmacêuticos. O armazém central apresenta uma disposição por diversas áreas salientando-se uma com estantes com medicamentos de uso comum, armazenados por ordem alfabética da sua DCI e segundo a regra “*first in first out*”, medicamentos psiquiátricos, antídotos, medicamentos de grande volume e/ou muito utilizados, alimentação parentérica e entérica, pensos terapêuticos e anticoncecionais.

Numa outra área encontram-se vários frigoríficos, onde estão armazenados hemoderivados, citotóxicos (num único frigorífico para este efeito), medicamentos termolábeis e várias vacinas. Existe, também uma arca de armazenamento de plasma, onde este está congelado a uma temperatura de -41°C. Além das áreas referidas existe ainda um armário com os medicamentos com AUE, um armário reservado aos citotóxicos que não necessitam de conservação no frio e dois cofres, um onde estão armazenados os estupefacientes e alguns antipsicóticos e outro reservado ao armazenamento das benzodiazepinas.

Todos os medicamentos e produtos farmacêuticos cujo prazo de validade expira mais cedo são os primeiros a serem dispensados como já referido e, à semelhança da Farmácia de Oficina, verifica-se mensalmente a sua validade. No caso de validades inferiores a seis meses,

o farmacêutico responsável pela gestão verifica os consumos nos últimos meses e, consoante isso, contacta os fornecedores para aquisição de uma nota de crédito ou troca por medicamentos e/ou produtos farmacêuticos com validade superior. Foi, ainda, referido, que existe a possibilidade de trocas entre os vários Hospitais consoante as diferentes necessidades, o que auxilia no escoamento dos produtos e minimiza as perdas.

### 3. Distribuição

A distribuição de medicamentos é o processo que permite que o medicamento correto, na quantidade e qualidade correta chegue ao doente, promovendo uma utilização segura, eficaz e racional do medicamento. É a atividade dos serviços farmacêuticos com mais visibilidade e onde mais vezes se estabelece o contacto destes serviços com os serviços clínicos do hospital. Seja a nível de doentes em regime de ambulatório ou de internamento, os objetivos da distribuição são a diminuição dos erros relacionados com os medicamentos, a garantia do cumprimento da prescrição e a monitorização e racionalização dos custos da terapêutica. O farmacêutico hospitalar tem a responsabilidade de validar a prescrição médica e distribuir o medicamento prescrito.<sup>1</sup> São vários os sistemas de distribuição, descritos seguidamente.

#### 3.1. Distribuição clássica

No sistema de distribuição clássica (o primeiro modelo de distribuição a existir) os Serviços Farmacêuticos enviam para cada enfermaria determinados medicamentos e/ou produtos farmacêuticos que ficam em *stock*, que é controlado pelos enfermeiros do serviço. Este tipo de sistema é utilizado a nível hospitalar como meio de dispensa de produtos que não necessitem de ser distribuídos segundo um modelo de distribuição especial, nos cuidados primários e em serviços que não sejam abrangidos pelo sistema de dose unitária. No decorrer do estágio observou-se que os desinfetantes, os antissépticos e as soluções de grande volume são distribuídos, em todos os serviços, segundo este sistema de distribuição clássica. Este sistema de distribuição apresenta desvantagens como a ausência de intervenção do farmacêutico na terapêutica instituída ao doente, pois é um sistema centrado nos profissionais de enfermagem. Isto leva a que haja um consumo excessivo do tempo dos enfermeiros em atividades relacionadas com o medicamento, em detrimento dos cuidados de saúde prestados aos doentes. Outras desvantagens são os custos mais elevados para a instituição, devido ao risco de desvios ou acumulação de medicação, reposição inadequada ou até mesmo prazos expirados e a ausência de interpretação da prescrição médica (os Serviços Farmacêuticos não têm conhecimento para quem e com que finalidade é a medicação, o que reduz a possibilidade de seguir o perfil farmacoterapêutico e dificulta, em simultâneo, a integração na equipa clínica). Por fim, e como os medicamentos estão disponíveis no Serviço Clínico, o número de requisições e posteriores devoluções aos Serviços Farmacêuticos é menor, o que diminui o tempo dispensado pelos farmacêuticos na distribuição e a necessidade de recursos humanos e materiais ao nível dos Serviços Farmacêuticos.

### 3.2. Reposição por *stocks* nivelados

Neste sistema de distribuição de medicamentos há reposição de *stocks* nivelados de medicamentos, nas enfermarias de cada serviço, previamente definidos pelos farmacêuticos, enfermeiros e médicos dos respetivos serviços clínicos. A reposição é feita de acordo com a periodicidade previamente definida. O pedido dos medicamentos para reposição dos *stocks* nivelados, é feito informaticamente pelo enfermeiro chefe do serviço, é validado pelo farmacêutico e depois aviado por um técnico de diagnóstico e terapêutica. Antes da medicação ser enviada para o serviço, deverá ser conferida por amostragem, por um farmacêutico. Nos Serviços Farmacêuticos do Hospital Sousa Martins é realizado todo este procedimento, sendo os medicamentos selecionados de acordo com as patologias tratadas e consumos habituais. A reposição dos *stocks* é feita semanalmente. Os serviços de pediatria, urgência, obstetria, ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e a unidade de cuidados intensivos de cardiologia seguem este sistema de distribuição.<sup>1</sup>

### 3.3. Distribuição individual diária em dose unitária

O sistema de distribuição individual diária em dose unitária surgiu na tentativa de minimizar a distância entre os Serviços Farmacêuticos e os doentes internados nos hospitais e é o sistema de distribuição de medicamentos considerado mais seguro e eficaz.<sup>2</sup> Este sistema possui determinadas vantagens em relação aos outros sistemas de distribuição, como o aumento da segurança no circuito do medicamento, o melhor conhecimento do perfil farmacoterapêutico dos doentes, a diminuição dos riscos de interações e erros de medicação, a redução do tempo da enfermagem em atividades relacionadas com os medicamentos e a racionalização dos custos e benefícios da terapêutica, reduzindo os desperdícios.<sup>1</sup>

Durante o estágio verificou-se que a prescrição é realizada em folhas de terapêutica, manuscritas, com duplicado, permanecendo o original nas enfermarias e o duplicado levado para os Serviços Farmacêuticos. Os enfermeiros transcrevem a terapêutica prescrita para o CARDEX (registo de terapêutica) e nele assinalam todas as administrações. Os farmacêuticos transcrevem a terapêutica para o perfil farmacoterapêutico individualizado, que se encontra em suporte informático e têm em conta as questões relacionadas com a terapêutica instituída, nomeadamente possíveis interações, duplicação de terapêutica, posologias inadequadas e desvios aos protocolos instituídos. No caso de existir alguma dúvida relativa à posologia, duração de determinado tratamento, frequência e/ou intervalo entre administrações ou mesmo a nível caligrafia, esta é esclarecida com médicos e/ou enfermeiros. Um aspeto positivo observado é a comparação diária do CARDEX preenchido na enfermaria com o perfil farmacoterapêutico elaborado pelos farmacêuticos, o que permite aumentar a segurança e detetar possíveis erros. Depois de validada a prescrição, os farmacêuticos imprimem o perfil farmacoterapêutico, correspondente a um período de 24 horas, do serviço do qual são responsáveis e entregam-no aos técnicos de diagnóstico e terapêutica que preparam as doses unitárias. Estas são colocadas em cassetes compostas

gavetas individualizadas identificadas com o nome do serviço, do doente e número da cama. Cada gaveta tem quatro divisórias, correspondentes aos momentos de administração dos medicamentos (pequeno-almoço, almoço, jantar e ceia). As cassetes, depois de completas e conferidas, seguem para as enfermarias do respetivo serviço. Tratando-se de um acondicionamento em unidose, mais do que em qualquer outra situação, os medicamentos devem possuir uma correta identificação (nome genérico, dose, lote e validade), mantendo-se identificáveis até ao momento da administração, ou no caso de não serem utilizados, poderem ser devolvidos à farmácia e posteriormente administrados a outro doente. É, ainda, necessário um cuidado extra com os medicamentos fotossensíveis, sendo aconselhável para não comprometer a sua qualidade e efetividade, protegê-los com papel de alumínio.

Os serviços que funcionam em dose unitária são as Medicinas A e B, a Pneumologia a Unidade de Cuidados Intensivos de AVC, as Cirurgias (homens e mulheres), as Ortopedias (homens e mulheres), a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e a Cardiologia. Durante o estágio foram realizados inúmeros perfis farmacoterapêuticos dos diferentes serviços, bem como conferidas e esclarecidas algumas dúvidas sobre as terapêuticas.

### 3.4. Distribuição a doentes em regime de ambulatório

A distribuição de medicamentos a doentes externos em regime de ambulatório pelos serviços farmacêuticos hospitalares resultou da necessidade de controlar e vigiar, num nível mais próximo do doente, a terapêutica de determinadas patologias, a maioria delas crónicas, bem como da necessidade de monitorizar a adesão à terapêutica dos doentes e devido ao facto de determinados medicamentos apenas serem totalmente comparticipados se dispensados pela farmácia hospitalar. Através da distribuição por este regime promove-se uma melhor *compliance*, graças a um aconselhamento mais personalizado. O farmacêutico é responsável pela distribuição, informação e controlo dos medicamentos dispensados ao doente e pelos procedimentos de dispensa e organização do receituário de acordo com a lei e as diretrizes administrativas em vigor.<sup>1,2</sup> Pelo regime de ambulatório podem fornecer-se gratuitamente determinados medicamentos legislados afetos aos serviços de consulta externa (anualmente é afixada em Diário da República a lista de medicamentos comparticipados) e, além destes, também podem ser dispensados medicamentos (destinados a doentes com patologias crónicas como a hepatite B e a hemofilia) não abrangidos pela legislação, desde que haja uma autorização pelo Conselho de Administração. Por fim, existem ainda exceções como a venda de medicamentos que, em determinado momento e por qualquer motivo, não existam em farmácia de oficina. Nestas situações a receita tem de apresentar prova de rotura através do carimbo da farmácia comunitária. O preço de venda de medicamentos em ambulatório não se encontra regulamentado, mas deve ser pelo menos igual ao custo de aquisição da parte dos Serviços Farmacêuticos.<sup>9,10</sup>

O ambulatório da Farmácia Hospitalar deve estar integrado numa área específica, com temperatura, humidade e iluminação adequadas, com boa acessibilidade e onde seja garantido um atendimento confidencial. Deve ainda ser mantida atualizada,

informaticamente, toda a informação relativa aos doentes de ambulatório. A dispensa é sempre feita por um farmacêutico, sendo a prescrição efetuada por DCI. O farmacêutico deve verificar a prescrição e informar acerca dos aspetos farmacêuticos, farmacológicos e possíveis interações ou contra indicações da terapêutica instituída e, no caso de dúvidas, contactar o prescritor.

Ao longo do estágio profissional foram dispensados inúmeros medicamentos em regime de ambulatório para patologias como a hepatite B e C, artrite reumatoide, doença de Crohn, esclerose múltipla, doenças oncológicas, entre outras. Seguiram-se os procedimentos atrás referidos e os medicamentos foram corretamente embalados e identificados, anotando-se sempre a quantidade dispensada, o número do lote, a data da dispensa e a assinatura de quem dispensou. A legislação foi seguida, cedendo-se os medicamentos para um período máximo de trinta dias. Observou-se que a maioria das terapêuticas injetáveis necessita de ser conservada no frio para garantir a estabilidade das preparações, sendo este facto transmitido aos utentes e assegurou-se que as condições de transporte fossem as adequadas. Juntamente com a farmacêutica responsável tomou-se contacto com o sistema de controlo de registo do perfil farmacoterapêutico dos doentes e efetuou-se a saída dos medicamentos do *stock*. É de salientar, ainda, que no caso da terapêutica biológica, além do que foi referido anteriormente é necessário, a pedido do Infarmed, a elaboração de um registo mínimo que permite controlar a efetividade e o acompanhamento da adesão à terapêutica dos doentes com artrite reumatóide, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular, psoríase com placas e espondilite anquilosante.<sup>11,12</sup>

### 3.5. Distribuição de medicamentos sujeitos a controlo especial

Todos os medicamentos que contenham princípios ativos referidos em Diário da República são sujeitos a controlo especial quando usados em meio hospitalar.

Os psicotrópicos e estupefacientes encontram-se listados no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, que estabelece o “Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos”. A Lei n.º 45/96 de 22 de Janeiro altera o Decreto-Lei n.º 15/93 e existe ainda o Decreto Regulamentar n.º 61/94 de 3 de Setembro e a Portaria n.º 981/98 de 8 de Junho sobre “Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos”.<sup>13</sup> De acordo com a legislação atual este tipo de medicamentos apenas pode ser dispensado mediante o preenchimento do anexo X da Portaria n.º 981/98, de 8 de Junho. Os estupefacientes e psicotrópicos têm de ser armazenados num armário metálico com fechadura, dotado de prateleiras para permitir uma organização e segregação dos mesmos. Quando há necessidade destes medicamentos num serviço, o enfermeiro chefe desse mesmo serviço faz o pedido à farmácia. O farmacêutico preenche a ficha de requisição, na qual fica identificado o medicamento em questão, a sua forma farmacêutica, dosagem e quantidade bem como os registos e as assinaturas do farmacêutico e do enfermeiro que distribui e recebe, respetivamente. A ficha de requisição possui um duplicado que fica arquivado nos Serviços Farmacêuticos enquanto o original é levado pelo enfermeiro que requereu a medicação. Este

documento é preenchido com os nomes dos doentes à medida que o medicamento lhes é administrado. No momento em que tenham sido gastas todas as unidades requeridas o enfermeiro entrega o original da ficha de requisição à farmácia e este é arquivado, por ordem do número da ficha, juntamente com o duplicado por um período mínimo de cinco anos. O farmacêutico deve conferir na ficha se as unidades administradas são iguais às que foram cedidas. No caso de isto não se verificar deve observar-se se o enfermeiro registou na ficha o número de unidades do medicamento que foram desperdiçadas ou que não foram utilizadas. No decorrer do estágio foram várias as requisições dos diversos serviços que foram recebidas, preenchidas, recebidas de volta (o original) e arquivadas (Anexos X,XI,XII,XIII).

Os derivados do plasma são, também, sujeitos a controlo especial em meio hospitalar. A aquisição e dispensa destes produtos são feitas segundo o Despacho conjunto n.º 1051/2000 de 14 de Setembro. Todos os atos de requisição, distribuição e administração relativos aos hemoderivados devem ser registados. É de crucial importância uniformizar e organizar os registos hospitalares quanto aos dados do doente, médico e serviço requerente, tipo de hemoderivados, quantidade, lote, número de certificado de autorização de utilização de lote, fabricante e distribuidor, pois, no caso do aparecimento de uma doença infecciosa transmitida por derivados do plasma e do sangue, é possível estabelecer uma relação de causalidade entre esta mesma infeção e a administração de um hemoderivado. Por esta razão, a lei obriga a que os registos sejam arquivados durante, pelo menos, vinte anos. Depois de validada a requisição, aquando da dispensa de um hemoderivado, o farmacêutico preenche o Quadro C de uma ficha idêntica à que consta no anexo do Despacho conjunto n.º 1051/2000 de 14 de Setembro.<sup>14</sup> O original da ficha é arquivado nos registos dos Serviços Farmacêuticos e o duplicado é entregue juntamente com o produto no serviço requerente, onde é arquivado juntamente com o processo clínico do doente. Durante o estágio dispensaram-se inúmeros hemoderivados, seguindo-se sempre todas as recomendações supracitadas. Salienta-se ainda que, no caso do plasma, primeiramente é necessário obter o grupo sanguíneo do recetor. Para tal, contacta-se o laboratório de análises do hospital, que faz uma tipagem (análise do grupo sanguíneo) e transmite o resultado à farmácia. Quando o farmacêutico tem conhecimento do grupo sanguíneo do doente, coloca o plasma a descongelar em banho-maria a 34°C durante vinte minutos, pois este encontra-se congelado a uma temperatura de -41°C. Depois de descongelado, o plasma é entregue pelo farmacêutico no serviço requerente e a ficha de registos assinada por ele e por um enfermeiro. É, ainda, de referir que, depois de descongelado, o plasma deve ser utilizado num prazo máximo de doze horas (Anexo XIV).

Os citotóxicos são também sujeitos a controlo especial, sendo dispensados semanalmente, em separado dos outros medicamentos. Participou-se na validação da dispensa de citotóxicos e registo do perfil farmacoterapêutico dos doentes de quimioterapia, responsabilidade esta que compete aos farmacêuticos.

São ainda sujeitos a um controlo especial determinados medicamentos como os antibióticos de reserva ou de utilização justificada cuja prescrição deve vir acompanhada de

uma justificação aprovada pelo Diretor Clínico. Destacam-se os fármacos Linezolida, anidulafungina, daptomicina, tigeciclina, colistina e voriconazol.

## 4. Produção e controlo

Nos dias de hoje, são muito menos os medicamentos produzidos nos hospitais, porque a indústria farmacêutica produz a maioria. No entanto esta nem sempre se consegue adaptar às necessidades terapêuticas de determinados doentes individuais e específicos. Sendo assim, as preparações de fórmulas pediátricas, a reembalagem de doses unitárias sólidas, as preparações assépticas (soluções e diluições de desinfetantes), as preparações estéreis e as preparações citotóxicas individualizadas estão, ainda, a cargo dos Serviços Farmacêuticos dos hospitais.<sup>1</sup> O processo de produção e controlo (farmacotecnia) tem como objetivo a produção de preparações farmacêuticas eficazes e seguras, o que implica um compromisso com a qualidade, que pode ser alcançada pela utilização de equipamentos e procedimentos adequados, definição de responsabilidades, procedimentos, processos e recursos da estrutura organizacional para a implementação de um Sistema de Gestão de Qualidade.

O farmacêutico designado pelo Diretor de Serviço como responsável por esta área deve receber formação contínua de modo manter o grau de aptidão necessário à execução das atividades que lhe são inerentes e deve registar todos os procedimentos que realiza e arquivá-los. Os padrões de higiene e limpeza devem ser mantidos elevados por todos os intervenientes nesta área e qualquer problema de saúde por eles manifestado que possa comprometer a contaminação do produto final (tosse, constipação, ferimentos, entre outros) deve ser imediatamente reportado.<sup>2</sup>

### 4.1. Reconstituição de fármacos citotóxicos

Os fármacos citotóxicos são substâncias que atingem as células que apresentam uma elevada divisão celular, nomeadamente as células malignas. No entanto também as células normais são atingidas. No Decreto de Lei nº 301/2000, de 18 de Novembro consta toda a regulamentação quanto à proteção dos trabalhadores ligados à exposição a agentes cancerígenos durante o trabalho.<sup>15</sup> Os citotóxicos comportam, assim, riscos de exposição e manipulação para os doentes e profissionais de saúde que integram o circuito deste tipo de medicamentos. A inalação de aerossóis, a absorção através da pele e a ingestão de alimentos contaminados são exemplos de formas de exposição. Devido a todos estes aspetos centralizou-se a sua preparação. A centralização veio permitir uma maior racionalização do consumo de citotóxicos e material, proporcionar qualidade e segurança e evitar a contaminação. Ao farmacêutico hospitalar cabe, assim, toda a responsabilidade do circuito dos citotóxicos e, assim, cabe-lhe interpretar e avaliar protocolos de quimioterapia, elaborar um manual de procedimentos de trabalho, preparar e distribuir os medicamentos, estabelecer normas de atuação em situações de derrame, extravasão e eliminação dos medicamentos, elaborar procedimentos de limpeza e criar um guia de manipulação de citotóxicos. Além do

risco de contaminação do manipulador já referido, há também o risco de contaminação do medicamento e, por isso, o espaço destinado à preparação de citotóxicos deve ser restrito e destinado exclusivamente à sua preparação. A preparação deve ser efetuada em câmara de fluxo vertical tipo II B e a entrada de pessoas neste espaço deve ser restrita. É, ainda, de salientar que o farmacêutico manipulador deve usar um vestuário protetor, luvas, touca, óculos de proteção e máscara.<sup>1</sup>

No Hospital Sousa Martins, a preparação de citotóxicos não é realizada nos Serviços Farmacêuticos. Ao invés disso, é realizada no hospital de dia pelos enfermeiros e, por este facto, durante o estágio não houve contacto com as práticas de preparação e cuidados a ter. Apesar destas contrariedades, participou-se, juntamente com a farmacêutica responsável pela farmacotecnia, na reconstituição do fármaco mitomicina, observou-se o circuito dos citotóxicos, que se inicia pela receção da prescrição. Seguidamente são validados os protocolos, verificado o perfil farmacoterapêutico, a posologia e a estabilidade e compatibilidade dos medicamentos. Depois emitem-se os rótulos, que servem de base para a preparação da quimioterapia. Os medicamentos citotóxicos, depois de preparados, são acondicionados e dispensados, sendo administrados ao doente pelos enfermeiros.

#### 4.2. Preparações extemporâneas estéreis

As preparações extemporâneas estéreis requerem alguns cuidados na manipulação, para que seja minimizada a contaminação e a existência de pirogénios. Tal como na preparação de citotóxicos, o operador deve usar vestuário adequado, equipamento protetor e receber formação contínua sobre os procedimentos e regras de desinfeção e higiene. No que diz respeito à área de produção das preparações extemporâneas estéreis, esta deve ser composta por uma sala de preparação (esta deve possuir uma câmara de fluxo de ar laminar horizontal para proteger e manipular o produto estéril) e uma antecâmara (onde deve existir todo o equipamento necessário à higienização e mudança de roupa do operador). Para verificar a autenticidade da preparação estéril é necessário proceder à realização de ensaios de esterilidade e ensaios de pesquisa de pirogénios, estes últimos em específico para todos os produtos destinados a serem administrados parentericamente e para soluções destinadas à irrigação de cavidades corporais ou lavagem de feridas cirúrgicas. O papel do farmacêutico centra-se, assim, na análise e validação da prescrição médica, na realização dos cálculos adequados para a obtenção do produto na concentração desejada, na preparação da solução em câmara de fluxo de ar laminar horizontal, no estabelecimento das soluções apropriadas para a reconstituição e/ou diluição, no acondicionamento e rotulagem, no registo de todas as preparações efetuadas e na análise dos consumos e controlo de qualidade das preparações.<sup>1,2</sup>

#### 4.3. Preparação de formas farmacêuticas não estéreis

Nalgumas situações pode ser necessário um melhor ajuste da dose de determinados medicamentos existentes no mercado, com o objetivo de fracionar as doses ou facilitar a administração ao doente. Para conseguir este ajuste da dose é necessário proceder à

manipulação destes medicamentos.<sup>1</sup> A preparação de formas farmacêuticas não estéreis pode incluir a mistura de matérias-primas, a sua adição a medicamentos e a mistura ou diluição com produtos-base. No que diz respeito à área de armazenamento do material usado na preparação destes manipulados, esta deve ter humidade, iluminação e temperatura controladas, deve ser separada dos medicamentos e produtos farmacêuticos que são recebidos pelos laboratórios/indústrias e, além disto, deve existir uma área específica para produtos inflamáveis.<sup>2,16</sup>

No decorrer do estágio foram vários os pedidos para a preparação de manipulados que chegaram à Farmácia Hospitalar. Estes são validados pelo farmacêutico e, de seguida, preparados por ele ou sob a sua supervisão. O procedimento a seguir na preparação é registado em fichas de preparação idênticas às constantes no Formulário Galénico Português. Nestas fichas é registado o nome do manipulado, o nome do doente, identificação do serviço, as quantidades calculadas de matérias-primas utilizadas e respetivos lotes, os laboratórios produtores, a data da preparação, os procedimentos, os ensaios de estabilidade, a avaliação do produto final e as rubricas do operador e do supervisor. Por fim, o medicamento deve ser devidamente rotulado, devendo constar no rótulo, o nome do doente e do serviço, o nome da preparação, o prazo de validade, a posologia e outras informações que se considerem relevantes.<sup>16</sup> A farmacêutica responsável pela preparação dos manipulados guarda todas as fichas de preparação de matérias-primas efetuadas em *dossier* próprio para o efeito e mantém o registo de todas as matérias-primas usadas e os boletins de análise dessas mesmas matérias-primas também em arquivo.

No período do estágio prepararam-se vários manipulados desde veículos para a incorporação de matérias-primas até medicamentos destinados ao consumo final. Destaca-se, assim, a preparação de vários lotes de xarope comum, soluções de cafeína, xaropes de propranolol, trimetoprim a 1%, solução de Scholl, papéis de nitrofurantoína, álcool boricado a 70%, sulfato de magnésio, ácido acético a 5%, tetracaína a 2% e soluções de sulfato de zinco.

#### 4.4. Reembalagem

A reembalagem de medicamentos em unidose tornou possível a divisão de comprimidos e permitiu que os Serviços Farmacêuticos passassem a dispor da dose certa do medicamento de forma individualizada, com o menor custo possível e reduzindo o tempo de enfermagem gasto na preparação da medicação a administrar.<sup>1</sup> Um comprimido pode ser reembalado quando é possível o seu fracionamento em metades ou quartos, desde que haja garantia de que cada fragmento possui a mesma quantidade de princípio ativo.

Na Farmácia Hospitalar do Hospital Sousa Martins existe uma sala específica para reembalagem, onde se encontra um computador acoplado a uma máquina automatizada de reembalagem. Este equipamento possui um conjunto de orifícios individuais, nos quais se colocam os comprimidos, retirados dos *blisters* comercializados, em cada um desses orifícios. Uma tira com os comprimidos já reembalados sai da máquina e estes podem depois destacar-se uns dos outros pelo picotado da embalagem, conforme o número pretendido. Quanto à

informação que acompanha o medicamento reembalado trata-se da identificação do mesmo, quantidade, prazo de validade, lote identificação do hospital. Depois de embalados os medicamentos vêm o seu prazo de validade reduzido para um período máximo de 6 meses, desde que a validade seja superior a esse período. No caso de comprimidos que sejam armazenados em frascos, a validade pode ser igual à indicada pelo laboratório produtor do medicamento.

## 5. Informação e atividades de Farmácia Clínica

É fundamental que seja disponibilizada a todos os profissionais de saúde toda a informação relativa aos medicamentos, como base para a resolução dos problemas farmacoterapêuticos dos doentes e para promover o uso racional dos medicamentos. A atividade de informação é complexa, pois tem de existir uma seleção fidedigna da mesma. No período do estágio observaram-se algumas situações nas quais foi necessária a opinião do farmacêutico na resposta a pedidos de informação sobre medicamentos (posologias, doses, formas farmacêuticas, entre outras) em situações clínicas concretas. A investigação e o desenvolvimento de novas moléculas e formas farmacêuticas e a competitividade da indústria farmacêutica geram inúmeras fontes de informação, o que dificulta na seleção de fontes independentes. Os farmacêuticos têm o dever de fornecer informação passiva, isto é, quando são questionados por um profissional de saúde ou doente acerca de dúvidas relativas a determinado fármaco, e informação ativa, ou seja, toda aquela informação que promova o uso adequado e racional dos medicamentos.<sup>2</sup>

## 6. Farmacovigilância

Quando um fármaco é introduzido no mercado já passou por inúmeros ensaios clínicos e, apesar de caracterizado o seu perfil farmacológico e toxicológico, nem sempre todos os seus efeitos adversos são detetados, bem como a população estudada pode não ter as mesmas características farmacodinâmicas e farmacocinéticas da população geral. É, neste ponto, que surge a farmacovigilância como a atividade que permite detetar, avaliar e prevenir as reações adversas ou quaisquer outros possíveis problemas relacionadas com a medicação. Os medicamentos são desenvolvidos com o objetivo de prevenir e curar determinadas patologias ou aliviar os seus sintomas, no entanto podem produzir efeitos indesejáveis. A farmacovigilância é, assim, indispensável para que estes efeitos possam ser detetados. O Infarmed é a entidade responsável pelo acompanhamento, coordenação e aplicação do Sistema Nacional de Farmacovigilância. Todos os profissionais de saúde têm, assim, o dever de relatar ao Infarmed todos os efeitos adversos não esperados decorrentes do uso dos medicamentos. O ambiente hospitalar é um local privilegiado para a aplicação da farmacovigilância. Os farmacêuticos hospitalares, como profissionais de saúde que são, devem desempenhar um papel ativo na notificação de suspeitas de reações adversas aos medicamentos e incentivar todos os outros profissionais de saúde, e até mesmo os doentes, a

contribuir para este programa.<sup>1,2</sup> No período do estágio observou-se que os farmacêuticos, seja a nível dos diversos serviços de internamento, seja a nível de ambulatório, questionam médicos, enfermeiros e doentes sobre o modo como evolui a terapêutica e sobre se existem ou não acontecimentos adversos a reportar.

## **7. Participação do farmacêutico nos ensaios clínicos**

De acordo com a Lei nº 46/2004, de 19 de Agosto, um ensaio clínico é “qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou os outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia”.<sup>17</sup> A investigação clínica no hospital é composta por equipas multidisciplinares e os Serviços Farmacêuticos são um dos vários elementos básicos que permitem garantir a máxima segurança e eficácia dos ensaios clínicos, bem como a otimização da gestão dos medicamentos em investigação. Para a realização de um ensaio clínico é necessária a autorização do conselho de administração do INFARMED, que remete o protocolo da investigação para a Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC), além de fiscalizar e inspecionar o ensaio clínico.<sup>17</sup> O farmacêutico hospitalar é responsável por lei pelo armazenamento e dispensa dos medicamentos experimentais e pode fazer parte da Comissão de Ética e da equipa que procede à avaliação dos protocolos do ensaio. Os medicamentos experimentais ou aqueles já autorizados a serem utilizados em ensaios clínicos são armazenados em armários fechados próprios para o efeito. O farmacêutico deve prestar ao doente toda a informação que considere relevante, promover a adesão à terapêutica e a segurança do doente, fazer cumprir o protocolo do ensaio clínico e registar e arquivar toda a documentação relativa ao ensaio clínico em questão.<sup>17</sup>

## **8. Nutrição assistida**

Entende-se por nutrição o fornecimento de nutrientes na quantidade e proporção adequadas, de forma a garantir o bom funcionamento das células e do organismo. Quando este fornecimento não se verifica, devido a uma patologia ou lesão, torna-se necessário instituir uma nutrição artificial que se trata de uma intervenção que proporciona o aporte de macro e micronutrientes em quantidade e qualidade adequadas a doentes que não conseguem ingerir alimentos e fluídos oralmente. Esta nutrição tem como objetivo a manutenção ou recuperação de um estado nutricional adequado e pode ser administrada por via entérica ou parentérica.

A nutrição entérica consiste na administração dos nutrientes através de uma sonda entérica e a sua utilização está aconselhada em todos os doentes que estão incapazes de deglutir os alimentos, mas que apresentam um tubo digestivo funcional e com capacidade para absorver a maioria nutrientes administrados. As dietas administradas são compostas por

glicídios, lípidos, proteínas, eletrólitos, vitaminas e alguns oligoelementos, de acordo com as necessidades do doente e podem ser específicas no caso de doentes com insuficiência renal ou hepática, doentes pediátricos, doentes diabéticos e doentes com patologias autoimunes, entre outras. A nutrição entérica é, sempre que possível, preferível à parentérica, sendo considerada o método de eleição para administração de nutrição artificial, porque se trata de uma forma de nutrição mais fisiológica (o intestino continua a absorver os nutrientes), mais económica e com menor risco de infeção e complicações.

Por sua vez, a nutrição parentérica corresponde à administração dos nutrientes diretamente na circulação sanguínea do doente, através do acesso direto a uma veia central ou periférica. No caso de a administração ser efetuada através de uma veia periférica, as formulações a administrar têm de possuir uma osmolalidade inferior a 850 mosm/l. A nutrição parentérica pode ser feita de modo cíclico ou contínuo. No modo cíclico, a administração dá-se por períodos de dezasseis horas, intervalados em oito horas e no modo contínuo a administração é efetuada durante vinte e quatro horas consecutivas. Em termos de formulação, a nutrição parentérica apresenta-se na forma de preparações injetáveis prontas a administrar ou de preparações extemporâneas. Os micronutrientes específicos para este tipo de nutrição, como eletrólitos, vitaminas e oligoelementos são adicionados às formulações isoladas ou a qualquer tipo de misturas, desde que sejam asseguradas todas as condições de assepsia e os macronutrientes são veiculados em soluções concentradas de glucose, emulsões lipídicas e soluções de aminoácidos essenciais e não essenciais.

Torna-se, assim, essencial a monitorização clínica e laboratorial do doente e a correção dos aportes em função da evolução, para adaptar o esquema nutritivo à sua situação clínica.<sup>18</sup>

## **9. Farmacocinética clínica: monitorização de fármacos na prática clínica**

A farmacocinética clínica é a área da farmácia hospitalar que tem por objetivo assegurar a correta administração de fármacos através da medição dos seus níveis séricos. Com isto consegue-se uma individualização posológica e a otimização dos tratamentos farmacológicos, de modo a atingir um equilíbrio entre a máxima eficácia terapêutica e o mínimo de toxicidade. A farmacocinética clínica considera a variabilidade interindividual como um aspeto crucial, bem como a existência de vários medicamentos com margens terapêuticas estreitas.<sup>1,19</sup>

No período do estágio participou-se, juntamente com as farmacêuticas, no estabelecimento de alguns esquemas posológicos, atendendo aos fatores clínicos e parâmetros laboratoriais. Isto verificou-se mais frequentemente com os regimes de antibioterapia, pois em determinadas situações clínicas (insuficiência hepática ou renal e resistências, por exemplo) é necessário o ajuste posológico individualizado ou a seleção de outro fármaco. As farmacêuticas têm ao seu dispor um programa informático que auxilia no cálculo dos parâmetros farmacocinéticos do doente e avalia a necessidade, ou não, de uma alteração da dose inicial. Num outro caso observou-se a importância dos conhecimentos

farmacocinéticos adquiridos durante o Mestrado Integrado, pois foi necessário optar, para um doente com insuficiência renal, entre dois fármacos tendo por base as diferenças na via de eliminação (digoxina e metildigoxina, com eliminação renal no primeiro e hepática no segundo). Sendo assim, e tratando-se de um insuficiente renal, a escolha recaiu sobre a metildigoxina, pois esta não é eliminada tão extensivamente pela via renal.

## **10. Acompanhamento da visita médica**

O farmacêutico faz parte da equipa multidisciplinar de saúde do hospital, pois intervém diretamente na utilização dos medicamentos, seja a nível da interpretação da prescrição e terapêutica, seja a nível do esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos aos outros profissionais de saúde. O envolvimento direto dos diferentes profissionais de saúde é um aspeto muito positivo que contribui para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais. O farmacêutico deve, deste modo, colaborar diretamente com todos os outros profissionais de saúde e, por isso, participar nas visitas médicas. A sua participação na visita médica permite-lhe maximizar a sua intervenção na terapêutica do doente, sendo-lhe dado conhecimento, por parte dos médicos, dos históricos e da evolução clínica dos doentes e debatendo com estes aspetos como a seleção de medicamentos, suas formas farmacêuticas, posologias, vias de administração, possíveis interações medicamentosas, efeitos secundários e efeitos adversos. É, também, da responsabilidade do farmacêutico verificar a correta aplicação ou não dos protocolos de antibioterapia, definidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, de cada serviço do qual é responsável.<sup>2</sup>

No decorrer do estágio foi possível participar nas visitas médicas dos serviços de Pneumologia, Ortopedia, Medicina A e Medicina B, acompanhando as farmacêuticas responsáveis por esses serviços. Observou-se, ainda, que os protocolos de antibioterapia variam consoante o serviço em causa, mas que a maioria deles possui uma duração que vai desde sete a catorze dias havendo, contudo, exceções. Nas Cirurgias é cumprido um protocolo de antibioterapia sendo este composto pela toma de um antibiótico uma hora antes da cirurgia ao que seguem três tomas do antibiótico após a cirurgia. A duração da antibioterapia deve ser avaliada conforme a situação clínica do doente e deve procurar-se o médico prescriptor quando se detetam alterações na mesma (cessação, manutenção ou troca) caso tal se justifique. Constatou-se, assim, que a participação na visita médica é um aspeto muito importante, pois permite reunir todos os médicos, o enfermeiro chefe e o farmacêutico responsáveis pelo serviço em questão.

## **11. Atividades farmacêuticas na enfermaria**

A deslocação do farmacêutico hospitalar à enfermaria dos diversos serviços é crucial para que este disponha da informação mais atualizada sobre todos os doentes. Cabe-lhe verificar e controlar os *stocks* dos medicamentos, os prazos de validade, o cumprimento da prescrição médica e das linhas orientadoras da terapêutica, além dos protocolos de antibioterapia.

No Hospital Sousa Martins cada farmacêutica tem a seu cargo, no máximo, dois serviços e, todos os dias, cada uma delas se dirige às enfermarias dos mesmos. No período do estágio acompanharam-se as profissionais nas idas diárias às várias enfermarias e procurou colaborar-se com elas nas atividades desenvolvidas, nomeadamente na verificação, com os enfermeiros, dos doentes com alta, novos internamentos e alterações à terapêutica, garantindo que o medicamento certo é administrado ao doente certo. Foram, ainda, atendidos na farmácia vários telefonemas provenientes das enfermarias, nos quais os enfermeiros pediram esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas com a farmacoterapia. É ainda recomendável, principalmente quando existem dúvidas por parte das farmacêuticas sobre a frequência da administração, posologia, dosagem ou mesmo no medicamento prescrito, que estas comparem o CARDEX preenchido pelos enfermeiros com o perfil farmacoterapêutico que realizaram para cada doente. Isto permite aumentar a segurança e detetar potenciais erros de administração. Observou-se, perante tudo isto, que a responsabilidade destas profissionais é elevada, pois a introdução de um perfil farmacoterapêutico de um doente numa cama errada ou a não remoção do sistema de um doente com alta, pode levar a trocas na medicação.

## **12. Informação e documentação**

Como qualquer profissional de saúde, o farmacêutico deve apostar na formação técnico-científica contínua, para enriquecimento pessoal e para se afirmar como um profissional competente e importante para o bom funcionamento dos cuidados de saúde.

No decorrer do estágio foram realizadas algumas formações promovidas por laboratórios, que divulgaram a todos os farmacêuticos os resultados de ensaios clínicos de novos medicamentos, novas formas farmacêuticas e novas indicações terapêuticas.

Juntamente com os dois colegas de estágio realizou-se um inventário de todos os medicamentos e produtos farmacêuticos existentes no armazém da farmácia, uma tabela de equivalências de potência dos corticosteróides e uma sessão de formação sobre fatores de coagulação e agentes trombolíticos, que foi apresentada a toda a equipa dos Serviços Farmacêuticos.

## **13. Comissões Técnicas**

As Comissões Técnicas são órgãos consultivos responsáveis pela implementação de regras e procedimentos na utilização de medicamentos e produtos farmacêuticos. Emitem pareceres elaboram protocolos a ser seguidos pelas instituições. O farmacêutico, além das funções desempenhadas diariamente nos Serviços Farmacêuticos, pode integrar Comissões Técnicas hospitalares como a Comissão de Farmácia e Terapêutica, a Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar e a Comissão de Ética.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica tem a seu cargo toda a política de dispensa de medicamentos. Compete-lhe o dever de promover a educação e atualização de todos os profissionais de saúde em relação ao uso racional do medicamento. Cabe-lhe, ainda, a

aprovação de protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços clínicos e o estabelecimento de critérios de obtenção de medicamentos que não constem nos padrões da instituição. A composição e o modo de funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica estão regulamentados no Decreto Regulamentar nº3/88, de 22 de Janeiro.<sup>20</sup>

A Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar tem como objetivo a definição das linhas orientadoras da utilização de antimicrobianos. Deve proceder à monitorização das prescrições destes fármacos, evitando o desenvolvimento de resistências e controlando os custos, elaborar relatórios de consumo de anti-infecciosos e fomentar a educação contínua de todos os recursos humanos acerca da problemática das infeções hospitalares.<sup>21</sup>

O Decreto de Lei nº 97/95, de 10 de Maio regulamenta as Comissões de Ética para a saúde, sendo sua responsabilidade a emissão de pareceres sobre os projetos de investigação a decorrer na instituição.<sup>22</sup>

Na ULS da Guarda, existem as três comissões técnicas atrás referidas e encontra-se já nomeada uma Comissão de Antibióticos.

## 14. Conclusão

O estágio decorreu entre os dias 6 de maio e 21 de junho nos Serviços Farmacêuticos do Hospital Sousa Martins na Guarda. Durante este período foi possível, não só constatar a importância do farmacêutico hospitalar enquanto promotor do uso racional e seguro dos medicamentos e produtos farmacêuticos, como também contactar de perto com todos os profissionais de saúde dos diferentes serviços.

O estágio foi muito bem planificado tendo-se organizado em sete semanas nas quais houve uma primeira semana de adaptação ao serviço, em que se tomou conhecimento da medicação hospitalar. Seguiram-se, depois, seis semanas de acompanhamento da rotina diária das várias farmacêuticas. Foi possível passar por áreas como os processos administrativos e compras, cuidados primários, preparação de manipulados e controlo e aquisição de gases medicinais. Além disso, acompanhou-se a construção de cassetes e carros e a elaboração dos perfis farmacoterapêuticos de diferentes serviços clínicos (Pneumologia, UCI, Cirurgia Homens e Mulheres, Medicina A e B, Ortopedia Homens e Mulheres e Cardiologia). Por fim tomou-se contacto com todo o circuito de distribuição dos hemoderivados, estupefacientes e psicotrópicos e com o regime de ambulatório em geral.

Todos os funcionários da farmácia, especialmente as seis farmacêuticas e o Diretor do Serviço, contribuíram para que este estágio se tornasse numa experiência muito positiva devido à sua amizade, inúmeros conhecimentos transmitidos e ao ambiente de trabalho salutar que proporcionaram.

Como aspeto menos positivo deste estágio, o qual é totalmente alheio aos Serviços Farmacêuticos, destaca-se a ausência de meios e equipamentos para a preparação de citotóxicos e para aditivar bolsas para alimentação parentérica na farmácia, pelo menos até à

conclusão do presente estágio, aspetos que tornariam a excelente formação adquirida ainda mais completa.

O saldo foi bastante positivo e este período permitiu, não só, o crescimento enquanto futuro profissional de saúde, mas também como pessoa, pois um bom profissional tem de pautar o seu trabalho, não só pelo conhecimento científico, mas também pelos princípios éticos.

## 15. Referências Bibliográficas

1. Manual da Farmácia Hospitalar. Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, Ministério de Saúde de Portugal; 2005.
2. Boas Práticas de Farmácia Hospitalar. Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar, Ordem dos Farmacêuticos; 1999.
3. Diário da República, 1ª série - N° 37 - 21 de Fevereiro de 2012. 2012.
4. Despacho n° 1083/2004, de 1 de Dezembro de 2003 - Regulamenta as comissões de farmácia e de terapêutica dos hospitais do setor público administrativo (SPA) integrados na rede de prestação de cuidados de saúde referidos na alínea a) do n° 1 do artigo 2.º d. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso; 2003.
5. Decreto de Lei n° 176/2006, de 30 de Agosto - Estatuto do Medicamento. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso; 2006.
6. Deliberação n° 105/CA/2007. Lisboa: Conselho Diretivo do INFARMED; 2007.
7. Portaria n° 981/98, de 8 de Junho - Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso; 1998.
8. Santos, A., Ferreira, S., Galvão, C., Gomes Carvalho, A., & Carinha, P. H. (2012). Procedimento De Validação De Distribuição Clássica No Centro Hospitalar De São João, EPE.
9. Dispensa exclusiva em Farmácia Hospitalar. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMAN/O/AVALIACAO\\_ECONOMICA\\_E\\_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS\\_USO\\_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS\\_COMPARTICIPADOS/Dispensa\\_exclusiva\\_em\\_Farmacia\\_Hospitalar](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMAN/O/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADOS/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Hospitalar) (consultado a 10 de maio de 2013).

10. Circular Informativa nº118/CA - Dispensa pelos serviços farmacêuticos hospitalares de medicamentos com Autorização de Introdução no Mercado (AIM) em Portugal. INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, Ministério da Saúde de Portugal; 2004.
11. Circular Normativa nº 01/CD/2012 - Procedimentos de cedência de medicamentos no ambulatório hospitalar. INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, Ministério da Saúde de Portugal; 2012.
12. Diário da República, 2ª série - Nº 150 - 5 de Agosto de 2008. 2008.
13. Decreto de Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro. Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso;
14. Despacho conjunto nº 1051/2000, de 14 de Setembro. Registo de medicamentos derivados de plasma. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso; 2000.
15. Decreto de Lei nº 301/2000, de 18 de Novembro. Diário da República, 1ª série, Nº 267; 2000.
16. INFARMED, G.J.e.C.D., Portaria n.º 594/2004 de 2 de Junho, in Legislação Farmacêutica Compilada, 2004.
17. Lei nº 46/2004, de 19 de Agosto - Aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso; 2004.
18. Comissão do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos. Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos. 9ª ed. INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, Ministério da Saúde de Portugal; 2006.
19. Calvo M.V., Garcia M.J., Martínez J., Fernández M.M., cap.2.12, Farmacocinética Clínica, *FARMACIA HOSPITALARIA*;
20. Decreto Regulamentar nº3/88, de 22 de Janeiro;
21. Circular Normativa nº 18/DSQC/DSC - Comissões de Controlo de Infecção. Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde; 2007;
22. Decreto de Lei nº 97/95, de 10 de Maio - Regulamenta as Comissões de Ética Para a Saúde. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.





# Capítulo III-Perfil de utilização de antidepressivos, efeitos secundários e interações medicamentosas”

## 1. Introdução

### 1.1 História

A depressão é uma das perturbações mentais mais comumente diagnosticadas.<sup>1</sup> No entanto, as características centrais desta patologia acompanham o ser humano desde a sua existência, sendo inúmeras as suas referências históricas em áreas como a música, a poesia, a pintura e a literatura. Na Mesopotâmia, os primeiros médicos babilónios explicavam as doenças mentais como resultado de possessões demoníacas. Os Egípcios, cerca de 2850 a.C., propunham métodos terapêuticos baseados no entretenimento para estas doenças. Nesta altura, o transtorno mental, posteriormente chamado de histeria pelos Gregos, caracterizava-se como sendo origem de uma má disposição do útero. Hipócrates (460-370 a.C.), na obra *Natureza do Homem*, referiu que a mania e a melancolia eram duas das seis formas de loucura e criou a teoria dos 4 humores corporais (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra) na qual o equilíbrio ou desequilíbrio era responsável pela saúde (eucrasia) ou doença (discrasia). Hipócrates acreditava, ainda, que a influência de Saturno levava o corpo a segregar mais bílis negra, alterando o humor do indivíduo e escurecendo-o, levando ao estado de melancolia (melancolia, do grego melan [“negro”] e chole [“bílis”]). Aristóteles (384-322 a.C.) introduziu a noção de predisposição, referindo que um excesso de bílis negra aumentava a vulnerabilidade de cada indivíduo para a melancolia. Galeno (130-200 d.C.) deu continuidade à teoria de Hipócrates, desenvolvendo-a. Na Idade Média, a Igreja exclui a hoje área da Psiquiatria da Medicina, na tentativa de mostrar que as perturbações mentais eram possessões demoníacas. O Renascimento e o início da Idade Moderna marcaram uma verdadeira caça às bruxas por parte da Igreja aos indivíduos com perturbações mentais, atribuindo-lhes sempre uma génese demoníaca. A partir do século XVII, alguns pensadores tentaram compreender a natureza das doenças mentais, ligando-as à ideia de possíveis lesões a nível cerebral. William Shakespeare aborda também os problemas da mente nalgumas das suas obras. Vincent van Gogh pintou um quadro, em 1890, de um homem apoderado pelo desespero e falta de esperança. Este autor viria depois a suicidar-se. Na primeira metade do século XIX, poetas como Byron, Heine, De Musset e Leopardi e compositores como Chopin, Schubert e Beethoven abordavam temas pessimistas. Em 1882, o psiquiatra Karl Kahlbaum usou o termo ciclotimia para considerar mania e depressão como estados da mesma doença e em 1889, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin referiu que as doenças psiquiátricas são principalmente causadas por desordens a nível genético e biológico e que, a ausência de sintomas de demência, mas sim a incapacidade de realizar as atividades normais do

quotidiano e as alterações de humor, são características da psicose maniaco-depressiva. As teorias de Kraepelin sobre a etiologia e diagnóstico de perturbações psiquiátricas são a base dos maiores sistemas diagnósticos utilizados hoje, especificamente o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), da Associação Americana de Psiquiatria, e o ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), da Organização Mundial de Saúde (OMS).<sup>2,3</sup>

## 1.2 Epidemiologia da Depressão e dos fármacos antidepressivos

De acordo com a OMS, a depressão é a principal causa de incapacidade medida pelos Anos de Vida Perdidos (AVP) por morte prematura e a quarta principal causa de morbidade e perda de qualidade de vida medida pelos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI). Em 2012, pelo menos, mais de 350 milhões de pessoas viviam com depressão. Prevê-se que, até ao ano 2020, a depressão alcance o 2º lugar do ranking de AVAI calculado para todas as idades, em ambos os sexos.<sup>4</sup>

No ano 2000, a depressão afetava aproximadamente entre 10 a 12% da população ocidental (Estados Unidos-10%; Europa 9-12%; Austrália-18%), sendo mais afetadas as mulheres do que os homens, numa proporção de 2:1. Espera-se que uma em cada quatro mulheres e um em cada dez homens sofram de depressão durante a sua vida. A depressão está entre as cinco doenças mais prevalentes nestes países. Nos Estados Unidos, aproximadamente 19 milhões de adultos são afetados anualmente pela depressão e pelo menos 50% daqueles com depressão *major* (MDD) sofrem de um ou mais episódios repetidos de depressão durante a vida. A depressão afeta, pelo menos, 1 em 50 crianças com idade inferior a 12 anos e 1 em 20 adolescentes, maioritariamente raparigas. O aumento na taxa de depressão entre as adolescentes está relacionado com mudanças fisiológicas que ocorrem durante a puberdade e que conduzem a modificações hormonais. O síndrome pré menstrual e a depressão pós parto são exemplos de outras situações que afetam especificamente as mulheres e sugestivas de envolvimento hormonal. Cerca de metade dos casos de depressão não são diagnosticados nem tratados. A depressão nos idosos, com prevalência entre 17-35% é, muitas vezes, menosprezada como sendo parte do normal envelhecimento e pode não ser diagnosticada nem tratada, causando sofrimento desnecessário para a família e para o indivíduo.<sup>5</sup> São, ainda, de referir várias co-morbidades que podem coexistir com a depressão. As desordens de ansiedade estão presentes em 50% dos indivíduos com MDD. A associação com a depressão é particularmente forte para o distúrbio da ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social, *stress* pós traumático, diabetes, vírus da imunodeficiência humana (HIV), doenças cardiovasculares, síndrome do cólon irritable e problemas respiratórios. Estas co-morbidades estão associadas com sintomas depressivos mais severos e fraca resposta ao tratamento, além de maior morbidade.<sup>1</sup>

Em relação aos vários estudos realizados sobre os custos da depressão, sejam eles diretos ou indiretos, apresentam a mesma conclusão: a depressão é um grave problema de saúde pública e acarreta enormes custos para a sociedade, não só a nível económico como também a nível de produtividade. O custo económico das desordens depressivas nos Estados Unidos é estimado em 53 biliões de dólares por ano. Em 2005, os antidepressivos (especialmente os inibidores da recaptação da serotonina) estavam entre os 50 fármacos mais prescritos, em primeiro lugar no total de prescrições médicas e em terceiro nos gastos com a medicação (12,5 biliões de dólares). Na Europa, no ano de 2004, os gastos anuais com a depressão foram estimados em 118 biliões de euros. O custo global da depressão ultrapassa, de longe, os custos necessários à sua investigação e melhor compreensão e ao seu tratamento.<sup>1,4</sup> Para indivíduos entre os 15 e 45 anos, a depressão corresponde a 10,3% de todos os custos com doenças a nível mundial.<sup>6</sup> A prevalência da MDD é de 10 a 30% e a depressão inserida na doença bipolar tem vindo a aumentar a sua incidência.<sup>7</sup>

Em Portugal, a depressão afeta cerca de 22% da população<sup>8,9</sup> e é a principal causa de aposentação precoce nas mulheres e a terceira nos homens, segundo dados da Caixa Geral de Aposentações relativos a 2010. Nos homens, a depressão passou de sétima causa de incapacidade permanente para terceira causa, em apenas um ano. No caso das mulheres, de 2009 para 2010, o número de aposentações precoces por depressão aumentou 10%. Portugal é o país da Europa com maior taxa de depressão e estima-se que um terço das pessoas com perturbações mentais graves não esteja tratado. Segundo dados da Aliança Europeia contra a depressão, os Estados Unidos são o único país à frente de Portugal em termos da taxa de depressão e dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) referem que Portugal apresenta um dos maiores aumentos no consumo de antidepressivos.<sup>9</sup>

No que diz respeito à evolução da utilização de fármacos antidepressivos, a dose diária definida de um fármaco (DDD) (dose média diária de manutenção do fármaco, usada normalmente em adultos para a principal indicação terapêutica, por uma determinada via de administração e expressa em quantidade de princípio ativo) e a dose diária definida por 1000 habitantes por dia (DHD) (parâmetro que indica, em medicamentos usados cronicamente, a proporção da população que diariamente recebe tratamento com um determinado fármaco numa determinada dose média) são indicadores que podem ser úteis.<sup>10</sup>

De acordo com o último inquérito sobre saúde mental (Eurobarómetro), realizado na União Europeia em 2010, que totalizou 26800 entrevistas das quais 1032 a cidadãos portugueses, um em cada sete portugueses admitiu que utilizou antidepressivos nos últimos 12 meses, mais do dobro da média europeia. Estes medicamentos foram utilizados, sobretudo, em depressões e problemas de ansiedade. A seguir a Portugal surgem a Lituânia, Malta e França. Bulgária, Alemanha e Grécia são os países onde a utilização de antidepressivos é menor (Figuras 1,2 e 3).<sup>11</sup>

Tomou algum antidepressivo nos últimos 12 meses?

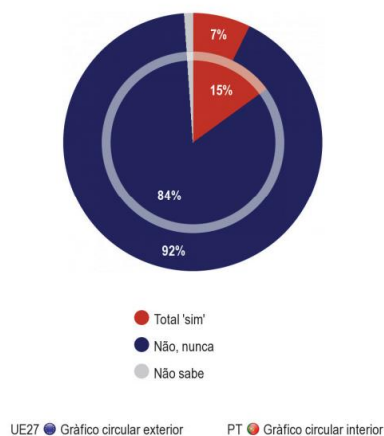


Figura 1: Utilização de antidepressivos em Portugal e na União Europeia. Fonte: Eurobarometer 2010, European Commission.

QD6. Por que motivo(s) tomou anti-depressivos?

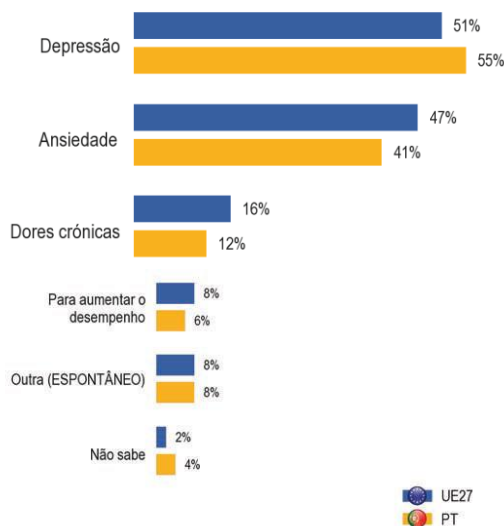


Figura 2: Motivos da toma de antidepressivos. Fonte: Special Eurobarometer 2010.

Pergunta Tomou algum antidepressivo nos últimos 12 meses?

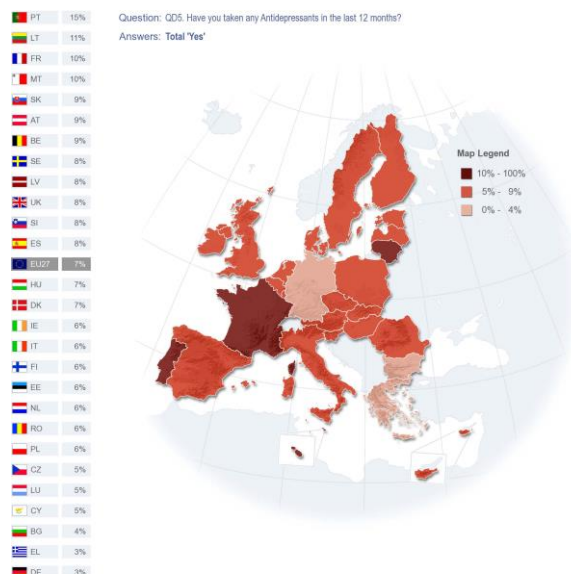


Figura 3- Utilização de antidepressivos na União Europeia. Fonte: Special Eurobarometer, 2010.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 considerava a saúde mental como a principal prioridade e estabelecia como meta a redução do consumo de antidepressivos em 20%.<sup>12</sup> Todavia, a utilização destes fármacos tem vindo a aumentar, sendo que um estudo indica que ocorreu um crescimento acentuado (177%) no período de 2000 a 2009, tendo o nível de utilização passado de 26 DHD em 2000 para 72 DHD em 2009. No ano 2000 a Fluoxetina era a substância antidepressiva com maior consumo no ambulatório do SNS. No entanto, entre o período de 2000 a 2009 verificou-se um aumento acentuado da utilização da Sertralina e do Escitalopram. A Venlafaxina, Paroxetina, Mirtazapina e Trazodona apresentaram também um peso elevado no crescimento, embora o impacto seja inferior ao da Sertralina e do Escitalopram. Este aumento pode ser devido, não só à alteração legislativa no regime de comparticipação especial, que veio retirar a obrigatoriedade da prescrição por médicos com a especialidade de psiquiatria ou neurologia, mas também ao aparecimento de medicamentos genéricos comparticipados de muitos destes fármacos. Estas duas premissas levaram a uma maior acessibilidade e a um menor controlo nas prescrições destes fármacos.<sup>13</sup> Entre 1995 e 2009 as vendas de antidepressivos aumentaram 300% (Tabela 1).<sup>9</sup>

Tabela 1: Evolução da utilização dos antidepressivos (DHD) entre 2000 e 2009. Fonte: INFARMED.

Antidepressivos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Var. 2000-09	Peso na Variação
Sertralina	2	2	3	4	6	8	10	12	13	15	745%	28%
Fluoxetina	9	11	13	14	14	13	13	13	13	14	49%	10%
Escitalopram	0	0	0	0	2	3	5	7	10	12	0%	27%
Paroxetina	4	4	6	7	7	8	8	8	8	8	119%	9%
Venlafaxina	1	1	2	3	3	4	4	5	5	6	399%	10%
Trazodona	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	359%	7%
Mirtazapina	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	497%	6%
Duloxetina	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0%	4%
Fluvoxamina	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	36%	1%
Amitriptilina	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	-9%	0%
Restantes DCI's	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	-33%	-2%
<b>total</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>38</b>	<b>40</b>	<b>46</b>	<b>49</b>	<b>54</b>	<b>59</b>	<b>65</b>	<b>72</b>	<b>177%</b>	<b>100%</b>

A nível de distribuição geográfica, verificam-se algumas desigualdades (Figura 4). Os distritos de Évora e Portalegre são os que apresentam o consumo mais elevado, ao invés de Vila Real e Bragança.<sup>13</sup>

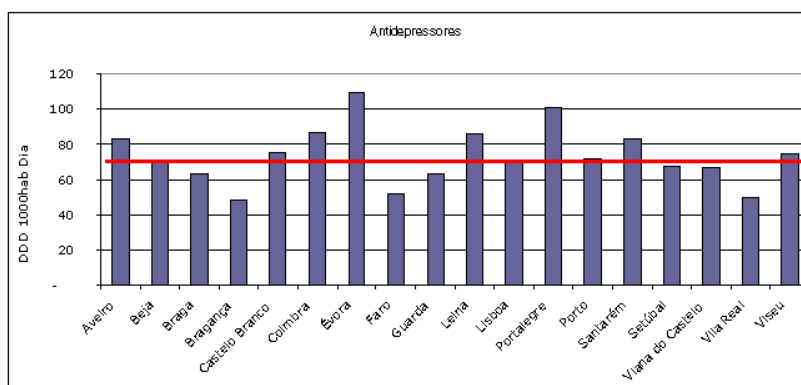


Figura 4- Distribuição geográfica do consumo de antidepressivos (DHD) em 2009. Fonte: INFARMED.

### 1.3. Características clínicas e tipos de desordens depressivas

A saúde mental é definida pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” e não simplesmente a ausência de doença. Assim, e de acordo com esta definição, a saúde mental é indissociável da saúde física. Na depressão é posta em causa a saúde mental.

A depressão é uma perturbação psiquiátrica muito comum na atualidade na qual a principal característica é a alteração do humor. O humor é uma emoção generalizada e sustentada (depressão, exaltação e ansiedade). Os episódios depressivos causam, frequentemente, mudanças a nível fisiológico e somático. A depressão caracteriza-se, assim, por uma perda de interesse ou prazer (anedonia), falta de energia (que, por seu lado origina cansaço e atividade reduzida), atenção e concentração reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, baixa autoconfiança, distúrbios do sono (insónia inicial, sono fragmentado e insónia terminal) e do apetite. O apetite reduzido leva à perda de peso, que pode chegar a 5%

do peso total num mês. A obstipação e má disposição são aspetos comuns. A redução da libido e amenorreia são outros dos sintomas biológicos da depressão, bem como taquicardias, sensação de falta de ar, dificuldade em respirar, cefaleias e tonturas, estes últimos relacionados com os sintomas de ansiedade que também se fazem sentir nesta patologia. Estes problemas podem tornar-se crónicos ou recorrentes e levar a prejuízos substanciais na capacidade de um indivíduo dar conta das suas responsabilidades diárias. No seu extremo, a depressão pode levar ao suicídio. Anualmente, são perdidas cerca de 1 milhão de vidas devido a suicídio, o que representa 3000 mortes por dia devido a suicídio.<sup>14,15</sup>

Através do exame do estado mental observa-se uma *fácies* típica, com os olhos semifechados, lábios descaídos, pouco contacto visual, apatia, proximidade das sobrancelhas, desleixo no vestuário (roupa suja e larga) e na higiene pessoal. A perda de peso pode fazer-se notar nas roupas largas e pele seca e desidratada. Quanto ao comportamento, pode ocorrer um atraso psico-motor e discurso lento, arrastado, com pausas entre perguntas e respostas. O humor denota tristeza, ansiedade, falta de esperança relativamente ao futuro, incapacidade para sentir prazer pelas atividades do quotidiano e falta de energia. Os pensamentos são pessimistas, quanto ao passado, presente e futuro, podem ocorrer delírios de pobreza ou doença e ideias suicidas e homicidas. As percepções, em casos severos, podem comportar alucinações auditivas e, a nível cognitivo, a fraca concentração pode levar a problemas de memória.<sup>15</sup>

Na literatura são várias as classificações quanto aos tipos de perturbações depressivas. No entanto, de uma maneira simplista, as perturbações depressivas dividem-se em MDD, distímia, desordem bipolar e outros tipos de perturbações depressivas.<sup>5</sup> São de referir a classificação DSM-IV, que refere que a depressão unipolar e a doença bipolar diferem quanto à etiologia e sintomatologia, tratando-se de distúrbios qualitativamente diferentes e a classificação ICD-10, da OMS, que descreve como critério para um episódio depressivo a presença de, pelo menos, quatro itens dos seguintes durante duas semanas: perda de interesse nas atividades, falta de reações emocionais, distúrbios do sono, perda de apetite e de peso, diminuição da libido, retardação motora e energia reduzida. A diferença que existe entre os dois sistemas de classificação está associada com o limite inferior de sintomas requeridos pela ICD-10 comparado à DSM-IV. No entanto, existe grande concordância entre os dois sistemas de classificação no que diz respeito à MDD e distímia.

De referir, ainda, que a nova classificação DSM-V será publicada em Maio de 2013 e, à semelhança da DSM-IV, continuará a fazer a distinção entre distímia e MDD. Contudo, a distímia será renomeada como Desordem Depressiva Crónica. Os critérios de diagnóstico manter-se-ão, mas serão propostas categorias de diagnóstico adicionais como ansiedade/depressão mistas e serão integrados distúrbios psiquiátricos da infância e adolescência na publicação.<sup>1,5,15</sup>

A depressão *major*, também apelidada de depressão unipolar, é a forma mais severa de depressão, e manifesta-se por uma combinação de sintomas que interferem com a capacidade para trabalhar, estudar, dormir, comer e interesse pelas atividades do quotidiano.

Muitas pessoas com este tipo de depressão tornam-se incapazes de levar uma vida normal. Existe alguma evidência de que a depressão *major* possa ser herdada geneticamente. Os sinais iniciais incluem mudanças na função cerebral em indivíduos que apresentam baixa autoestima, pessimismo e dificuldade em lidar com situações de *stress* extremo.<sup>5</sup> O diagnóstico de MDD é descrito pelo DSM-IV com base na presença de um número específico de sintomas com uma duração precisa. Primeiro estão presentes os sintomas de humor deprimido e perda de interesse ou prazer e, adicionalmente, o critério de pelo menos cinco itens da lista do DSM-IV (Anexo XV) tem de estar presente pelo menos durante duas semanas, durante a maior parte do dia e quase todos os dias.<sup>1</sup>

A distímia é uma depressão crônica moderada, também ela uma depressão unipolar, menos severa que a depressão *major*, que dura cerca de dois ou mais anos e é caracterizada por sintomas crônicos que não são incapacitantes, mas que impedem o normal equilíbrio e bem-estar emocional. Inclui sintomas de humor deprimido durante a maior parte do dia e, pelo menos, dois dos seguintes: pouco apetite, insónia, falta de energia e de concentração, baixa autoestima e sentimentos de desespero. Muitas das pessoas com distímia desenvolvem episódios de depressão *major* (depressão dupla) em algum momento das suas vidas e outras não se apercebem de que estão emocionalmente instáveis e deprimidas.<sup>1,5</sup>

A perturbação bipolar divide-se nos tipos I (episódios maníaco-depressivos) e II (episódios hipomaníaco-depressivos ou ciclotímia). As desordens bipolares afetam homens e mulheres na mesma proporção e são caracterizadas por períodos cíclicos de depressão e períodos de comportamento anormal conhecidos como hipomaníacos ou manias.

Quanto aos outros tipos de perturbações depressivas menos comuns estes incluem o distúrbio afetivo sazonal (SAD), que se trata de uma depressão que ocorre durante certas alturas do ano (ocorre durante o menor período de luz diurna no Inverno e Outono e desaparece na Primavera e Verão), mas que não é um diagnóstico do DSM-IV, o transtorno de adaptação, caracterizado por humor depressivo resultante de um acontecimento nefasto na vida de um indivíduo (perda de emprego, divórcio, perda de um ente querido, entre outros) com os sintomas a persistirem até seis meses, a depressão pós parto, que ocorre em mulheres, normalmente com distúrbios de humor já preexistentes, cerca de quatro semanas após o parto e se caracteriza por uma depressão severa com riscos para a mãe e para o bebé (ideias suicidas e homicidas) e outros tipos de depressão (atípicos) sem especificações no DSM-IV.<sup>5, 16</sup>

#### 1.4. O curso da depressão

Um *episódio* depressivo é definido pela presença de um certo número de sintomas durante um determinado período de tempo, sempre sintomático. Ocorre a *remissão* parcial quando o indivíduo não está mais totalmente sintomático, mas ainda apresenta sintomas residuais (falta de energia e de concentração, por exemplo). A remissão completa é um breve período (duas a oito semanas) no qual o indivíduo é assintomático e apresenta apenas

sintomas mínimos. A *resposta* dá-se quando ocorre a remissão parcial ou completa devido a um tratamento. A *recuperação* de um episódio depressivo é a remissão completa, sem nenhum sintoma, durante mais de oito semanas. Quando os sintomas voltam pouco tempo após uma resposta positiva, reunindo os critérios que ocorrem durante o período de remissão dá-se uma *recaída*. Vários fatores podem contribuir para uma recaída como uma história de episódios depressivos, idade mais avançada e história de doença psiquiátrica. Por fim, quando surge um novo episódio depressivo após uma recuperação, dá-se um *retorno* dos sintomas.

Vários estudos indicam que os homens têm prognóstico mais favorável que as mulheres, as quais demonstram maior risco para o início dos sintomas, maior duração dos episódios depressivos e maior risco de recorrência. A probabilidade de recorrência após a recuperação é 30% mais comum nas mulheres, aumentando com episódios subsequentes.<sup>1</sup>

## 1.5. Etiologia

### 1.5.1. Fatores genéticos

Existe um risco maior de desenvolvimento de distúrbios de humor em parentes biológicos de doentes do que na população em geral. Estudos familiares apontam para um aumento do risco de depressão em parentes de primeiro grau de doente com depressão unipolar. Uma outra evidência a favor do fator genético são os estudos em pais adotivos, sendo mais provável encontrar distúrbios de humor nos filhos de pais biológicos do que nos primeiros.<sup>15</sup> Estudos em gémeos mostram a ocorrência destes distúrbios em maior número entre homozigóticos (univitelinos, cerca de 50%) do que em dizigóticos (bivitelinos, 10 a 25%).<sup>17</sup>

### 1.5.2. Bases biológicas da depressão

Existem algumas teorias que defendem o papel dos neurotransmissores serotonina (5-HT) e noradrenalina (NA) na depressão e as suas possíveis inter-relações com a dopamina (Figura 5).

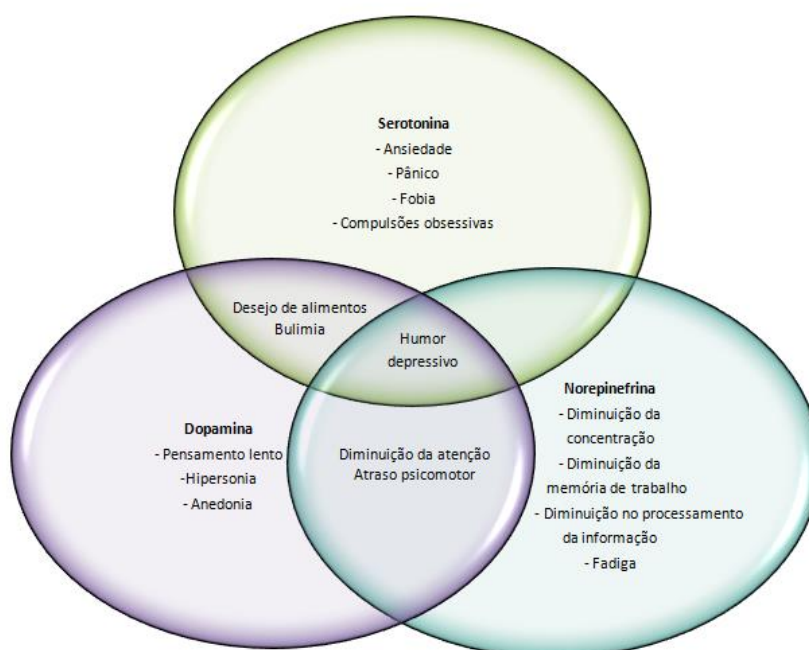


Figura 5- Deficiências nos três neurotransmissores e suas interações. Adaptada de: “Foye´s, Principles of Medicinal Chemistry, 6th edition, Cap.21, pág.550, fig.21.1.”.

Apesar do exato mecanismo da depressão não estar ainda totalmente descrito a nível químico, algumas teorias explicam o papel da noradrenalina e da serotonina nas causas da depressão. A designada teoria das monoaminas refere que a depressão resulta de um défice de 5-HT e/ou NA e que a terapêutica antidepressiva tem por objetivo a correção desse mesmo défice, sendo o papel da dopamina incerto. Esta teoria foi sujeita a várias mudanças ao longo das últimas décadas e, neste momento, considera-se que a depressão está associada à perda das funções centrais da noradrenalina e serotonina. São evidências a favor desta teoria o facto de fármacos usados na prática clínica, como os antidepressivos tricíclicos (ATCs), atuarem como inibidores da recaptção de monoaminas como a noradrenalina e a serotonina nos neurónios pré-sinápticos, conduzindo a um aumento destas na fenda sináptica, e os antidepressivos inibidores da monoamina oxidase (IMAO) que exercem o seu mecanismo de ação pela inibição da degradação metabólica das monoaminas pela enzima monoamina oxidase (MAO), o que conduz também a um aumento da sua disponibilidade na fenda sináptica. Outro ponto a favor desta teoria reside no desenvolvimento de fármacos antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), que aumentam a quantidade deste neurotransmissor na fenda sináptica, e que têm mostrado um forte impacto no tratamento da depressão. O uso em grande escala destes fármacos e a demonstração de que o nível do metabolito da serotonina (ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA)) está frequentemente reduzido no fluido cerebrospinal dos doentes depressivos prova que o défice de serotonina está associado à depressão. No que diz respeito à dopamina, alguns dados apontam que também estará reduzida na depressão, nomeadamente associada ao retardamento psicomotor, à motivação diminuída e ao distúrbio afetivo sazonal. Evidências

bioquímicas em doentes depressivos indicam um turnover reduzido de dopamina e é também conhecida a eficácia de fármacos antidepressivos com ação dopaminérgica no tratamento da depressão.<sup>5,15,17,18</sup>

Quanto a evidências contra a teoria das monoaminas, tem-se o facto da farmacoterapia com antidepressivos levar, pelo menos, duas semanas até se sentirem efeitos significativos, o que representa um tempo muito superior ao do seu início rápido de ação bioquímica. Além disso, nem todas as substâncias que atuam como inibidores da recaptação de monoaminas têm ação antidepressiva, sendo a cocaína um exemplo.<sup>15</sup>

Uma outra teoria, denominada hipótese da sensibilidade do recetor, defende que não são simplesmente os níveis sinápticos de noradrenalina e serotonina que contam, mas também a sensibilidade dos recetores pós-sinápticos a estes neurotransmissores. Nos indivíduos com depressão, os recetores pós-sinápticos estão hipersensíveis à serotonina e à noradrenalina, por causa da sua depleção na fenda sináptica. Esta teoria foi um importante passo para o entendimento do atraso entre a administração dos antidepressivos e a sua resposta. De acordo com esta hipótese, o alívio dos sintomas depressivos após administração crónica de antidepressivos advém da normalização da sensibilidade dos recetores por aumento da concentração de noradrenalina e serotonina na fenda sináptica.

Outra teoria é a chamada hipótese permissiva na qual se dá grande importância ao equilíbrio entre os efeitos da serotonina e da noradrenalina na regulação do humor e não apenas aos níveis absolutos destes neurotransmissores e seus recetores. Assim, se os níveis de serotonina estiverem demasiado baixos, o equilíbrio é perdido dando origem a níveis anormais de noradrenalina, que causam mania, como é o caso das perturbações bipolares. De igual modo, se os níveis de noradrenalina descerem, os níveis relativos de serotonina vão também alterar-se e dar origem a sintomas depressivos.<sup>5</sup>

Por fim existe ainda a hipótese hormonal que sugere que alterações no eixo hipotálamo-hipófise (HPA) podem influenciar os níveis de serotonina e noradrenalina. Numa situação de *stress*, o hipotálamo produz a hormona libertadora de corticotrofina (CRH) que estimula a hipófise a segregar a hormona adrenocorticotrófica (ACTH) para a corrente sanguínea e que vai estimular a produção de cortisol (hidrocortisona) pelas glândulas suprarrenais. Além disso, o *stress* estimula diretamente estas glândulas a produzirem adrenalina e noradrenalina, e a hidrocortisona pode causar depressão quando produzida em quantidades mais elevadas do que as normais. O cortisol pode ainda contribuir para a componente de ansiedade que muitas vezes acompanha as depressões. Cerca de 50% dos indivíduos com depressão *major* apresentam níveis elevados de cortisol.<sup>5,19</sup>

### 1.5.3 Estudos de neuro imagem

A perda neuronal no hipocampo e córtex pré-frontal pode relacionar-se com a depressão e pensa-se que as terapias antidepressivas atuam por inibição ou reversão desta perda, estimulando a neurogénese. Estudos *post-mortem* mostram redução do hipocampo e

do córtex pré-frontal em doentes depressivos, com perda de neurónios e glia. Imagens funcionais revelam redução da atividade neuronal nestas regiões.<sup>20</sup>

#### 1.5.4 Regulação neuro endócrina e dieta

Estudos indicam que a depressão pode estar associada ao metabolismo anormal na membrana fosfolipídica do neurónio. Os níveis reduzidos de ácidos gordos insaturados nos fosfolípidos e o aumento da atividade funcional da fosfolipase A2 no sangue são algumas dessas evidências. A baixa ingestão de ácidos gordos altamente insaturados parece estar relacionada com a redução da atividade serotoninérgica central, pois os níveis plasmáticos de ácidos gordos altamente insaturados relacionam-se positivamente com esta. Há ainda uma correlação entre o baixo consumo de peixe (rico em ácidos gordos altamente insaturados como o ácido eicopentaenóico) e a redução da atividade serotoninérgica central.<sup>15</sup> O cérebro e o sistema nervoso central são especialmente dependentes do ácido docosahexaenóico (DHA), um ácido ómega-3, para a normal sinalização e a literatura sugere que as deficiências neste tipo de ácidos gordos contribuem para o aumento da prevalência das perturbações depressivas. Contudo, as razões pelas quais esta correlação existe permanecem por explicar. Uma vez que o DHA pode ser obtido na dieta, aumentar a sua ingestão em doentes depressivos ou naqueles em risco de depressão, poderá ser uma estratégia para combater esta patologia, juntamente com a terapia farmacológica.<sup>21</sup> Há, também, indicadores de que a depressão pode estar associada à autoimunidade e à existência de um aumento do sódio residual.<sup>17</sup>

Há, ainda, evidência de que o nível de atividade física desempenha um papel no risco de depressão. O álcool e o tabaco parecem ser fatores de risco independentes para a depressão. No entanto, novos estudos epidemiológicos sugerem que a alimentação é um fator de risco para a depressão, pois dietas saudáveis parecem ter efeito protetor.<sup>22</sup> Refeições ricas em hidratos de carbono aumentam a disponibilidade de triptofano e, conseqüentemente, a síntese de serotonina no cérebro. Em alguns indivíduos, o humor depressivo estimula a ingestão de alimentos ricos em açúcares/gorduras, que estimulam a libertação de endorfinas. Neste contexto, verifica-se uma associação entre a descida rápida dos níveis de glucose no sangue e um aumento da irritabilidade. Os indivíduos com tendência para níveis baixos de glicémia, quando necessitam de realizar tarefas exigentes a nível cognitivo, têm tendência a apresentar alterações de humor mais repentinas. É, assim, necessário continuar a realizar mais pesquisas que tentem dar conta do impacto da ingestão de açúcares no humor de indivíduos com características fisiológicas e psicológicas menos comuns.<sup>23</sup>

As dietas ricas em proteínas estão ligadas a dores de cabeça, irritabilidade, distúrbios de sono e de humor. As proteínas, ao contrário dos açúcares, parecem reduzir um pouco a concentração do triptofano. Parecem, também, existir diferenças a nível do género sendo que há alguma evidência que suporta os benefícios a nível psiquiátrico de dietas ricas em

proteínas nos homens, mas tal não acontece nas mulheres. As explicações para este facto podem estar relacionadas com diferenças de género respeitantes ao nível e metabolismo da serotonina, catabolismo das proteínas e açúcares e regulação de humor.<sup>24</sup>

### 1.5.5 Alterações no ritmo circadiano

Em doentes depressivos o intervalo entre o início do sono e o início do primeiro episódio de movimento rápido dos olhos (REM) é encurtado. Um dos sintomas biológicos da depressão é o despertar mais cedo, que está relacionado com mudanças no ritmo circadiano. Crê-se que a modulação da secreção rítmica da melatonina pela epífise é o motivo pelo qual as alterações no fotoperíodo levam a mudanças no ritmo circadiano e no ritmo fisiológico sazonal. Os doentes com distúrbios afetivos sazonais possuem um aumento da sensibilidade da biossíntese de melatonina em comparação com indivíduos normais.<sup>15</sup>

## 1.6 Tratamento da depressão

Os objetivos no tratamento da depressão são a eliminação ou redução dos sintomas e efeitos adversos, a garantia da adesão à terapêutica, o retorno a um nível de funcionamento pré-morbilidade e evitar episódios adicionais de depressão.<sup>25</sup>

O tratamento consiste essencialmente na administração de fármacos antidepressivos, na psicoterapia ou na combinação das duas.<sup>26</sup>

### 1.6.1 Psicoterapia

A psicoterapia não é recomendada no tratamento agudo dos doentes com distúrbios depressivos *major* com contornos psicóticos.<sup>27</sup> Nos casos menos graves, a terapia cognitivo-comportamental tenta prevenir a recorrência dos episódios depressivos, ajudando na identificação de cognições negativas e desenvolvendo formas mais flexíveis e positivas de pensar. A terapia interpessoal foca-se nas relações sociais do indivíduo e procura resolver problemas ou fobias que afetam o seu estado de humor e estabilidade diária. A abordagem psicodinâmica centra-se na tentativa de modificação da estrutura da personalidade ou do carácter do doente e tenta, ainda, ajudar na resolução de conflitos pessoais e outras dificuldades.<sup>17</sup>

### 1.6.2. Terapêutica farmacológica

Os fármacos antidepressivos surgiram em meados de 1950 e nos, dias de hoje, as várias classes são bem conhecidas e amplamente utilizadas, não só no tratamento das perturbações de humor como a depressão e o transtorno bipolar, mas também no tratamento

da dor neuropática, cessação tabágica e transtornos obsessivo-compulsivos, entre outros. A aplicação da química farmacêutica e terapêutica no desenvolvimento de novos antidepressivos, tais como os ISRS, nos últimos vinte anos, modificou significativamente o curso e tratamento da depressão. Os ISRS tornaram-se na primeira linha de tratamento da depressão *major* e são também usados como coadjuvantes no tratamento de outros distúrbios de humor. Esta nova geração de antidepressivos tem um perfil farmacocinético mais favorável e menos efeitos adversos do que as gerações mais antigas, como os ATCs e os IMAO. Isto resultou numa maior *compliance* dos doentes e em melhores resultados terapêuticos para os doentes com depressão *major*. As modificações das relações estrutura-atividade dos antidepressivos deram origem a várias moléculas com indicações terapêuticas múltiplas. São exemplos disso, a duloxetina e a bupropiona, ambas com indicação, não só para a depressão *major*, mas também para dor neuropática e cessação tabágica, respetivamente. Sendo assim, e dado o número crescente de moléculas com ação antidepressiva no mercado, é fundamental que os profissionais de saúde possuam conhecimento adequado sobre as relações estrutura-atividade, efeitos adversos, interações medicamentosas e propriedades farmacocinéticas para assim poderem escolher o regime mais adequado a cada caso. <sup>5</sup>

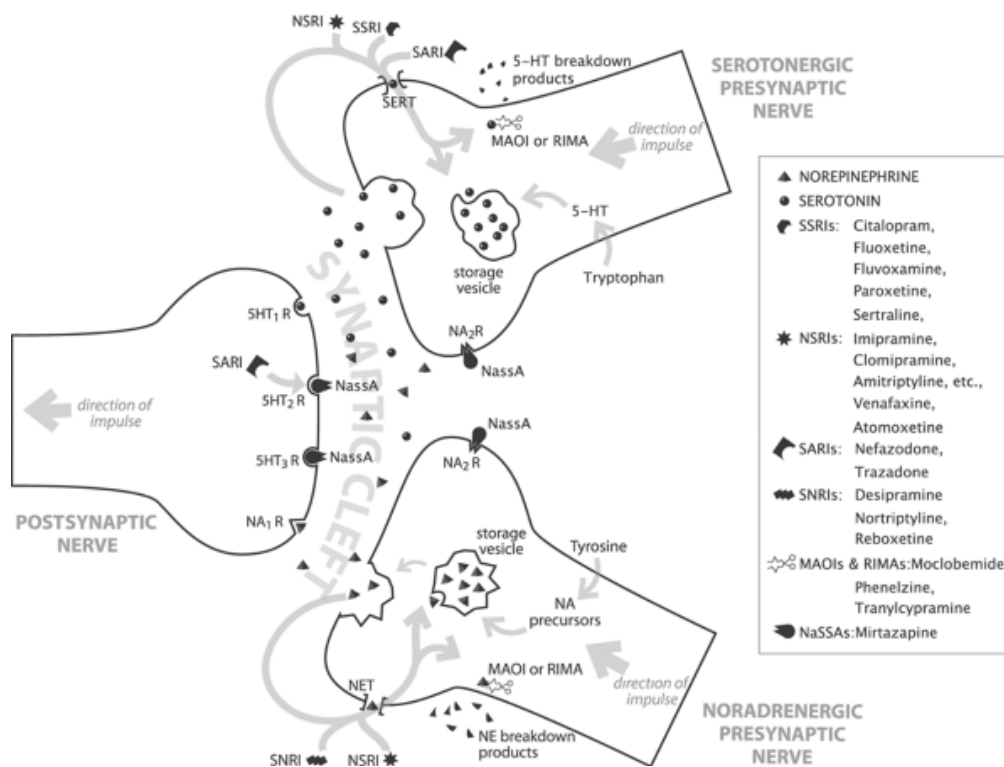


Figura 6- Locais de ação dos diversos fármacos antidepressivos. Fonte: “Foye’s, Principles of Medicinal Chemistry, 6th edition, Cap.21, pág.555, fig.21.1.”.

### 1.6.2.1. Classificação e principais características dos fármacos antidepressivos

#### Antidepressivos tricíclicos (ATCs)

Os ATCs são um grupo heterogêneo de fármacos, sendo os primeiros inibidores da recaptação de 5-HT e NA desenvolvidos. São similares em estrutura aos antipsicóticos, como a clorpromazina, e partilham com eles um vasto número de efeitos secundários. Exercem o seu efeito terapêutico através da inibição da recaptação não-seletiva de serotonina e noradrenalina no neurónio pré-sináptico. Além disso antagonizam os recetores  $\alpha_1$ -adrenérgicos pós-sinápticos, os recetores histamínicos  $H_1$ , os recetores serotoninérgicos 5-HT<sub>2</sub> e os recetores muscarínicos colinérgicos, o que contribui para o elevado número de efeitos secundários destes fármacos. Possuem, ainda, efeito cardiotoxico, relacionado com os seus efeitos anticolinérgicos e adrenolíticos e com a sua ação direta na condução cardíaca (canais de cálcio e de sódio cardíacos) e no miocárdio.<sup>5,25,28,29</sup> Os seus efeitos secundários incluem sedação, efeitos anticolinérgicos (retenção urinária, confusão, aumento da pressão intra-ocular, xerostomia e obstipação), hipotensão ortostática e aumento de peso e aparecem imediatamente após a administração do fármaco.<sup>5,25,28</sup> A estrutura tricíclica possui afinidade para vários tipos de recetores, não sendo, no entanto, específica para nenhum deles, o que contribui para os efeitos adversos farmacodinâmicos referidos anteriormente. Devido a estes efeitos, estes fármacos estão contraindicados ou devem ser usados com precaução em idosos e indivíduos com hiperplasia benigna da próstata (HBP), glaucoma ou epilepsia.<sup>5</sup> Estes fármacos continuam a ser prescritos atualmente, mas, devido ao seu perfil de segurança e tolerabilidade mais estreitos, têm deixado de ser fármacos de primeira escolha no tratamento da depressão. Qualquer interferência no metabolismo pode conduzir a reações adversas graves (arritmias, convulsões) provocadas pelo aumento das concentrações plasmáticas. Para se comprovarem os seus efeitos, estes fármacos devem ser prescritos, no mínimo, durante 5 a 6 semanas, sendo que, nos primeiros dias, deverá utilizar-se a dose máxima tolerada.<sup>5,28</sup>

#### Antidepressivos inibidores da monoamina oxidase (IMAO)

Os IMAO possuem um mecanismo de ação alternativo e a sua eficácia é semelhante à dos inibidores da recaptação da NA e 5-HT. Conduzem ao aumento da disponibilidade dos neurotransmissores através da inibição da MAO (enzima responsável pelo metabolismo e degradação de monoaminas como a serotonina e a noradrenalina) e são uma alternativa em depressões resistentes ao tratamento com outros antidepressivos. A prescrição dos IMAO clássicos era limitada devido à sua ligação irreversível a esta enzima, o que fazia com que a atividade metabólica apenas voltasse ao normal depois de algumas semanas e à necessidade de restrições alimentares, nomeadamente na ingestão de alimentos ricos em tiramina e de fármacos simpatomiméticos, que podia levar a efeitos adversos graves, como a hipertensão potencialmente fatal (a chamada “reação do queijo”). Na tentativa de contornar este

problema, foi desenvolvida a moclobemida, um inibidor seletivo, reversível e competitivo da MAO-A. Esta molécula apresenta um risco mais reduzido de interações medicamentosas e a ingestão concomitante de alimentos ricos em tiramina não é problemática sendo que apenas perde a seletividade com elevadas dosagens.

No entanto, a prescrição destes fármacos tem vindo a diminuir desde a introdução no mercado dos ISRS e outros fármacos antidepressivos de novas gerações.<sup>5,28</sup>

#### Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS)

Os ISRS são considerados os primeiros “*designer antidepressants*” uma vez que inibem seletivamente a recaptção de serotonina da fenda sináptica, aumentando, assim, os seus níveis e levando a uma maior estimulação dos recetores serotoninérgicos pós-sinápticos.<sup>5,28</sup> Ao longo das últimas décadas, tornaram-se os antidepressivos mais utilizados, devido à melhor tolerabilidade e segurança. Os principais fármacos desta classe são a fluvoxamina, a fluoxetina, o escitalopram, o citalopram, a paroxetina e a sertralina. Os ISRS apresentam interações com outros antidepressivos como os IMAO, que podem ser bastante perigosas e conduzir, em alguns casos, à síndrome serotoninérgica, que se caracteriza pela irritabilidade, hiperreflexia, sudção e inquietação, entre outros sintomas. É, assim, fundamental existir um intervalo de duas semanas entre a descontinuação de um IMAO e o começo de um ISRS. Os ISRS apresentam um potencial variável para interações medicamentosas através das enzimas hepáticas do citocromo P450, sendo que o escitalopram tem o menor potencial de interações. Quanto a efeitos secundários, os mais frequentes são alterações gastrointestinais, cefaleias, tonturas, agitação, insónia e disfunção sexual. São mais frequentes durante a primeira ou segunda semana de tratamento e diminuem de intensidade e de frequência com a continuação do tratamento. É, também, frequente, a síndrome de descontinuação (com sintomas como dores de cabeça, náuseas e tonturas) com estes fármacos, nomeadamente nos que apresentam tempos de semivida mais curtos, como a paroxetina, e quando uma terapêutica prolongada é interrompida bruscamente. A paroxetina apresenta ligação significativa aos recetores muscarínicos, o que pode conduzir a maior incidência de efeitos adversos e inibe a enzima óxido nítrico sintetase, o que pode explicar a disfunção sexual característica desta classe de antidepressivos. É, ainda, um inibidor forte da isoforma CYP2D6, o que pode resultar em interações farmacológicas com fármacos metabolizados por esta enzima. A fluoxetina é, também, um inibidor das isoformas CYP2D6 e CYP2C9 e a fluvoxamina das isoformas CYP1A2, CYP2C19, CYP2C9 e CYP3A4. Quanto à sertralina, são menores as interações possíveis com outros fármacos, sendo apenas um inibidor moderado do CYP2D6. A nível da semivida todos, à exceção da fluoxetina, apresentam tempos de meia vida entre 15 e 30 horas. A fluoxetina e os seus metabolitos ativos possuem tempos de semivida mais longos. A fluvoxamina, a fluoxetina e a paroxetina apresentam farmacocinética não-linear, sendo que o aumento da dose conduz a um aumento desproporcional nos níveis plasmáticos e, desta maneira, aumentos na dose podem resultar no aumento de efeitos adversos e na inibição das

enzimas do citocromo P450 atrás referidas. O escitalopram, o citalopram e a sertralina têm farmacocinética linear. Todos os ISRS se ligam fortemente às proteínas plasmáticas e podem afetar o efeito farmacodinâmico de outros fármacos altamente ligados às proteínas e de margem terapêutica estreita como a varfarina.

Apesar de serem fármacos de primeira linha nesta patologia, os ISRS apresentam um início de ação mais lento e aparentam ser menos eficazes nos sintomas físicos da depressão em comparação com os ATC e os IMAO. <sup>5,28,29,30,31,32</sup>

#### Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina e noradrenalina (ISRSN)

Os ISRSN surgiram na sequência de estudos clínicos que referiam que compostos seletivos que aumentassem a disponibilidade sináptica de serotonina e noradrenalina tinham maior eficácia do que aqueles que atuavam apenas nos níveis de um único neurotransmissor. Assim surgiram os ISRSN, que combinam as propriedades do ISRS e dos ATCs e não apresentam os efeitos secundários destes últimos. Os principais fármacos desta classe são a venlafaxina, a duloxetina e o milnaciprano, os quais variam nas afinidades relativas pelos transportadores da serotonina e da noradrenalina. A venlafaxina, em baixas doses, tem predomínio dos efeitos serotoninérgicos, com os efeitos noradrenérgicos a fazer-se sentir em doses acima de 150 mg diários. Estes fármacos são responsáveis pela ação antidepressiva mais rápida e apresentam taxas de remissão superiores em comparação com os ISRS. Exibem, ainda, uma afinidade baixa para recetores neuronais de outros neurotransmissores e, sendo assim, apresentam um perfil melhorado de efeitos adversos e menores taxas de interrupção do tratamento, em comparação com os ATCs. Contudo, estes fármacos também apresentam alguns efeitos secundários. A venlafaxina é metabolizada pelo CYP2D6 e CYP3A4, possui baixa ligação às proteínas plasmáticas e apresenta um perfil de efeitos secundários dose-dependente. Está associada a um risco aumentado de hipertensão arterial, especialmente em doses elevadas. É, por isso, recomendada a monitorização da pressão arterial em todos os doentes a realizar terapêutica com venlafaxina e o cuidado na sua utilização em doentes hipertensos. A duloxetina é normalmente bem tolerada, mas são necessários alguns cuidados com fármacos metabolizados pelo CY2D6, pois esta é um inibidor moderado do mesmo. Os seus efeitos secundários mais comuns são náuseas, tonturas, xerostomia, obstipação, astenia, cefaleias, tonturas, nervosismo e aumento da sudorese. Quanto ao milnaciprano, o mais recente fármaco deste grupo, possui elevada biodisponibilidade e baixa ligação às proteínas plasmáticas. É um fármaco com um perfil de efeitos secundários superior aos ATCs e, até, aos ISRS. Poucos doentes apresentam efeitos secundários e a disúria é o único que ocorre mais frequentemente com este do que com os outros fármacos. <sup>5,28,29,30,31,32</sup>

## Outros fármacos antidepressivos

A reboxetina foi o primeiro inibidor seletivo da recaptação de noradrenalina (ISRN) a ser comercializado. Liga-se ao transportador da noradrenalina (NET) bloqueando a sua recaptação extracelular. Os efeitos antidepressivos surgem apenas 2 a 3 semanas após o início do tratamento. Está indicada em problemas do sono, além da depressão. Os principais efeitos adversos são xerostomia, tonturas, obstipação, sudorese, taquicardia e problemas urinários. É metabolizada pelo CYP3A4 e a dose deve ser reduzida quando usada concomitantemente com fármacos inibidores do citocromo P450.<sup>5,28,33</sup>

A bupropiona é um fármaco estruturalmente relacionado com a metanfetamina, catinona e dietilpropiona, estimulantes do sistema nervoso central e anorexiantes. No entanto a ausência de um sistema de anéis tricíclicos resulta num melhor perfil de efeitos secundários em relação aos TCA's e o grupo butilo terciário previne a *N*-desalquilação a metabolitos que poderiam possuir propriedades anorexígenas e simpaticomiméticas. Apesar do seu mecanismo como antidepressivo não estar totalmente esclarecido, estudos de ligação *in vitro* mostram que é um inibidor seletivo da recaptação de dopamina (ISRD) na membrana neuronal pré-sináptica, com efeitos mínimos na recaptação de noradrenalina e de serotonina. Tem um perfil de eficácia e tolerabilidade semelhante aos ISRS e está menos associada à sonolência e à disfunção sexual. Em sobredosagem, está associada a um elevado risco de convulsões devido à diminuição do limiar convulsivo. Os seus efeitos adversos incluem cefaleias, tremores e ansiedade. A bupropiona é um forte inibidor do CYP2D6 e, assim, devem ser tomadas precauções quando existe toma concomitante com fármacos substratos desta isoforma. Além da depressão, é usada na cessação tabágica.<sup>5,34,35,36</sup>

A mirtazapina é um antidepressivo que aumenta a neurotransmissão noradrenérgica e serotoninérgica através do bloqueio de auto e hetero-recetores  $\alpha_2$ -adrenérgicos centrais pré-sinápticos, recetores 5-HT<sub>2</sub> e 5-HT<sub>3</sub> pós-sinápticos e recetores histamínicos H<sub>1</sub>. Possui um início de ação mais rápido em relação aos ISRS. Ao antagonizar os auto-recetores  $\alpha_2$  reduz o papel destas estruturas sinápticas em retardar a resposta antidepressiva. É um antidepressivo com propriedades ansiolíticas devido à sua ação inibitória nos recetores 5-HT<sub>2</sub>, os quais medeiam a agitação observada com outros antidepressivos serotoninérgicos. Sendo assim, a utilização de benzodiazepinas como tratamento adjuvante poderá ser minimizada. Apesar de não possuir todos os efeitos secundários dos ISRS, pode causar sedação, aumento do apetite e do peso. Pode ocorrer tolerância às propriedades sedativas e, aumentar a dose diminui essas propriedades, devido ao aumento da libertação de noradrenalina compensar o bloqueio histamínico. É um fármaco seguro em sobredosagem, com poucas interações medicamentosas e sem sintomas de descontinuação. A mianserina é, muitas vezes, classificada juntamente com a mirtazapina, pois bloqueia os recetores  $\alpha_2$ , 5-HT<sub>2</sub> e tem propriedades sedativas. Além disso bloqueia os recetores  $\alpha_1$  adrenérgicos pós-sinápticos.<sup>5,32,37</sup>

A trazodona, estruturalmente relacionada com os ATCs, é um antagonista dos recetores 5-HT<sub>2A</sub> e um inibidor fraco da recaptação de serotonina na membrana do neurónio

pré-sináptico (SARI). É altamente sedativa devido ao bloqueio dos recetores 5-HT<sub>2A</sub> e aos efeitos anti-histamínicos e anticolinérgicos. No entanto, ao contrário dos ATCs, não está contraindicada no glaucoma, nos distúrbios da micção e não apresenta os efeitos na condução cardíaca. Não é, também, responsável por efeitos extrapiramidais nem diminui a função sexual. É conhecida a sua eficácia em idosos devido às propriedades sedativas. É metabolizada pelo CYP3A4 e, por isso, há potencial para interações medicamentosas. Os seus principais efeitos secundários são a sedação, hipotensão ortostática e priapismo.<sup>5,38</sup>

A agomelatina é um novo antidepressivo, análogo sintético da melatonina, sendo um agonista melatoninérgico (AgMel) dos recetores MT1 e MT2 e antagonista dos recetores 5-HT<sub>2C</sub>. Estudos referem que contribui para melhorar a qualidade do sono sem estar associada aos efeitos de sonolência diurna dos ansiolíticos e sedativos. A agomelatina possui eficácia antidepressiva semelhante à venlafaxina e ao escitalopram e superior à fluoxetina e à sertralina e, como não aumenta os níveis de serotonina, está menos associada a efeitos secundários gastrointestinais, sexuais e metabólicos. Este fármaco também não induz nenhuma síndrome de descontinuação. Deve ser tomada ao deitar e com a iluminação apagada, pois como atua nos recetores melatoninérgico e permanece apenas 1h30 no organismo. A agomelatina está contraindicada em doentes com insuficiência hepática e deve ser utilizada com precaução quando usada concomitantemente com fármacos inibidores da isoforma CYP1A2.<sup>39,40,41</sup>

A tianeptina é um antidepressivo atípico, derivado dos ATCs, mas com um perfil neuroquímico diferente, porque, ao contrário dos antidepressivos que facilitam os efeitos pós-sinápticos dos neurotransmissores pelo bloqueio da sua recaptção ou da inibição da sua degradação, este fármaco diminui a atividade serotoninérgica e a quantidade de serotonina na fenda sináptica, através do aumento na velocidade de recaptção pré-sináptica da serotonina pelos neurónios do córtex, do hipocampo e do sistema límbico. Isto vai conduzir a um aumento da sensibilidade (hipersensibilidade) e do número de recetores pós-sinápticos da serotonina. Havendo mais serotonina no neurónio serotoninérgico pré-sináptico, esta será libertada na fenda sináptica e a levará à normalização da sensibilidade dos recetores pós-sinápticos. Contudo, não são apenas as alterações na sensibilidade destes recetores, mediadas pela serotonina, que estão na génese do mecanismo de ação da tianeptina. Crê-se que este fármaco antidepressivo influencia, também, positivamente, a plasticidade sináptica, através da modulação da neurotransmissão glutamatérgica (fosforilação dos recetores do glutamato). Ao contrário da maioria dos ATCs, a tianeptina não está associada a efeitos secundários cognitivos, psicomotores, cardiovasculares, sedativos ou sobre o peso corporal. A tianeptina não é metabolizada pelo citocromo P450 e, sendo assim, apresenta menor probabilidade de interações medicamentosas. Não provoca hipotensão nem sedação, devido à pouca afinidade para recetores  $\alpha$ -adrenérgicos e histamínicos, respetivamente. Os efeitos adversos mais comuns são náuseas, anorexia, obstipação, boca seca e problemas gastrointestinais. A tianeptina não deve ser administrada com IMAO não seletivos.<sup>5,42</sup>

O pirlindol é um antidepressivo tetracíclico e é um inibidor seletivo, reversível e competitivo da MAO do tipo A e um inibidor da recaptção da serotonina. Combina, assim, propriedades dos ATCs com os IMAO. Os efeitos anticolinérgicos são mínimos e não promove a redução da atividade psicomotora nem modifica os parâmetros cardiovasculares. Os efeitos secundários mais comuns são náuseas, boca seca, cefaleias, alterações do sono e vômitos. A administração concomitante com outros IMAO é desaconselhada bem como com aminas simpaticomiméticas, pois há risco de hipertensão. O uso do pirlindol com anti-hipertensivos é também desaconselhado pois pode potenciar o efeito destes.<sup>43</sup>

### 1.6.3. Fitoterapia

O tratamento fitoterápico da depressão faz-se com recurso ao extrato de *Hypericum perforatum*, obtido da planta conhecida como erva de São João ou hipericão. Na Alemanha, é dos tratamentos antidepressivos mais usados. A sua eficácia na depressão leve a moderada é demonstrada em vários estudos. O mecanismo de ação é semelhante aos ISRS, já que aumenta a disponibilidade de serotonina, mas também de noradrenalina e de dopamina na fenda sináptica. Inibe também a recaptção do GABA e do L-glutamato. A ingestão da infusão de hipericão aumenta a expressão da glicoproteína-P intestinal e do CYP3A4 no fígado. É, assim, necessária muita precaução na toma de inúmeros fármacos substratos desta isoforma concomitantemente com a infusão de hipericão, pois podem ocorrer interações medicamentosas graves. A hiperforina é o principal componente do hipericão e é responsável pela indução do CYP3A4. A hipericina é outro componente e possui ação inibitória em neuroreceptores e pensa-se ser responsável pela fototoxicidade/fotosensibilidade do hipericão. A standardização e a qualidade dos extratos são difíceis de atingir, ocorrendo variabilidade na eficácia devido a diferentes composições. É, assim, de extrema importância a realização de mais estudos que comprovem a existência de múltiplas interações medicamentosas entre esta planta e inúmeros fármacos, entre os quais também antidepressivos.<sup>5,44,45,46</sup>

### 1.6.4. Terapias adjuvantes aos fármacos antidepressivos

Além dos antidepressivos, são normalmente prescritos ansiolíticos, como as benzodiazepinas, devido à componente de ansiedade que muitas vezes acompanha o quadro depressivo. Em casos de depressões *major* com contornos psicóticos e oscilações bruscas de humor pode ser necessário juntar à terapêutica um estabilizador de humor. O lítio, apesar de ainda usado, tem vindo a ser substituído por antiepiléticos, em doses mais baixas do que as usadas em estados de epilepsia, como a lamotrigina, a carbamazepina, o valproato ou o levetiracetam, pois estes apresentam menos efeitos secundários. Além destes, também pode haver recurso a antipsicóticos, em doses mais baixas do que as usadas na esquizofrenia, como a olanzapina, a quetiapina e a clozapina.<sup>20,47</sup>

A terapia electroconvulsiva (TEC) é também um tratamento alternativo ou complementar e é utilizada em casos refratários à farmacoterapia.<sup>5</sup>

## 2. Justificação do Tema da Investigação e Objetivos

A depressão é um distúrbio do comportamento que, nos dias de hoje, tem um papel relevante como causa de morbilidade na sociedade, tendo cada vez maior impacto económico.

Pelas mais variadas razões, são cada vez mais as pessoas com necessidade de recorrer ao médico devido a esta patologia, existindo a necessidade de utilização de medicação antidepressiva.

Atualmente, são conhecidas várias famílias de fármacos antidepressivos, estando determinadas classes indicadas para os diferentes tipos de situações depressivas. Torna-se, assim, de extrema importância caminhar no sentido de uma individualização do tratamento, de modo a melhorar a *compliance* do doente e tentar reduzir os efeitos adversos e possíveis interações com outras substâncias. Adicionalmente, é de notar que, em Portugal, a informação respeitante a esta temática é, ainda, escassa. Além disso, no mercado têm surgido novas moléculas neste contexto sobre as quais o conhecimento é, ainda, limitado.

Sendo assim, com este trabalho pretende avaliar-se o perfil da utilização dos medicamentos antidepressivos numa população portuguesa, bem como os seus efeitos adversos e potenciais interações medicamentosas. Para tal, realizou-se um questionário, aplicado por farmacêuticos a utilizadores de medicamentos antidepressivos, em diversas farmácias comunitárias do país.

No âmbito do trabalho acima mencionado, propõem-se os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a utilização de medicamentos antidepressivos de acordo com dados dos inquiridos (idade, sexo, estado civil, raça, nível de escolaridade, situação profissional, hábitos tabágicos e alimentares e patologias pré-existentes, bem como farmacoterapia);
- Verificar a eficácia referida de terapêuticas antidepressivas anteriores, qual o grupo farmacológico de antidepressivos mais prescrito, posologias, duração do tratamento e motivos da utilização;
- Verificar qual a especialidade médica que predominantemente prescreve fármacos antidepressivos;
- Verificar se a *compliance* dos utentes está relacionada com a eficácia referida da terapêutica instituída;
- Inferir acerca da prevalência de efeitos adversos e interações medicamentosas;
- Estudar a informação que os utentes possuem acerca da toma concomitante de antidepressivos e álcool, ou, mesmo, com alguns alimentos;

- Avaliar se há utentes que, para além da medicação antidepressiva, usem outros produtos / suplementos naturais e verificar qual a informação que estes possuem sobre possíveis interações.

### 3. Material e Métodos

#### 3.1. Tipo de estudo e critérios de seleção da amostra

Foi efetuado um estudo observacional, do tipo descritivo, transversal, em algumas Farmácias de Oficina da Região Centro do País (nos distritos de Lisboa, Leiria, Coimbra e Guarda) Todos os utentes das referidas farmácias, durante o ano 2013, foram abrangidos no estudo, estabelecendo-se os seguintes critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Utesntes, ou familiares de utentes medicados com, pelo menos, um fármaco antidepressivo que se deslocaram às farmácias para adquirir a medicação;

A recolha de dados foi efetuada pelos farmacêuticos das Farmácias comunitárias envolvidas no estudo, através de um inquérito (Anexo XVI) realizado durante três meses, entre fevereiro e maio de 2013. Todos os indivíduos consentiram verbalmente a realização do mesmo após serem esclarecidos de que se tratava de um inquérito anónimo cujo único objetivo era a recolha de dados para posterior tratamento estatístico. Este questionário, bem como todo o projeto de investigação, foram submetidos à Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde, tendo sido aprovados pela mesma (Anexo XVII). Foram recolhidos dados sobre os utentes, como o sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, patologias concomitantes (para além da depressão) e farmacoterapia. No que diz respeito à utilização de fármacos antidepressivos foram registados os agentes antidepressivos utilizados no momento do inquérito ou em momentos anteriores, a dose, a posologia, a adesão ou não à terapêutica, tempo de utilização e a existência, ou não, de efeitos secundários potencialmente relacionados com a utilização destes fármacos. Os utentes foram, ainda, questionados quanto à utilização de certos produtos fitoterapêuticos, como o hipericão, simultaneamente com os fármacos antidepressivos, questionando-se qual o produto consumido, tempo de utilização, possível presença de efeitos secundários e a comunicação da sua toma ao médico.

Com este estudo, entre outros aspetos, espera-se verificar a crescente utilização dos medicamentos antidepressivos na população e constatar se alguns deles dão origem a certos efeitos secundários e potenciais interações medicamentosas.

Atualmente, ainda não conhecidos dados relativos à prevalência da depressão na Região Centro de Portugal. Alguns estudos indicam, contudo, que a prevalência da depressão em

Portugal é cerca de 20%.<sup>48,49</sup> Assim, usou-se esta estimativa como ferramenta para o cálculo do tamanho da amostra a considerar. Assim, considerando o número de indivíduos com depressão em Portugal como  $p$ , a população como  $P$  e o número de indivíduos que compõem a amostra como  $N$ , tem-se que:

$$P = p \pm z \frac{\sqrt{p(1-p)}}{N}$$

Considerando um Intervalo de Confiança de 95%, onde  $z=1,96$  verifica-se que:

$$\text{Erro (E)} \leq z \frac{\sqrt{p(1-p)}}{N}$$

Assim, com  $z=1,96$ ,  $p=0,20$  e  $E=0,05$  e resolvendo em ordem a  $N$ :

$$N \geq \frac{z^2}{E^2} p(1-p)$$

Obtém-se  $N \geq 246$

Conclui-se, assim, que é necessária uma amostra superior ou igual a 246 indivíduos para que os resultados sejam estatisticamente significativos, com um intervalo de confiança de 95%.

### 3.2. Análise dos dados

Para este estudo, foi efetuado um tratamento estatístico descritivo e inferencial, tendo a análise estatística sido efetuada com recurso ao *software* SPSS<sup>®</sup> e os gráficos foram representados por este programa e pelo *software* Microsoft Office Excel 2010<sup>®</sup>.

Neste estudo, foi efetuada uma análise estatística para descrever, comparar, associar e estabelecer medidas quantificadoras de associação e efeito entre as variáveis em estudo e definiram-se como variáveis qualitativas nominais o sexo (feminino ou masculino), o antidepressivo utilizado, a adesão ou não à terapêutica, a presença ou não de efeitos secundários e a utilização ou não de suplementos naturais.

Na análise estatística descritiva efetuada foram usadas, para as variáveis qualitativas, tabelas de distribuição de frequências com contagens e percentagens, e a variável quantitativa foi analisada com medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo).

A análise inferencial bivariada para testar diferenças entre as variáveis foi efetuada com o teste do Qui-quadrado, assumindo-se um nível de significância de 5%. A medida de efeito utilizada foi o *Odds Ratio*, com o respetivo intervalo de confiança a 95%.

## 4. Resultados

Nesta secção apresentam-se os resultados obtidos através dos inquéritos realizados em algumas farmácias da Região Centro. Estes inquéritos, como já referido, tiveram o objetivo de inferir acerca da utilização de antidepressivos em função dos dados dos doentes (variáveis sociodemográficas) e da caracterização farmacológica dos antidepressivos (variáveis farmacológicas).

É, assim, de salientar que a amostra estudada e os resultados a seguir apresentados dizem respeito, exclusivamente, a indivíduos que utilizam farmacologia antidepressiva.

No que diz respeito à participação das farmácias na investigação, algumas das que aceitaram colaborar não conseguiram preencher qualquer inquérito, justificando tal facto com a falta de tempo e disponibilidade, falta de lembrança ou falta de tempo por parte dos doentes para preencher os inquéritos. Uma das farmácias entregou 20 inquéritos válidos mas já tinha sido atingido o limite de tempo estipulado para a receção dos mesmos e início do tratamento dos resultados. Assim, foram 10 as farmácias que colaboraram efetivamente no estudo, sendo 7 pertencentes ao distrito da Guarda, 1 ao distrito de Coimbra, 1 ao distrito de Lisboa e 1 ao distrito de Leiria. O número mínimo de inquéritos realizados por farmácia foi de 15 e o máximo de 70.

No total foram realizados 293 inquéritos, mas 23 foram inutilizados, pois, na secção da caracterização farmacológica dos mesmos, constavam benzodiazepinas como sendo antidepressivos.

Assim, os resultados a seguir apresentados advêm de 270 inquéritos válidos, sendo que este valor está, ainda, acima do número mínimo ( $N \geq 246$ ) de dimensão da amostra considerada.

### 4.1. Análise estatística descritiva

Como referido anteriormente, 270 inquéritos foram considerados válidos indivíduos, dos quais 79 de homens e 191 de mulheres, verificando-se, assim, que 29% da amostra populacional é do sexo masculino e 71% do sexo feminino (Figura 7).

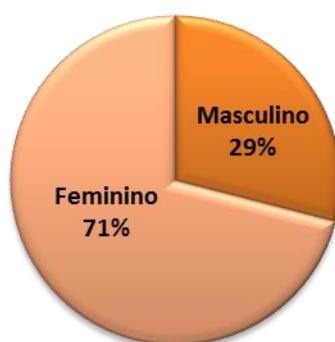


Figura 7: Distribuição da amostra populacional relativamente ao sexo.

Os utentes pertencentes à amostra em estudo tinham idades compreendidas entre os 19 e os 84 anos. A média de idades global foi de  $52,01 \pm 16,948$  anos (média  $\pm$  desvio padrão) e a mediana de 53 anos. Na figura 8 está representada a distribuição de idades da amostra populacional. A maioria dos utentes pertence à faixa etária dos 60 aos 75 anos (30%), sendo que mais de metade da amostra possui idade igual ou superior a 45 anos.

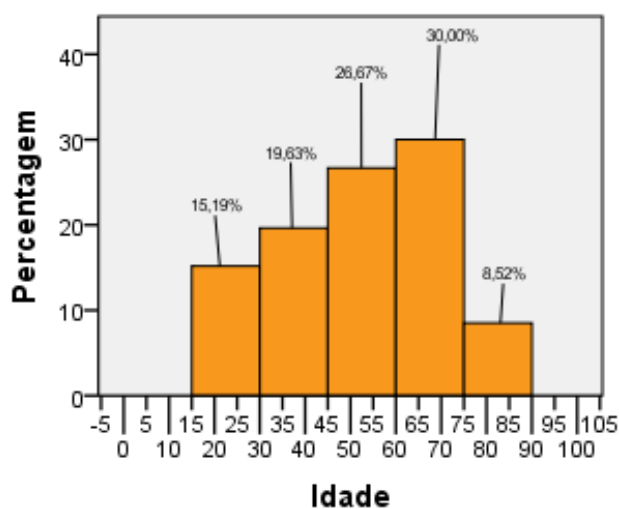


Figura 8: Distribuição da amostra populacional de acordo com o grupo etário.

Observando a figura 9, há sempre maior percentagem de mulheres do que homens nas três faixas etárias definidas.

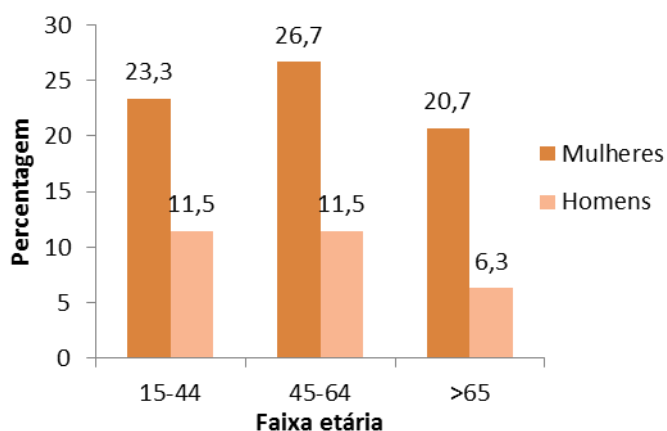


Figura 9: Distribuição da amostra por sexo em função da faixa etária. Os valores representam percentagem do total dentro de cada faixa etária

No que diz respeito ao estado civil dos 270 inquiridos, observou-se que 154 eram casados ou viviam em união de facto (57%), 61 solteiros (22,6%), 22 divorciados (8,1%) e 33 viúvos (12,2%). (Tabela 2)

Tabela 2: Distribuição da amostra consoante o estado civil

Estado Civil		
	Frequência	%
Casado	154	57,0
Solteiro	61	22,6
Divorciado	22	8,1
Viúvo	33	12,2
Total	270	100,0

Dos 270 utentes da amostra, 42 (15,6%) residiam no Distrito de Coimbra, 17 (6,3%) no Concelho da Covilhã/ Distrito de Castelo Branco, 112 (41,5%) no Distrito da Guarda, 33 (12,2%) no Distrito de Lisboa, 35 (13%) no Concelho da Mêda/ Distrito da Guarda e 31 (11,5%) no Concelho de Pombal/ Distrito de Leiria (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição da amostra de acordo com o Concelho/ Distrito de residência.

<b>Área de Residência (Concelho/Distrito)</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Coimbra	42	15,6
Covilhã/Castelo Branco	17	6,3
Guarda	112	41,5
Lisboa	33	12,2
Mêda/Guarda	35	13,0
Pombal/Leiria	31	11,5
<b>Total</b>	<b>270</b>	<b>100,0</b>

De acordo com a tabela 4, relativa ao nível de escolaridade, constatou-se que 124 inquiridos frequentaram ou encontram-se a frequentar o Ensino Superior (45,9%) e 52 concluíram o Ensino Secundário (19,3%). Em termos de habilitações inferiores ao Ensino Secundário, verificou-se que 21 inquiridos completaram o 3º Ciclo (7,8%), 5 completaram o 2º Ciclo (1,9%), 54 completaram o 1º Ciclo (20%), 5 não chegaram a completar o 1º Ciclo (1,9%) e 9 nunca foram à escola (3,3%).

Tabela 4: Distribuição da amostra de acordo com o nível de escolaridade.

<b>Escolaridade</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Nunca foi à escola	9	3,3
1º Ciclo incompleto	5	1,9
1º Ciclo	54	20,0
2º Ciclo	5	1,9
3º Ciclo	21	7,8
Secundário	52	19,3
Superior	124	45,9
<b>Total</b>	<b>270</b>	<b>100,0</b>

No que respeita à situação profissional, 34 inquiridos trabalhavam por conta própria (12,6%) e 117 por conta de outrem (43,3%). Os inquiridos desempregados foram 18 (6,7%) e os reformados 75 (27,8%). Quanto aos estudantes, foram inquiridos 26 (9,6%) (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição da amostra de acordo com a situação profissional.

Situação Profissional		
	Frequência	%
T. conta própria	34	12,6
T. conta de outrem	117	43,3
Desempregado	18	6,7
Reformado	75	27,8
Estudante	26	9,6
Total	270	100,0

Relativamente às profissões em maior percentagem nos inquiridos, verificou-se que 46 eram professores (as), 26 estudantes, 38 domésticas, 14 engenheiros (as), 15 bancários (as), 11 agricultores (as) e 16 auxiliares de educação.

Em relação aos hábitos tabágicos, 89 pessoas referiram que fumavam (33%) e 181 referiram que não fumavam (67%) (Figura 10).

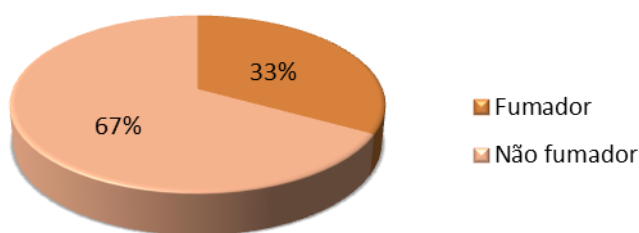


Figura 10: Distribuição da amostra de acordo com os hábitos tabágicos

Na figura 11 observa-se a distribuição de fumadores e não fumadores em função do sexo. É notória a existência de mais fumadores entre os homens do que entre as mulheres.

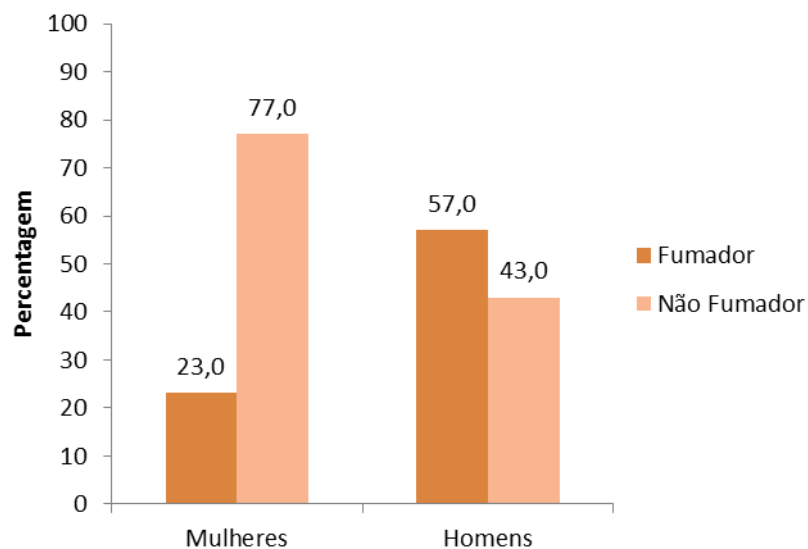


Figura 11: Hábitos tabágicos em função do sexo. Os valores encontram-se expressos em função do total de mulheres e homens, respetivamente.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 144 inquiridos referiram não consumir (53,3%) e 126 referiram o contrário (46,7%) (Figura 12).

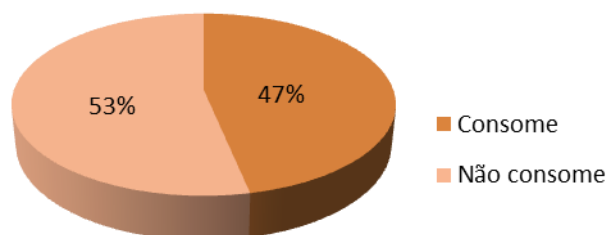


Figura 12: Distribuição da amostra relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas.

Comparando o sexo com o consumo de bebidas alcoólicas, constatou-se que os homens foram os que mais consumiram bebidas alcoólicas e que, dentro deste grupo, são três vezes mais aqueles que consomem bebidas alcoólicas do que aqueles que não consomem (Figura 13).

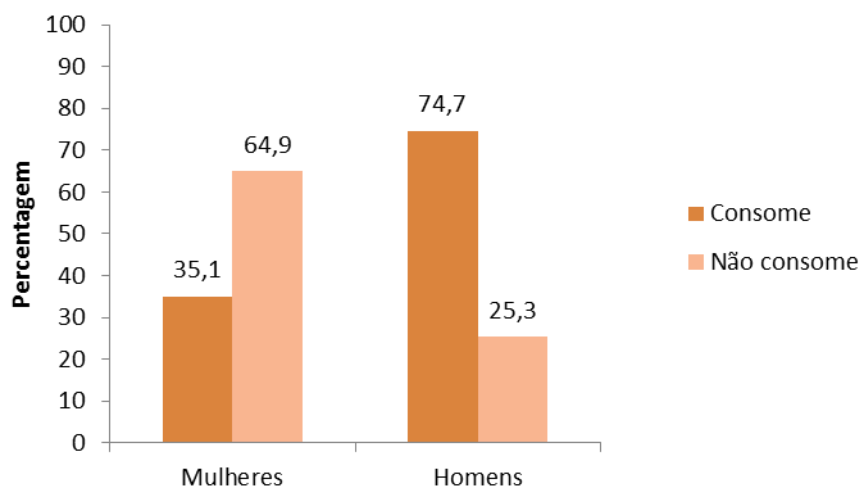


Figura 13: Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas em função do sexo. Os valores encontram-se expressos em função do total de mulheres e homens, respetivamente.

Relativamente aos tipos de bebidas alcoólicas consumidas, dos 126 inquiridos que referiram consumir (46,7%), 62 (49%) referiram consumir vinho, 21 (17%) cerveja e 43 (34%) bebidas brancas. Em termos de quantidade, dos 126, 29 (23%) afirmam beber 1 ou 2 copos por dia, 63 (50%) mais de 2 copos/dia, 30 (24%) mais de 2 copos só ao fim de semana e 4 (3%) só uma vez por mês.

No que respeita às patologias concomitantes apresentadas pelos 270 utentes da amostra, além dos sintomas depressivos, observa-se, de acordo com a figura 14, que as patologias cardiovasculares e as dislipidémias foram as mais referenciadas (106 utentes (39%) cada), seguidas pelos problemas de visão e audição e pelas perturbações psiquiátricas psicose e esquizofrenia (82 utentes (30%) cada).

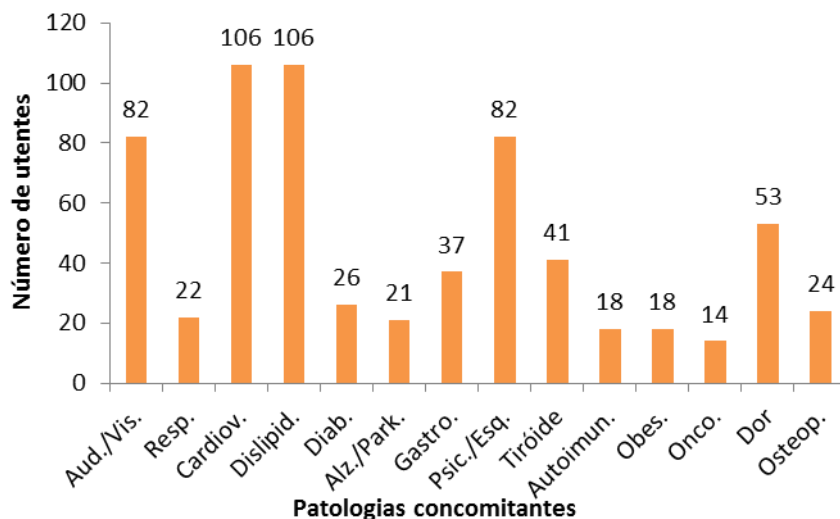


Figura 14: Patologias concomitantes referidas pelos utentes da amostra em estudo, além dos sintomas depressivos. Aud./Vis.: Audição/Visão; Resp.: respiratórias; Cardio.: cardiovasculares; Dislipid.: dislipidémia; Diab.: Diabetes; Alz./Park.: Alzheimer/Parkinson; Gastro: gastrointestinais; Psic./Esq.: Psicose/Esquizofrenia; Tiróide: híper ou hipotiroidismo; Autoimun.: autoimunes; Onco.: oncológicas; Dor: dores; Osteop.: osteroporose.

Quanto aos fármacos mais utilizados concomitantemente com os antidepressivos, observando a figura 15, constata-se que as benzodiazepinas são amplamente as mais utilizadas (243 utentes (90%)).

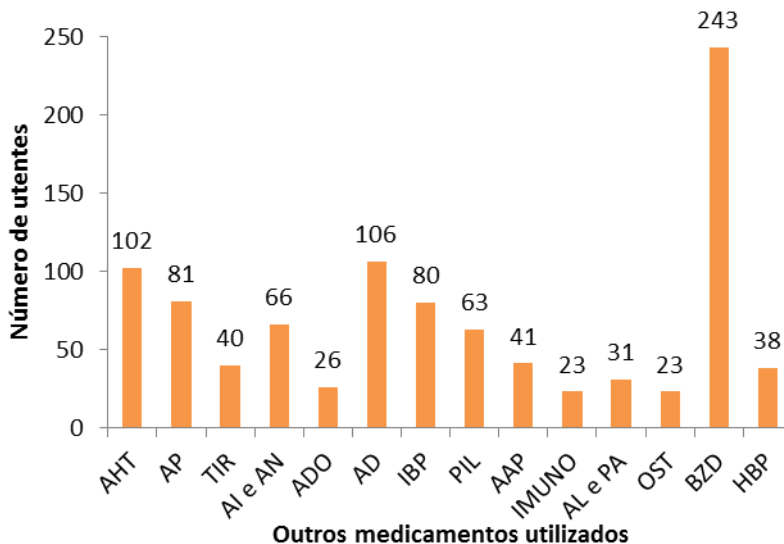


Figura 15: Outros medicamentos utilizados pelos utentes da amostra em estudo, além dos antidepressivos. AHT: anti-hipertensores; AP: antipsicóticos; TIR: medicamentos para a tiróide; AI e AN: Anti-inflamatórios e analgésicos; ADO: antidiabéticos orais; AD: antidiabéticos; IBP: inibidores da bomba de protões; PIL: pilulas; AAP: antiagregantes plaquetários; IMUNO: imunossuppressores; AL e PA: medicamentos para a doença de Alzheimer e Anti Parkinsónicos; OST: medicamentos que atuam no osso; BZD: benzodiazepinas; HBP: medicamentos para a hipertrofia benigna prostática.

Relativamente ao uso de terapêutica antidepressiva em momentos anteriores, 152 utentes referiram que nunca tomaram e 118 referiram que tomaram (tabela 6).

Tabela 6: Distribuição da amostra de acordo com a toma ou não de antidepressivos anteriores.

<b>Antidepressivo anterior</b>		
	Frequência	%
Não	152,0	56,3
Sim	118,0	43,7
Total	270,0	100,0

Passando à análise do número de antidepressivos por utente (Figura 16), dos 270 inquiridos, 226 (84%) tomam um antidepressivo (regime de monoterapia) e 44 (16%) tomam dois antidepressivos (regime de politerapia).

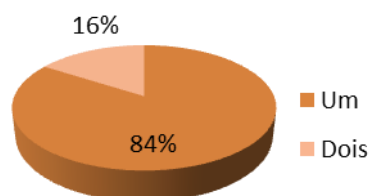


Figura 16: Distribuição da quantidade de antidepressivos tomados por utente.

De acordo com a figura 17, e num total de 315 fármacos antidepressivos indicados e contabilizados nos 270 utentes da amostra, 170 (63%) (a maioria), eram antidepressivos pertencentes à classe dos ISRS, 44 (16%) eram ISRSN, 30 (11%) eram ATCs, 19 (7%) eram NASSAs, 19 (7%) eram SARIs, 14 (5%) eram AgMel, 11 (4%) eram IMAO, 8 eram DNRI (3%) e 3 (1%) eram antidepressivos de outras classes.

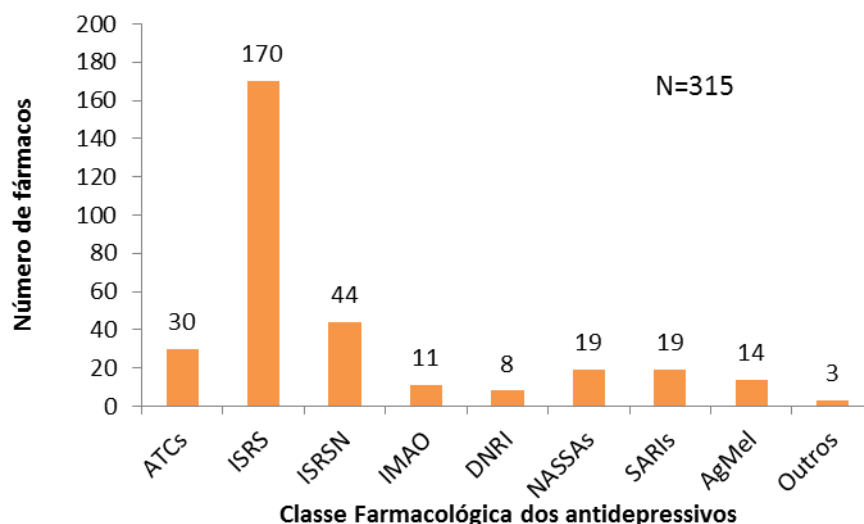


Figura 17: Número de antidepressivos utilizados na amostra estudada de acordo com a classe farmacológica (monoterapia+politerapia). ATCs: Antidepressivos Tricíclicos; ISRS: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina; ISRSN: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina; IMAO: Inibidores da Monoamina Oxidase; DNRI: Inibidores da Recaptação da Dopamina; SARIs: Agonistas da serotonina e inibidores da sua recaptação; AgMel: Agonistas da melatonina; Outros: outros fármacos antidepressivos; Associações: associações dos fármacos anteriores.

Seguidamente, e de acordo com a figura 18, mais de metade dos inquiridos, tomam antidepressivos pertencentes à classe dos ISRS (51,9%), 5,9% tomam ATCs, 10,4% tomam ISRSN, 1,9% tomam IMAO, 0,7% tomam DNRI, 5,6% tomam NASSAs, 1,9% tomam SARIs, 4,4% tomam AgMel e 1,1% tomam outros. Quanto às associações, são referidas por 16,3% dos inquiridos.

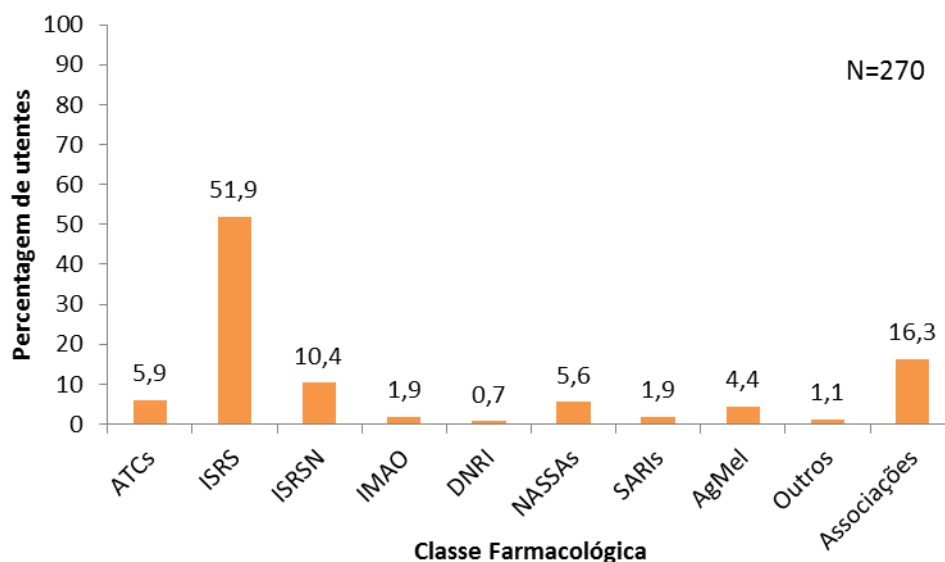


Figura 18: Percentagem de utentes da amostra estudada e classe farmacológica utilizada (monoterapia+politerapia). ATCs: Antidepressivos Tricíclicos; ISRS: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina; ISRSN: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina; IMAO: Inibidores da Monoamina Oxidase; DNRI: Inibidores da Recaptação da Dopamina; SARIs: Agonistas da serotonina e inibidores da sua recaptação; AgMel: Agonistas da melatonina; Outros: outros fármacos antidepressivos; Associações: associações dos fármacos anteriores.

Relativamente aos inquiridos em regime de mono e politerapia, que totalizam 315 fármacos consumidos, observa-se, pela figura 19, que 171 (54%) são medicamentos genéricos e 144 (46%) são de marca.

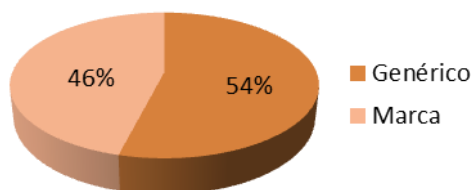


Figura 19: Percentagem de antidepressivos genéricos e de marca na amostra estudada.

Em relação aos antidepressivos mais utilizados pelos inquiridos (seja em mono ou politerapia) destacam-se a fluoxetina (13,7%), o escitalopram e a sertralina (12,7% e 13%, respetivamente), a paroxetina (10,8%) e a venlafaxina (9,5%) (Figura 20).

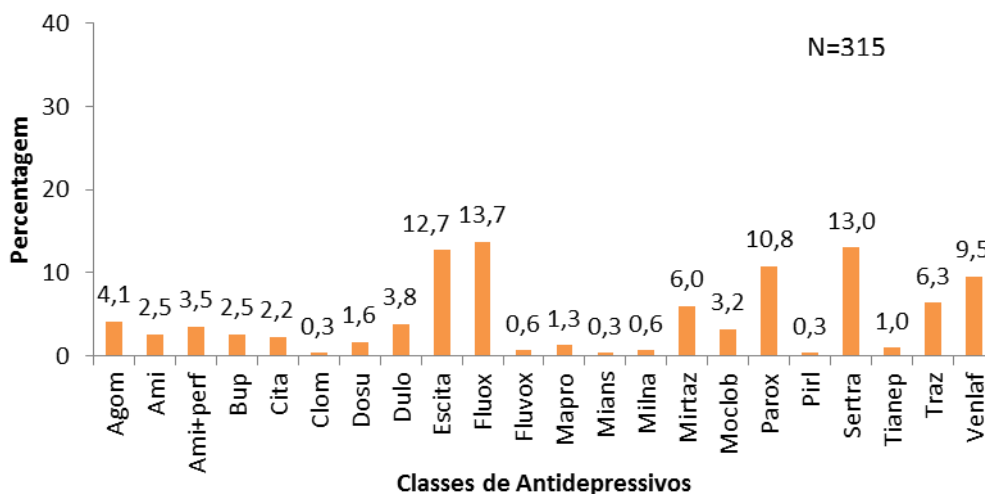


Figura 20: Percentagem de antidepressivos utilizados pelos inquiridos de acordo com a substância ativa. Os resultados estão expressos em percentagem do total de antidepressivos referidos (monoterapia+politerapia). Agom: agomelatina; Ami: amitriptilina; Ami+perf: amitriptilina+perfenazina; Bup: Bupropiona; Cita: citalopram; Clom: clomipramina; Dosu: dosulepina; Dulo: duloxetina; Escita: escitalopram; Fluox: fluoxetina; Fluvox: fluvoxamina; Mapro: maprotilina; Mians: mianserina; Milna: milnaciprano; Mirtaz: mirtazapina; Moclob: moclobemida; Parox: paroxetina; Pirl: pirlindol; Sertra: sertralina; Tianep: tianeptina; Traz: trazodona; Venlaf: venlafaxina.

Dos 170 ISRS referidos pelos inquiridos, os mais utilizados foram a fluoxetina (25,7%), a sertralina (24,6%), o escitalopram (23,9%) e a paroxetina (20,3%). Dos 44 ISRSN referidos, a venlafaxina foi o fármaco mais utilizado (68,2%) e dos 29 ATCs, a associação amitriptilina + perfenazina (37,9%) foi a mais referida. A nível dos 11 IMAO utilizados, a moclobemida é a mais referenciada (91%) e, nos 20 NASSA's utilizados, a mirtazapina é o fármaco dominante (95%).

Observando a figura 21, relativa à duração do tratamento com antidepressivos, 29,6% dos 270 inquiridos encontram-se a fazer uma terapêutica antidepressiva há menos de 6 meses, 50,3% entre os 6 meses e os 2 anos, 5,6% há mais de 2 anos. Os restantes inquiridos (14,5%) referiram não saber ou não se lembrar da duração do tratamento.

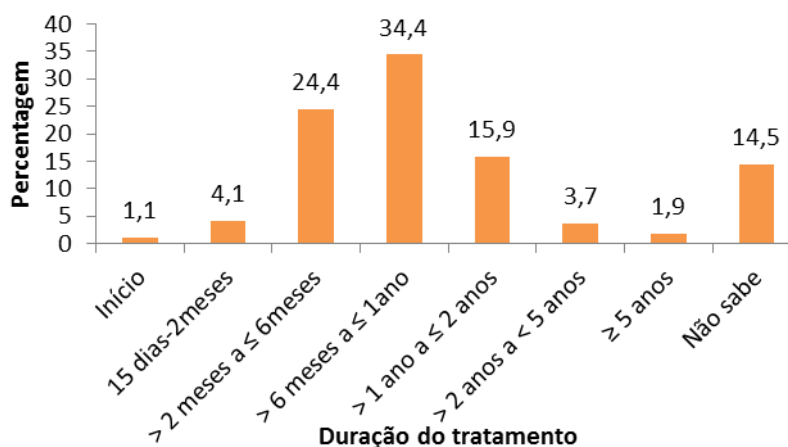


Figura 21: Distribuição dos inquiridos em função da duração do tratamento com antidepressivos.

No que respeita à classe farmacológica dos antidepressivos anteriormente utilizados (figura 22), predominam os ISRS seguidos dos ATCs. Alguns inquiridos (25) referiram que já tomaram algum antidepressivo, mas não se lembram qual ou quais.

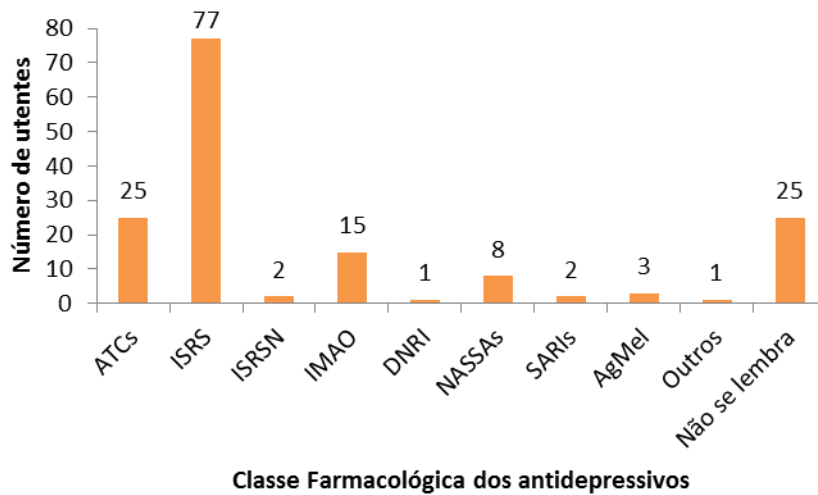


Figura 22: Antidepressivos utilizados em momentos anteriores pelos utentes da amostra em estudo de acordo com a classe farmacológica. ATCs: Antidepressivos Tricíclicos; ISRS: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina; ISRSN: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina; IMAO: Inibidores da Monoamina Oxidase; DNRI: Inibidores da Recaptação da Dopamina; SARIs: Agonistas da serotonina e inibidores da sua recaptação; AgMel: Agonistas da melatonina; Outros: outros fármacos antidepressivos; Associações: associações dos fármacos anteriores.

Relativamente ao motivo referido da prescrição dos antidepressivos, dos 270 utentes inquiridos, a maioria (65,9%) referiram depressão, 15,2% depressão *major*, 4,4% dor neuropática, 4,1% depressão pós-divórcio, 3% ansiedade/manias/*stress*, 2,2% depressão pós-parto, 1,9% cessação tabágica e 1,1% alcoolismo. Por fim, 2,2% dos inquiridos referiram não saber qual o motivo da prescrição dos antidepressivos (Figura 23).

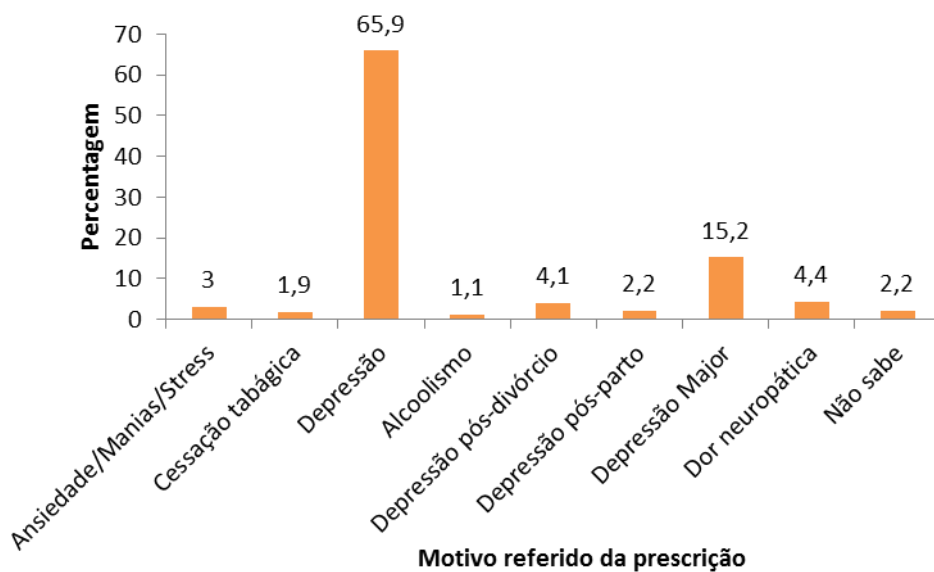


Figura 23: Distribuição dos inquiridos em função do motivo referido da prescrição dos antidepressivos.

Em relação ao médico prescritor, observa-se, pela figura 24, que o Médico de Medicina Geral e Familiar (42,2%) e o Psiquiatra (38,5%) são os que mais prescrevem antidepressivos, seguidos pelo Neurologista (13%). Além destes três prescritores maioritários, 6,3% dos utentes foram medicados por médicos de outras especialidades.

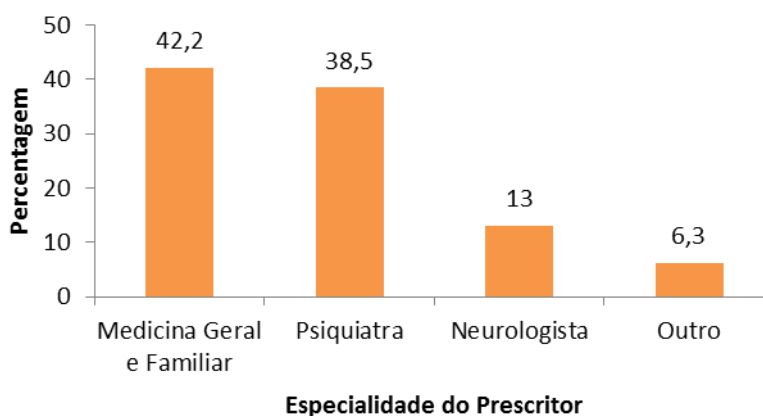


Figura 24: Distribuição das prescrições em função da especialidade do prescritor.

No que diz respeito à forma como é efetuada a administração dos fármacos, de acordo com a figura 25, a grande maioria dos inquiridos (98,5%) refere que o faz de acordo com a orientação médica.

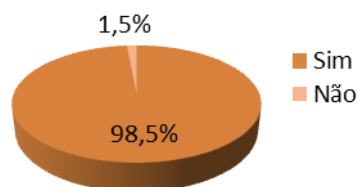


Figura 25: Percentagem de inquiridos que tomam a medicação conforme a orientação médica.

Analisando, na figura 26, a presença de efeitos secundários atribuíveis à terapêutica antidepressiva, referenciados pelos utentes, verifica-se que 48,9% (132) dos utentes afirmam sentir um ou mais efeitos secundários e que 51,1% (138) dizem o contrário.

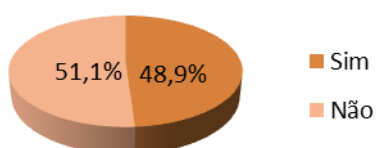


Figura 26: Percentagem de utentes da amostra estudada que referiram ou não a presença de efeitos secundários decorrentes do uso de antidepressivos.

Quanto aos efeitos secundários referidos pelos inquiridos, observa-se, de acordo com a figura 27, que os mais referidos, por ordem decrescente, foram o aumento ou diminuição do peso (71 utentes), o aumento ou diminuição do apetite (68 utentes), a disfunção sexual (68 utentes), a sensação de confusão/agitação (63 utentes), a insónia (58 utentes) e as cefaleias/tonturas/vertigens/zumbidos (58 utentes).

Quanto aos efeitos secundários referidos pelos inquiridos, observa-se, de acordo com a figura 27, que os mais referidos, por ordem decrescente, foram o aumento ou diminuição do peso (71 utentes), o aumento ou diminuição do apetite (68 utentes), a disfunção sexual (68 utentes), a sensação de confusão/agitação (63 utentes), a insónia (58 utentes) e as cefaleias/tonturas/vertigens/zumbidos (58 utentes).

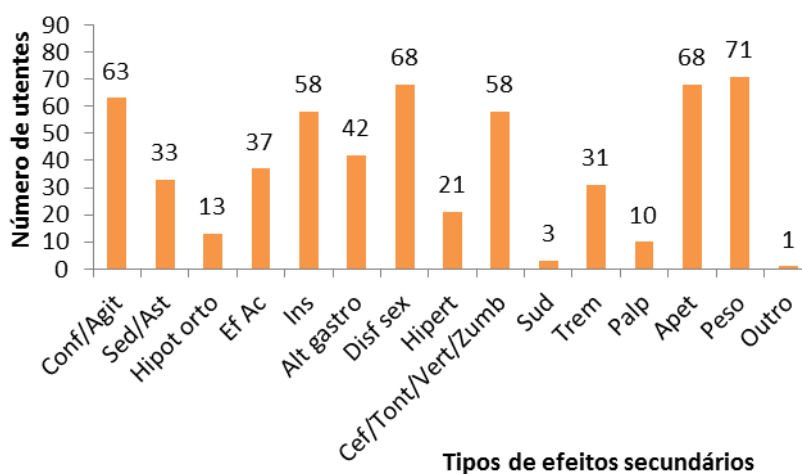


Figura 27: Número de utentes que referiram um ou mais efeitos secundários em função do tipo. Conf/Agita: confusão/agitação; Sed/Ast: sedação/astenia; Hipot orto: hipotensão ortostática; Ef Ac: efeitos anticolinérgicos; Ins: insónia; Alt gastro: alterações gastrointestinais; Disf sex: disfunção sexual; Hipert: hipertensão; Cef/Tont/Vert/Zumb: cefaleias/tonturas/vertigens/zumbidos; Sud: sudação; Trem: tremores; Palp: palpitações; Apet: apetite;

Seguidamente, pode verificar-se através da figura 28 que os utentes que se encontram num regime de politerapia referiram uma maior percentagem de efeitos secundários (84,1%) em relação aos que se encontram num regime de monoterapia (42%). Constata-se, ainda, que a ausência de efeitos secundários é maior em regimes de monoterapia (58%) contra regimes de politerapia (15,9%).

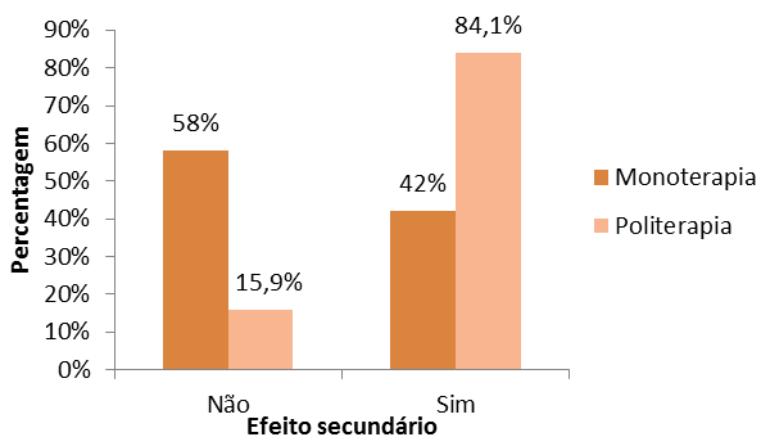


Figura 28: Percentagem de efeitos secundários em função do regime terapêutico.

No que diz respeito à questão sobre se a medicação antidepressiva é eficaz/ satisfaz as expectativas de bem-estar, 79,3% dos inquiridos responderam que sim e 20,7% responderam que não (Figura 29).

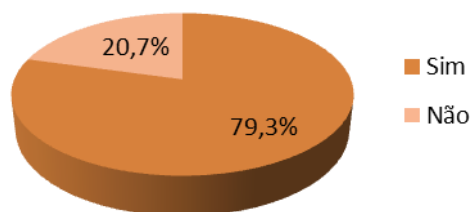


Figura 29: Satisfação quanto à eficácia/ expectativas de bem-estar dos inquiridos relativamente à medicação antidepressiva.

Quanto à modificação dos hábitos alimentares e/ou do consumo de bebidas alcoólicas, aquando da toma de agentes antidepressivos, 25,2 % dos inquiridos responderam afirmativamente e 74,8% dizem o contrário (Figura 30).

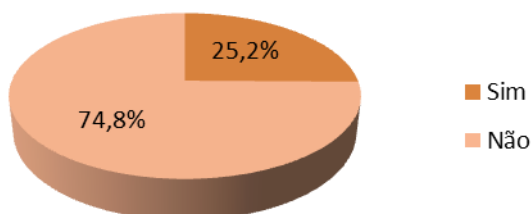


Figura 30: Percentagem de inquiridos que modificaram ou não os seus hábitos alimentares e/ ou consumo de bebidas alcoólicas depois de terem iniciado a terapêutica antidepressiva.

No que respeita à frequência da ingestão de alimentos ricos em triptofano, (laticínios, leguminosas, frutos secos, carne de vaca e aves, banana) na alimentação dos 270 inquiridos, observou-se que 26,7% referiram consumir frequentemente, 67,4% (a maioria) referiram consumir moderadamente e apenas 5,9% referiram consumir raramente (Figura 31).

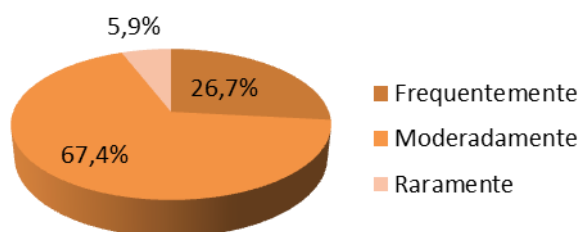


Figura 31: Frequência da ingestão de alimentos ricos em triptofano, em percentagem.

Quanto ao consumo de suplementos/produtos naturais concomitantemente com a medicação antidepressiva, constata-se que a 74,4% dos inquiridos não o fazem e que 25,6% consomem algum tipo de suplemento/produto natural (Figura 32).

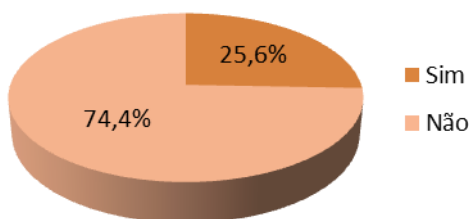


Figura 32: Consumo de suplementos/produtos naturais concomitantemente com a medicação antidepressiva, em percentagem.

Na tabela 7 encontram-se discriminados quais os suplementos/produtos naturais consumidos concomitantemente com os antidepressivos. O chá de hipericão foi o produto natural mais consumido juntamente com os antidepressivos (32 inquiridos).

Tabela 7: Distribuição da amostra de acordo com a toma ou não de antidepressivos anteriores.

Suplementos/produtos naturais		
	Frequência	%
Nenhum	201	74,4
Chá de hipericão	32	11,9
Chá verde, cidreira, camomila, tília	14	5,2
Drenantes	10	3,7
Proteínas e hidratos de carbono	2	0,7
Vitaminas e antioxidantes	11	4,1
Total	270	100,0

No que concerne aos efeitos adversos que surgiram, causados pela introdução da toma dos suplementos/produtos naturais concomitantemente com os antidepressivos, observou-se que estes foram notados em 13% dos 69 utentes que referiram consumir suplementos/ produtos naturais, conforme vem descrito na figura 33.

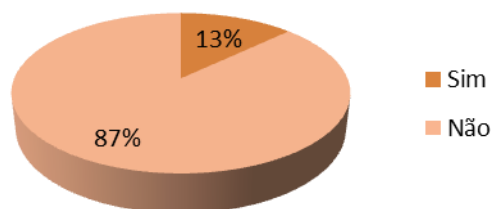


Figura 33: Efeitos adversos resultantes da introdução dos suplementos/produtos naturais, em percentagem.

Na tabela 8 observam-se esses mesmos efeitos adversos, destacando-se o aumento da agitação/ansiedade, os distúrbios gastrointestinais e as tonturas.

Tabela 8: Frequência e percentagem de efeitos adversos associados à toma concomitante dos suplementos/produtos naturais com os antidepressivos.

Efeito adverso		
	Frequência	%
Nenhum	261	96,7
Maior agitação/ansiedade	5	1,9
Mais distúrbios G.I.	2	0,7
Mais tonturas	2	0,7
Total	270	100,0

Por fim, dos 25,6% de utentes que responderam tomar algum suplemento/produto natural concomitantemente com os antidepressivos, 82,6% não comunicaram esse facto ao médico e 17,4% comunicaram (Figura 34).

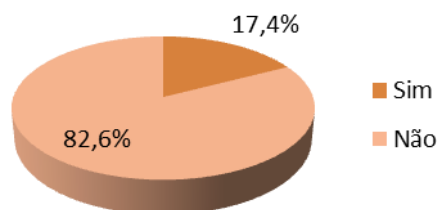


Figura 34: Percentagem de inquiridos que comunicaram ou não ao médico o consumo de suplementos/produtos naturais concomitantemente com a medicação antidepressiva

## 4.2. Análise estatística inferencial

Para testar a relação entre diferentes variáveis foi efetuado o teste do Qui-quadrado. O resultado deste teste revela diferenças estatisticamente significativas quando o valor de  $p < 0,05$  e, nesses casos, calculou-se o *Odds Ratio* para medir essa associação.

Ao testar a relação entre o sexo e os hábitos tabágicos, concluiu-se que havia uma dependência estatisticamente significativa entre estas duas variáveis. Observando a tabela 9, dos 181 indivíduos não fumadores, apenas 34 de 79 (43%) eram homens e 147 de 191 (77%) eram mulheres, obtendo-se um *Odds Ratio* para fumadores, de homens relativamente a mulheres de 4,42 (I.C.95%=[4,34;4,50]).

Tabela 9: Número de indivíduos fumadores e não fumadores vs sexo e respetivo teste do Qui-quadrado.

Sexo vs Fumador					
		Fumador			
		Não fumador	Fumador	Total	
Sexo	Masculino	Frequência	34	45	79
		% Sexo	43,0%	57,0%	100,0%
	Feminino	Frequência	147	44	191
		% Sexo	77,0%	23,0%	100,0%
Total		Frequência	181	89	270
		% Total	67,0%	33,0%	100,0%
		Teste Qui-quadrado	Sig. P<0,0001		

A relação entre o sexo e o consumo de bebidas alcoólicas também foi estatisticamente significativa, verificando-se que dos 144 indivíduos que não consomem bebidas alcoólicas apenas 20 de 79 (25,3%) são homens e 124 de 191 (64,9%) são mulheres (Tabela 10). O *Odds Ratio* para consumo de bebidas alcoólicas dos homens relativamente às mulheres foi de 5,46 (I.C.95%=[5,37;5,55]).

Tabela 10: Número de indivíduos consumidores e não consumidores de bebidas alcoólicas vs sexo e respetivo teste do Qui-quadrado.

Sexo vs Beb. Alc.					
		Beb.alc			
		Não	Sim	Total	
Sexo	Masculino	Frequência	20	59	79
		% Sexo	25,3%	74,7%	100,0%
	Feminino	Frequência	124	67	191
		% Sexo	64,9%	35,1%	100,0%
Total		Frequência	144	126	270
		% Total	53,3%	46,6%	100,0%
		Teste Qui-quadrado	SigP<0,0001		

Verificou-se também que existem diferenças estatisticamente significativas entre a toma de um ou dois antidepressivos e o aparecimento de efeitos adversos. De acordo com a tabela 11, dos 44 indivíduos que referiram tomar 2 antidepressivos, 37 (84,1%) dizem sentir

efeitos adversos, enquanto que nos que tomam 1 antidepressivo apenas 95 (42%) referiram efeitos adversos. O *Odds Ratio* para efeitos adversos em que toma de 2 em relação a quem toma apenas 1 antidepressivo foi de 7,29 (I.C.95%=[6,80;7,81]).

Tabela 11: Número de antidepressivos consumidos vs efeitos adversos e respetivo teste do Qui-quadrado.

		Ef adverso_s_n vs ADatualQuantos			
		ADatualQuantos			
		1	2	Total	
Ef. Adverso	Não	Frequência	131	7	138
		% ADatualQuantos	58,0%	15,9%	51,1%
	Tem	Frequência	95	37	132
		% ADatualQuantos	42,0%	84,1%	48,9%
Total		Frequência	226	44	270
		% ADatualQuantos	100,0%	100,0%	100,0%
		Teste Qui-quadrado	Sig.P<0,0001		

No que diz respeito aos efeitos secundários em função das classes de antidepressivos, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o consumo de ATCs e a referência a efeitos adversos anticolinérgicos e cefaleias/tonturas/vertigens/zumbidos. De acordo com a tabela 12, dos 23 indivíduos que consomem ATCs, 12 (52,2%) referem sentir efeitos anticolinérgicos enquanto que apenas 25 de 247 (10,1%) dos que não tomam ATCs têm efeitos anticolinérgicos. O *Odds Ratio* é de 9,69 (I.C.95%=[9,24;10,16]). Ainda, de acordo com a tabela 13, dos 23 indivíduos que consomem ATCs, 12 (52,2%) referem sentir cefaleias/tonturas/vertigens/zumbidos. O *Odds Ratio* neste caso é de 4,77 (I.C.95%=[4,41;5,16]).

Tabela 12: Existência ou não de efeitos adversos anticolinérgicos vs terapêutica antidepressiva com ATCs e respetivo teste do Qui-quadrado.

ATC vs ESec. Ac					
		ESec. Ac			
		Não	Sim	Total	
ATC	Não	Frequência	222	25	247
		% ESec.Ac	89,9%	10,1%	100,0%
	Sim	Frequência	11	12	23
		% ESec.Ac	47,8%	52,2%	100,0%
Total	Frequência		233	37	270
	% Total		86,3%	13,7%	100,0%
Teste Qui quadrado			Sig.P<0,0001		

Tabela 13: Existência ou não de cefaleias tonturas/vertigens/zumbidos vs terapêutica antidepressiva com ATCs e respetivo teste do Qui-quadrado.

ATC vs ESec.cef/tont./vert./zumb.					
		ESec.			
		Não	Sim	Total	
ATC	Não	Frequência	201	46	247
		% ESec.	81,4%	19,6%	100,0%
	Sim	Frequência	11	12	23
		% ESec.	47,8%	52,2%	100,0%
Total	Frequência		212	58	270
	% ESec.		78,5%	21,5%	100,0%
Teste Qui quadrado			Sig.P=0,001		

No que respeita à classe dos ISRS, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o seu consumo e a referência a efeitos adversos como disfunção sexual. De acordo com a tabela 14, dos 68 indivíduos que referem disfunção sexual, 49 (72,1%) tomam ISRS. O valor do *Odds Ratio* é de 2,34, podendo variar entre 1,29 e 4,24, com uma confiança de 95%.

Tabela 14: Existência ou não de disfunção sexual vs terapêutica antidepressiva com ISRS e respetivo teste do Qui-quadrado.

		ISRS vs ESec. Sex.			
		ESec. Sex			
		Não	Sim	Total	
ISRS	Não	Frequência	96	19	115
		% ESec. Sex	47,5%	27,9%	42,6%
	Sim	Frequência	106	49	155
		% ESec. Sex	52,5%	72,1%	57,4%
Total		Frequência	202	68	270
		% ESec. Sex	100,0%	100,0%	100,0%
		Teste Qui quadrado	Sig.P=0,005		

Em relação à classe dos ISRSN, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o seu consumo e a referência a estados de hipertensão. Dos 21 indivíduos que referem hipertensão, 15 tomam ISRSN (tabela 15). O valor do *Odds Ratio* é de 30,26, podendo variar entre 16,65 e 55 com uma confiança de 95%.

Tabela 15: Existência ou não de hipertensão vs terapêutica antidepressiva com ISRSN e respetivo teste do Qui-quadrado.

		ISRSN vs ESec. Hipert.			
		ESec. Hipert.			
		Não	Sim	Total	
ISRSN	Não	Frequência	230	6	236
		% ESec. Hipert.	92,4%	28,6%	87,4%
	Sim	Frequência	19	15	34
		% ESec. Hipert.	7,6%	71,4%	12,6%
Total		Frequência	249	21	270
		% ESec. Hipert.	100,0%	100,0%	100,0%
		Teste Qui quadrado	Sig.P<0,0001		

Por fim, no que diz respeito à relação entre o aparecimento de efeitos adversos decorrentes da toma concomitante de suplementos/produtos naturais (especificamente: hipericão) com antidepressivos observa-se que o *Odds Ratio* é de 4,62. No entanto, estes resultados obtidos não são estatisticamente significativos (tabela 16).

Tabela 16: Existência ou não de efeitos adversos derivados do uso de suplementos naturais vs toma de chá de hipericão e respetivo teste do Qui-quadrado.

Hipericão vs ESec.SuplNat.					
		ESec. SuplNat,			
		Não	Sim	Total	
Hipericão	Não	Frequência	33	2	35
		% ESec. SuplNat,	56,9%	22,2%	52,2%
	Sim	Frequência	25	7	32
		% ESec. SuplNat,	43,1%	77,8%	47,8%
Total	Frequência		58	9	67
	% ESec. SuplNat,		100,0%	100,0%	100,0%
Teste Qui quadrado			Sig.P=0,075		

## 5. Discussão dos resultados

A utilização de antidepressivos em Portugal tem vindo a aumentar drasticamente, com a depressão a afetar cerca de 22% da população portuguesa.<sup>8,9</sup> No entanto, a informação relativa a esta temática é escassa e, assim, com este estudo pretendeu descrever-se o perfil de utilização de antidepressivos, os seus efeitos secundários e possíveis interações medicamentosas em algumas localidades da Região Centro do país.

Neste estudo, a amostra foi composta por 270 utentes, sendo que 191 (71%) eram do sexo feminino e 79 (29%) do sexo masculino (Figura 7), observando-se que a utilização de antidepressivos foi cerca de três vezes superior no sexo feminino. Os utentes da amostra tinham idades compreendidas entre os 19 e os 84 anos, a maioria pertencia à faixa etária dos 60 aos 75 anos (30%) e mais de metade da amostra possuía idade igual ou superior a 45 anos (Figura 5). Verificou-se, ainda, que a percentagem de mulheres é sempre superior à dos homens nas faixas etárias 15-44 anos, 45-64 anos e mais de 65 anos e que, no grupo das mulheres, a maior percentagem pertence ao grupo etário dos 45-64 anos (Figura 9). Assim, os resultados da distribuição da amostra deste estudo em função da idade e do género são semelhantes aos observados em outros estudos já realizados. De facto, um estudo realizado em 2011 na Beira Interior mostrou que a utilização de antidepressivos foi mais frequente na faixa etária dos 45-64 anos e cerca de três vezes superior no sexo feminino do que no masculino.<sup>50</sup> Um outro estudo, realizado pela OMS, mostrou que a prevalência de episódios de depressão unipolar é de 1,9% nos homens e de 3,2% nas mulheres.<sup>51</sup> Adicionalmente, num artigo de revisão, confirma-se esta informação.<sup>1</sup> É, ainda, de referir que, de acordo com o 4º

Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 realizado no Continente e Ilhas, 27,6% da população com idade superior ou igual a 15 anos se enquadra no grupo de pessoas com probabilidade de vir a sofrer de depressão, dentro deste grupo, as mulheres possuem 36,8% de probabilidade e os homens apenas 17,6%.<sup>52</sup> A razão da utilização superior de antidepressivos no sexo feminino pode estar relacionada com fatores hormonais, genéticos, psicológicos ou sociais.<sup>53</sup> De facto, as mudanças hormonais na puberdade e na menopausa estão associadas a sintomas depressivos<sup>54</sup>, bem como alterações no normal funcionamento da tiróide, também muito comuns nas mulheres.<sup>55,56</sup> Por outro lado, observou-se em diálogo com algumas utentes que realizaram inquéritos neste estudo, que o papel da mulher no lar e na família é um fator importante na instabilidade emocional que muitas apresentam. Foram alguns os casos de depressões relatados pelas referidas mulheres, que surgiram no seguimento de saídas do filho ou filhos de casa para estudar ou trabalhar e de doenças incapacitantes que afetam os seus progenitores ou cônjuges, entre outros motivos.

No que diz respeito ao estado civil, observou-se que, dos 270 inquiridos, 154 (57%) eram casados ou viviam em união de facto, 61 (22,6%) eram solteiros, 22 (8,1%) eram divorciados e 33 (12,2%) eram viúvos (Tabela 2). Os indivíduos casados constituíram, assim, a maioria dos inquiridos. Este resultado está igualmente de acordo com um estudo realizado na Beira Interior, que também refere que este facto se pode explicar devido ao peso da responsabilidade da vida em comum e da dificuldade em conciliar a vida pessoal com a profissional<sup>50</sup>. Contudo, outros estudos, como o Eurobarómetro realizado em 2003, apontam para uma prevalência de morbilidade psiquiátrica em Portugal de 29,8%, associando estatisticamente este facto ao sexo feminino, idade superior a 65 anos e viuvez.<sup>57</sup>

Relativamente à Área de Residência, nos inquéritos constavam utentes dos distritos da Guarda, Leiria, Lisboa, Castelo Branco e Coimbra (Tabela 3).

No que concerne ao nível de escolaridade, 124 utentes frequentaram ou encontravam-se a frequentar o Ensino Superior, 52 concluíram o Ensino Secundário, 21 o 3º Ciclo, 5 o 2º Ciclo e 54 o 1º Ciclo. Além destes, 5 não chegaram a completar o 1º Ciclo e 9 nunca foram à escola (Tabela 4). Estes resultados contrariam dois estudos realizados na Beira Interior, os quais referem que a maioria dos inquiridos não possuía estudos ou possuía apenas o 1º Ciclo.<sup>50,58</sup> As razões para tal discordância podem advir do facto da amostra estudada ser composta por indivíduos residentes maioritariamente em zonas urbanas e em cidades bastante povoadas (Lisboa, Guarda, Coimbra, Leiria). No entanto, da análise dos inquéritos realizados nas cidades mais pequenas e no interior do país observou-se uma percentagem superior de população mais idosa e com menos habilitações literárias. No entanto poderá equacionar-se que as patologias depressivas são cada vez mais frequentes em indivíduos com mais formação.

A nível da situação profissional, dos 270 inquiridos, 34 trabalhavam por conta própria, 117 trabalhavam por conta de outrem, 18 estavam desempregados e 75 eram reformados. Além disso, 26 inquiridos eram estudantes. Estes resultados também parecem discordar dos apresentados num dos estudos realizados na Beira Interior<sup>50</sup>, todavia há que ter em conta o

total nacional de indivíduos pertencentes a cada uma destas situações profissionais. Segundo dados recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), o total nacional de trabalhadores por conta própria é de 924000 pessoas, o de trabalhadores por conta de outrem é de 3483000 pessoas, o de desempregados é de 952000 pessoas, o de reformados é de 1589000 e o de estudantes é de 795000.<sup>59</sup> Verifica-se, assim, que os trabalhadores por conta de outrem são a maioria do total nacional e tal pode estar relacionado com o maior número de inquéritos preenchidos por estes. Se se calcular a incidência relativamente à situação profissional, verifica-se que há uma incidência de 47% de reformados na amostra, o que é superior à proporção de idosos no total nacional. Durante a realização de alguns inquéritos a reformados observou-se um aspeto algo preocupante: o fato destes referirem que os sintomas depressivos eram devidos à quebra da rotina à qual estavam habituados, ao maior afastamento do meio social, à incapacidade para arranjar estratégias de distração cognitiva e motora e, em alguns casos, a reformas antecipadas não programadas. Um outro ponto a salientar, à semelhança de estudo realizado na Beira Interior<sup>50</sup>, é o facto da percentagem de desempregados na amostra ser baixa. Como é referido nesse estudo, o número de pessoas desempregadas pode estar subestimado pelo facto da amostra se tratar de uma amostra de conveniência, um tipo de amostragem que não é representativo da população. Este tipo de amostragem ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência (muitas vezes, os amigos e os amigos dos amigos). O seu uso pode ser vantajoso em situações nas quais seja mais importante captar ideias gerais e identificar aspetos críticos.

A nível de profissões, é de notar um número considerável de professores (46), domésticas (38), bancários (15) e estudantes (26) entre os inquiridos. A crescente crise económica no país e na Europa, aliada ao *stress* do quotidiano nos locais de trabalho e à necessidade do cumprimento de objetivos apresentados pelas entidades patronais são fatores que levam muitos utentes a procurar ajuda médica. É também preocupante o número de indivíduos jovens (26 estudantes nos 270 inquiridos) a recorrer ao consumo de antidepressivos e de benzodiazepinas, tendo-se observado, inclusivamente, que estudantes da área da saúde também já consomem estas substâncias.

Quanto aos hábitos tabágicos, verificou-se que 181 inquiridos não fumavam e 89 fumavam (Figura 11), sendo notória a existência de mais fumadores entre os homens. Adicionalmente, observou-se uma dependência estatisticamente significativa entre o género e os hábitos tabágicos (Tabela 9). Do mesmo modo, a relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o género revelou diferenças estatisticamente significativas, com os homens a consumirem mais do que as mulheres. Dos 126 inquiridos que referiram consumir álcool, o vinho, cerveja e bebidas brancas foram os referenciados. As considerações mais importantes a retirar destas duas variáveis (consumo de tabaco e álcool) são o facto de haver um número considerável de utentes que fazem uso destas substâncias concomitantemente com os agentes antidepressivos. Isto pode ter implicações nas propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas de vários fármacos, além das, já por si só, importantes variações interindividuais. O tabaco é reconhecido como indutor do metabolismo hepático de alguns

fármacos<sup>60,61</sup> e a ingestão de quantidades de álcool consideráveis pode acentuar os efeitos dos antidepressivos. É de salientar que bastantes jovens inquiridos referiram consumir com frequência bebidas alcoólicas juntamente com os antidepressivos, o que pode interferir com a ação destes fármacos e contribuir para alguns dos efeitos adversos relatados devido à potenciação dos efeitos dos fármacos.<sup>62</sup>

Alguns dos inquiridos, além da sintomatologia depressiva, apresentavam outras patologias concomitantes. As mais referidas foram as patologias cardiovasculares e as dislipidémias (Figura 14), o que vai ao encontro do descrito na literatura<sup>1</sup>. De facto, estas patologias apresentam elevada prevalência e são das que mais sobrecarregam os sistemas de saúde.<sup>1</sup> Salienta-se também o facto de bastantes utentes que referem problemas de visão/audição e patologias tiroideias. Além destas, foram também bastante referenciadas perturbações psiquiátricas como psicose e esquizofrenia. Os distúrbios de humor são comuns nestas patologias e o recurso a antidepressivos é, assim, uma das opções terapêuticas a considerar<sup>5,15</sup>.

Relativamente ao uso de outros medicamentos concomitantemente com os antidepressivos, as benzodiazepinas foram, de longe, os fármacos mais referidos (90%), o que está de acordo com o estudo realizado há dois anos na Beira Interior<sup>50</sup> e com a restante literatura<sup>5,25</sup>. De facto, as benzodiazepinas são bastante úteis nos distúrbios de ansiedade, pois têm um início de ação mais rápido do que os antidepressivos e mesmo nas depressões, a combinação destas com os antidepressivos é aconselhada, pois complementa a terapêutica, além de diminuir a probabilidade de descontinuação do tratamento antidepressivo.<sup>63</sup> O uso das benzodiazepinas deve ser limitado no tempo, quer no tratamento da ansiedade, quer na depressão. No caso da depressão, as benzodiazepinas auxiliam no alívio dos sintomas, nomeadamente da componente de ansiedade que acompanha o quadro depressivo, no início do tratamento com antidepressivos, devendo a dose ser reduzida gradualmente à medida que os antidepressivos começam a apresentar efeito terapêutico.<sup>63</sup> A recomendação de que o uso das benzodiazepinas deve ser efetuado durante curtos períodos de tempo advém do facto destas desencadarem efeitos de tolerância e dependência. No entanto, neste estudo, na grande maioria dos inquiridos, constatou-se que a utilização destes fármacos é feita por longos períodos de tempo e ininterruptamente, desde os indivíduos mais jovens até aos mais idosos. Torna-se, por estas razões, crucial o repensar, por parte de todos os profissionais de saúde e ministério, da política de distribuição e das indicações terapêuticas destes fármacos.<sup>5,20,50,63</sup> Além das benzodiazepinas, os anti-hipertensores, os anti-dislipidémicos e os antipsicóticos foram os fármacos mais utilizados juntamente com os antidepressivos. Como referido anteriormente, estes fármacos estão indicados em patologias com elevada prevalência e/ou associadas com sintomas depressivos<sup>1</sup>.

A depressão pode apresentar recorrências e, neste estudo, pretendeu-se também inferir acerca do uso de terapêutica antidepressiva prévia. Assim, verificou-se que 43,7% dos inquiridos já haviam tomado algum antidepressivo anteriormente, o que está de acordo com o estudo realizado pelo Eurobarómetro da Comissão Europeia.<sup>11</sup>

Em relação ao número de antidepressivos por utente, observou-se neste estudo que o regime de monoterapia foi o mais referido (84%) (Figura 7), o que está de acordo com a literatura e com estudos realizados anteriormente.<sup>50,58</sup> Os regimes de politerapia devem apenas ser instituídos quando não houver resposta à monoterapia.<sup>15,20,25</sup> O regime de monoterapia tem vantagens sobre o regime de politerapia, pois além de ser mais cómodo para os doentes e levar a uma maior *compliance*, a probabilidade de interações medicamentosas e efeitos adversos é inferior.<sup>15,62,64</sup> No presente estudo, procurou estabelecer-se a relação entre a toma de um ou dois antidepressivos e o aparecimento de efeitos adversos e os resultados foram estatisticamente significativos (Tabela 11), pois constatou-se que o risco relativo de efeitos adversos nos inquiridos que tomavam 1 antidepressivo em relação aos que tomavam 2 antidepressivos foi cerca de 7 vezes superior.

Relativamente às classes farmacológicas de antidepressivos, observou-se que mais de metade dos inquiridos se encontrava a utilizar ISRS (Figura 18) e, dentro destes, a fluoxetina, sertralina, escitalopram e paroxetina foram os mais utilizados, por ordem decrescente (Figura 21). Estes resultados estão de acordo com estudos efetuados anteriormente e também mostram que os ISRS têm vindo a substituir os antidepressivos clássicos como os IMAO e os ATCs. Esta situação acontece porque os ISRS apresentam um melhor perfil de segurança, tolerabilidade, efeitos adversos e de escalonamento de dose.<sup>10,11,50,58</sup> O segundo grupo de fármacos mais utilizado foram os ISRSN, (Figura 18) os quais, Estes possuem um perfil de tolerabilidade superior aos antidepressivos clássicos. Além disso, existem dados que referem uma maior eficácia terapêutica e início de ação mais rápido da venlafaxina em relação à fluoxetina.<sup>65</sup> Os ATCs e os IMAOs foram, assim, referidos em muito menor número (Figura 18), pois, com o advento dos ISRS, estes fármacos deixaram de ser tão utilizados, em parte devido ao facto do perfil de efeitos secundários e de segurança ser mais desfavorável e de, muitos deles, requererem mais do que uma administração diária.<sup>5,29</sup> No que diz respeito aos outros fármacos antidepressivos, estes foram referidos por um pequeno número de inquiridos. São, ainda, de salientar, as associações de ISRS com a maioria das outras classes de antidepressivos como a trazodona, mirtazapina, agomelatina, amitriptilina, bupropiona, venlafaxina, duloxetina, mianserina, tianeptina e mesmo com outros ISRS. Observou-se também que a trazodona e a mirtazapina são utilizadas frequentemente em associação com os ISRS. Está descrito, designadamente, que a mirtazapina associada a estes fármacos, reduz o tempo de resposta ao antidepressivo, pois tem efeitos antagonistas nos recetores pré-sinápticos e, ao possuir atividade noradrenérgica, também potencia os efeitos serotoninérgicos dos outros antidepressivos.<sup>37</sup> A associação entre a moclobemida e a dosulepina foi prescrita algumas vezes, bem como a associação da moclobemida com a maprotilina, e a da amitriptilina com a perfenazina, sendo estas terapêuticas utilizadas, maioritariamente, em casos de depressão *major*.<sup>5,20</sup> A literatura refere que os IMAO e os ATCs não devem ser utilizados em simultâneo, pois podem ocorrer crises de hiperpirexia, convulsões e até mesmo morte. No entanto, na amostra foram mencionadas estas associações

e observou-se que muitos psiquiatras as utilizam, esperando-se que, nestes casos, os benefícios superem os riscos.

No que concerne à utilização de medicamentos de marca ou genéricos, verificou-se à semelhança do estudo realizado anteriormente na Beira Interior<sup>50</sup>, que os medicamentos genéricos são um pouco mais utilizados que os de marca, mas por uma margem pequena (Figura 19). Foi ainda constatado, aquando da experiência profissionalizante em farmácia comunitária e durante a realização de alguns inquéritos, que os médicos prescritores, especialmente os psiquiatras, prescrevem frequentemente os antidepressivos do mesmo laboratório, no caso de estes serem genéricos, e dão indicações aos utentes para que na farmácia solicitem apenas a dispensa desses fármacos. Muitos psiquiatras referem que não aconselham os seus doentes a utilizar genéricos de diferentes laboratórios, pois dizem notar diferenças no início dos efeitos terapêuticos e na dose necessária para estabilizar os doentes. Surge, deste modo, a necessidade de clarificar esta questão, tentando inferir se tal facto advém de diferenças na quantidade de princípio ativo e/ou excipientes entre os vários genéricos dum mesmo princípio ativo, da maior ou menor confiança dos prescritores em determinados laboratórios ou simplesmente de outros fatores.

Em relação à duração do tratamento com antidepressivos, a maioria dos inquiridos (74,7%) encontrava-se a fazer este tratamento entre os 2 meses e os 2 anos e 14,5% não sabia a duração do tratamento. Neste conjunto, muitos referiram que o tratamento já durava há mais de 5 anos (Figura 21). Observou-se, também, que os regimes de politerapia tinham uma duração superior à dos regimes de monoterapia, o que pode ser explicado pelo facto dos utentes medicados com dois fármacos antidepressivos apresentarem, na maioria dos casos, quadros depressivos mais avançados e graves do que os utentes em regime de monoterapia. Estes resultados estão de acordo com o estudo anterior realizado na Beira Interior em muitos aspetos. A autora refere que, nos casos de terapêutica prolongada, dever-se-ia verificar se o tratamento é realmente necessário, aspeto este muito importante e que nem sempre é considerado.<sup>50</sup> Verifica-se que em Portugal existe uma grande prevalência no que respeita à utilização crónica de fármacos antidepressivos e, por isso, torna-se crucial o envolvimento de todos os profissionais de saúde e dos doentes na racionalização da terapêutica.<sup>66</sup>

No sentido de, na amostra, averiguar outras patologias para além da depressão que estavam a ser tratadas com antidepressivos, questionaram-se os utentes sobre qual o motivo que conduziu à toma da farmacoterapia antidepressiva. Concluiu-se que 65,9% dos inquiridos referiram que foram medicados com antidepressivos devido a depressão e 15,2% devido a depressão *major*. Houve também alguns utentes que referiram ter recorrido à utilização destes fármacos devido a depressões pós-parto e pós-divórcio (Figura 23). Quanto a outras patologias tratadas com antidepressivos, foi observado que 4,4% dos inquiridos os utilizavam como terapêutica adjuvante da dor neuropática. Nestes casos, os ISRS, como a sertralina e o escitalopram, os ISRSN, como a venlafaxina e a duloxetina, e alguns ATCs, como a amitriptilina, foram os fármacos referidos. Estes resultados estão de acordo com vários estudos realizados, que dão conta do uso dos antidepressivos em patologias como a

neuropatia periférica na diabetes, ou a dor crónica cervical e lombar, apesar de referirem que são necessários ainda mais estudos sobre a sua utilização com estes fins.<sup>67,68</sup> Uma outra indicação terapêutica, particularmente do fármaco bupropiona foi a cessação tabágica (1,9% dos inquiridos). De facto, são inúmeros os estudos que denotam a vantagem do uso da bupropiona como adjuvante na cessação tabágica.<sup>69,70</sup> É de salientar, ainda, que 1,1% dos inquiridos referiram utilizar a tianeptina como tratamento da dependência do álcool e, de facto, consultando a literatura, este fármaco possui indicações para este efeito.<sup>71</sup> Por fim, 3% dos utentes dizem tomar antidepressivos devido a distúrbios de ansiedade, *stress* e manias, o que também está de acordo com a bibliografia.<sup>5,20</sup>

Quanto à especialidade do médico prescriptor (Figura 24), neste estudo observou-se, à semelhança do estudo realizado na Beira Interior<sup>50</sup> que o médico de Medicina Geral e Familiar foi quem mais prescreveu os fármacos da amostra (42,2%), seguido pelo Psiquiatra (38,5%). Sendo o número de Médicos de Medicina Geral e Familiar superior ao de outros especialistas e estando estes mais acessíveis à população a nível dos cuidados de saúde primários, é natural que esta seja a especialidade predominante. Adicionalmente, os médicos Neurologistas prescreveram cerca de 13% e os médicos de outras especialidades (Medicina Interna e Cardiologia, entre outras) 6,3% dos antidepressivos referidos na amostra. Constatou-se também que o regime de politerapia foi principalmente prescrito pelo Psiquiatra e tal facto pode ser explicado pela maior experiência deste no que toca a combinações de fármacos antidepressivos e por ser o especialista normalmente consultado nos casos de depressões mais graves. Por fim, é de salientar que, em diálogo com alguns inquiridos, se observou que muitos não tinham apoio psicológico. As razões apontadas por estes foram o facto de o clínico não os ter aconselhado ou porque não tiveram experiências muito positivas com sessões de psicoterapia frequentadas anteriormente. Isto mostra a importância do envolvimento e diálogo entre todos os profissionais, com um único objetivo comum, o bem-estar do doente.

Os antidepressivos não são isentos de efeitos secundários e este estudo pretendeu avaliar a percentagem de utentes com estes efeitos e quais os mais referidos. Observou-se que, 48,9% dos utentes referiram sentir um ou mais efeitos secundários (Figura 26). Estes resultados são um pouco diferentes dos do estudo realizado na Beira Interior<sup>50</sup>, no qual apenas 19% dos inquiridos referiram sentir efeitos secundários. Tal facto pode estar relacionado com o maior grau de escolaridade desta amostra relativamente à do outro estudo. No entanto, a dimensão da amostra do outro estudo era superior, não se podendo concluir se, aumentando o número desta amostra os resultados seriam diferentes. No presente estudo, os efeitos adversos mais referidos pelos inquiridos foram alterações no peso e no apetite, disfunção sexual, sensação de confusão/agitação, insónia, cefaleias/tonturas/vertigens/zumbidos (Figura 27). Um número considerável de doentes referiu a sedação/astenia, os efeitos anticolinérgicos, as alterações gastrointestinais e os tremores como efeitos adversos resultantes da toma da medicação antidepressiva. Estes e outros efeitos adversos referidos pelos inquiridos encontram-se bem descritos na literatura<sup>5,25,29</sup> No que diz respeito aos efeitos adversos a nível sexual, estes foram referidos

por 68 inquiridos, uma percentagem bastante superior à encontrada no estudo realizado na Beira Interior<sup>50</sup>. Este facto pode estar relacionado com a maior escolaridade dos inquiridos desta amostra e pela relação de confiança que muitos dos inquiridos possam ter com as farmácias onde realizaram os inquéritos. A literatura refere que os ISRS são os fármacos que mais provocam disfunção sexual<sup>5,20,25,72</sup>, e por isso, neste estudo procurou estabelecer-se uma relação entre o seu consumo e a referência a esses efeitos. Verificou-se, assim, que, dos 68 indivíduos que referiram disfunção sexual, 49 (72,1%) tomavam ISRS (Tabela 14), sendo o risco relativo de tomar ISRS e ter disfunção sexual cerca de duas vezes superior a quando não se usam ISRS e ter este efeito adverso. Trataram-se, assim, de diferenças estatisticamente significativas. Um outro tipo de efeitos secundários de alguns antidepressivos, nomeadamente os ATCs, são os efeitos anticolinérgicos e as cefaleias e tonturas/vertigens/zumbidos. Estes foram referidos por 37 e 58 inquiridos, respetivamente (Figura 27). Sendo assim, procurou-se também analisar a possível relação entre o consumo de ATCs e o aparecimento destes efeitos secundários. No que diz respeito aos efeitos anticolinérgicos, observou-se que 52,2% dos inquiridos que referiram consumir ATCs fizeram referência a estes efeitos, enquanto que apenas 10,1% dos que não consumiam ATCs os mencionaram (Tabela 12). Neste caso, observaram-se diferenças estatisticamente significativas, pois a probabilidade de consumir ATCs e vir a ter efeitos anticolinérgicos foi cerca de dez vezes maior ao caso de não consumo de ATCs e vir a sentir estes efeitos. Quanto à toma de ATCs e à referência a cefaleias/tonturas/vertigens/zumbidos (Tabela 13) observaram-se, também, diferenças estatisticamente significativas, com um *Odds Ratio* de 4,77. Um outro efeito adverso que, embora referido por um número inferior de inquiridos que os anteriores, merece ser destacado é a hipertensão. Neste contexto, é sabido que os ISRSN podem desencadear aumentos na pressão arterial.<sup>5,25,65</sup> Na tentativa de estabelecer uma relação entre a toma de ISRSN e o aumento da pressão arterial, realizou-se o teste do Qui Quadrado (Tabela 15) e calculou-se o *Odds Ratio*. Assim, constatou-se haver diferenças estatisticamente significativas, pois dos 21 inquiridos que mencionaram hipertensão, 15 tomavam ISRSN, sendo o valor do *Odds Ratio* de 30,26. É de referir que um dos inquiridos, com diagnóstico de depressão e hipertensão arterial, referiu que desde que iniciou a terapêutica com a venlafaxina, a sua tensão arterial que se encontrava controlada com captopril, passou a apresentar descompensações.

Relativamente à eficácia da terapêutica antidepressiva, 79,3% dos inquiridos referiram estar satisfeitos (Figura 29), o que mostra que a utilização dos fármacos antidepressivos veio auxiliar, em muito, o tratamento da depressão. Ainda assim, 20,7% referiram não sentir melhorias e este facto dá conta, tal como referem Santiago *et al*<sup>66</sup>, da necessidade da terapêutica medicamentosa para as perturbações mentais ser individualizada em função das características do doente (género, grupo etário, atividade profissional e outras medicações concomitantes), para assim se obterem melhores resultados terapêuticos e uma maior adesão à terapêutica.

No sentido de verificar se os inquiridos modificaram os seus hábitos alimentares e o consumo de bebidas alcoólicas após o início da terapêutica com antidepressivos, verificou-se que 74,8% não o fizeram (Figura 30). Com estes resultados, constata-se a importância do aconselhamento quer do médico, quer do farmacêutico, relativamente à moderação na ingestão de bebidas alcoólicas durante o tratamento com antidepressivos, bem como a importância de uma alimentação saudável e equilibrada, o que contribui para o normal funcionamento do organismo. É de salientar que existem estudos que dão conta da influência da ingestão de alimentos ricos em ácidos gordos, como o ómega 3, na neurogênese.<sup>21</sup> No entanto, urge a necessidade de mais estudos relativamente ao papel destas substâncias em doenças como a depressão. Foram, ainda, questionados os inquiridos acerca do consumo de alimentos ricos em triptofano, o aminoácido precursor da serotonina. Cerca de 67,4% dos inquiridos referiram consumir moderadamente alimentos ricos em proteínas, 26,7% frequentemente e apenas 5,9% referiram consumir raramente (Figura 31). Os estudos realizados em humanos sobre a relação entre uma alimentação rica em proteínas e os efeitos sobre os estados depressivos são escassos e inconclusivos.<sup>24</sup> Alguns estudos realizados em animais dão conta da importância do triptofano na dieta e das alterações que esta substância pode induzir no comportamento desses mesmos animais.<sup>73,74</sup> Abre-se, assim, o caminho à necessidade de uma maior investigação nesta área, não só em animais como também em humanos.

Na tentativa de inferir acerca do consumo de suplementos/produtos naturais na amostra e das possíveis interações que esses mesmos produtos possam ter com os fármacos antidepressivos, foram também realizadas algumas questões. Observou-se que 25,6% dos inquiridos consumiam produtos naturais concomitantemente com os antidepressivos (Figura 32). Destes, o chá de hipericão foi o mais referido, seguido por outros chás como cidreira, camomila, verde e tília, e pelos drenantes e vitaminas e antioxidantes. O mais referido destes, o hipericão, induz o CYP3A4 e a glicoproteína-P intestinal, podendo originar múltiplas interações medicamentosas com fármacos como a ciclosporina, inibidores da protease, benzodiazepinas, digoxina, entre outros. Além disso, o seu uso combinado com ISRS e outros antidepressivos pode aumentar o risco de síndrome serotoninérgica e outras reações no sistema nervoso central. É, por isso, recomendado evitar a associação de hipericão com antidepressivos.<sup>75</sup> Fugh et al., num estudo realizado neste contexto dão conta de casos de possível síndrome serotoninérgica associado ao uso concomitante de hipericão com fármacos como a buspirona, nefazodona, sertralina, venlafaxina e paroxetina.<sup>76</sup> No que respeita a efeitos adversos que se possam relacionar com a toma concomitante dos suplementos naturais com os antidepressivos, estes foram referidos por 9 inquiridos. Neste caso, o aumento da agitação/ ansiedade, os distúrbios gastrointestinais e as tonturas foram os efeitos adversos referidos (Tabela 8). Assim, procurou estabelecer-se a relação entre o aparecimento destes efeitos adversos e a toma de hipericão, pois, dos 9 inquiridos a tomar suplementos ou produtos naturais que referiram efeitos adversos, 7 encontravam-se a tomar hipericão. No entanto, após a realização do teste do Qui-quadrado, os resultados obtidos não foram

estatisticamente significativos. Apesar disso, constata-se a possível influência do hipericão no aparecimento de efeitos adversos. Os 7 inquiridos que referiram tomar hipericão e sentir efeitos adversos encontravam-se a tomar os antidepressivos paroxetina ou fluoxetina. Estes ISRS são conhecidos como inibidores do CYP2D6 (fluoxetina e paroxetina), CYP3A4 e CYP2C19 (fluoxetina) havendo, por isso, maior probabilidade de interações.<sup>5,25</sup> Quanto aos distúrbios gastrointestinais, estes foram referidos por mulheres que se encontravam a tomar drenantes juntamente com os antidepressivos. Estes efeitos são caraterísticos dos drenantes, todavia os utentes devem ser alertados aquando da utilização destes produtos com fármacos, pois estes podem conduzir a atrasos na absorção ou aumento da velocidade de eliminação dos fármacos e comprometer, assim, os resultados terapêuticos. Salienta-se, ainda, que muitas mulheres jovens referiram recorrer à toma de produtos para emagrecimento devido ao aumento de peso verificado, que relacionaram com o uso de fármacos antidepressivos. Neste caso, a paroxetina foi o fármaco mais referido no que diz respeito ao aumento de peso. Por fim questionaram-se os utentes da amostra sobre se comunicaram ou não ao médico a toma dos produtos naturais juntamente com os antidepressivos e verificou-se que 82,6% não o fizeram (Figura 34).

Constata-se, assim, que é necessário investir continuamente numa maior educação dos utentes no que diz respeito à correta utilização dos fármacos, seus benefícios e efeitos adversos e no diálogo entre os estes e os profissionais de saúde, para assim contribuir para uma melhor *compliance*, maximizar os resultados terapêuticos e reduzir custos.

## 6. Limitações do estudo

Como qualquer investigação, esta não está isenta de limitações. O facto de os dados terem sido obtidos com base nas respostas dos doentes ou seus familiares e não ter havido confirmação com o prescritor pode constituir um viés de informação. No entanto, tal confirmação levaria a um tempo de investigação muito mais longo. O tempo foi também uma das limitações deste estudo, pois a aplicação dos inquéritos decorreu durante três meses e, sendo assim, a amostra inquirida não foi representativa da população durante o ano. No caso de haver mais tempo para a recolha de dados poder-se-ia ter aumentado o N da amostra bem como abranger mais localidades da Região Centro do País. É também de salientar que, sendo a maioria dos inquiridos polimedicados, o efeito cumulativo da outra medicação pode ter contribuído para um viés nos resultados, quanto aos efeitos adversos, pois alguns inquiridos podem ter referido efeitos adversos resultantes de outros fármacos, julgando ser causados pelos antidepressivos.

No que diz respeito ao inquérito que foi aplicado nas diversas Farmácias de Oficina (Anexo XVI), algumas questões apresentam limitações. A questão 1.10 relativa ao número de copos consumidos de bebidas alcoólicas é subjetiva e não se podem considerar seriamente as respostas dadas. Na questão 3, é de salientar que, apesar de da informação constante no

inquérito referir que este apenas se destinava a utentes que utilizassem fármacos antidepressivos, 23 inquéritos tiveram de ser inutilizados devido aos fármacos referidos na tabela serem do grupo das benzodiazepinas. Isto permite concluir que existem profissionais nas farmácias que, ou não entenderam o questionário, ou não sabem a distinção entre um antidepressivo e uma benzodiazepina. Na questão 5, sobre a *compliance* da terapêutica os resultados são subjetivos à semelhança da questão 1.10. Na questão 6, que dizia respeito aos efeitos adversos, se houvesse mais tempo para a realização desta investigação, poder-se-iam avaliar os efeitos adversos em termos de intensidade, frequência e severidade. Por fim a formulação da questão 8.1 não foi a mais correta, em virtude de ser apresentada uma lista com vários alimentos e a possibilidade da resposta se referir a todos eles e não apenas a um ou outro em particular.

Como é referido no estudo realizado na Beira Interior<sup>50</sup>, outra limitação advém do facto de a investigação ter sido realizada apenas em Farmácias de Oficina e não ter sido estendida, por exemplo, a lares e a consultas dos serviços de psiquiatria dos hospitais, etc.

## 7. Conclusões e sugestões futuras

Em Portugal, à semelhança de muitos outros países da Europa e do Mundo, assiste-se a uma crescente utilização dos fármacos antidepressivos.<sup>1</sup> A informação científica é limitada quanto a esta temática e, por isso, com o objetivo de avaliar o perfil de utilização destes fármacos por parte de utentes de diversas farmácias da Região Centro do País, bem como os seus efeitos adversos e possíveis interações medicamentosas, surgiu esta investigação. Constatou-se que a maioria dos utilizadores de antidepressivos da amostra eram do sexo feminino, pertenciam à faixa etária dos 45-75 anos e eram casados. A amostra foi constituída por utentes dos distritos de Coimbra, Lisboa, Leiria, Guarda e Castelo Branco. A maioria dos inquiridos apresentava um nível de escolaridade composto pelo Ensino Secundário e Superior, o que contraria os estudos que referem que os utentes com baixo nível de escolaridade tendem a sofrer mais de perturbações psiquiátricas<sup>5,25</sup> e mostra que a depressão parece, cada vez mais, afetar indivíduos com níveis de escolaridade superiores ao 1º Ciclo. A maioria dos inquiridos trabalhavam por conta de outrem ou eram reformados e no que diz respeito aos hábitos tabágicos e ao consumo de bebidas alcoólicas associados à utilização de antidepressivos, os homens foram os que se destacaram.

No que respeita às patologias concomitantes com a depressão, as patologias cardiovasculares e a dislipidémias foram as mais referidas, o que está de acordo com inúmeros estudos.<sup>1</sup> Quanto aos fármacos utilizados ao mesmo tempo que os antidepressivos, as benzodiazepinas foram, indubitavelmente, os mais referidos, sendo preocupante a sua utilização nas várias faixas etárias estudadas e a duração de tratamento com estes.

No que concerne à utilização de terapêutica antidepressiva anterior observou-se que bastantes inquiridos o fizeram, o que mostra que é necessário repensar tratamentos e investir no desenvolvimento de novos métodos terapêuticos. No que se refere aos fármacos

antidepressivos usados no momento do inquérito, os mais prescritos foram os ISRS (fluoxetina, escitalopram, sertralina e paroxetina) e o regime de monoterapia foi o mais mencionado. No entanto, verificou-se a utilização também relevante dos ISRSN e de outros antidepressivos como a bupropiona, a agomelatina, a trazodona e a mirtazapina. Os ATCs e os IMAO, apesar de menos referenciados, continuam a ser utilizados por alguns utentes. Torna-se, assim, fundamental continuar a caminhar no sentido da investigação e desenvolvimento de antidepressivos cada vez mais eficazes, com maior perfil de segurança e tolerabilidade e menor perfil de efeitos adversos, bem como menores interações medicamentosas. No que respeita à utilização de antidepressivos de marca ou genéricos, os resultados foram inconclusivos e surge a necessidade de, no futuro, relacionar os resultados/benefícios terapêuticos com a toma de antidepressivos genéricos ou de marca. Sobre o tempo de tratamento, a maioria dos inquiridos encontrava-se em tratamento antidepressivo entre os 2 meses e os 2 anos, sendo também vários os que referiam que este já durava há vários anos. O motivo referido da prescrição dos antidepressivos foi maioritariamente a depressão e a depressão major. No entanto, é de mencionar que começam a utilizar-se estes fármacos para outras indicações terapêuticas como a dor neuropática, a cessação tabágica e o alcoolismo, entre outras. É, por isso, necessária uma constante investigação no sentido da descoberta de novas indicações terapêuticas destes fármacos.

Grande parte dos inquiridos da amostra mostrou estar bem informada sobre a forma de administrar a medicação que estava a utilizar e referiu que esta era eficaz e satisfazia as suas expectativas de bem-estar. Os efeitos adversos mais referidos pelos utentes foram as alterações no peso e no apetite, as cefaleias/tonturas/vertigens/zumbidos, a insónia, a sensação de confusão/agitação e a disfunção sexual, verificando-se que os regimes de politerapia contribuem para maior percentagem de efeitos adversos.

No que diz respeito à utilização de produtos naturais conjuntamente com os antidepressivos constatou-se que alguns inquiridos o fazem e que muitos destes não o comunicam ao médico. Observou-se que o chá de hipericão é usado por alguns utentes e torna-se, por isso, fundamental monitorizar possíveis interações desta substância com outros fármacos e com os antidepressivos.

Tal como as autoras dos dois estudos realizados na Beira Interior<sup>50,58</sup> sobre a depressão e fármacos antidepressivos referem, a importância do acompanhamento dos doentes em consultas frequentes e da monitorização da terapêutica e avaliação individual de cada doente são pontos-chave para o sucesso terapêutico e para evitar a utilização excessiva destes fármacos.

O farmacêutico surge, assim, neste problema global que é a depressão, como um profissional de saúde que deve prestar o melhor aconselhamento aos doentes e informá-los acerca dos efeitos adversos e possíveis interações medicamentosas dos medicamentos antidepressivos que estes se encontrem a utilizar. Seria muito útil implementar sistemas de seguimento farmacoterapêutico, colaborando com o doente, com o médico e com todos os outros profissionais envolvidos no tratamento do doente. Isto levaria à deteção, prevenção e

resolução de inúmeros problemas relacionados com os medicamentos (PRM) e a relações salutares e de confiança entre todos os profissionais de saúde e doentes.

## 8. Referências Bibliográficas

- 1- Richards D. *Prevalence and clinical course of depression: A review*. Clinical Psychology Review. 31 (2011) 1117-1125.
- 2- Macedo M. *et al. Neurose: leituras psicanalíticas*. 2ªed. Porto Alegre: EDIPUCRS;2005.
- 3- Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponível em: [http://en.wikipedia.org/wiki/Emil\\_Kraepelin](http://en.wikipedia.org/wiki/Emil_Kraepelin) (consultado a 12 de Março de 2013).
- 4- World Health Organization. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf) (consultado a 10 de Janeiro de 2013).
- 5- Lemke T.; Williams D.; Roche V.; Zito S. *Foye's Principles of Medicinal Chemistry*, 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins.
- 6- Black D.; Andreasen N. *Introdução à Psiquiatria*. 4ª ed. Artmed; 2009.
- 7- Savitz J.; Drevets W. *Bipolar and major depressive disorder: Neuroimaging the developmental-degenerative divide*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 33 (2009) 699-771.
- 8- Portal da Saúde. Enciclopédia da Saúde. Saúde Mental. Disponível em: <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/d+e+pressao.html> (consultado a 14 de Março de 2013).
- 9- RCM PHARMA. Disponível em: <http://www.rcmpharma.com/> (consultado a 10 de Janeiro de 2013).
- 10- Furtado C.; Oliveira R. INFARMED, Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde, Direção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde, *Análise da Evolução do Mercado total de medicamentos entre 2003 e 2010*; 2011.
- 11- European Commission. Eurobarometer, saúde mental. 2010.
- 12- Ministério da Saúde-Direção Geral de Saúde. *Plano Nacional da Saúde 2004/2010*. Disponível em: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1\\_74.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_74.html). (consultado a 10 de Janeiro de 2013).
- 13- Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde, INFARMED. *Evolução do consumo de antidepressivos em Portugal Continental de 1995 a 2001*; 2002.
- 14- World Federation for Mental Health, *Depression: A Global Crisis*. Disponível em: <http://www.wfmh.org/2012DOCS/WMHDay%202012%20SMALL%20FILE%20FINAL.pdf>. (consultado a 10 de Janeiro de 2013).
- 15- Puri B.; Laking P.; Treasaden I. *Textbook of Psychiatry*. 2nd ed. Churchill Livingstone; 2002.
- 16- Kaplan H.; Sadock B. *Manual de Farmacologia Psiquiátrica*. 4ª ed. Artmed; 2006.
- 17- Kaplan H.; Sadock B.; Grebb J. *Compêndio de Psiquiatria*. 9ª ed. Artmed; 2006.

- 18- Davis K.; Charney D.; Coyle J, et al. *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2002; 1139-1164.
- 19- Mitchell A. *The role of corticotropin-releasing factor in depressive illness: a critical review*. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 22 (1998) 635-651.
- 20- Rang H.; Dale M.; Ritter J.; Flower R. *Pharmacology*. 7th ed. Elsevier; 2012.
- 21- Kang J.; Gleason E. *Omega-3 Fatty Acids and Hippocampal Neurogenesis in Depression*. *CNS Neurological Disorders- Drug Targets*. 2013.
- 22- Berk M; Sarris J.; Coulson, C.; Jacka F. *Lifestyle management of unipolar depression*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 127 (2013) 38-54.
- 23- Benton D. *Carbohydrate ingestion, blood glucose and mood*. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 26 (2002) 293-308.
- 24- Wolf A.; Arroyo C.; Tedders S.; Li Y.; Dai Q.; Zhang J. *Dietary protein and protein-rich food in relation to severely depressed mood: a 10 year follow up of a national cohort*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 35 (2011) 232-238.
- 25- Wells B.; Dipiro J.; Schwinghammer J.; Dipiro C. *Pharmacotherapy Handbook*. 7th ed. McGraw Hill;
- 26- Halaris A. *A primary care focus on the diagnosis and treatment of major depressive disorder in adults*. *Journal of Psychiatric Practice*. 17 (2011) 340-50.
- 27- Oestergaard S.; Møldrup C. *Improving outcomes for patients with depression by enhancing antidepressant therapy with non-pharmacological interventions: A systematic review of reviews*. *Public Health*. 125 (2011) 357-367.
- 28- Nash J.; Nutt, D. *Antidepressants. Specific Treatments and Disorders*. *Psychiatry*. 6 (2007) 289-294.
- 29- Lôo H.; Olié J. *Effets secondaires des antidépresseurs*. *EMC-Psychiatrie* 1 (2004) 294-305.
- 30- Spina E.; Santoro V.; D'Arrigo C. *Clinically Relevant Pharmacokinetic Drug Interactions with Second-Generation Antidepressants: An Update*. *Clinical Therapeutics*. 30 (2008) 1206-1227.
- 31- Gillman P. *A Review of Serotonin Toxicity Data: Implications for the Mechanisms of Antidepressants Drug Action*. *Biological Psychiatry*. 59 (2006)1046-1051.
- 32- Jain R. *Single-Action Versus Dual-Action Antidepressants*. *Prim. Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*. 6 (2004) 7-11.
- 33- Eyding D.; Lelgemann M.; Grouven U.; Härter M.; Kromp M.; Kaiser T.; Kerekes MF.; Gerken M.; Wieseler B. *Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials*. *British Medical Journal*. (2010) 1-14.

- 34- Dhillon S.; Yang L.; Curran M. *Bupropion: a review of its use in the management of major depressive disorder*. *Drugs*. 68 (2008) 653-689.
- 35- Arias H. *Is the inhibition of nicotinic acetylcholine receptors by bupropion involved in its clinical actions?* *International Journal of Biochemical & Cell Biololy* 41 (2009) 2098-2108.
- 36- Portugal G.; Gould T. *Bupropion dose-dependently reverses nicotine withdrawal deficits in contextual fear conditioning*. *Pharmacology Biochemistry and Behaviour*. 88 (2007) 179-187.
- 37- Álvarez E.; Viñas F. *Mirtazapine in combination*. *Actas Españolas de Psiquiatria*. 38 (2010) 121-128.
- 38- Frecska E. *Trazodone-its multifunctional mechanism of action and clinical use*. *Neuropsychopharmacol Hung*. 12 (2010) 477-82.
- 39- Montgomery S. *Major depressive disorders: clinical efficacy and tolerability of agomelatine, a new melatonergic agonist*. *European Neuropsychopharmacology* 16 (2006), S633-S638.
- 40- San L.; Belen A. *Agomelatine: A novel mechanism of antidepressant action involving the melatonérgico and the serotonergic system*. *European Psychiatry* 23 (2008) 396-402.
- 41- Howland R. *A benefit-risk assessment of agomelatine in the treatment of major depression*. *Drug Safety*. 34 (2011) 709-731.
- 42- Uzbay T. *Tianeptine: potential influences on neuroplasticity and novel pharmacological effects*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology Biological Psychiatry*. 15 (2008) 915-924.
- 43- Branco J.; Tomé A.; Cruz M.; Filipe A. *Pirlindole in the treatment of depression and fibromyalgia syndrome*. *Clinical Drug Investigation*. 31 (2011) 675-689.
- 44- Sarris J.; Panossian A.; Schweitzer I.; Stough C.; Scholey A. *Herbal medicine for depression, anxiety and insomnia: A review of psychopharmacology and clinical evidence*. *European Neuropsychopharmacology*. 21 (2011) 841-860.
- 45- Sarris J.; Kavanagh D.; Byrne G. *Adjuvant use of nutritional and herbal medicines with antidepressants, mood stabilizers and benzodiazepines*. *Journal of Psychiatric Research*. 44 (2010) 32-41.
- 46- Colalto C. *Herbal interactions on absorption of drugs: Mechanisms of action and clinical risk assessment*. *Pharmacological Research*. 62 (2010) 207-227.
- 47- Gelenberg A. et al. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder*. 3<sup>rd</sup> ed. American Psychiatric Association 2010.
- 48- Gusmão R.; Xavier M.; Heitor M.; Bento A.; Caldas de Almeida J. *O peso das perturbações depressivas*, *Ata Médica Portuguesa*. 18 (2005) 129-146.
- 49- Portal da Saúde. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/saude+mental/depressao.html> (consultado a 13 de Abril de 2013).

- 50- Fernandes M. *Caracterização do perfil de utilização de medicamentos antidepressivos na Beira Interior*. Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade da Beira Interior- Ciências da Saúde. Covilhã, 2011.
- 51- World Health Organization. *Mental disorders*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/) (acedido a 15 de Março de 2013).
- 52- Instituto Nacional de Estatística. *4º Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006*. (2007).
- 53- Web MD, Depression Health Center. Disponível em: <http://www.webmd.com/depression/guide/depression-women> (consultado a 14 de Maio de 2013).
- 54- Freeman E. *Associations of depression with the transition to menopause*. *Menopause*. 17 (2010) 823-827.
- 55- Panicker V.; Evans J.; Bjørø T.; Asvold B.; Dayan C.; Bjerkeset O. *A paradoxical difference in relationship between anxiety, depression and thyroid function in subjects on and not on T4: findings from the HUNT study*. *Clinical Endocrinology*. 71 (2009) 574-580.
- 56- Bieling P.; Ross G. *Depression and Your Thyroid: What You Need to Know*. New Harbinger Publications.
- 57- The European Opinion Research Group. Eurobarometer 58.2 - *The mental health status of the European population* (2003).
- 58- Nogueira M, *Efeito dos Antidepressivos a Longo Prazo*, Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade da Beira Interior- Ciências da Saúde. Covilhã, 2012.
- 59- Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_main](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main) (consultado a 14 de Maio de 2013).
- 60- Desai H.; Seabolt J.; Jann M. *Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective*. *CNS Drugs*. 15 (2001) 469-94.
- 61- Molden E.; Spigset O. *Tobacco smoking and drug interactions*. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 129 (2009) 632-633.
- 62- Stockley I. *Stockley's Drug Interactions*. Electronic version, Alcohol interactions. (2005).
- 63- Dunlop B.; Davis P. *Combination Treatment With Benzodiazepines and SSRIs for Comorbid Anxiety and Depression: A Review*. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*. 10 (2008) 222-228.
- 64- Milea D.; Guelfucci F.; Bent-Ennakhil N.; Toumi M. *Antidepressant Monotherapy: A Claims Database Analysis of Treatment Changes and Treatment Duration*. *Clinical Therapeutics*. 32 (2010) 2057-2072.
- 65- Hirsch M.; Birnbaum R. *Antidepressant medication in adults: SSRIs and SNRIs*. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/serotonin-norepinephrine->

- reuptake-inhibitors-snrts-pharmacology-administration-and-side-effects (Consultado a 18 de Maio de 2013).
- 66- Santiago L.; Neto M.; Miranda P.; Rosendo I. *O medicamento, a ansiedade e a depressão*. Ata Médica Portuguesa. 23 (2010) 983-992.
- 67- Candis M.; Susan G.; Carol P.; David F.; Gregory A. *Randomized Double-blind Study Comparing the Efficacy of Gabapentin With Amitriptyline on Diabetic Peripheral Neuropathy Pain*. Archives of Internal Medicine. 159(1999) 1931-1937.
- 68- Mercier A.; Auger-Aubin I.; Lebeau J.; Schuers M.; Boulet P.; Hermil J.; Van Royen P.; Peremans L. *Evidence of prescription of antidepressants for non-psychiatric conditions in primary care: an analysis of guidelines and systematic reviews*. BioMed Central Family Practice (2013).
- 69- Evins A.; Tisdale T. *Bupropion and Smoking Cessation*. The American Journal of Psychiatry. 156 (1999) 798a-799.
- 70- Perkins K.; Karelitz J.; Jao N.; Gur R.; Lerman C. *Effects of bupropion on cognitive performance during initial tobacco abstinence*. Drug and Alcohol Dependence (2013).
- 71- Vuković O.; Marić N.; Britvić D.; Cvetić T.; Damjanović A.; Prostran M.; Jasović-Gasić M. *Efficacy, tolerability and safety of tianeptine in special populations of depressive patients*. Psychiatria Danubina. 21 (2009) 194-198.
- 72- Ashton A.; Jamerson B.; Weinstein W.; Wagoner C. *Antidepressant-related adverse effects impacting treatment compliance: results of a patient survey*. Current Therapeutic Research. 66 (2005) 96-106.
- 73- Castrogiovanni P.; Musumeci G.; Trovato F.; Avola R.; Magro G.; Imbesi R. *Effects of high-tryptophan diet on pre- and postnatal development in rats: a morphological study*. European Journal of Nutrition (2013).
- 74- Dyakonova V.; Krushinsky A. *Serotonin precursor (5-hydroxytryptophan) causes substantial changes in the fighting behavior of male crickets, Gryllus bimaculatus*. Journal of Comparative Physiology (2013).
- 75- Chavez M.; Jordan M.; Chavez P. *Evidence-based drug-herbal interactions*. Life Sciences 78 (2006) 2146-2157.
- 76- Fugh-Berman A.; Ernst E. *Herb-drug interactions: review and assessment of report reliability*. British Journal of Clinical Pharmacology 52 (2001) 587-595.

## ANEXOS

Anexo I- Notificação de reações adversas a enviar ao Departamento de Farmacovigilância do INFARMED

**SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILÂNCIA**  
 Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos  
 Profissionais de Saúde

Notifique sempre que suspeitar de uma reação adversa **CONFIDENCIAL**

**A. Reação adversa a medicamento (RAM)**

Descrição	Data início *	Data fim	Duração RAM se < 1 dia
	__/__/__	__/__/__	h min
	__/__/__	__/__/__	h min
	__/__/__	__/__/__	h min
	__/__/__	__/__/__	h min

Considera a reação adversa (ou o caso, se mais do que uma reação) grave? Sim  Não

Se sim, porque considera grave?

Resultou em morte  Resultou em incapacidade significativa (especifique em F.)  
 Colocou a vida em risco  Causou anomalias congénitas  
 Mergulhou ou prolongou internamento  Outra (especifique em F.)

Tratamento da reação adversa

**B. Medicamento(s) suspeito(s)**

Nome de marca	Lote	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
#1						
#2						

O medicamento foi suspenso devido à reação  A reação melhorou após suspensão  Ou manteve-se

Houve redução da posologia (especifique em F.)  Suspeita de interação<sup>1</sup> entre medicamentos (especifique em F.)

O mesmo fármaco foi reintroduzido  Ocorreu reação adversa idêntica quando da reintrodução

São conhecidas reações anteriores ao mesmo fármaco  São conhecidas reações anteriores a outros fármacos

Considera a relação causal:  Definitiva (certa)  Provável  Possível  Improvável

**C. Medicamentos concomitantes, incluindo auto-medicação (e outro tipo de produtos)**

Nome de marca	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
#3					
#4					
#5					
#6					
#7					

**D. Doente**

Iniciais do nome \_\_\_\_\_  Feminino  Masculino Peso \_\_\_\_\_ Kg Altura \_\_\_\_\_ cm

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ou idade à data da ocorrência da(s) RAM(s) \_\_\_\_\_

Como evoluiu o doente em relação à(s) RAM(s)?

Cura  Em recuperação  Persiste sem recuperação  Morte sem relação com a reação  
 Cura com sequelas  Desconhecida  Morte com possível relação com a reação

**E. Profissional de saúde**

Nome \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Especialidade \_\_\_\_\_


Local de trabalho \_\_\_\_\_

Contactos  Telefone/Telemóvel \_\_\_\_\_  e mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_



### Anexo III- Novos modelos de receita

  
Farmácias

**Ofício Circular n.º 1208/2013**  
Lisboa, 28 de Março de 2013

**Assunto:** Prazo transitório para a prescrição obrigatória por DCI - novo modelo de receita

Exmo. Associado,


O período transitório para a implementação da prescrição obrigatória por DCI e do novo modelo de receita, tendo por base as normas técnicas, relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde, publicadas pela ACSS e pelo INFARMED, termina no dia 31 de Março de 2013.

Contudo, através da publicação do Despacho n.º 4322/2013, de 25 de Março, foi determinado que, por motivos operacionais e tecnológicos, a implementação dos novos sistemas de prescrição e modelos de receita pode ocorrer até ao dia 31 de Maio.

Face ao exposto, alertamos que, a partir do próximo dia 1 de Abril, as farmácias devem ter em atenção as seguintes alterações:

- Os actuais modelos de receita médica, informatizada e manual, com data de prescrição até 31 de Maio de 2013, podem ser dispensados até à data de término da respectiva validade, devendo ser interpretados como uma prescrição por DCI, salvo nas exceções previstas na lei;
- As principais alterações, da responsabilidade dos prescritores e dos softwares de prescrição, introduzidas no novo modelo de receita médica, informatizada e manual, que começará a circular, são as seguintes:
  - ✓ Os medicamentos são prescritos obrigatoriamente por DCI, salvo nas exceções previstas na lei (prescrição individualizada de medicamento de marca para o qual não exista genérico ou só existem similares e prescrição individualizada de medicamento com justificação técnica);
  - ✓ Cada prescrição por DCI é representada por um novo código criado pelo INFARMED - CNPEM - Código Nacional para a Prescrição Electrónica de Medicamentos, que tem as seguintes características:
    - Abrange todos os medicamentos com AIM;
    - Agrupa, pelo menos, as seguintes características do medicamento: princípio activo, dosagem, forma farmacéutica e n.º de unidades;
    - Representação em dígitos (total de 8, iniciado por 5) e código de barras;
  - ✓ A receita passa a ser identificada com uma das seguintes siglas, consoante o tipo:
    - RN - receita de medicamentos
    - RE - receita especial (psicotrópicos e estupefacientes)
    - MM - receitas de medicamentos manipulados
    - MD - receitas de produtos dietéticos
    - MDB - receitas de produtos para o autocontrolo da diabetes mellitus
    - OUT - receita de outros produtos
  - ✓ O n.º da receita é constituído por 19 dígitos, passando as receitas renováveis a ter numeração única;

Rua Marechal Saldanha, 1 - 1249-069 Lisboa  
Tel: 21 340 05 00 - Fax: 21 347 29 94  
email: [anf@anf.pt](mailto:anf@anf.pt) | [www.anf.pt](http://www.anf.pt)

 Farmácias Portuguesas

- ✓ A identificação do local de prescrição figura no lado oposto ao da vinheta médica;
- ✓ Existência de um local na frente da receita para o utente exercer o direito de opção;
- ✓ A receita manual apresenta um espaço pré-impresso relativo ao regime excepcional de prescrição manual, para preenchimento do prescriptor.
- **No acto da dispensa e facturação, as farmácias devem ter em atenção:**
  - ✓ O utente pode optar por qualquer medicamento que cumpra a prescrição (com o mesmo CNPEM), independentemente do seu preço, salvo nas excepções previstas na lei (prescrição individualizada de medicamento de marca para o qual não exista genérico ou só existem similares e prescrição individualizada de medicamento com justificação técnica);
  - ✓ Os CNPEM e respectivos medicamentos serão introduzidos no SIFARMA 2000, para efeitos de pesquisa, na semana que se inicia a 8 de Abril. Oportunamente, será divulgada instrução de trabalho sobre esta matéria;
  - ✓ Caso a prescrição feita por marca de medicamento ou do titular não se enquadre nas excepções previstas na lei, presume-se que a prescrição é efectuada por DCI;
  - ✓ Conforme indicação do INFARMED, a opção do, utente que prevalece é a efectuada no acto de dispensa do medicamento na farmácia;
  - ✓ O SIFARMA imprimirá as frases previstas na lei relativas ao exercício do direito de opção pelo utente, de acordo com as instruções do Ofício Circular n.º 1162/2013, de 26 de Março.

Com os melhores cumprimentos,

A DIRECÇÃO

Anexo:

- Exemplo de receita informatizada e manual

DESPACHO N.º 15700/2013  
 EXEMPLO DE RECEITA MANUAL


The form is titled 'Receta Médica Nº' and includes a barcode. It is divided into several sections:

- Paciente:** Fields for name, N.º de Cartão, Profissão, Endereço Residencial, and C.º de Sanfonação.
- Prescritor:** Fields for name, N.º de Cartão, and Endereço Profissional.
- Local de Prescrição:** Fields for name, N.º, and Endereço.
- Medicação:** A table with columns for 'Medicação', 'Dose', and 'Frequência'.
- Observações:** A text area for additional notes.
- Outros campos:** 'Data', 'Assinatura do Prescritor', and 'Assinatura do Utente'.

Annotations on the right side of the form:

- N.º de Receta:** - Constituído por 19 dígitos
- Menção ao regime excepcional para prescrição manual:** (points to a checkbox)
- Identificação do local de prescrição:** (points to the local name field)
- Direito de opção do utente:** (points to a checkbox) - Pode ser revogado se no acto da dispensa o utente tomar decisão contrária

DESPACHO N.º 15700/2013  
 EXEMPLO DE RECEITA INFORMATIZADA

Receta Médica N.º		
representação em código de barras e caracteres		
		
N.º do utente em código de barras e caracteres		
N.º de identificação		
N.º da cédula profissional, em código de barras e caracteres, ou número de prescrição	Nome profissional Especialidade Título	Local de Prescrição representação em código de barras e caracteres
DCI (nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, potência)		
N.º CNPEM		
Prescrição por DCI		
CNPEM		
Meloxicam, 15 mg, comprimido, blister – 60 unidade(s)		
*59999999*		
Prescrição por DCI		
CNPEM		
validade: 30 dias		
Prescrição eletrónica e direito de opção		
[ ] Sim		
[ ] Não		

N.º de Receita  
 - Constituído por 19 dígitos  
 - Cada via da receita renovável tem numeração única

Identificação do local de prescrição

Prescrição por DCI e respectivo CNPEM  
 Código Nacional para a Prescrição Electrónica de Medicamentos  
 Agrupa, pelo menos, as seguintes características do medicamento: princípio activo, dosagem, forma farmacéutica e n.º de unidades

Direito de opção do utente  
 Pode ser revogado se no acto da dispensa o utente tomar decisão contrária

Anexo IV- Portarias e despachos de participações especiais

Patologia Especial	Âmbito	Comp.	Legislação
PARAMILOIDOSE	Todos os medicamentos	100%	Desp. 4 521/2001 (2ª série), de 31/1/2001
LÚPUS	Medic. Participados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
HEMOFILIA	Medic. Participados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
HEMOGLOBINOPATIAS	Medic. Participados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
DOENÇA DE ALZHEIMER	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Desp. n.º 13020/2011 (2ª série), de 20 de Setembro	37% (quando prescrito por neurologistas ou psiquiatras)	Desp. n.º 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 n.º 1234/2007 (2ª série), de 29 de Dezembro de 2006	90% (quando prescrito por médico especialista)	Desp. n.º 1234/2007, de 29/12/2006, alterado pelo Desp. n.º 19734/2008, de 15/07, Desp. n.º 15442/2009, de 01/07, Desp. n.º 19696/2009, de 20/08, Desp. n.º 5822/2011, de 25/03 e Desp. n.º 8344/2012, de 12/06
ARTRITE REUMATÓIDE E ESPONDILITE ANQUILOSANTE	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Desp. n.º 14123/2009 (2ª série), de 12 de Junho	69%	Desp. n.º 14123/2009 (2ª série), de 12/06, alterado pelo Desp. n.º 12650/2012, de 20/09
DOR ONCOLÓGICA MODERADA A FORTE	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Desp. n.º 10279/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008	90%	Desp. n.º 10279/2008, de 11/03, alterado pelo Desp. n.º 22186/2008, de 19/08, Desp. n.º 30995/2008, de 21/11, Desp. n.º 3285/2009, de 19/01, Desp. n.º 6229/2009 de 17/02, Desp. n.º 12221/2009 de 14/05, Declaração de Retificação n.º 1856/2009, de 23/07, Desp. n.º 5725/2010 de 18/03, Desp. n.º 12457/2010 de 22/07 e Desp. n.º 5824/2011 de 25/03
DOR CRÓNICA NÃO ONCOLÓGICA MODERADA A FORTE	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Desp. n.º 10280/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008	90%	Desp. n.º 10280/2008, de 11/03, alterado pelo Desp. n.º 22187/2008, de 19/08, Desp. n.º 30993/2008, de 21/11, Desp. n.º 3286/2009, de 19/01 e Desp. n.º 6230/2009, de 17/02, Desp. n.º 12220/2009, de 14/05, Desp. n.º 5726/2010 de 18/03, Desp. n.º 12458/2010 de 22/07 e Desp. n.º 5825/2011 de 25/03
PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Desp. n.º 10910/2009, de 22 de Abril	69%	Desp. n.º 10910/2009, de 22/04 alterado pela Declaração de Retificação n.º 1227/2009, de 30/04, Desp. n.º 15443/2009, de 01/07, Desp. n.º 5643/2010, de 23/03, Desp. n.º 8905/2010, de 18/05 e Desp. n.º 13796/2012, de 12/10

PSORÍASE	Medic. psoríase lista de medicamentos	90%	Lei n.º 6/2010, de 07/05
----------	---	-----	--------------------------

Anexo V- Quadro de registo de psicotrópicos gerado automaticamente pelo SIFARMA 2000

**Registo de Psicotrópicos** [X]

**Nrº da Rec.:**  **Data da Receita:**

**Médico:**

**Utente dispensado**

**Nome:**

**Morada:**

**C. Post.:**

**Utente aviado**

**Nome:**

**Morada:**

**C. Postal:**

**Identificação:**  **Data:**  **Idade:**



- d) Os talões discriminativos da venda (talão de facturação) são enviados à Lilly, via ANF, acompanhados do verbete, resumo de lote e factura. Não devem ser enviadas cópias de receita ou outros documentos.

**3. Procedimentos de Facturação:**

Códigos de facturação do Programa Apoio Lilly- medicamento Zyprexa/Zyprexa Velotab, conforme tabela 1, no sistema informático Sifarma são:

LL - APLILY/SNS  
LM - APLILY/S-P  
LN - APLILY/A  
LO - APLILYJA-P

No acto da dispensa com comparticipação, para cada embalagem do medicamento dispensada, proceda à recolha do código de autorização obrigatório (2º código de barras na embalagem), assegurando os seguintes procedimentos:

- a) Efectuar a leitura óptica do código de autorização obrigatório impresso na embalagem;
- b) No caso de necessitar de introduzir manualmente o número do código de barras, deve garantir que não há falhas na digitação (números trocados ou incompletos);

A nota explicativa das funcionalidades Sifarma, para esta nova modalidade de recolha de códigos e facturação das receitas, encontra-se como anexo a este Ofício-Circular no ANFOnline.

A não inclusão ou o erro na digitação do código de autorização obrigatório, incorre no não pagamento da comparticipação da Lilly associado à respectiva embalagem.

**4. Facturação detalhada:**

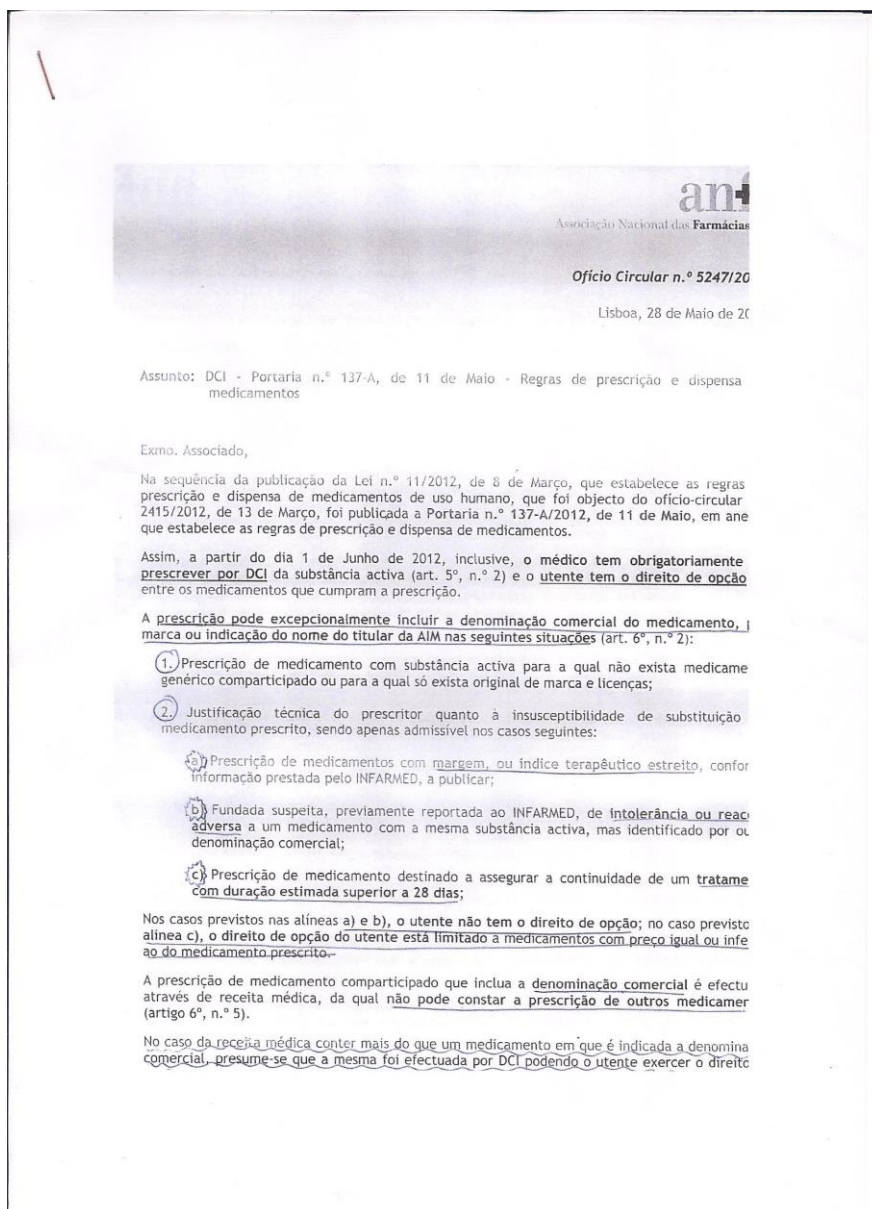
As farmácias têm obrigatoriamente enviar em complemento da facturação em suporte de papel, o ficheiro electrónico de facturação detalhada à Lilly Portugal.

- a) Farmácias com SIFARMA e Farmalink apenas têm de garantir que o envio automatizado foi bem sucedido;
- b) Farmácias que não reúnam os requisitos das anteriores (Sifarma + Farmalink):
  - i. O protocolo de envio está disponível como anexo a este Ofício-Circular no ANFOnline.
  - ii. Deve contactar o seu fornecedor de software, para que possam gerar o ficheiro de acordo com as especificações acordadas com esta entidade.
  - iii. O ficheiro gerado de acordo com as especificações técnicas, deve ser enviado à ANF através do ANFOnline, até ao dia 10 de cada mês, à semelhança do que já se verifica com a ADSE.

**5. Informação referente à entidade de facturação:**

Lilly Portugal - Produtos Farmacêuticos, Lda  
Rua Cesário Verde, No. 5, Piso 4,  
Linda-a-Pastora  
2790-326 Queljas  
NIF: 500 165 602

## Anexo VII- Enquadramento legislativo relativo à dispensa de genéricos



mais baixos de cada grupo homogéneo. Na dispensa deve ter em consideração o medicamento menor preço de entre os referidos no número anterior, salvo se for outra a opção do utente.

Para apoio ao acto da dispensa, disponibilizamos em anexo um fluxograma que sistematiza pontos fundamentais a ter em conta a partir do próximo dia 1 de Junho.

Realçamos que, em função das várias etapas de implementação previstas na portaria n.º 1 A/2012, de 11 de Maio (publicação das normas técnicas, adaptação dos sistemas informáticos prescrição, dispensa e conferência) está previsto um período transitório, que, no limite, pode prolongar-se até 7 meses.

Durante o período transitório, que se inicia no próximo dia 1 de Junho, devem ser tidos atenção os seguintes pontos:

- Todas as prescrições são consideradas como realizadas por DCI, independentemente poder figurar uma designação comercial do medicamento (art. 18º, n.º 3);
- Os modelos actuais de receita mantêm-se válidos (art. 18º, n.º 4);
- Para se oporem ao direito de opção do utente, dentro das excepções previstas, prescritores têm de mencionar palavra "Excepção" seguida de identificação respectiva alínea e da informação, se aplicável, de "Reacção adversa prévia" em relação à alínea b) ou "Continuidade de tratamento superior a 28 dias" em relação à alínea c) devendo ser utilizado o espaço de escrita livre junto ao medicamento prescrito (art. 1º n.ºs 5 e 6);
- O utente assinala o seu direito de opção apondo a sua assinatura no verso da receita com a menção "Direito de opção" (art. 18º, n.º 7);
- Para efeitos de aplicação das novas regras de prescrição e de direito de opção do utente, deve ser considerada a data de prescrição posterior a 1 de Junho de 2012;
- A autorização de substituição, através de cruzes e assinatura do prescritor, constante no rodapé das receitas deixa de ter qualquer validade nas receitas com data de prescrição posterior a 1 de Junho de 2012.

De forma a facilitar a dispensa estão a ser estudadas novas funcionalidades no SIFARMA que permitam uma rápida identificação dos medicamentos elegíveis para opção do utente.

Para facilitar o exercício do direito de opção por parte do utente o SIFARMA passará a imprimir no verso da receita a menção "Direito de Opção [ ] Sim [ ] Não" para os medicamentos com grupo homogéneo.

Brevemente ficará disponível, na zona de destaques do ANFOnline, um ficheiro de consulta com indicação do PVP5 (quinto preço mais baixo) e dos medicamentos que integram cada grupo homogéneo.

Manteremos as farmácias informadas sobre os desenvolvimentos que se registarem, nomeadamente no que respeita à implementação dos novos modelos de receitas e vinhetas, à publicação das normas técnicas e ao termo do período transitório.

Anexo VIII- Exemplo de uma ficha de preparação de um manipulado

(Carimbo da Farmácia)

Ficha de Preparação

Medicamentos usados em Dermatologia

A.	II.	I.
----	-----	----

### Solução Alcoólica de Ácido Bórico à Saturação (FGP A.II.1)

Forma farmacêutica: solução

Data de preparação: \_\_\_\_\_

Número do lote: \_\_\_\_\_

Quantidade a preparar: \_\_\_\_\_

Matérias-primas	Nº do lote	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100 g	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Ácido bórico				5,0 g				
Álcool a 70 % (V/V)				q.b.p. 100 ml				

*Preparação*

	Rubrica do operador
1. Verificar o estado de limpeza do material a utilizar.	
2. Colocar em proveta rolhada uma quantidade de álcool a 70 % (V/V) correspondente a de cerca de $\frac{3}{4}$ da quantidade total de solução a preparar.	
3. Pesar o ácido bórico, e adicionar, aos poucos, ao álcool a 70% (V/V), agitando fortemente durante 20 segundos, após cada adição.	
4. Após adição de todo o ácido bórico, completar o volume com álcool a 70 % (V/V) e agitar durante 20 segundos.	
5. Deixar a proveta em repouso durante 1 hora, agitando-a, durante 20 segundos, de 15 em 15 minutos. Início: _____ Final: _____	
6. Filtrar a solução obtida em 5.	
7. Lavar o material utilizado.	
8. Secar o material.	

Rubrica do Director Técnico	Data
-----------------------------	------

FGP 2001

1/4

**Embalagem**

1. Embalar a solução em frasco de vidro âmbar, tipo III (FPVI).

Material de embalagem	Nº do lote	Origem

Capacidade do recipiente: \_\_\_\_\_

Operador: \_\_\_\_\_

**Rotulagem**

1. Proceder à elaboração do rótulo de acordo com o modelo descrito em seguida.
2. Anexar a esta ficha de preparação uma cópia, rubricada e datada, do rótulo da embalagem dispensada.

**Modelo de rótulo**

Identificação da Farmácia  
Identificação do Director-Técnico  
Endereço e telefone da Farmácia

Identificação do Médico prescriptor  
Identificação do Doente

**SOLUÇÃO ALCOÓLICA DE ÁCIDO BÓRICO À SATURAÇÃO**  
(FGP A.II.1.)

100 ml de solução contém 4 g de ácido bórico  
(Quantidade dispensada)

Contém iodeto de potássio, água purificada e álcool etílico

Medicamento para aplicação cutânea

Uso externo

Não ingerir

(Data da preparação)

(Prazo de utilização)

Conservar à temperatura ambiente no frasco bem fechado

(Nº do lote)

Manter fora do alcance das crianças

Operador: \_\_\_\_\_

**Verificação**

Ensaio	Especificação	Resultado		Rubrica do Operador
		Conforme	Não Conforme	
<b>1. CARACTERÍSTICAS ORGANOLEPTICAS</b> 1.1. Aspecto  Verificar conformidade com a especificação	Solução límpida e transparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Rubrica do Director Técnico

Data

Solução Alcoólica de Ácido Bórico à Saturação

A.II.1.

Ensaio	Especificação	Resultado		Rubrica do Operador
		Conforme	Não Conforme	
1.2. Cor Verificar conformidade com a especificação	Solução incolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. CONFORMIDADE COM A DEFINIÇÃO DA MONOGRAFIA "PREPARAÇÕES PARA USO AURICULAR" DA FPVI	Texto "Preparações para Uso Auricular" (FGP, Parte I, Cap. 1, 1.3 Formas Farmacêuticas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. QUANTIDADE Antes do enchimento verificar, em proveta graduada, o volume da preparação	_____ ml ( $\pm 5\%$ ) (quantidade a preparar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Aprovado       Rejeitado

Supervisor \_\_\_\_\_ / /

Nome e morada do doente

Nome do prescritor

Anotações

Rubrica do Director Técnico

Data

## Cálculo do preço de venda

## MATÉRIAS-PRIMAS:

matérias-primas:	embalagem existente em armazém		preço de aquisição de uma dada quantidade unitária (s/IVA)		quantidade a usar	factor multiplicativo	preço da matéria-prima utilizada na preparação
	quantidade adquirida	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade unitária	preço			
Ácido bórico					X	X	=
Álcool a 70% (V/V)					X	X	=
					X	X	=
					X	X	=
					X	X	=
subtotal A							

## HONORÁRIOS DE MANIPULAÇÃO:

forma farmacêutica preparada	quantidade	valor
Solução		
subtotal B		

## MATERIAL DE EMBALAGEM:

materiais de embalagem	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade	preço
subtotal C			

rótulo	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade	preço
subtotal D			

dispositivos auxiliares de administração	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade	preço
subtotal E			

subtotal F (C + D + E)

PREÇO DE VENDA AO PÚBLICO: (A + B + F)

+ IVA

TOTAL

Operador \_\_\_\_\_

Supervisor \_\_\_\_\_

Rubrica do Director Técnico

Data

Anexo IX- Pedido de AUE

<b>AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO ESPECIAL</b> Alínea a) artigo 92.º <b>JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA</b>	
Estabelecimento de saúde:	
Serviço proponente:	
<b>Deliberação n.º 105/CA/2007</b>	
a) – Medicamentos de benefício clínico bem reconhecido <input type="checkbox"/>	b) – Medicamentos com provas preliminares de benefício clínico <input type="checkbox"/>
Nome do medicamento:	
Substância(s) Activa(s):	Pertence ao F.H.N.M.: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Dosagem:	Apresentação:
Quantidade:	
Indicações Terapêuticas para as quais se pretende o medicamento e posologia:	
Estratégia terapêutica para a situação em causa:	
Listagem de terapêuticas alternativas existentes no mercado e motivos da sua inadequação à situação em análise:	
Fundamentação científica da utilização do medicamento:	
<b>A PREENCHER APENAS NO CASO DE SE TRATAR DE UM PEDIDO AO ABRIGO DA ALÍNEA B) SUPRACITADA</b>	
Está a decorrer, na instituição, algum ensaio clínico envolvendo este medicamento?	SIM * <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
* Justificação da impossibilidade de inclusão em ensaio clínico:	
Provas experimentais preliminares de eficácia e segurança que façam pressupor a actividade do medicamento na situação clínica em causa:	
Número de doentes a tratar:	
Dose diária por doente:	
Duração prevista para o tratamento:	
Quantidade total de medicamento a utilizar:	
Identificação dos Doentes:	
Assinatura do Director de Serviço (deverá ser identificada sob a forma de carimbo e/ou vinheta):	

Este impresso pode ser fotocopiado

**AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO ESPECIAL  
MEDICAMENTOS DE USO HUMANO  
IMPRESSO DE USO OBRIGATÓRIO PELOS REQUERENTES**

Exm. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
do INFARMED

Pretende esta entidade licenciada para a aquisição directa de medicamentos, ao abrigo do disposto na alínea a) do artigo 92.º do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto, solicitar AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO ESPECIAL para o medicamento abaixo indicado, ao abrigo do despacho:

**Deliberação n.º 105/CA/2007**

a) - Medicamentos de benefício clínico bem reconhecido  b) - Medicamentos com provas preliminares de benefício clínico

Por se tratar de um medicamento que não possui AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO (AIM) em Portugal e se destinar a doentes em tratamento neste estabelecimento de saúde, com vista a satisfazer as necessidades para o próximo ano de ..... solicita a V. Ex.ª se digne autorizar a sua utilização especial, nos seguintes termos:

Requerente:			
Morada:			
Código postal:	Tel S.F.:	Fax S.F.:	
V/ N.º de Pedido:	V/data:		
Nome do medicamento:			
Substância(s) Activa(s):			
Forma farmacéutica:			
Dosagem:	Referência do I.T.N.M.:	Sim	Não
Quantidade:	Apresentação:		
Preço por unidade (c./IVA):	Estimativa/Despesa (c./IVA):		
Titular da A.I.M.:	País da A.I.M.:		
Fabricante:	País/fábrica:		
Libertador de lote*:	País/líb. de lote*:		
Distribuidor do país de procedência:	País/Procedência:		
Distribuidor em Portugal*:	Alfândega*:		

Derivado do Plasma  Alergeno  Vacina  Radiofármaco

INSTRUÇÃO AO ABRIGO DO ARTIGO 10.º DA DELIBERAÇÃO N.º 105/CA/2007.

Documentação enviada ao INFARMED pelo requerente ou por outra entidade \_\_\_\_\_  
juntamente com a AUE n.º \_\_\_\_\_ autorizada para o ano \_\_\_\_.\*


PEDIDO DE ALTERAÇÃO DA QUANTIDADE inicialmente requerida na AUE n.º \_\_\_\_\_, autorizada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Justificação \_\_\_\_\_

Assinatura do Director Clínico (deverá ser identificada sob a forma de carimbo e/ou vinheta):

\* Se aplicável

Este impresso pode ser fotocopiado

Anexo X-Ficha de controlo de Psicotrópicos



**SERVIÇOS FARMACÊUTICOS**

FICHA DE CONTROLO DE  
**PSICOTRÓPICOS**

Nº

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

SERVIÇO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO

DESIGNAÇÃO

FÓRMULA FARMACÊUTICA

QUANTIDADE

ENTREGA

FARMACÊUTICA(O)

/ /

RECEBIMENTO

ENFERMEIRA(O)

/ /

DEVOLUÇÃO

ENFERMEIRA(O)

/ /

ENTREGA

FARMACÊUTICA(O)

/ /

OBS. \_\_\_\_\_

USO EXCLUSIVO NOS  
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

---

FICHA DE CONTROLO DE  
**PSICOTRÓPICOS**

HOSPITAL SOUSA MARTINS

Nº

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

FORM. FARM. \_\_\_\_\_ QUANT. \_\_\_\_\_

RECEBI  
NOME \_\_\_\_\_

SERVIÇO: \_\_\_\_\_ H: \_\_\_\_\_


Nº	DATA	PROC. CLÍN. / CAMA	DOENTE	AUT.ª MÉDICA	DOSE	HORA	RUBRICA ENFERMEIRA	B.º
1								9
2								8
3								7
4								6
5								5
6								4
7								3
8								2
9								1
10								0

NO CASO DE INUTILIZAÇÃO DA DOSE, ESCREVA DETALHADAMENTE O FACTO, UTILIZANDO O VERSO DESTA FICHA

Mod. 276 SF - H.S.M.

OBS. \_\_\_\_\_

# Anexo XI-Ficha de controlo de Estupefacientes



Ministério da Saúde  
U.L.S.  
Guarda, E.P.E.

SERVIÇOS FARMACEUTICOS

FICHA DE CONTROLO DE  
**ESTUPEFACIENTES**

Nº

SERVIÇO

MEDICAMENTO

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	FÓRMULA FARMACÉUTICA	QUANTIDADE
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**ENTREGA**

FARMACÉUTICA(O)

**RECEBIMENTO**

ENFERMEIRA(O)

**DEVOLUÇÃO**

ENFERMEIRA(O)

**ENTREGA**

FARMACÉUTICA(O)

OBS. \_\_\_\_\_ USO EXCLUSIVO NOS SERVIÇOS FARMACÉUTICOS

---

FICHA DE CONTROLO DE  
**ESTUPEFACIENTES**

**U.L.S. GUARDA, E.P.E.**

Nº

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

FORM. FARM. \_\_\_\_\_ QUANT. \_\_\_\_\_

RECEBI: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

SERVIÇO \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_

Nº	DATA	PRÓC. CLÍN / CAMA	DOENTE	AUT * MÉDICA	DOSE	HORA	RUBRICA ENFERMEIRA	Bº
1								9
2								8
3								7
4								6
5								5
6								4
7								3
8								2
9								1
10								0

NO CASO DE INUTILIZAÇÃO DA DOSE, ESCREVA DETALHADAMENTE O FACTO, UTILIZANDO O VERSO DESTA FICHA

U.L.S.G.E.P.E. - Mod. - 275


OBS \_\_\_\_\_





Anexo XIV- Ficha de requisição de Hemoderivados

Número de série 1601331 VIA FARMÁCIA



**MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS**  
REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO  
(Arquivar pelos Serviços Farmacêuticos<sup>(\*)</sup>)

MINISTÉRIO DA SAÚDE HOSPITAL \_\_\_\_\_  
SERVIÇO \_\_\_\_\_

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

**REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA** (a preencher pelo médico)

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

**REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)

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

Enviado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Farmacêutico \_\_\_\_\_ N.º Mec. \_\_\_\_\_

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

Recebido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Serviço requisitante (Assinatura) \_\_\_\_\_ N.º Mec. \_\_\_\_\_

**I. Instruções relativas à documentação:**

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

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

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

**II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:**

a) Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respectivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante;

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

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

Número de série 1601331

VIA SERVIÇO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS**  
**REQUISICÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO**  
*(Arquivar no processo clínico do doente)*

HOSPITAL \_\_\_\_\_  
 SERVIÇO \_\_\_\_\_

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

**REQUISICÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA** *(a preencher pelo médico)*

Hemoderivado _____ <i>(Nome, forma farmacéutica, via de administração)</i> Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____ Diagnóstico/Justificação Clínica _____ _____ _____	<b>QUADRO B</b>
--	-----------------

**REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ *(a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)*

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

Enviado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Farmacêutico \_\_\_\_\_ N.º Mec. \_\_\_\_\_

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

Recebido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Serviço requisitante *(Assinatura)* \_\_\_\_\_ N.º Mec. \_\_\_\_\_

**REGISTO DE ADMINISTRAÇÃO** *(a preencher pelo enfermeiro responsável pela administração<sup>(\*)</sup>)*

Data	Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote/Lab. origem	Assinatura/N.º Mec.

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

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

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

## Anexo XV- Critérios DSM-IV de Depressão Major

### **Critérios DSM-IV para Episódio Depressivo Major**

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é: (1) humor deprimido ou; (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

(1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por uma descrição subjectiva (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (p. ex., chora muito). Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

(2) Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as actividades na maior parte do dia, quase todos os dias.

(3) Perda ou ganho ponderal sem estar em dieta ou diminuição ou aumento.

(4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias.

(5) Agitação ou atasco psico-motor quase todos os dias.

(6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

(7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias.

(8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias.

(9) Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer),

ideação suicida, recorrente sem um plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (p. ex., droga ilícita ou medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipotireoidismo).

D. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou atraso psico-motor.

## Anexo XVI- Inquérito realizado no âmbito do projeto de investigação

A presente investigação insere-se no âmbito da dissertação do **Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas** na Universidade da Beira Interior intitulada “**Medicamentos antidepressivos- perfil de utilização, efeitos secundários e interações medicamentosas**”. O estudo pretende avaliar a sua utilização, os seus efeitos secundários e interações medicamentosas. **A participação no mesmo é voluntária e todos os dados recolhidos através deste inquérito são anónimos.** Agradecemos, desde já, a sua participação.

### 1. Dados do doente (a preencher pelo farmacêutico na presença do doente)

- |   |   |
|---|---|
| 1.1. Idade _____ anos                               | <input type="checkbox"/> 2º ciclo (5º e 6º ano)           |
| 1.2. Sexo:  | <input type="checkbox"/> 3º ciclo (7º, 8º e 9º anos)      |
| <input type="checkbox"/> Masculino                  | <input type="checkbox"/> Secundário (10º, 11º e 12º anos) |
| <input type="checkbox"/> Feminino                   | <input type="checkbox"/> Ensino Superior                  |
| 1.3. Raça:  | 1.7. Profissão _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Caucasiana                 | 1.8. Situação profissional atual:                         |
| <input type="checkbox"/> Negra                      | <input type="checkbox"/> Trabalha por conta própria       |
| Outra. Qual? _____                                  | <input type="checkbox"/> Trabalha por conta de outrem     |
| 1.4. Estado civil:                                  | <input type="checkbox"/> Desempregado                     |
| <input type="checkbox"/> Casado(a)/união de facto   | <input type="checkbox"/> Reformado                        |
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a)                | 1.9. Fumador:   |
| <input type="checkbox"/> Divorciado(a)              | <input type="checkbox"/> Sim                              |
| <input type="checkbox"/> Viúvo(a)                   | <input type="checkbox"/> Não                              |
| 1.5. Área de Residência (Concelho/ Distrito) _____  | 1.10. Consome bebidas alcoólicas?                         |
| 1.6. Nível de escolaridade:                         | <input type="checkbox"/> Sim                              |
| <input type="checkbox"/> Nunca foi à escola         |   |
| <input type="checkbox"/> Não completou o 1º ciclo   |   |
| <input type="checkbox"/> 1º ciclo (do 1º ao 4º ano) |   |

Não

1.10.1. Se sim, que tipo de bebida e quantos copos por dia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.12. Medicamentos que refere tomar atualmente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.11. Patologias concomitantes referidas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Caracterização farmacológica- Antidepressivos (a ser preenchido pelo Farmacêutico na presença do doente)**

1. Anteriormente já tomou algum antidepressivo? \_\_\_\_\_  
Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_
2. Quantos medicamentos antidepressivos toma atualmente? \_\_\_\_\_
3. Quais? (Preencher o quadro seguinte)

Medicamento (Marca ou Genérico)	Dose	Posologia	Duração do tratamento	Motivo referido de administração


4. Quem lhe prescreveu o medicamento? acordo com a orientação médica?
- Médico de Medicina Geral e Familiar  Sim
- Psiquiatra  Não
- Neurologista 5.1.Se não, como toma a medicação?
- Outro \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_
5. A administração do antidepressivo é efetuada de
6. Desde que iniciou a terapêutica antidepressiva tem vindo a sentir algum tipo de efeito adverso?
- Sim
- Não
- 6.1.Se sim indique qual ou quais:
- Sensação de confusão / Agitação
- Sedação / Astenia
- Hipotensão ortostática
- Efeitos anticolinérgicos (Exº: retenção urinária, aumento da pressão intra-ocular, xerostomia, obstipação, boca seca)
- Insónia
- Alterações gastro-intestinais (Exº: náuseas, vômitos, diarreia)
- Disfunção sexual
- Aumento da pressão arterial
- Cefaleias/ tonturas/ vertigens/ zumbidos
- Sudação
- Tremores
- Palpitações
- Aumento ou diminuição do apetite
- Aumento ou diminuição do peso significativos
- Outro(s): \_\_\_\_\_
7. Acha que a medicação antidepressiva que está a tomar tem sido eficaz / satisfaz as suas expetativas de bem estar?
- Sim  Não
8. Desde que toma esta medicação modificou os seus hábitos alimentares e o consumo de bebidas alcoólicas?

Sim  Não

8.1.No que diz respeito à alimentação, como caracteriza o seu perfil de consumo dos seguintes alimentos: cafeína e derivados (chá, coca-cola, chocolate), carne de vaca e aves domésticas (frango, peru), leite e derivados (queijo, requeijão), leguminosas, mel, cevada, banana, abacaxi, frutos secos e cereais integrais?

Consumo frequentemente  Consumo moderadamente  Consumo raramente

9. Toma algum suplemento ou produto natural (Exº chás (hipericão, cidreira, entre outros), suplementos vitamínicos ou outros) para além da medicação?

Sim  Não

9.1.Se sim, indique qual ou quais:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.2.Há quanto tempo toma este produto?

\_\_\_\_\_

9.3.Desde que toma este produto sentiu algum efeito secundário?

Sim  Não

9.3.1. Se sim, qual ou quais? \_\_\_\_\_

9.4.Comunicou ao médico a toma do mesmo produto?

Sim  Não

**Muito obrigado pela colaboração e tempo dispensado**

