

**Avaliação do consumo dos principais  
Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica  
(MNSRM) com potencial de uso recreativo  
em Portugal**

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

(Versão final após defesa)

**Esperanza Moreira de Almeida Montoya**

Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em  
**Ciências Farmacêuticas**  
(mestrado integrado)

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora María Eugenia Gallardo Alba  
Coorientador: Prof. Doutor Tiago Alexandre Pires Rosado

**dezembro de 2024**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Esperanza Moreira de Almeida Montoya, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 43334 do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 9 /12 /2024



(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente  
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)



# Dedicatória

*Ao meu avô Carlos e à Natália.*



# Agradecimentos

Gostaria de agradecer aos meus orientadores, a Prof. Doutora Eugenia Gallardo e o Prof. Doutor Tiago Rosado, por terem aceite a minha ideia para este estudo, e por todo o apoio, conhecimento e paciência que permitiram torná-lo realidade.

À Doutora Eunice Cruz, e a toda a equipa da Farmácia Internacional, por me terem integrado na equipa desde o primeiro dia e por toda a autonomia e incentivo que me permitiram concluir o estágio em Farmácia Comunitária de forma bem-sucedida.

A toda a equipa dos Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde Viseu-Dão Lafões, em especial à minha orientadora de estágio, a Doutora Susana Carvalho, por todo o saber transmitido, palavras de motivação e partilha de experiências que tornaram este estágio numa experiência muito enriquecedora.

À Doutora Vitória de Albuquerque, Professora Paula Pereira e Prof. Doutora Ana Cristina Almeida, um sincero obrigada pelo apoio essencial para a conclusão deste trabalho.

Um particular agradecimento a todos os farmacêuticos comunitários que dispuseram do seu tempo para responder ao meu questionário, permitindo a realização da componente de investigação.

Aos Iludidos Inês, Joana e João, pelo apoio, motivação e por todos os bons momentos que tornaram gratos estes cinco anos. “O curso não se faz sozinho”, e não teria sido mesmo sem a Iludida Adriana, de quem fui inseparável estes anos.

Às minhas amigas de sempre, Inesinha e Teresa, por terem partilhado estes anos comigo celebrando todas as conquistas e incentivando as próximas.

Ao Martim, por ser o meu braço direito.

Um especial agradecimento à minha mãe pelo constante incentivo e força, ao meu pai pelo apoio incansável e à minha tia Cinha pela compreensão e exemplo. Obrigada por todo o amor e preocupação que permitiram que concluísse esta etapa importante.

E por fim, agradeço a todas as bandas que se tornaram a *soundtrack* oficial deste relatório.



# Resumo

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio” do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior. É composto por três capítulos: experiência profissionalizante na vertente de investigação, de farmácia comunitária e de farmácia hospitalar.

O primeiro capítulo, referente à componente de investigação, intitula-se “Avaliação do consumo dos principais Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) com potencial de uso recreativo em Portugal”. Estes medicamentos são indicados para o tratamento de problemas de saúde ligeiros e sem gravidade, podendo ser adquiridos sem receita médica em farmácias comunitárias ou noutros locais autorizados. Embora tenham um perfil de segurança bem estabelecido, o portfólio de substâncias com potencial de abuso tem vindo a incluir cada vez mais destes medicamentos, particularmente, aqueles com efeitos psicoativos.

De modo a avaliar a utilização dos principais MNSRM descritos na literatura com potencial de uso abusivo para fins recreativos (benzidamina, dextrometorfano, loperamida, difenidramina, clorofenamina, pseudoefedrina, dimenidrinato e butilescopolamina) a nível nacional, assim como o conhecimento dos farmacêuticos comunitários portugueses acerca do mesmo, foi realizado um estudo observacional, analítico e transversal. Para tal, implementou-se um inquérito online na Plataforma *Google Forms* e o tratamento estatístico dos dados obtidos foi feito através da plataforma *Google Sheets* e do programa *IBM SPSS Statistics 29.0.1.1*.

Participaram neste estudo 241 farmacêuticos comunitários, maioritariamente do género feminino (72,2%), e cujos anos de início de atividade profissional variam entre 1978 e 2024. Foram obtidas respostas de zonas rurais (6,6%), suburbanas (17,4%) e urbanas (75,9%). Os dados obtidos permitiram concluir que apenas 51,0% dos farmacêuticos inquiridos reconhecem a existência de uso recreativo de MNSRM no país. Dos princípios ativos apresentados, os três mais indicados como sendo os mais procurados foram a pseudoefedrina (35,8%), o dextrometorfano (24,4%) e a loperamida (17,1%).

Dos inquiridos que consideram existir uso recreativo de MNSRM em Portugal, 57,7% afirmam ter detetado casos nas suas farmácias e 74,8% consideram que este valor tem

vindo a aumentar no país. A maior parte dos casos identificados foi por parte de utentes “de passagem” (62,6%), entre os 18 e os 30 anos (inclusive) (55,3%) e do sexo masculino (80,5%). Apenas 61,8% dos inquiridos tinham conhecimento prévio sobre o uso recreativo dos MNSRM apresentados. Os farmacêuticos com mais experiência demonstraram menor probabilidade de reconhecer esta prática e aqueles que identificaram casos de uso recreativo tendem a estar mais cientes do potencial abusivo para fins recreativos dos princípios ativos em estudo. Todos os inquiridos que responderam ter detetado casos de uso recreativo de MNSRM nas suas farmácias indicam que estes não devem ser vendidos fora das mesmas e todos os farmacêuticos que participaram no estudo consideram importante o seu papel na intervenção em casos de uso recreativo destes medicamentos.

No segundo capítulo são descritas as atividades desenvolvidas durante o estágio curricular em Farmácia Comunitária, realizado durante 12 semanas, com início a 5 de fevereiro e término a 26 de abril de 2024, na Farmácia Internacional em Lisboa, sob a orientação da Dr.<sup>a</sup> Eunice Cruz.

Por último, no terceiro capítulo resumem-se as atividades desenvolvidas durante o estágio curricular em Farmácia Hospitalar, nos Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, no período de 8 semanas compreendido entre 29 de abril e 21 de junho de 2024, sob a orientação da Dr.<sup>a</sup> Susana Carvalho.

## **Palavras-chave**

MNSRM; Benzidamina; Dextrometorfano; Loperamida; Difenidramina; Clorofenamina; Pseudoefedrina; Dimenidrinato; Butilescopolamina; Consumo Recreativo; Farmacêutico; Farmácia Comunitária; Farmácia Hospitalar



# Abstract

The present report covers the activities within the curricular unit “Internship” of the Integrated Master’s Degree in Pharmaceutical Sciences at the University of Beira Interior. It includes three chapters: professional experience in research, community pharmacy and hospital pharmacy.

The first chapter, focused on the research component, is titled ‘Evaluation of the consumption of major Over-the-Counter medicines with potential for recreational use in Portugal’. These medicines are intended for the treatment of minor and non-serious health issues and can be purchased without a prescription in community pharmacies or other authorised locations. Although these drugs are generally considered safe, there has been an increasing trend towards the abuse of certain Over-the-Counter (OTC) medicines, particularly those with psychoactive effects.

To assess the use of major OTC medicines with known potential for recreational abuse (benzylamine, dextromethorphan, loperamide, diphenhydramine, chlorphenamine, pseudoephedrine, dimenhydrinate and butylscopolamine) in Portugal, as well as to gauge portuguese community pharmacist’s awareness of this issue, a cross-sectional analytical and observational study was conducted. An online survey was administered via *Google Forms*, and the data collected was statistically analysed using *Google Sheets* and the *IBM SPSS Statistics 29.0.1.1*.

A total of 241 community pharmacists participated in this study, the majority of whom were female (72,2%), having started their professional activity between 1978 to 2024. Responses were collected from rural (6,6%), suburban (17,4%) and urban (75,9%) areas. The findings revealed that only 51,0% of the pharmacists surveyed acknowledged the recreational use of OTC medicines in the country. Among the active ingredients listed, the three most frequently reported as being the most sought after were pseudoephedrine (35,8%), dextromethorphan (24,4%) and loperamide (17,1%).

Of the respondents who believed there was recreational use of OTC medicines in Portugal, 57,7% reported having detected such cases in their pharmacies, and 74,8% felt this trend was on the rise nationally. Most of the identified cases involved transient patients (62,6%), aged 18 to 30 (55,3%), and male (80,5%). Only 61,8% of respondents reported being previously aware of the potential recreational abuse of the OTC medicines in question. Pharmacists with more experience were less likely to recognise

this trend, while those who had encountered cases tended to be more informed about the recreational abuse potential of the substances studied. All respondents who had detected cases of recreational use of these medicines believe they should not be sold outside pharmacies, and all participating pharmacists recognised the importance of their role in addressing the recreational use of these medications.

The second chapter describes the activities undertaken during the 12-week internship in Community Pharmacy, which began on February 5 and concluded on April 26, 2024, at Internacional Pharmacy in Lisbon under the supervision of Dr<sup>a</sup> Eunice Cruz.

Finally, the third chapter summarises the activities conducted during the internship in Hospital Pharmacy at the Pharmaceutical Services of the Viseu Dão-Lafões Local Health Unit, over an 8-week period from April 29 to June 21, 2024, under the supervision of Dr<sup>a</sup> Susana Carvalho.

## **Keywords**

OTC medicines; Benzydamine; Dextrometorphan; Loperamide; Diphenhydramine; Chlorphenamine; Pseudoephedrine; Dimenhydrinate; Butylscopolamine; Recreational use; Pharmacist; Community Pharmacy; Hospital Pharmacy



# Índice

<b>Capítulo 1 – Avaliação do consumo dos principais Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) com potencial de uso recreativo em Portugal .....</b>	<b>1</b>
1. Introdução.....	1
1.1. Principais MNSRM com potencial de uso recreativo .....	1
1.1.1. Benzidamina.....	2
1.1.2. Dextrometorfano.....	3
1.1.3. Loperamida.....	4
1.1.4. Difenidramina.....	5
1.1.5. Clorofenamina.....	6
1.1.6. Pseudoefedrina .....	6
1.1.7. Dimenidrinato.....	7
1.1.8. Butilescopolamina.....	7
1.2. Farmácias comunitárias .....	8
1.3. Revisão da literatura .....	8
2. Justificação do tema e objetivos .....	11
3. Materiais e Métodos .....	11
3.1. Tipo de estudo .....	11
3.2. Seleção da amostra .....	12
3.3. Critérios de inclusão e exclusão de participantes.....	12
3.4. Recolha de dados.....	12
3.4.1. Instrumentos de recolha de dados.....	12
3.4.2. Procedimento de recolha de dados .....	13
3.5. Tratamento estatístico de dados .....	13
4. Resultados e Discussão .....	14
4.1. Caracterização da amostra .....	14
4.1.1. Distrito e concelho da farmácia .....	14
4.1.2. Zona da farmácia .....	15
4.1.3. Número de utentes atendidos por dia.....	15
4.1.4. Ano de início da profissão .....	16
4.1.5. Género.....	16
4.2. Avaliação do consumo dos principais MNSRM com potencial de uso recreativo.....	16
4.2.1. Perceção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal .....	16

4.2.2. Perceção dos principais princípios ativos utilizados recreativamente .....	16
4.2.3. Perceção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado ....	17
4.2.4. Detecção de casos na farmácia .....	18
4.2.5. Detecção de padrões de compra regulares .....	18
4.2.6. Pedidos de embalagens em quantidades superiores ao necessário .....	18
4.2.7. Obtenção em diferentes farmácias .....	18
4.2.8. Ansiedade na solicitação de MNSRM com potencial de uso recreativo .....	18
4.2.10. Desatenção durante esclarecimentos farmacêuticos .....	19
4.2.11. Historial de abuso de outras substâncias psicoativas .....	19
4.2.12. Alteração de comportamento .....	19
4.2.13. Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal .....	19
4.2.14. Detecção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores .....	19
4.2.15. Perceção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior .....	19
4.2.16. Tipo de utentes dos casos identificados na farmácia .....	20
4.2.17. Faixa etária dos casos identificados na farmácia .....	20
4.2.18. Sexo dos casos identificados na farmácia .....	20
4.2.19. Sistemas implementados para reduzir o acesso a MNSRM com potencial de uso recreativo.....	20
4.2.20. Contacto entre farmácias.....	21
4.2.21. Referenciação .....	21
4.2.22. Conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados .....	21
4.2.23. Venda dos MNSRM apresentados fora das farmácias.....	21
4.2.24. Papel do farmacêutico .....	22
4.3. Associações entre variáveis .....	22
4.3.1. Associação entre a zona da farmácia e a deteção de casos na farmácia .....	22
4.3.2. Associação entre o número de utentes atendidos por dia e a perceção de utilização recreativa de benzidamina .....	22
4.3.3. Associação entre o número de utentes atendidos por dia e pedidos de embalagens em quantidades superiores ao necessário .....	22
4.3.4. Associação entre o número de utentes atendidos por dia e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores.....	23
4.3.5. Associação entre o número de utentes atendidos por dia e a perceção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior .....	23
4.3.6. Associação entre o ano de início de profissão e a perceção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal .....	24
4.3.7. Associação entre o ano de início de profissão e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores .....	24

4.3.8. Associação entre o ano de início de profissão e o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados .....	25
4.3.9. Associação entre o género e a perceção de utilização recreativa de loperamida ..	25
4.3.10. Associação entre o género e a faixa etária dos casos identificados na farmácia .	25
4.3.11. Associação entre a perceção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados .....	26
4.3.12. Associação entre a perceção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e a deteção de padrões de compra regulares .....	26
4.3.13. Associação entre a perceção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia.....	27
4.3.14. Associação entre a perceção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e a faixa etária dos casos identificados na farmácia .....	27
4.3.15. Associação entre a perceção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e o sexo dos casos identificados na farmácia.....	28
4.3.16. Associação entre a deteção de casos na farmácia e a perceção de utilização recreativa de benzidamina .....	28
4.3.17. Associação entre a deteção de casos na farmácia e a perceção de utilização recreativa de loperamida.....	28
4.3.18. Associação entre a deteção de casos na farmácia e a venda dos MNSRM apresentados fora das farmácias .....	29
4.3.19. Associação entre perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores .....	29
4.3.20. Associação entre perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e a faixa etária dos casos identificados na farmácia .....	29
4.3.21. Associação entre perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e o sexo dos casos identificados na farmácia.....	30
4.3.22. Associação entre perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e sugerir um MNSRM alternativo para reduzir o acesso aos com potencial de uso recreativo .....	30
4.3.23. Associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores .....	30
4.3.24. Associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e a perceção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior .....	31
4.3.25. Associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e a faixa etária dos casos identificados na farmácia .....	31
4.3.26. Associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e o sexo dos casos identificados na farmácia.....	31

4.3.27. Associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e limitar o número de embalagens dispensadas para reduzir o acesso aos MNSRM com potencial de uso recreativo .....	32
4.3.28. Associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e o contacto entre farmácias .....	32
4.3.29. Associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores .....	32
4.3.30. Associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e não implementar nenhum sistema para reduzir o acesso a MNSRM com potencial de uso recreativo .....	32
4.3.31. Associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e a referenciação .....	33
4.3.32. Outras associações.....	33
4. Limitações do estudo.....	34
5. Conclusões .....	34
6. Bibliografia .....	36
<b>Capítulo 2 – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária.....</b>	<b>44</b>
1. Introdução.....	44
2. Farmácia Internacional .....	44
2.1. Localização, horário de funcionamento e caracterização dos utentes .....	44
2.2. Instalações e equipamentos .....	45
2.2.1. Espaço exterior .....	45
2.2.2. Espaço interior .....	46
2.3. Recursos humanos .....	47
2.4. Recursos informáticos .....	48
3. Informação e documentação científica.....	49
4. Formação contínua .....	49
5. Aquisição e armazenamento de medicamentos e produtos de saúde .....	49
5.1. Gestão de encomendas: seleção de fornecedor, tipos de encomendas e critérios de aquisição.....	50
5.2. Receção, conferência de encomendas e marcação de preços .....	51
5.3. Gestão de devoluções.....	53
5.4. Armazenamento .....	53
5.4.1. Controlo da temperatura e humidade.....	53

5.4.2. Controlo dos prazos de validade .....	54
6. Interação farmacêutico – utente.....	54
7. Dispensa de medicamentos .....	55
7.1. Receituário.....	55
7.2. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica .....	56
7.3. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica Especial .....	58
7.4. Entrega em Proximidade de Medicamentos de Dispensa Exclusiva Hospitalar.....	59
7.5. Regimes de participação.....	60
8. Automedicação .....	61
9. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde .....	62
9.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene .....	62
9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial .....	62
9.2.1. Produtos dietéticos infantis.....	62
9.3. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos).....	63
9.4. Medicamentos de Uso Veterinário .....	63
9.5. Dispositivos Médicos e Dispositivos Médicos para Diagnóstico <i>in vitro</i> .....	64
10. Outros cuidados de saúde pública e educação para a saúde.....	64
10.1. Determinação da pressão arterial, parâmetros antropométricos e bioquímicos.....	64
10.2. Preparação Individualizada da Medicação .....	66
10.3. Administração de injetáveis e vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação .....	66
10.4. Testes rápidos de deteção de antigénio para o SARS-CoV-2 e influenza A/B.....	67
10.5. Testes rápidos para a deteção de anticorpos anti-VIH .....	67
10.7. Tratamento de feridas agudas .....	68
10.8. Entrega de medicação ao domicílio .....	68
11. Preparação de medicamentos.....	69
11.1. Preparação extemporânea.....	69
12. Contabilidade e gestão .....	69
12.1. Processamento do receituário e faturação .....	70
13. Responsabilidade Ambiental .....	70
13.1. VALORMED.....	70
13.2. Agulhão .....	71
13.3. Reciclagem de Radiografias.....	71
14. Análise SWOT .....	72

15. Conclusão .....	72
16. Bibliografia.....	73
<b>Capítulo 3 – Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar.....</b>	<b>77</b>
1. Introdução.....	77
2. Organização e gestão dos Serviços Farmacêuticos .....	77
2.1. Aprovisionamento .....	78
2.2. Receção e conferência de produtos adquiridos.....	79
2.3. Armazenamento .....	80
3. Distribuição .....	81
3.1. Distribuição Tradicional .....	82
3.1.1. Circuito do medicamento no Serviço de Urgência .....	83
3.2. Distribuição por reposição de stocks nivelados .....	83
3.3. Distribuição Individual Diária em Dose Unitária .....	84
3.4. Distribuição a doentes em regime de Ambulatório.....	85
3.5. Medicamentos sujeitos a controlo especial.....	87
3.5.1. Distribuição de medicamentos hemoderivados .....	87
3.5.2. Distribuição de Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos .....	88
4. Produção e controlo .....	89
4.1. Preparação de formas farmacêuticas estéreis .....	89
4.1.1. Preparação de fármacos citotóxicos .....	90
4.1.2. Preparações extemporâneas estéreis .....	91
4.2. Preparação de formas farmacêuticas não estéreis .....	92
4.3. Reembalagem.....	93
5. Farmacovigilância .....	93
6. Participação do farmacêutico nos ensaios clínicos .....	94
7. Informação e documentação.....	95
8. Comissões técnicas.....	96
9. Análise SWOT .....	96
10. Conclusão .....	97
11. Bibliografia .....	98
Anexos .....	100



# Lista de Figuras

Figura 1 – Estrutura molecular da benzidamina <sup>20</sup> .....	2
Figura 2 – Estrutura molecular do dextrometorfano <sup>24</sup> .....	3
Figura 3 – Estrutura molecular da loperamida <sup>33</sup> .....	4
Figura 4 – Estrutura molecular da difenidramina <sup>39</sup> .....	5
Figura 5 – Estrutura molecular da clorfenamina <sup>46</sup> .....	6
Figura 6 – Estrutura molecular da pseudoefedrina <sup>52</sup> .....	6
Figura 7 – Estrutura molecular do dimenidrinato <sup>62</sup> .....	7
Figura 8 – Estrutura molecular da butilescopolamina <sup>65</sup> .....	8
Figura 9 – Distribuição da amostra de acordo com a percepção dos princípios ativos utilizados recreativamente .....	17
Figura 10 – Distribuição da amostra de acordo com a percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado .....	17



# Lista de Tabelas

Tabela 1 – Resumo dos principais artigos acerca da utilização abusiva para fins recreativos de MNSRM .....	9
Tabela 2 – Distribuição de frequências por distrito .....	15



# Lista de Acrónimos

5-HT	Serotonina
5-HT <sub>2</sub> AR	Agonista de Recetor 2A da Serotonina
Δ <sub>9</sub> -THC	Delta-9-Tetrahydrocannabinol
AcH	Acetilcolina
AFP	Associação de Farmácias de Portugal
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
AINE	Anti-inflamatório Não Esteroide
AMI	Assistência Médica Internacional
AO	Assistentes Operacionais
AT	Assistentes Técnicos
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDNP	Base de Dados Nacional de Prescrições
BHE	Barreira Hematoencefálica
BZD	Benzodiazepinas
CA	Conselho de Administração
CAUL	Certificado de Autorização de Utilização de Lotes
CB <sub>1</sub> R	Recetores Canabinoides do tipo I
CCF	Centro de Conferência de Faturas
CCIRA	Comissão de Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos
CE-UBI	Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior
CES	Comissão de Ética para a Saúde
CFLH	Câmara de Fluxo Laminar Horizontal
CFLV	Câmara de Fluxo Laminar Vertical
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIM	Centro de Informação do Medicamento
CNP	Código Nacional do Produto
CNPEM	Código Nacional para Prescrição Eletrónica de Medicamentos
COX-2	Ciclo-oxigenase 2
CPA	Contratos Públicos de Aprovisionamento
DA	Dopamina
D <sub>2</sub> R	Recetor D <sub>2</sub> da Dopamina
DCI	Denominação Comum Internacional
DGAV	Direção Geral de Alimentação e Veterinária
DGS	Direção Geral da Saúde
DIDDU	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
DM	Dispositivo Médico
DMD	Dispositivo Médico de Diagnóstico
DMT	Dimetiltryptamina
DTec	Diretora Técnica
DT	Distribuição Tradicional
E	Enfermeiro
EPI	Equipamento de Proteção Individual
F	Farmacêutico
FC	Farmácia Comunitária

FDS	<i>Fast Dispensing System</i>
FEFO	<i>First Expired – First Out</i>
FIFO	<i>First In – First Out</i>
FH	Farmácia Hospitalar
FI	Farmácia Internacional
FNM	Formulário Nacional de Medicamentos
GAP	Gabinete de Atendimento Personalizado
GABA	Ácido gama-aminobutírico
HEPA	<i>High Efficiency Particulate Air</i>
IL-1 $\beta$	Interleucina-1 $\beta$
INCM	Imprensa Nacional da Casa da Moeda, S.A
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
IV	Intravenoso
IVA	Imposto de Valor Acrescentado
LASA	<i>Look-Alike, Sound-Alike</i>
LSD	Dietilamida do ácido lisérgico
MEP	Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MNSRM-EF	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
MUV	Medicamentos de Uso Veterinário
NA	Noradrenalina
NE	Nota de Encomenda
NMDA	Recetor N-metil-D-aspartato
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PEMProxi	Programa de Entrega de Medicamentos em Proximidade
PIM	Preparação Individualizada da Medicação
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
PRM	Problemas Relacionados com os Medicamentos
PV	Prazo de Validade
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
RCM	Resumo das Características do Medicamento
RED	Receita Eletrónica Desmaterializada
REM	Receita Eletrónica Materializada
RNM	Resultados Negativos da Medicação
SAL	Serviço de Aprovisionamento e Logística
SAMS	Serviço de Assistência Médico Social
SEFH	<i>Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria</i>
SF	Serviços Farmacêuticos
SGICM	Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade

SI	Sistema Informático
SNC	Sistema Nervoso Central
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
SNQTB	Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SU	Serviço de Urgência
TAF	Técnico Auxiliar de Farmácia
TNF- $\alpha$	Fator de Necrose Tumoral $\alpha$
TRAg	Teste Rápido de Antigénio
TSDT	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
UCIC	Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
UCPC	Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos
ULS VDL	Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões
URF	Unidades Regionais de Farmacovigilância
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana





# **Capítulo 1 – Avaliação do consumo dos principais Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) com potencial de uso recreativo em Portugal**

## **1. Introdução**

Os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) destinam-se ao tratamento de problemas de saúde ligeiros e sem gravidade, podendo ser adquiridos sem receita médica numa Farmácia Comunitária (FC) ou noutros locais designados que cumpram os requisitos legais e regulamentares para tal<sup>1,2</sup>.

Embora tenham um perfil de segurança bem estabelecido, comparativamente aos Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) ou substâncias ilícitas<sup>3</sup>, os MNSRM devem ser utilizados de acordo com as informações presentes na embalagem, folheto informativo ou recomendadas pelo farmacêutico, de modo a evitar quaisquer efeitos indesejados decorrentes da sua utilização<sup>1</sup>.

Atualmente, o uso recreativo de substâncias pode ser definido como a utilização de determinada substância sintética ou natural para que, devido às suas propriedades psicoativas, atue no Sistema Nervoso Central (SNC), alterando diversas funções como percepção, consciência, cognição, humor ou emoções<sup>4,5</sup>. Por outro lado, o uso abusivo pode ser definido como o uso intencional e não terapêutico de uma substância de modo a obter um efeito não terapêutico desejável, enquanto o uso indevido pode ser definido como o uso intencional de uma substância para um fim diferente dos descritos na informação do produto<sup>6</sup>.

Nos últimos 20 anos, o portfólio de substâncias com potencial de abuso tem vindo a incluir cada vez mais MNSRM e, embora todos eles tenham potencial de utilização indevida, aqueles cujos princípios ativos permitem obter efeitos psicotrópicos são os mais utilizados para fins recreativos sozinhos, ou em associação com outras substâncias (por exemplo, álcool)<sup>6,7,8,9</sup>.

### **1.1. Principais MNSRM com potencial de uso recreativo**

A utilização abusiva de MNSRM tem aumentado de forma significativa nos últimos anos, sendo muitas vezes menosprezada ou pouco estudada comparativamente à de MSRM ou de substâncias ilícitas<sup>9</sup>. É mais prevalente em adolescentes e jovens, sendo que existem diversos fatores que podem influenciar esta utilização, como a sua aceitação social, o reduzido estigma

associado, a percepção de serem mais seguros do que substâncias ilícitas e o facto de, até ao momento, não serem detetados em testes de rastreio<sup>6</sup>.

O uso abusivo para fins recreativos de MNSRM pode ter consequências graves para a saúde como problemas cardíacos, depressão respiratória, convulsões, agitação e psicose<sup>9</sup>. Alguns destes fármacos podem ainda possibilitar o desenvolvimento de dependência uma vez que, em doses elevadas provocam euforia, que incita a utilização repetida do fármaco<sup>6</sup>.

De acordo com a literatura, os princípios ativos mais utilizados para fins recreativos são a benzidamina<sup>10</sup>, o dextrometorfano<sup>11</sup>, a loperamida<sup>12</sup>, a difenidramina<sup>13</sup>, a clorofenamina<sup>6</sup>, a pseudoefedrina<sup>14</sup>, o dimenidrinato<sup>15</sup> e a butilescopolamina<sup>16</sup>.

De seguida, será feita uma breve descrição de cada um dos fármacos mencionados.

### 1.1.1. Benzidamina

Embora tenha sido comercializada como Anti-Inflamatório Não Esteróide (AINE), o seu mecanismo de ação ainda não foi totalmente esclarecido. É usada principalmente no tratamento sintomático de condições vaginais e da orofaringe, pelas suas propriedades anti-inflamatórias e anestésicas locais<sup>17,18,19</sup>.

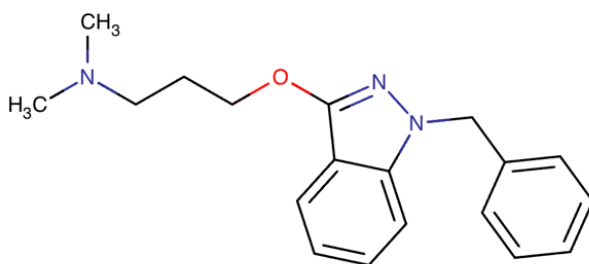


Figura 1 – Estrutura molecular da benzidamina<sup>20</sup>.

Contrariamente aos outros AINE, a benzidamina é um fraco inibidor da síntese de prostaglandinas, sendo apenas capaz de inibir a Ciclo-oxigenase 2 (COX-2) em concentrações de pelo menos 1mM, tornando-a menos ulcerogénica. A sua ação anti-inflamatória deve-se principalmente à inibição da síntese de citocinas pró-inflamatórias (Fator de Necrose Tumoral  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) e Interleucina-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ )) e, por ter um carácter básico, acumula-se nos tecidos inflamados onde o pH é mais ácido, conferindo-lhe uma vantagem em relação aos outros fármacos desta classe, que possuem um carácter ácido<sup>10,17,20</sup>.

A sua ação anestésica local pode estar relacionada com a sua capacidade de inibir a libertação de mediadores inflamatórios das terminações nervosas sensoriais e com o bloqueio temporário e reversível de canais de sódio dependentes de voltagem nos nervos periféricos<sup>17,20</sup>. É apenas recomendada para uso tópico e a sua administração oral não deve exceder os 300 mg<sup>21</sup>.

Após a administração oral de altas doses, entre 500 e 3000 mg, a benzidamina apresenta sintomas neurológicos (tonturas, hiperatividade, excitação, convulsões) e efeitos psicotrópicos dose-dependentes (euforia, ansiedade, agitação, paranoia, alucinações)<sup>10,17</sup>.

Pensa-se que possa atuar como agonista do recetor 2A (5-HT<sub>2A</sub>R) da serotonina (5-HT), devido à presença de um grupo indazol na sua estrutura molecular que a torna semelhante à da Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD) e da Dimetiltriptamina (DMT). É aceite que a ativação deste recetor estimule a neurotransmissão dopaminérgica no sistema mesolímbico, explicando o seu efeito alucinogénico<sup>10,17</sup>. Por fazer parte da via da recompensa, este aumento de DA traduz-se no carácter aditivo das substâncias psicotrópicas<sup>10,17</sup>. No caso do LSD, não existem efeitos psicológicos ou síndrome de abstinência após descontinuação da utilização e, devido à falta de dados, é difícil determinar se o uso de benzidamina provoca dependência psicológica ou se atua da mesma forma<sup>17</sup>. No entanto, foi reportado que esta provoca efeitos psicóticos mesmo após descontinuação da administração<sup>22</sup>.

Na presença de um antagonista dos Recetores Canabinoides do tipo I (CB<sub>1</sub>R), o efeito sistémico da benzidamina foi reduzido significativamente, o que sugere que esta possa ter um efeito agonista sobre estes recetores, que contribui para efeitos psicomiméticos de substâncias como o delta-9-tetrahydrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC)<sup>10,17,23</sup>. Foi demonstrado que os agonistas CB<sub>1</sub>R aumentam a concentração de DA no corpo estriado devido à sua presença nos interneurónios GABAérgicos, que controlam a libertação de DA em diferentes áreas do SNC. Quando os CB<sub>1</sub>R são estimulados, é inibida a libertação de Ácido gama-aminobutírico (GABA) e, conseqüentemente, há um aumento de transmissão nos neurónios dopaminérgicos e o aparecimento de alucinações<sup>10,17</sup>.

### 1.1.2. Dextrometorfano

O dextrometorfano, pró-fármaco do dextrofanol, é um análogo da codeína e derivado semissintético da morfina, usado para o tratamento sintomático da tosse seca e irritativa<sup>6,24,25</sup>.

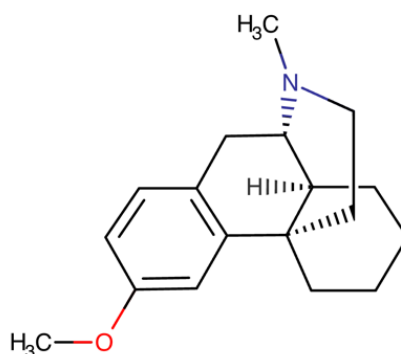


Figura 2 – Estrutura molecular do dextrometorfano<sup>24</sup>.

Embora o mecanismo responsável pela sua ação antitússica não esteja bem definido, acredita-se que esteja relacionado com o seu agonismo nos recetores  $\sigma_1$  e antagonismo não competitivo nos Recetores N-metil-D-aspartato (NMDA)<sup>26,27</sup>. Devido à sua semelhança estrutural com a codeína, existe também agonismo principalmente nos recetores  $\mu$  no centro da tosse da medula

oblongata no SNC, com consequente inibição do reflexo da tosse<sup>24,26,28,29</sup>. A dose máxima de dextrometorfano para um adulto é de 120 – 126 mg, administrados por via oral<sup>25,30</sup>.

Os recetores  $\sigma$  foram originalmente classificados como um subtipo de recetor opioide. No entanto, atualmente já não são considerados como tal por não serem antagonizados pela naloxona, sendo, contudo, alvos de ligação de diversas classes de substâncias psicoativas como, por exemplo, o antipsicótico haloperidol, os antidepressivos sertralina e fluvoxamina e os psicostimulantes cocaína e metanfetamina<sup>31,32</sup>. Foi demonstrado que os recetores  $\sigma_1$  estão envolvidos em funções cerebrais, como a memória e dependência, e que as ações por si mediadas a nível celular podem ser agudas ou crónicas <sup>31</sup>.

O dextrometorfano, devido ao antagonismo dos recetores NMDA, provoca efeitos dissociativos semelhantes aos da cetamina e fenciclidina<sup>11, 27</sup>. É utilizado recreativamente em doses altas, e os seus efeitos são dose-dependentes ocorrendo em plateaux: o primeiro (100 – 200 mg) é caracterizado por inquietação e euforia; no segundo (200 – 500 mg) surgem sensações auditivas e visuais exacerbadas, desequilíbrio e alucinações com os olhos fechados; no terceiro (500 – 1000 mg) ocorrem alterações auditivas, visuais e na consciência, atraso no tempo de reação, mania, pânico e dissociação parcial e o quarto (> 1000 mg) apresenta alucinações, delírio, ataxia e dissociação completa<sup>11</sup>. As doses para cada plateau dependem de fatores como tolerância, peso corporal e subtipo da enzima CYP2D6 responsável pelo metabolismo do fármaco<sup>27</sup>.

O dextrometorfano pode também apresentar efeitos adrenérgicos, devido à inibição da recaptação de catecolaminas no SNC e periférico, e serotoninérgicos, devido a algum agonismo nos recetores 5-HT<sub>2A</sub>R, que podem contribuir para o seu potencial de abuso<sup>27</sup>.

### 1.1.3. Loperamida

A loperamida é um potente agonista opioide utilizado por via oral no tratamento sintomático de diarreia aguda e crónica<sup>33,34,35</sup>.

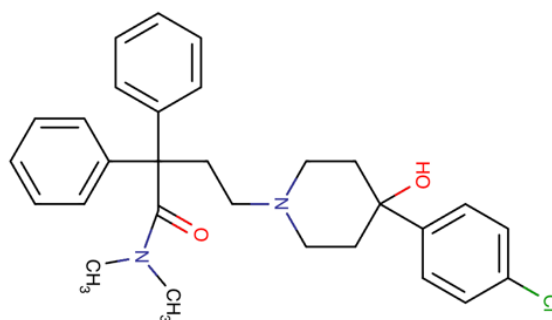


Figura 3 – Estrutura molecular da loperamida<sup>33</sup>.

Em doses terapêuticas, até 16 mg/dia para um adulto, interage com os recetores  $\mu$ -opioides periféricos da parede intestinal inibindo a libertação de Acetilcolina (ACh) e prostaglandinas<sup>33,35</sup>. Consequentemente, reduz o peristaltismo gastrointestinal propulsivo e

aumenta o tempo de trânsito intestinal<sup>33,35</sup>. A loperamida aumenta também o tónus do esfíncter anal, diminuindo a incontinência<sup>35</sup>.

Devido à elevada afinidade com os recetores periféricos e extenso metabolismo de primeira passagem pelas enzimas hepáticas CYP2C8 e CYP3A4, a loperamida praticamente não atinge a circulação sistémica e, por ser um substrato da glicoproteína-P, também não atravessa a barreira hematoencefálica (BHE)<sup>35,36,37</sup>.

A loperamida é utilizada de forma recreativa em doses elevadas (50 – 800 mg) podendo também ser administrada concomitantemente com inibidores da glicoproteína-P para facilitar a travessia da BHE, ou com inibidores dos CYP450 para aumentar a sua concentração plasmática<sup>36</sup>. Uma vez no SNC, a loperamida atua nos recetores  $\mu$  centrais exercendo os efeitos característicos dos opioides como sonolência, relaxamento, euforia e depressão respiratória, ajudando também a diminuir os sintomas de abstinência destas substâncias<sup>6,12,37,38</sup>.

#### 1.1.4. Difenidramina

A difenidramina é um anti-histamínico H1 de primeira geração, utilizado no alívio de sintomas alérgicos e para a atenuação temporária do distúrbio do sono<sup>13,39,40</sup>.

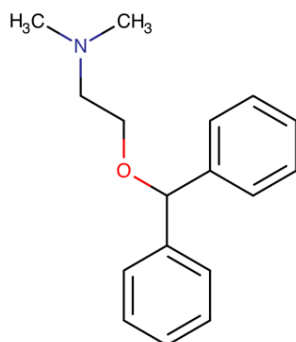


Figura 4 – Estrutura molecular da difenidramina<sup>39</sup>.

Devido ao seu antagonismo nos recetores H1 periféricos (músculo liso do trato respiratório, células endoteliais vasculares, trato gastrointestinal, tecido cardíaco, células imunitárias e útero), reverte os efeitos deste mediador, reduzindo os sintomas alérgicos<sup>39,41</sup>. Atravessa facilmente a BHE atuando nos recetores H1 centrais, provocando sedação e inibindo o centro da tosse<sup>41</sup>. A dose máxima diária para um adulto, administrada por via oral, é de 300 mg<sup>41</sup>.

Devido à semelhança entre os recetores H1 e os recetores muscarínicos da AcH, a difenidramina também atua como antagonista destes e, devido à sua atividade anticolinérgica, pertence a uma subclasse de alucinogénios designada por delirantes<sup>6,13,39,42,43</sup>.

É usada recreativamente em doses superiores a 400 mg, devido ao aumento de energia, euforia/disforia e alucinações<sup>6,13,43,44</sup>. Também inibe a recaptação de DA, aumentando a sua concentração no núcleo accumbens, ativando a via da recompensa<sup>43,45</sup>.

### 1.1.5. Clorofenamina

A clorofenamina é um anti-histamínico H1 de primeira geração utilizado para o alívio de sintomas alérgicos, estados gripais e constipações<sup>46,47</sup>. Embora seja menos propenso a causar sedação comparativamente a outros anti-histamínicos desta classe, os efeitos adversos estimulantes do SNC são mais comuns<sup>48,49</sup>.

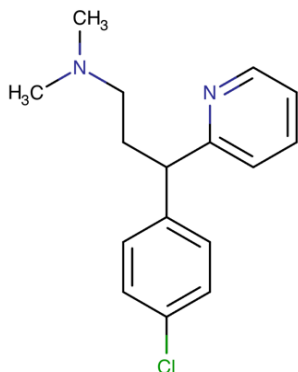


Figura 5 – Estrutura molecular da clorofenamina<sup>46</sup>.

Por serem da mesma classe, a clorofenamina atua da mesma forma que a difenidramina, possuindo também ação antimuscarínica<sup>6</sup>. A dose máxima diária para um adulto é de 16 mg, administrados por via oral<sup>47</sup>.

Devido à sua ação anticolinérgica, é utilizada de forma recreativa, principalmente devido aos seus efeitos eufóricos e alucinogênicos, podendo desencadear sintomas psicóticos em indivíduos predispostos<sup>6,50</sup>. O intervalo de sobredosagem varia entre 200 e 4000 mg<sup>51</sup>.

### 1.1.6. Pseudoefedrina

A pseudoefedrina é um agonista adrenérgico  $\alpha$  e  $\beta$  utilizado no tratamento sintomático da rinite alérgica sazonal, quando acompanhada de congestão nasal<sup>52,53</sup>.

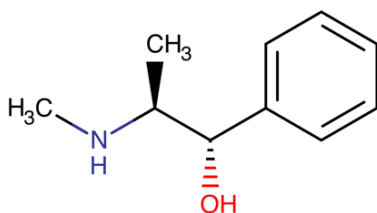


Figura 6 – Estrutura molecular da pseudoefedrina<sup>52</sup>.

Atua com maior ação agonista nos recetores  $\alpha$ -adrenérgicos do que nos  $\beta$ , resultando na libertação de noradrenalina (NA) e consequente vasoconstrição dos vasos sanguíneos nasais responsáveis pela sua atividade descongestionante nasal<sup>52,53,54</sup>. Inibe também os transportadores de NA, DA e 5-HT, sendo a dosagem máxima por via oral 240 mg/dia para um adulto<sup>52,53,55</sup>. Devido à sua ação simpaticomimética, pode ter diversos efeitos no SNC nas dosagens terapêuticas, como insónia, nervosismo, agitação e tonturas<sup>53</sup>.

Embora a pseudoefedrina seja utilizada recreativamente, em doses superiores a 240 mg/dia, devido aos seus efeitos psicotrópicos estimulantes, o seu principal uso ilícito está relacionado com a sua semelhança estrutural e consequente fácil conversão em metanfetamina<sup>14,56,57</sup>.

Na Europa, existem dois métodos principais para a produção desta substância, estando classificados de acordo com os seus precursores. Um deles é através da extração de pseudoefedrina de diversos medicamentos que a contêm. Embora este método seja perigoso e difícil de implementar em grande escala, é muito utilizado em laboratórios “caseiros”<sup>58</sup>.

### 1.1.7. Dimenidrinato

O dimenidrinato é um antagonista H1 de primeira geração com propriedades anti-histamínicas, antieméticas e antimuscarínicas, utilizado principalmente na prevenção e alívio de náuseas, vômitos, vertigens, tonturas e enjoo provocados pelo movimento<sup>59,60</sup>.

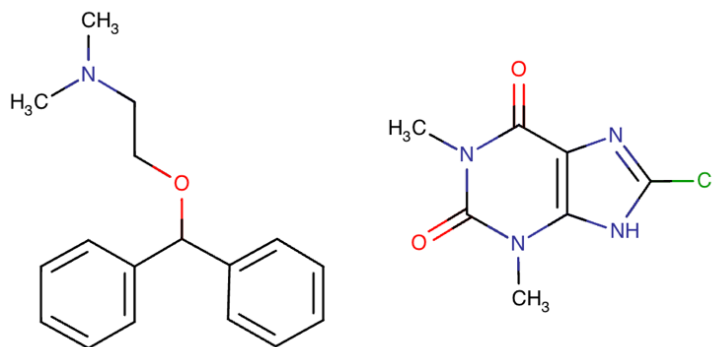


Figura 7 – Estrutura molecular do dimenidrinato<sup>62</sup>.

É um sal de dois fármacos, a difenidramina e a 8-cloroteofilina, e a dose máxima recomendada para um adulto é de 400 mg por dia<sup>59,60,61</sup>. A sua ação antiemética deve-se à ação anticolinérgica da difenidramina no SNC que, consequentemente, bloqueia a zona de gatilho quimiorrecetora e reduz a estimulação vestibular, diminuindo o vômito<sup>61</sup>. A 8-cloroteofilina é uma metilxantina e, por ser um antagonista dos recetores A<sub>2</sub> da adenosina, possui propriedades estimulantes que reduzem os efeitos sedativos da difenidramina<sup>61,62</sup>.

Em doses elevadas (> 750 mg), é utilizado recreativamente devido às suas propriedades eufóricas e alucinogénicas, que se devem principalmente à difenidramina<sup>15</sup>. No entanto, o antagonismo da adenosina da 8-cloroteofilina aumenta também a transmissão dopaminérgica e pensa-se que a atividade nestes recetores possa influenciar os efeitos comportamentais do dimenidrinato<sup>15</sup>.

### 1.1.8. Butilescopolamina

A butilescopolamina é um antagonista dos recetores nicotínicos e muscarínicos da AcH, utilizada para o alívio da dor ou desconforto abdominal associado a espasmos transitórios e moderados do trato gastrointestinal<sup>63,64</sup>.

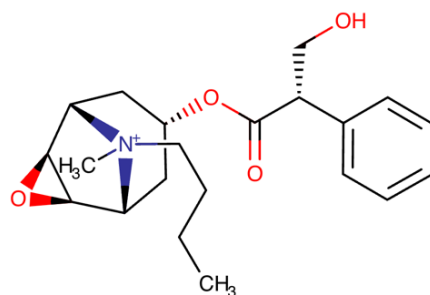


Figura 8 – Estrutura molecular da butilescopolamina<sup>65</sup>.

A sua atividade antiespasmódica deve-se ao bloqueio da ligação da AcH nas terminações nervosas das glândulas secretoras e músculo liso do trato gastrointestinal, com consequente inibição da sua contração e redução dos espasmos e dores associadas a cólicas abdominais<sup>65,66</sup>. A dose máxima diária para um adulto é de 100 mg<sup>63</sup>.

A butilescopolamina é um composto de amónio quaternário e, como tal, por estar completamente ionizada, não atravessa a BHE para o SNC<sup>67</sup>. Por outro lado, a escopolamina é um alcaloide do tropano presente em plantas de diversas famílias, nomeadamente *Solanaceae*, e uma amina terciária que atua como delirante devido à sua ação anticolinérgica no SNC<sup>67,68,69</sup>.

A combustão de 10 mg de butilescopolamina juntamente com cigarros originou escopolamina no fumo, cinzas e nos respetivos filtros<sup>70</sup>. Foram relatados casos de intoxicação com butilescopolamina, em que os comprimidos foram: esmagados e fumados; esmagados e aquecidos, sendo inalado o vapor resultante e aquecidos no micro-ondas, tendo sido detetada escopolamina no soro e urina<sup>16,64,66</sup>.

## 1.2. Farmácias comunitárias

As FC são o principal local de dispensa de medicamentos, sendo de a responsabilidade dos farmacêuticos aconselhar, educar e informar sobre o seu uso adequado, garantindo a qualidade e segurança do tratamento<sup>71,72</sup>. Por serem também os primeiros profissionais de saúde com os quais os utentes contactam no momento de solicitar um MNSRM, os farmacêuticos devem ser proativos na prevenção e controlo de problemas de uso indevido ou abusivo<sup>73</sup>.

Embora tenham sido desenvolvidas diversas estratégias ao nível das FC para diminuir os riscos associados ao consumo de substâncias ilícitas, sendo a mais prevalente em Portugal o Programa de Troca de Seringas, são escassas as estratégias para intervir especificamente no uso abusivo para fins recreativos de MNSRM a nível nacional e internacional<sup>74,75,76</sup>.

## 1.3. Revisão da literatura

Os estudos científicos existentes sobre a utilização de MNSRM para fins recreativos têm aumentado, em número e relevância, refletindo uma crescente preocupação com os impactos sociais e de saúde pública associados a esta prática.

Para contextualizar os resultados discutidos posteriormente, apresentamos na Tabela 1 os artigos mais importantes acerca deste tema. Estes foram selecionados através de uma pesquisa na base de dados do Scopus<sup>77</sup>, onde foram identificados os cinco artigos mais citados acerca do uso abusivo de MNSRM e o mais citado para cada um dos princípios ativos em estudo. Para a pesquisa, foram utilizadas as palavras-chave: “abuse”; “benzylamine”; “butylscopolamine”; “chlorphenamine”; “dextromethorphan”; “dimenhydrinate”; “diphenhydramine”; “loperamide”; “misuse”; “non-medical use”; “non-prescription medicines”; “OTC”; “over the counter drug misuse”; “over-the-counter”; “pharmacist”; “pseudoephedrine”; “recreational use”.

Tabela 1 – Resumo dos principais artigos acerca da utilização abusiva para fins recreativos de MNSRM.

Tipo	Título	Publicação	Quartil da Publicação	Citações	Método	Principais Conclusões
Utilização abusiva de MNSRM para fins recreativos	Over-The-counter medicine abuse-a review of the literature	Journal of Substance Use Open Access Volume 18, Issue 2, Pages 82 – 1072013	Q3	171	Revisão da Literatura	A utilização abusiva de MNSRM é um problema reconhecido internacionalmente, mas ainda não é totalmente compreendido. É necessário quantificar o abuso, avaliar intervenções e analisar experiências individuais de modo a criar políticas, regulamentos e intervenções.
	Abuse/misuse of non-prescription drugs	Pharmacy World and Science Volume 21, Issue 6, Pages 251 – 2551999	-	86	Questionário	Os farmacêuticos da Irlanda do Norte reconhecem que existe uso abusivo e indevido de MNSRM. Os métodos existentes para lidar com estas situações são inadequados.
	'I can't be an addict. I am.' Over-the-counter medicine abuse: a qualitative study	BMJ Open Open Access Volume 3, Issue 62013 Article number e002913	Q1	81	Estudo qualitativo através de entrevistas telefônicas detalhadas	É necessária uma maior consciencialização do público, farmacêuticos e médicos prescritores acerca do potencial aditivo de alguns MNSRM. Deve ser estabelecida uma comunicação adequada e devem ser revistas as opções de tratamento para pessoas que utilizem algum MNSRM de forma abusiva.
	Focus on Over-the-Counter Drugs' Misuse: A Systematic Review on Antihistamines, Cough Medicines, and Decongestants	Frontiers in Psychiatry Open Access Volume 127 May 2021 Article number 657397	Q1	50	Revisão Sistemática	Os problemas de utilização indevida de MNSRM são tanto locais como globais. Considerando os riscos e efeitos adversos associados à utilização indevida de MNSRM, os profissionais de saúde devem estar atentos e devem ser criadas e implementadas medidas preventivas.
	The implementation of a harm minimisation model for the identification and treatment of over-the-counter drug misuse and abuse in community pharmacies in Northern Ireland	Patient Education and Counseling Volume 64, Issue 1-3, Pages 136 - 141December 2006	Q1	40	Recolha de dados medição dos resultados. Entrevista a farmacêuticos para análise da sua experiência no estudo.	Modelo implementado por seis FC de Belfast em que identificaram e recrutaram utentes para tratamento/acompanhamento com recolha de dados. Foram detetadas dificuldades ao implementar o modelo, que podem ser colmatadas com mais formação e colaboração entre profissionais de saúde.
Benzidamina	Recreational use of benzylamine as a hallucinogen among street youth in Brazil	Revista Brasileira de Psiquiatria Open Access Volume 31, Issue 3, Pages 208 – 2132009	Q2	25	Inquérito descritivo transversal	Foi identificada a utilização recreativa de benzidamina entre os jovens “de rua”, principalmente no Nordeste do Brasil. Foi também identificada a necessidade de implementar controlos especiais no momento da dispensa desta substância.

Butilescopolamina	Abuse of the over-the-counter antispasmodic butylscopolamine for the home synthesis of psychoactive scopolamine	European Journal of Pediatrics Volume 175, Issue 7, Pages 1019 - 10211 July 2016	Q1	10	Descritivo de caso de estudo	MNSRM podem ser utilizados para sintetizar substâncias psicoativas através de meios amplamente disponíveis. Este conhecimento pode ser rapidamente difundido através de redes sociais e fóruns, antes de aparecer em literatura científica.  O potencial de conversão do Buscopan® na substância psicoativa escopolamina pode ganhar importância como uma fonte acessível desta substância.
Clorofenamina	Dextromethorphan, chlorphenamine and serotonin toxicity: case report and systematic literature review	British Journal of Clinical Pharmacology and Open Access Volume 70, Issue 6 Pages 794 - 798 December 2010	Q1	41	Revisão da Literatura	Existem evidências na literatura de que a clorofenamina é um inibidor da recaptação de 5-HT com potência semelhante ao dextrometorfano.  A clorofenamina e o dextrometorfano não devem ser usados simultaneamente devido ao risco de toxicidade serotoninérgica.
Difenidramina	Diphenhydramine abuse and detoxification: a brief review and case report	Journal of Psychopharmacology Volume 23, Issue 1, Pages 101 - 105, January 2009	Q1	43	Revisão da Literatura e Descritivo de caso de estudo	Este caso destaca a importância de questionar acerca dos MNSRM ao elaborar o histórico da medicação do utente.  Os farmacêuticos comunitários e médicos de família devem estar atentos a pedidos recorrentes e excessivos de difenidramina, especialmente em utentes com doenças psicóticas.
Dimenidrinato	Mechanisms and abuse liability of the anti-histamine dimenhydrinate	Neuroscience and Biobehavioral Reviews Volume 26, Issue 1, Pages 61 - 67 2002	Q1	67	Revisão da Literatura	Foi demonstrado que certos anti-histamínicos possuem um efeito de reforço de outras substâncias de abuso ou produzem efeitos semelhantes a estas.  Utentes com patologias de foro psiquiátrico ou toxicodependentes são os principais utilizadores de anti-histamínicos de forma abusiva, uma vez que são facilmente acessíveis permitindo obter efeitos eufóricos desejáveis.  Anti-histamínicos com metilxantinas, como o dimenidrinato, possuem um maior efeito estimulante e, consequentemente, maior potencial de abuso. A sua ação nos sistemas dopaminérgicos pode ser um fator determinante para o desenvolvimento de dependência a esta substância.
Dextrometorfano	Dextromethorphan in Cough Syrup: The Poor Man's Psychosis	Psychopharmacology Bulletin Volume 47, Issue 4, Pages 59 - 63 2017	Q3	40	Descritivo de caso de estudo	O utente do caso de estudo tinha um distúrbio grave de utilização de dextrometorfano e teve um surto psicótico induzido pelo mesmo.  Não existe nenhuma medida de restrição na sua dispensa.  O dextrometorfano não é detetado nos testes padrão de drogas na urina e como tal, pode ser uma causa subdiagnosticada de psicose induzida por substâncias.  Os médicos devem estar conscientes dos efeitos adversos de foro psiquiátrico resultantes do uso abusivo desta substância e devem considerar este diagnóstico diferencial, principalmente em adolescentes e jovens com sintomas psicóticos agudos.
Loperamida	Epidemiologic Trends in Loperamide Abuse and Misuse	Annals of Emergency Medicine Volume 69, Issue 1, Pages 73 - 781 January 2017	Q1	41	Análise de dados de exposições à loperamida e de tendências demográficas e temporais, efeitos clínicos, gestão médica e resultados na saúde	Foram avaliadas as exposições à loperamida reportadas ao Sistema Nacional de Dados sobre Intoxicações norte-americano (que indicavam uso indevido intencional, abuso ou suspeitas de suicídio), entre 01/01/2010 e 31/12/2015. É expectável que a utilização indevida e abusiva de loperamida aumente na ausência de medidas para reduzir a exposição à mesma ou para limitar o abuso.  Os profissionais de saúde devem considerar a toxicidade de loperamida perante utentes com toxicidade opioid-like.

Pseudoefedrina	Pseudoephedrine - benefits and risks	International Journal of Molecular Sciences Open Access Volume 22, Issue 102 May 2021 Article number 5146	Q1	30	Revisão da Literatura	Devido às suas propriedades estimulantes do SNC e à sua semelhança estrutural com a anfetamina, a pseudoefedrina pode ser utilizada para fins não terapêuticos (redução do apetite ou como estimulante).  Pode ser utilizada como substituto da anfetamina ou metanfetamina, sendo também um precursor utilizado na síntese destas substâncias.  Futuramente saber-se-á se as restrições legais implementadas sobre a dispensa de pseudoefedrina reduzirão o problema associado ao seu uso indevido.
----------------	--------------------------------------	---	----	----	-----------------------	--

## 2. Justificação do tema e objetivos

A utilização de doses elevadas de MNSRM para fins recreativos tornou-se um problema de saúde pública global, não só devido às consequências agudas e crónicas para a saúde de quem as consome, mas também devido à sua ampla disponibilidade e baixo custo<sup>78,79</sup>.

Embora existam algumas revisões de literatura e artigos que relatem casos decorrentes da utilização destes MNSRM para fins recreativos em diversos países, existe escassa informação acerca da sua utilização com esta finalidade em Portugal.

Como tal, o principal objetivo deste estudo é analisar a utilização dos principais MNSRM com potencial de uso abusivo para fins recreativos a nível nacional, através da perspetiva dos farmacêuticos comunitários inquiridos. Os objetivos secundários são avaliar o grau de consumo destes medicamentos como substâncias psicoativas e perceber o nível de conhecimento dos farmacêuticos comunitários portugueses acerca do potencial uso recreativo dos mesmos. Os resultados foram obtidos através de respostas a um inquérito online implementado na plataforma *Google Forms*.

## 3. Materiais e Métodos

### 3.1. Tipo de estudo

Em termos estatísticos, o presente estudo caracteriza-se por ser observacional, analítico e transversal, onde são avaliados parâmetros de estatística descritiva e inferencial.

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa de informação e revisão da literatura sobre a utilização para fins recreativos de MNSRM para selecionar aqueles com maior expressão no seu abuso. Foi então elaborado um inquérito com vinte e nove questões (Anexo I), baseado em questionários de artigos científicos e/ou estudos internacionais acerca do tema, dos quais destacamos:

- Abuse/misuse of non-prescription drugs por G.F. Hughes et al.<sup>8</sup>
- Misuse of OTC drugs in Poland por T. Zaprutkoa et al.<sup>78</sup>
- National assessment of pharmacist awareness of loperamide abuse and ability to restrict sale if abuse is suspected por R. Feldmann et al.<sup>80</sup>

De seguida, a proposta do estudo foi submetida a análise e avaliação por parte da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI) e, uma vez que não foi identificada matéria que ofendesse os princípios éticos e morais dos inquiridos, foi obtido um parecer favorável da mesma, apresentado no Anexo II.

Antes da divulgação do inquérito, foi realizado um pré-teste a dez farmacêuticos comunitários, que não demonstraram quaisquer dificuldades ou dúvidas no seu preenchimento. Após a validação, o inquérito foi disponibilizado à população-alvo e os dados recolhidos foram tratados e analisados, com foco nas correlações entre as diferentes variáveis estatísticas em estudo.

### **3.2. Seleção da amostra**

A amostra representativa mínima necessária para este estudo, foi selecionada através do programa *Epi Info™*.

A população total do estudo foi definida como os 16855 farmacêuticos no ativo, em exercício no ano de 2023<sup>81</sup>. Para obter um número mínimo de participantes, aplicou-se um intervalo de confiança de 95,0% e, uma vez que é desconhecida a frequência de conhecimento acerca do tema, foi considerada uma frequência de 50,0% e uma margem de erro de 5,0%. Assim, o número de inquiridos necessário para obter uma amostra representativa e resultados estatisticamente significativos foi de, pelo menos, 46 farmacêuticos comunitários.

### **3.3. Critérios de inclusão e exclusão de participantes**

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para a participação neste estudo. Para serem incluídos no mesmo, os participantes teriam de: ser farmacêuticos comunitários a exercer a sua atividade profissional em Portugal; compreender os objetivos e condições do estudo; consentir na utilização dos dados exclusivamente para análise estatística e participar de forma voluntária, anónima e confidencial, sendo salvaguardada a confidencialidade de todas as respostas. Foram excluídos todos aqueles que não fossem farmacêuticos comunitários a exercer a sua atividade profissional em Portugal ou que não estivessem de acordo com os termos do consentimento livre, informado e esclarecido.

### **3.4. Recolha de dados**

#### **3.4.1. Instrumentos de recolha de dados**

Para alcançar facilmente a população alvo e agilizar o preenchimento do questionário, a recolha de dados foi efetuada através de um inquérito online, na reconhecida plataforma *Google Forms*.

O inquérito inicia com uma breve introdução com informações acerca do estudo (identificação do autor, principais objetivos, critérios de inclusão e exclusão de participantes, estrutura do inquérito, aspeto voluntário da participação, garantia de anonimato e confidencialidade dos

dados recolhidos) e a referência ao parecer favorável por parte da comissão de ética da UBI (projeto com o código n.º CE-UBI-Pj-2024-059).

### **3.4.2. Procedimento de recolha de dados**

O processo de divulgação do inquérito teve início no dia 8 de julho e terminou no dia 20 de agosto de 2024, estando disponível para o preenchimento durante este período. Foi solicitada a divulgação do mesmo às entidades nacionais representantes de farmacêuticos e de FC, tendo a principal forma de disseminação sido o envio do link de acesso ao inquérito diretamente para o email de diversas FC e partilha do mesmo entre farmacêuticos comunitários.

Para obter uma distribuição de respostas representativa da população nacional, uma das questões solicitava ao inquirido que indicasse o distrito e concelho da FC em que exerce a sua profissão. Foi aplicado o método D'Hondt por concelhos, de modo a determinar o número de FC necessário a contactar em cada um. A variável concelho apenas foi utilizada para fazer esta distribuição, e não para a análise estatística posterior.

O inquérito divide-se em duas secções:

- I - Caracterização da FC e do farmacêutico, onde foram colocadas cinco questões sobre o distrito, concelho e zona da FC, o número de utentes atendidos por dia, o ano de início de profissão e o género dos farmacêuticos inquiridos.
- II - Avaliação do consumo dos principais MNSRM com potencial uso recreativo em Portugal, com vinte e quatro questões acerca do uso recreativo dos mesmos, dos oito princípios ativos em estudo, de situações decorrentes de atendimentos em que foi solicitado um deles, de casos identificados na FC e do papel do farmacêutico.

A maior parte das questões eram de resposta fechada (escolha múltipla ou única), e foram incluídas duas de resposta aberta simples referentes ao distrito/concelho da FC e ao ano em que o farmacêutico inquirido começou a exercer a sua profissão. Em três questões de resposta fechada, foi incluída a opção de resposta aberta “outro(s)”.

Foram obtidas no total 241 respostas e, após serem analisadas, verificou-se que todas eram válidas para serem utilizadas no estudo, na medida em que todos os questionários foram respondidos na sua totalidade. Assim, foram contabilizados 241 inquéritos para proceder ao tratamento estatístico de dados, valor superior ao número mínimo de respostas necessárias (46) para que os resultados do estudo fossem estatisticamente significativos.

### **3.5. Tratamento estatístico de dados**

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi realizado através do programa *IBM SPSS Statistics 29.0.1*. e da plataforma *Google Sheets*.

Após a exportação dos dados do inquérito para o *Google Sheets*, estes foram examinados e, de modo a facilitar a análise estatística, as respostas de escolha múltipla foram divididas em

perguntas de resposta única (por exemplo, as opções da pergunta 2. “Dos seguintes MNSRM, assinale aquele(s) que considera estarem a ser usado(s) de forma recreativa: benzidamina; dextrometorfano; loperamida; difenidramina; clorofenamina; pseudoefedrina; dimenidrinato; butilescopolamina”, foram transformadas em perguntas individuais, como “Considera que a benzidamina está a ser usada de forma recreativa?”, cuja resposta seria "sim" se o inquirido tivesse selecionado essa substância). Na questão do ano de início de atividade, as respostas foram agrupadas em intervalos (< 2004; ≥ 2004 e < 2014; ≥ 2014 e < 2021; ≥ 2021), também para simplificar a análise.

Seguidamente, os dados foram introduzidos no *IBM SPSS Statistics 29.0.1.1* e as variáveis foram definidas como ordinais para serem analisadas.

Todas as variáveis em estudo são qualitativas e, primeiramente, foi efetuada uma análise das frequências para cada uma delas.

Seguidamente, foi feita uma análise da normalidade, através dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e da homogeneidade das variâncias, através do teste de Levene, que justificaram os testes não paramétricos utilizados posteriormente (Anexo III).

A associação entre as diferentes variáveis foi avaliada através da aplicação de testes de hipóteses, com o objetivo de determinar a existência, ou não, de uma associação estatisticamente significativa entre elas. Para tal, foram utilizados o teste H de Kruskal-Wallis e o teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), ambos não paramétricos.

Aplicou-se o teste H de Kruskal-Wallis para comparar se mais de dois grupos de uma variável independente e uma variável dependente, neste caso ordinal, seguem a mesma distribuição. Caso a variável independente fosse dicotómica, seria utilizado o teste U de Mann-Whitney<sup>82,83</sup>. O teste de Qui-Quadrado foi usado para determinar a existência de uma associação estatisticamente significativa entre duas variáveis. Se ambas forem dicotómicas, seria utilizado o teste Exato de Fisher<sup>83</sup>. Considerou-se um nível de significância de 5,0% ( $p=0,050$ ).

## **4. Resultados e Discussão**

### **4.1. Caracterização da amostra**

No total, foram obtidas 241 respostas válidas ao inquérito distribuído à população alvo do estudo.

#### **4.1.1. Distrito e concelho da farmácia**

Foram obtidas respostas de todos os distritos e regiões autónomas (exceto Beja), como apresentado na tabela 2 abaixo:

Tabela 2 – Distribuição de frequências por distrito.

		<b>Distrito</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Açores	1	.4	.4	.4
	Aveiro	16	6.6	6.6	7.1
	Braga	12	5.0	5.0	12.0
	Bragança	1	.4	.4	12.4
	Castelo Branco	7	2.9	2.9	15.4
	Coimbra	8	3.3	3.3	18.7
	Évora	3	1.2	1.2	19.9
	Faro	13	5.4	5.4	25.3
	Guarda	1	.4	.4	25.7
	Leiria	16	6.6	6.6	32.4
	Lisboa	49	20.3	20.3	52.7
	Madeira	8	3.3	3.3	56.0
	Portalegre	1	.4	.4	56.4
	Porto	40	16.6	16.6	73.0
	Santarém	21	8.7	8.7	81.7
	Setúbal	12	5.0	5.0	86.7
	Viana do Castelo	4	1.7	1.7	88.4
	Vila Real	2	.8	.8	89.2
	Viseu	26	10.8	10.8	100.0
	Total	241	100.0	100.0	

A informação relativa ao concelho apenas foi utilizada durante a divulgação do estudo para obter uma distribuição de respostas representativa da população nacional. Devido ao facto de existirem distritos e concelhos com poucas ou nenhuma respostas, estas variáveis não foram utilizadas para a análise estatística, por não permitirem tirar conclusões significativas.

#### **4.1.2. Zona da farmácia**

Relativamente à zona da FC dos inquiridos, 183 trabalham em zonas urbanas (75,9%), 42 em zonas suburbanas (17,4%) e 16 em zonas rurais (6,6%).

Num estudo transversal publicado em 2023, sobre as perspetivas de farmacêuticos comunitários italianos acerca do uso abusivo e indevido de medicamentos de aplicação intranasal, as respostas por zona da FC seguem uma distribuição semelhante às obtidas. Das 376 FC que participaram, 100 eram de zonas rurais (26,6%) e 276 de zonas urbanas (73,4%)<sup>84</sup>.

#### **4.1.3. Número de utentes atendidos por dia**

Em relação ao número de utentes atendidos por dia, 190 inquiridos indicam atender entre 100 a 500 utentes (inclusive) (78,8%); 38 afirmam atender entre 20 e 100 utentes (inclusive) (15,8%); e 13 referem atender mais de 500 utentes (5,4%).

#### **4.1.4. Ano de início da profissão**

Os anos de início de profissão dos inquiridos variaram entre 1978 e 2024, e foram agrupados para simplificar a análise dos resultados. Assim sendo, 52 inquiridos referem ter começado a exercer como farmacêutico antes de 2004 (21,6% - mais de 20 anos de experiência profissional), 82 afirmam ter iniciado entre 2004 (inclusive) e 2014 (34,0% - entre 11 a 20 anos de experiência profissional), 80 indicam ter iniciado a profissão entre 2014 (inclusive) e 2021 (33,2% - entre 5 a 10 anos de experiência profissional), e 27 informam ter iniciado depois de 2021 (inclusive) (11,2% - menos de 5 anos de experiência profissional).

No estudo referido na secção 4.1.2., as respostas obtidas acerca dos anos desde a conclusão do curso, que correspondem à experiência profissional, foram as seguintes: com menos de 5 (n=88; 23,4%); entre 5 e 10 anos (n=143; 38,0%); entre 11 e 20 anos (n=100; 26,6%) e com mais de 20 anos (n=45; 12,0%)<sup>84</sup>. Verifica-se que, à semelhança do nosso estudo, a amostra era constituída por uma maioria de profissionais com 5 a 20 anos de experiência.

#### **4.1.5. Género**

O número de inquiridos do género feminino foi de 174 (72,2%) e do género masculino foi de 67 (27,8%). Estes valores indicam uma representação próxima da real, uma vez que dados da Ordem dos Farmacêuticos indicam que 79,5% dos farmacêuticos no ativo, em 2023, eram do género feminino e 20,5% do género masculino<sup>81</sup>.

## **4.2. Avaliação do consumo dos principais MNSRM com potencial de uso recreativo**

### **4.2.1. Perceção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal**

Para a primeira questão da Parte II do inquérito “1. Em Portugal, considera que existe uso recreativo de algum MNSRM?”, dos 241 farmacêuticos, 123 responderam que sim (51,0%), enquanto 118 afirmaram que não (49,0%).

Apenas os inquiridos que consideraram existir uso recreativo de algum MNSRM em Portugal (n=123), responderam às questões analisadas através das variáveis discutidas nas secções 4.2.2 a 4.2.21.

### **4.2.2. Perceção dos principais princípios ativos utilizados recreativamente**

Relativamente à questão “2. Dos seguintes princípios ativos de MNSRM, assinale aquele(s) que considera estar(em) a ser usado(s) de forma recreativa”, as respostas obtidas foram: pseudoefedrina (n=85; 69,1%), dextrometorfano (n=61; 49,6%), loperamida (n=41; 33,3%), clorofenamina (n=32; 26,0%), difenidramina (n=30; 24,4%), butilescopolamina (n=17; 13,8%), benzidamina (n=13; 10,6%), dimenidrinato (n=11; 8,9%) e outro(s) (n=14; 11,4%).

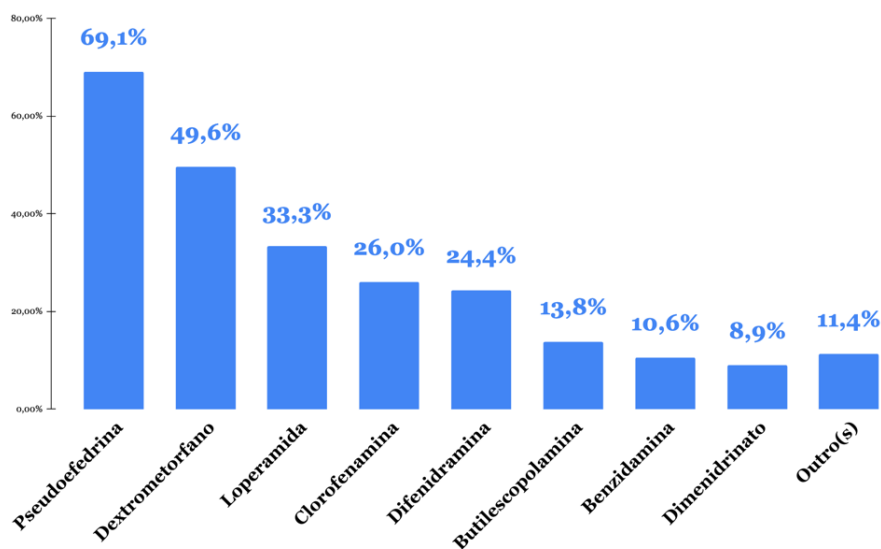


Figura 9 – Distribuição da amostra de acordo com a percepção dos princípios ativos utilizados recreativamente.

Os principais princípios ativos respondidos na opção outro(s) foram a oximetazolina, xilometazolina, o paracetamol e o ibuprofeno. No entanto, estes não se adequaram ao estudo por não terem potencial de uso recreativo evidenciado pela literatura.

#### 4.2.3. Percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado

Na questão “3. Se tiver selecionado mais do que um princípio ativo, qual considera ser o mais procurado?”, os inquiridos tenderam mais a considerar a pseudoefedrina (n=44; 35,8%), o dextrometorfano (n=30; 24,4%), a loperamida (n=21; 17,1%), a clorofenamina (n=14; 11,4%), a difenidramina (n=5; 4,1%), a butilescopolamina (n=1; 0,8%) e outro(s) (n=8; 6,5%), sendo os princípios ativos indicados nesta opção semelhantes aos descritos na secção anterior.

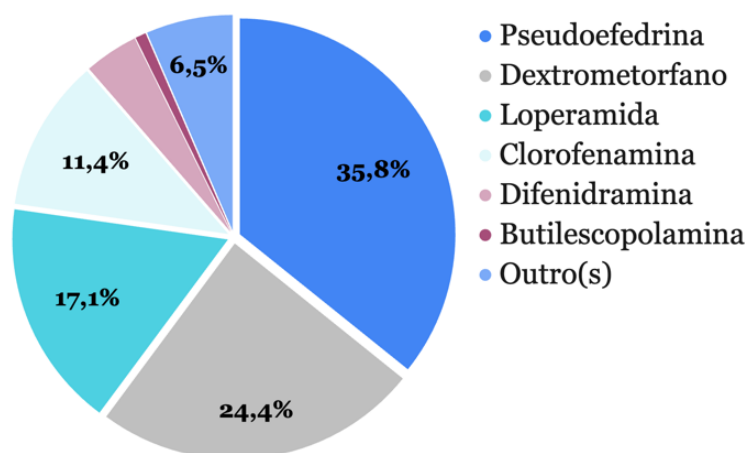


Figura 10 – Distribuição da amostra de acordo com a percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado.

Um estudo publicado em 2016 acerca do uso indevido de MNSRM na Polónia, no qual participaram 680 farmacêuticos, indicou que os três princípios ativos mais procurados pelos utentes foram a pseudoefedrina (41,1%), a codeína (37,4%) e o dextrometorfano (20,6%)<sup>78</sup>.

Os MNSRM à base de codeína, embora de uso recreativo estabelecido, não foram incluídos no presente estudo, uma vez que esta substância é sujeita a receita médica em Portugal.

#### **4.2.4. Detecção de casos na farmácia**

Quanto à questão “4. Na sua Farmácia, alguma vez identificou casos de uso recreativo de algum dos MNSRM assinalados?”, 71 inquiridos (57,7%) disseram já ter detetado e 52 responderam que não (42,3%).

De notar que estes 52 inquiridos responderam considerar existir uso recreativo de MNSRM em Portugal, mesmo sem ter detetado nenhum caso nas suas FC.

#### **4.2.5. Detecção de padrões de compra regulares**

No que concerne a questão “5. Detetou algum padrão de compra regular de algum dos MNSRM assinalados por um utente?”, 65 inquiridos afirmaram já ter detetado (52,8%) e 58 responderam não o ter feito (47,2%).

#### **4.2.6. Pedidos de embalagens em quantidades superiores ao necessário**

Na questão “6. Algum utente que tenha solicitado um dos MNSRM assinalados pediu uma quantidade de embalagens superior à necessária para o tratamento da sua patologia/sintomas?”, 71 inquiridos verificaram esta situação (57,7%) e 52 não (42,3%).

#### **4.2.7. Obtenção em diferentes farmácias**

Relativamente à questão “7. Algum utente que tenha solicitado um dos MNSRM assinalados referiu já o ter tentado obter em diferentes farmácias, mas sem sucesso?” 22 farmacêuticos referem ter verificado esta ocorrência (17,9%), enquanto 101 indicam que não (82,1%).

#### **4.2.8. Ansiedade na solicitação de MNSRM com potencial de uso recreativo**

À questão “8. Algum utente que tenha solicitado um dos MNSRM assinalados mostrou-se nervoso ou ansioso ao fazê-lo?”, 38 inquiridos responderam que alguns utentes se mostraram nervosos ou ansiosos (30,9%), enquanto 85 dizem que não (69,1%).

#### **4.2.9. Combinação de MNSRM com potencial de uso recreativo com outras substâncias**

Quanto à questão “9. Algum utente que tenha solicitado um dos MNSRM assinalados questionou acerca da sua combinação com outras substâncias para, por exemplo, potenciar o seu efeito?”, 18 inquiridos (14,6%) indicaram ter recebido essa pergunta, enquanto 105 (85,4%) disseram que não.

#### **4.2.10. Desatenção durante esclarecimentos farmacêuticos**

Na questão “10. Algum utente que tenha solicitado um dos MNSRM assinalados, e que refira nunca o ter tomado, mostrou-se desatento quando explicou como utilizar o medicamento de forma segura?”, 55 inquiridos (44,7%) responderam que sim e 68 (55,3%) não referiram tal desatenção.

#### **4.2.11. Historial de abuso de outras substâncias psicoativas**

Para a questão “11. Algum utente que tenha solicitado um dos MNSRM assinalados possui historial de abuso de outras substâncias psicoativas?”, 23 inquiridos afirmaram existir (18,7%) e 100 indicaram que não (81,3%).

#### **4.2.12. Alteração de comportamento**

Relativamente à questão “12. Se um dos MNSRM assinalados não estiver disponível, ou se decidir não o dispensar, o utente que o solicitou mostrou alguma alteração de comportamento (por exemplo, agressividade, agitação, etc.)?”, 46 inquiridos (37,4%) referiram ter observado alterações, enquanto 77 disseram que não (62,6%).

#### **4.2.13. Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal**

À questão “13. Considera que o uso recreativo dos MNSRM que assinalou tem vindo a aumentar em Portugal?”, 92 inquiridos (74,8%) indicaram que sim e 31 referiram que não (25,2%).

#### **4.2.14. Detecção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores**

No que se refere à questão “14. Nos últimos 6 meses, em média, quantos casos de uso recreativo de MNSRM detetou na sua farmácia?”, 85 inquiridos indicaram ter detetado 5 ou menos casos (69,1%), 24 referiram ter detetado entre 5 e 10 casos (inclusive) (19,5%), 7 afirmaram ter detetado entre 10 e 30 casos (inclusive) (5,7%) e 7 inquiridos disseram ter detetado mais de 30 casos (5,7%).

#### **4.2.15. Perceção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior**

Na questão “15. Considera que o valor assinalado na questão anterior é superior ao do ano anterior?”, 42 inquiridos afirmaram que sim (34,1%) e 81 que não (65,9%).

É importante observar que nesta secção (4.2.15.), a maioria dos inquiridos respondeu não ter notado um aumento de casos na sua FC em comparação com o ano anterior. Este resultado

contrasta com a percepção nacional descrita na secção 4.2.13., em que a maioria dos inquiridos respondeu que a utilização recreativa MNSRM tem vindo a aumentar em Portugal.

No estudo apresentado na secção 4.2.3., a maioria dos participantes indicou que o uso indevido de MNSRM tem vindo a aumentar na Polónia (do género feminino 77,5% e do género masculino 72,6%)<sup>78</sup>.

#### **4.2.16. Tipo de utentes dos casos identificados na farmácia**

No que concerne a questão “16. Dos casos assinalados, a maioria foi por parte de”, 46 inquiridos indicaram ser por parte de utentes regulares (37,4%), enquanto 77 referiram ser por parte de utentes “de passagem” (62,6%).

Foram descritos resultados semelhantes num estudo publicado em 2005, no qual foi implementado um modelo de minimização de risco para a identificação e tratamento de uso abusivo e indevido de MNSRM na Irlanda do Norte. Dos 196 casos identificados pelos 6 farmacêuticos comunitários inquiridos, 120 foram de uso abusivo e 76 foram de uso indevido. Dos casos de uso abusivo, 80 (66,7%) foram por parte de utentes “de passagem”, o que sugere que os utentes se deslocam a diferentes FC para evitar serem identificados<sup>74</sup>.

#### **4.2.17. Faixa etária dos casos identificados na farmácia**

Em relação à questão “17. A faixa etária predominante dos casos assinalados foi”, 68 inquiridos (55,3%) referem ser por parte de utentes com idades entre os 18 e os 30 anos, inclusive; 41 (33,3%) afirmaram ser por parte de utentes entre os 30 e os 65 anos de idade, inclusive; 11 (8,9%) respondem ser por parte de utentes com idade superior a 65 anos; e 3 (2,4%) indicam ser por parte de utentes com idade inferior ou igual a 18 anos.

#### **4.2.18. Sexo dos casos identificados na farmácia**

À questão “18. O sexo predominante dos casos assinalados foi”, 99 inquiridos responderam ser o sexo masculino (80,5%) e 24 indicaram o sexo feminino (19,5%).

Os resultados obtidos contrariam aqueles descritos no estudo apresentado na secção 4.2.15., que indicam que a maior parte dos casos identificados de uso indevido e abusivo foram por parte de utentes do sexo feminino, 63,2% e 55% respetivamente<sup>74</sup>.

#### **4.2.19. Sistemas implementados para reduzir o acesso a MNSRM com potencial de uso recreativo**

Para a questão “19. Que sistemas tem implementados na sua farmácia para reduzir o acesso a MNSRM com potencial de uso recreativo?”, as respostas dos inquiridos foram: limitar o número de embalagens dispensadas (n=78; 63,4%), sugerir um MNSRM alternativo (n=58; 47,2%), manter os MNSRM fora da vista dos utentes (n=29; 23,6%), informar que o produto não está disponível (n=21; 17,1%), nenhum (n=11; 8,9%) e outro(s) (n=6; 4,9%).

Os principais sistemas indicados na opção outro(s) tinham como foco comum o aconselhamento ativo, desde a explicação dos riscos do uso para fins recreativos de MNSRM à referência.

Num estudo publicado em 1999 acerca do uso abusivo ou indevido de MNSRM na Irlanda do Norte, os sistemas mais implementados pelos 253 inquiridos foram: manter os produtos fora da vista dos utentes (n=122; 55,3%); avaliação pelo farmacêutico (n=122; 48,2%); recusar a venda (n=41; 16,2%); utilizar um protocolo de vendas (n=37; 14,6%); limitar o número de embalagens dispensadas (n=30; 11,9%) e informar que o produto não está disponível (n=23; 9,1%)<sup>8</sup>.

#### **4.2.20. Contacto entre farmácias**

Relativamente à questão “20. Alguma vez contactou ou foi contactado por outra farmácia da sua zona acerca de um utente que pudesse estar a usar de forma recreativa um dos MNSRM assinalados?”, 11 inquiridos responderam que sim (8,9%) e 112 (91,1%) que não.

De acordo com o estudo apresentado na secção anterior, 63,3% dos inquiridos contactaram farmacêuticos de outras FC da zona acerca de utentes dos quais suspeitaram estarem a abusar de MNSRM<sup>8</sup>.

#### **4.2.21. Referência**

Quanto à questão “21. Alguma vez referenciou um utente para o médico ou outra organização (por exemplo, ICAD) de modo a controlar/tratar o uso recreativo de algum dos MNSRM assinalados?”, 32 inquiridos referiram que sim (26,0%), enquanto 91 disseram que não (74,0%).

Ainda de acordo com o estudo apresentado na secção 4.2.19., 67,2% dos 253 inquiridos consideraram apropriada a referência de utentes que utilizam abusivamente MNSRM a um médico. Por outro lado, 40,3% indicaram que seria mais adequado encaminhá-los para outra instituição, como centros de reabilitação<sup>8</sup>.

#### **4.2.22. Conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados**

No que se refere à questão “22. Tinha conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos de MNSRM apresentados?”, dos 241 inquiridos, 149 indicaram ter conhecimento (61,8%), enquanto 92 responderam não ter (38,2%).

#### **4.2.23. Venda dos MNSRM apresentados fora das farmácias**

Para a questão “23. Considera que estes MNSRM devam ser vendidos fora das farmácias (por exemplo em parafarmácias, supermercados, etc.)”, 237 farmacêuticos (98,3%) afirmaram discordar da mesma, enquanto 4 disseram concordar (1,7%).

#### **4.2.24. Papel do farmacêutico**

Relativamente à última questão “24. Considera importante o papel do Farmacêutico na intervenção em casos de uso recreativo de MNSRM?”, todos os 241 inquiridos responderam sim.

### **4.3. Associações entre variáveis**

#### **4.3.1. Associação entre a zona da farmácia e a deteção de casos na farmácia**

Para determinar a existência desta associação, foi aplicado o teste de Qui-Quadrado (Anexo IV). Após análise estatística, esta foi confirmada pelo mesmo ( $\chi^2=6,092$ ;  $p=0,048$ ). Através da tabela presente no Anexo IV, verificou-se que é menos comum detetar casos em FC de zonas rurais (25,0%) comparativamente a zonas suburbanas (66,7%) e urbanas (60,2%).

No estudo apresentado na secção 4.2.19., também foram obtidas mais respostas de FC em zonas urbanas. No entanto, o teste de Qui-Quadrado não revelou nenhuma diferença significativa com a zona da FC<sup>8</sup>.

#### **4.3.2. Associação entre o número de utentes atendidos por dia e a perceção de utilização recreativa de benzidamina**

Esta associação foi confirmada, após análise estatística, pelo teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2=6,849$ ;  $p=0,033$ ) (Anexo V) e pelo teste H de Kruskal-Wallis (Anexo VI) ( $H=6,794$ ;  $p=0,033$ ).

Podemos observar, na tabela presente no Anexo V, que quanto maior é o número de utentes atendidos por dia maior é a perceção de utilização recreativa de benzidamina. Dos inquiridos que responderam atender mais de 500 utentes por dia, 37,5% indicam existir esta utilização, comparativamente aos que responderam atender entre 100 e 500 utentes (inclusive) (9,4%) e aos que referiram atender entre 20 e 100 utentes (inclusive) (5,3%).

Verificou-se também, através da tabela de comparação por pares do teste H de Kruskal-Wallis (Anexo VI), que estas diferenças significativas ocorreram entre o grupo de inquiridos que respondeu atender mais de 500 utentes por dia e os restantes dois grupos, o que respondeu atender entre 100 e 500 utentes (inclusive) ( $H=-17,297$ ;  $p=0,040$ ) e o que respondeu atender entre 20 e 100 utentes (inclusive) ( $H=-19,826$ ;  $p=0,040$ ).

#### **4.3.3. Associação entre o número de utentes atendidos por dia e pedidos de embalagens em quantidades superiores ao necessário**

De forma a avaliar a existência desta associação, foram realizados os testes de Qui-Quadrado (Anexo VII) e H de Kruskal-Wallis (Anexo VIII) que, após análise estatística, a confirmaram ( $\chi^2=6,779$ ;  $p=0,034$  e  $H=6,724$ ;  $p=0,035$ ).

Analisando a tabela do Anexo VII, asseverou-se que quanto maior é o número de utentes atendidos por dia, maior é a probabilidade de detetar um utente que solicite um número de embalagens superior ao necessário. Dos inquiridos que responderam atender mais de 500 utentes por dia, 100% indicam existir estes pedidos, comparativamente aos que responderam atender entre 100 e 500 utentes (inclusive) (56,3%) e aos que responderam atender entre 20 e 100 utentes (inclusive) (47,4%).

Através da tabela de comparação por pares do teste H de Kruskal-Wallis (Anexo VIII), determinou-se que estas diferenças significativas ocorreram entre o grupo de inquiridos que respondeu atender mais de 500 utentes por dia e os restantes dois grupos, o que respondeu atender entre 100 e 500 utentes (inclusive) ( $H=-26,906$ ;  $p=0,050$ ) e o que respondeu atender entre 20 e 100 utentes (inclusive) ( $H=-32,368$ ;  $p=0,035$ ).

#### **4.3.4. Associação entre o número de utentes atendidos por dia e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores**

Após análise estatística, esta associação foi confirmada pelo teste de Qui-Quadrado (Anexo IX) ( $\chi^2=16,314$ ;  $p=0,012$ ) e pelo teste H de Kruskal-Wallis (Anexo X) ( $H=7,792$ ;  $p=0,020$ ).

A tabela presente no Anexo IX revelou que nas FC que atendem mais utentes por dia, existe maior probabilidade de serem detetados mais casos nos 6 meses anteriores. Dos inquiridos que responderam atender mais de 500 utentes por dia, a maior parte (50,0%) disse ter detetado entre 5 a 10 casos (inclusive). Relativamente aos inquiridos que responderam atender entre 100 e 500 utentes (inclusive), 69,8% referem ter detetado 5 ou menos casos. Por fim, dos que responderam atender entre 20 e 100 utentes (inclusive), 84,2% detetaram 5 ou menos casos.

Na tabela de comparação por pares do teste H de Kruskal-Wallis (Anexo X), verificou-se que estas diferenças significativas ocorreram entre o grupo de inquiridos que respondeu atender mais de 500 utentes por dia e os restantes dois grupos, o que respondeu atender entre 100 e 500 utentes (inclusive) ( $H=26,307$ ;  $p=0,041$ ) e o que respondeu atender entre 20 e 100 utentes (inclusive) ( $H=33,776$ ;  $p=0,017$ ).

#### **4.3.5. Associação entre o número de utentes atendidos por dia e a perceção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior**

Com o objetivo de averiguar se existe esta associação, foram efetuados os testes de Qui-Quadrado (Anexo XI) e H de Kruskal-Wallis (XII) Anexo que, após análise estatística, a confirmaram ( $\chi^2=7,415$ ;  $p=0,025$  e  $H=7,354$ ;  $p=0,025$ ).

Através da tabela do Anexo XI, observou-se que quanto maior é o número de utentes atendidos por dia, maior é a probabilidade de afirmar que o número de casos detetados nas FC tem vindo a aumentar. Dos inquiridos que responderam atender mais de 500 utentes por dia, 75,0% dizem haver este aumento, comparativamente aos que responderam atender entre 100 e 500 utentes (inclusive) (33,3%) e aos que responderam atender entre 20 e 100 utentes (inclusive) (21,1%).

Na tabela de comparação por pares do teste H de Kruskal-Wallis (Anexo XII), determinou-se que a diferença significativa existe entre o grupo de inquiridos que referiu atender mais de 500 utentes por dia e o que disse atender entre 20 e 100 utentes (inclusive) ( $H=-33,178$ ;  $p=0,022$ ).

#### **4.3.6. Associação entre o ano de início de profissão e a perceção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal**

A existência desta associação foi verificada com os testes de Qui-Quadrado (Anexo XIII) e H de Kruskal-Wallis (Anexo XIV) que, após análise estatística, a confirmaram ( $\chi^2=11,465$ ;  $p=0,009$  e  $H=11,418$ ;  $p=0,010$ ).

Constatou-se, na tabela do Anexo XIII, que quanto mais anos de atividade os inquiridos têm, menor a probabilidade de considerarem existir uso recreativo de MNSRM em Portugal. Dos inquiridos que responderam ter iniciado a profissão antes de 2004, 32,7% dizem existir uso recreativo, comparativamente aos que responderam ter iniciado a profissão entre 2004 (inclusive) e 2014 (50,0%), aos que responderam ter iniciado a profissão entre 2014 (inclusive) e 2021 (62,5%) e aos que responderam ter iniciado a profissão depois de 2021 (inclusive) (55,6%).

Na tabela de comparação por pares do teste H de Kruskal-Wallis (Anexo XIV), observou-se que a diferença significativa existe entre o grupo de inquiridos que respondeu ter iniciado a profissão antes de 2024 e os que responderam ter iniciado a profissão entre 2014 (inclusive) e 2021 ( $H=-35,918$ ;  $p=0,005$ ). Inversamente, agrupando pela perceção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal, verificou-se a existência de uma diferença significativa nas respostas à questão acerca do ano de início de profissão, através do teste U de Mann-Whitney, ( $U=8803,000$ ;  $p=0,003$ ) (Anexo XV).

#### **4.3.7. Associação entre o ano de início de profissão e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores**

Após análise estatística, foi confirmada, pelo teste de Qui-Quadrado (Anexo XVI) ( $\chi^2=21,609$ ;  $p=0,010$ ), a existência desta associação.

Através da tabela do Anexo XVI, é possível verificar que os inquiridos com mais anos de profissão tendem a detetar menos casos nas suas FC nos 6 meses anteriores. Dos inquiridos que responderam ter iniciado a profissão antes de 2004, 88,2% dizem ter detetado 5 ou menos casos. Este número baixa para 73,2% para aos inquiridos que responderam ter iniciado a profissão entre 2004 (inclusive) e 2014. Considerando os inquiridos que responderam ter iniciado a profissão entre 2014 (inclusive) e 2021, 64,0% asseguram ter detetado 5 ou menos casos e, por fim, dos inquiridos que responderam ter iniciado a profissão após 2021 (inclusive), 53,3% respondem ter detetado 5 ou menos casos.

É importante notar que, apesar da associação descrita entre o ano de início de profissão e a deteção de casos na FC nos 6 meses anteriores, não foi detetada nenhuma relação estatisticamente significativa entre o ano de início de profissão e a deteção de casos na FC, em

geral. Seria de esperar que farmacêuticos com mais experiência tivessem maior probabilidade de já terem detetado casos nas suas FC, por terem mais anos de serviço. No entanto, este efeito poderá estar a ser anulado pelo facto de num período fixo (6 meses) detetarem menos casos que farmacêuticos com menos anos de profissão.

#### **4.3.8. Associação entre o ano de início de profissão e o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados**

Para determinar a existência desta associação, foram aplicados os testes de Qui-Quadrado (Anexo XVII) e H de Kruskal-Wallis (XVIII). Após análise estatística, esta foi confirmada através dos mesmos ( $\chi^2=15,691$ ;  $p=0,001$  e  $H=15,626$ ;  $p=0,001$ ).

Pela análise da tabela presente no Anexo XVII, verificou-se que quanto mais anos de atividade os inquiridos possuem, menos conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados têm. Dos inquiridos que responderam ter iniciado a profissão antes de 2004, 38,5% dizem ter conhecimento, comparativamente aos que responderam ter iniciado a profissão entre 2004 (inclusive) e 2014 (65,9%), aos que responderam ter iniciado a profissão entre 2014 (inclusive) e 2021 (70,0%) e aos que responderam ter iniciado a profissão depois de 2021 (inclusive) (70,4%).

Constatou-se ainda, na tabela de comparação por pares do teste H de Kruskal-Wallis (Anexo XVIII), que as diferenças significativas existem entre o grupo de inquiridos que respondeu ter iniciado a profissão antes de 2004 e os restantes três grupos, o que respondeu ter iniciado a profissão entre 2004 (inclusive) e 2014 ( $H=-33,008$ ;  $p=0,009$ ), o que respondeu ter iniciado a profissão entre 2014 (inclusive) e 2021 ( $H=-38,004$ ;  $p=0,002$ ) e o que respondeu ter iniciado a profissão após 2021 (inclusive) ( $H=-38,450$ ;  $p=0,034$ ).

#### **4.3.9. Associação entre o género e a perceção de utilização recreativa de loperamida**

Esta associação, foi confirmada, após análise estatística, pelo teste Exato de Fisher (Anexo XX) ( $p=0,032$ ) e pelo teste U de Mann-Whitney (Anexo XIX) ( $U=1185,000$ ;  $p=0,023$ ).

Podemos observar na tabela presente no Anexo XX, que farmacêuticos do género feminino têm mais probabilidade de indicar que existe uso recreativo de loperamida. Dos inquiridos do género feminino, 39,3% responderam existir, comparativamente aos do género masculino (17,6%).

#### **4.3.10. Associação entre o género e a faixa etária dos casos identificados na farmácia**

De forma a avaliar a existência desta associação, foram realizados os testes de Qui-Quadrado (Anexo XXII) e U de Mann-Whitney (Anexo XXI) que, após análise estatística, a confirmaram ( $\chi^2=8,922$ ;  $p=0,030$  e  $U=1066,000$ ;  $p=0,005$ ).

Analisando a tabela do Anexo XXII, constatou-se que farmacêuticos do género masculino têm maior probabilidade de responder que os casos detetados na FC foram por parte de utentes de faixas etárias inferiores comparativamente aos do género feminino. Dos inquiridos do género feminino, 50,6% dizem que a faixa etária predominante é de 30 ou menos anos. Já dos inquiridos do género masculino, 76,5% indicam que a faixa etária predominante é de 30 ou menos anos.

#### **4.3.11. Associação entre a perceção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados**

Após análise estatística, a existência desta associação foi confirmada pelo teste Exato de Fisher (Anexo XXV) ( $p < 0,001$ ) e pelo teste U de Mann-Whitney ( $U = 10264,000$ ;  $p < 0,001$ ) (Anexo XXIII). Inversamente, agrupando as respostas pelo conhecimento do potencial recreativo, também se verificou uma associação pelo teste U de Mann-Whitney (Anexo XXIV) ( $U = 9861,000$ ;  $p < 0,001$ ).

A tabela presente no Anexo XXV revela que os farmacêuticos que responderam existir uso recreativo de MNSRM em Portugal estão mais conscientes acerca do potencial abusivo dos MNSRM apresentados. Dos inquiridos que responderam existir, 82,1% afirmam ter conhecimento, comparativamente aos que responderam não existir (40,7%).

#### **4.3.12. Associação entre a perceção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e a deteção de padrões de compra regulares**

Com o objetivo de averiguar se existe esta associação, foram efetuados os testes de Qui-Quadrado (Anexo XXVI) e H de Kruskal-Wallis (XXVII). Estes, após análise estatística, confirmaram-na ( $\chi^2 = 17,115$ ;  $p = 0,009$  e  $H = 16,975$ ;  $p = 0,009$ ).

Através da tabela presente no Anexo XXVI, verificamos que os inquiridos que responderam que a loperamida é o princípio ativo mais procurado detetam mais padrões de compra regular do que os que responderam dextrometorfano. Dos inquiridos que responderam loperamida como princípio ativo mais procurado, 81,0% identificam estes padrões comparativamente aos que responderam dextrometorfano (33,3%).

Na tabela de comparação por pares do teste H de Kruskal-Wallis (Anexo XXVII), observa-se que a diferença significativa existe entre o grupo de inquiridos que respondeu loperamida e o que respondeu dextrometorfano como princípios ativos mais procurados ( $H = -29,286$ ;  $p = 0,018$ ).

#### **4.3.13. Associação entre a percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia**

Com o intuito de avaliar a existência desta associação, foram implementados os testes de Qui-Quadrado (XXVIII) e H de Kruskal-Wallis (Anexo XXIX) que, após análise estatística, a confirmaram ( $\chi^2=24,365$ ;  $p<0,001$  e  $H=24,167$ ;  $p<0,001$ ).

Asseverou-se, na tabela do Anexo XXVIII, que os inquiridos que responderam dextrometorfano como princípio ativo mais procurado tendem a considerar mais que a maioria dos casos detetados foi por parte de utentes “de passagem” do que os que responderam loperamida e outro(s). Dos inquiridos que responderam dextrometorfano, 86,7% dizem que a maior parte dos casos detetados foi por parte de utentes “de passagem”, comparativamente aos que responderam loperamida (33,3%) e outro(s) (25,0%).

Na tabela de comparação por pares do teste H de Kruskal-Wallis (Anexo XXIX), observa-se que a diferença significativa existe entre o grupo de inquiridos que respondeu dextrometorfano e os que responderam loperamida ( $H=-32,800$ ;  $p=0,002$ ) e outro(s) ( $H=-37,925$ ;  $p=0,030$ ).

#### **4.3.14. Associação entre a percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e a faixa etária dos casos identificados na farmácia**

Após análise estatística, foi confirmada, pelo teste de Qui-Quadrado (Anexo XXX) ( $\chi^2=47,232$ ;  $p<0,001$ ) e pelo teste H de Kruskal-Wallis (Anexo XXXI) ( $H=26,235$ ;  $p<0,001$ ), a existência desta associação.

Através da tabela do Anexo XXX, é possível verificar que os inquiridos que responderam difenidramina, dextrometorfano e pseudoefedrina como sendo o princípio ativo mais procurado tendem a responder faixas etárias menores do que quem respondeu outros(s). Dos inquiridos que responderam outro(s), 50,0% referem que a faixa etária predominante é entre os 30 e aos 65 anos (inclusive) e 50,0% indicam que a faixa etária predominante é superior a 65 anos. Por outro lado, dos inquiridos que responderam difenidramina, 100% consideram que a faixa etária predominante é entre os 18 e os 30 anos (inclusive). Já dos inquiridos que responderam dextrometorfano, 73,3% dizem que a faixa etária predominante é entre os 18 e os 30 anos (inclusive). Por fim, dos inquiridos que responderam pseudoefedrina, 61,4% afirmam que a faixa etária predominante é entre os 18 e os 30 anos (inclusive).

Podemos verificar também, na tabela de comparação por pares do teste H de Kruskal-Wallis (Anexo XXXI), que a diferença significativa existe entre o grupo de inquiridos que respondeu outro(s) e os que responderam difenidramina ( $H=-67,500$ ;  $p=0,004$ ), dextrometorfano ( $H=-49,900$ ;  $p=0,002$ ) e pseudoefedrina ( $H=45,693$ ;  $p=0,004$ ).

#### **4.3.15. Associação entre a percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e o sexo dos casos identificados na farmácia**

Para determinar a existência desta associação, foram aplicados os testes de Qui-Quadrado (XXXII) e H de Kruskal-Wallis (XXXIII). Após análise estatística, esta foi confirmada através dos mesmos ( $\chi^2=33,068$ ;  $p<0,001$  e  $H=32,800$ ;  $p<0,001$ ).

Pela análise da tabela do Anexo XXXII, verificou-se que os inquiridos que responderam pseudoefedrina consideram mais que a maior parte dos casos detetados foi por parte de utentes do sexo masculino comparativamente aos que responderam clorofenamina, loperamida e outro(s). Dos inquiridos que responderam pseudoefedrina, 97,7% indicam que o sexo predominante é o masculino, comparativamente aos que responderam clorofenamina (57,1%), loperamida (57,1%) e outro(s) (37,5%). Verificou-se também que quem responde dextrometorfano considera mais que a maior parte dos casos detetados foi do sexo masculino (90,0%) do que quem respondeu outro(s) (37,5%).

Verifica-se também, através da tabela de comparação por pares do teste H de Kruskal-Wallis (Anexo XXXIII), que a diferença significativa existe entre o grupo de inquiridos que responderam pseudoefedrina e os que responderam clorofenamina ( $H=-24,959$ ;  $p=0,019$ ), loperamida ( $H=-24,959$ ;  $p=0,003$ ) e outro(s) ( $H=-37,040$ ;  $p=0,002$ ). Também se verificou entre os inquiridos que responderam outro(s) e os que responderam dextrometorfano ( $H=32,288$ ;  $p=0,019$ ).

#### **4.3.16. Associação entre a deteção de casos na farmácia e a percepção de utilização recreativa de benzidamina**

Esta associação foi confirmada, após análise estatística, pelo teste Exato de Fisher (Anexo XXXV) ( $p=0,042$ ) e pelo teste U de Mann-Whitney (Anexo XXXIV) ( $U=2061,000$ ;  $p=0,039$ ).

Podemos observar, na tabela presente no Anexo XXXV, que os inquiridos que indicam ter detetado casos nas suas FC tendem a responder mais que a benzidamina é usada de forma recreativa. Dos inquiridos que responderam já ter detetado casos, 15,5% consideram existir uso recreativo de benzidamina, comparativamente aos que responderam não ter detetado (3,8%).

#### **4.3.17. Associação entre a deteção de casos na farmácia e a percepção de utilização recreativa de loperamida**

Para avaliar a presença desta associação, realizaram-se os testes Exato de Fisher (Anexo XXXVII) e U de Mann-Whitney (Anexo XXXVI) que, após análise estatística, a confirmaram ( $p=0,006$  e  $U=2297,000$ ;  $p=0,005$ ).

Analisando a tabela do Anexo XXXVII, asseverou-se que os inquiridos que indicam ter detetado casos nas suas FC tendem a responder mais que a loperamida está a ser usada de forma

recreativa. Dos inquiridos que responderam já ter detetado casos, 43,7% consideram existir uso recreativo de loperamida, comparativamente aos que responderam não ter detetado (19,2%).

#### **4.3.18. Associação entre a deteção de casos na farmácia e a venda dos MNSRM apresentados fora das farmácias**

O teste U de Mann-Whitney (Anexo XXXVIII) ( $U=1739,500$ ;  $p=0,041$ ) confirmou, após análise estatística, a existência desta associação.

A tabela presente no Anexo XXXVIII revela que todos os inquiridos que responderam ter detetado casos de uso recreativo de MNSRM nas suas FC indicam que estes medicamentos não devem ser vendidos fora das mesmas, enquanto uma minoria (5,8%) dos que não detetaram nenhum caso na sua FC indica que devem.

#### **4.3.19. Associação entre perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores**

Com o objetivo de averiguar se existe esta associação, foram efetuados os testes de Qui-Quadrado (Anexo XL) e U de Mann-Whitney (Anexo XXXIX). Estes, após análise estatística, confirmaram-na ( $\chi^2=11,924$ ;  $p=0,008$  e  $U=946,000$ ;  $p<0,001$ ).

Através da tabela presente no Anexo XL, observamos que os inquiridos que não consideram que o uso recreativo está a aumentar em Portugal, tendem a identificar menos casos nos 6 meses anteriores. Dos inquiridos que não consideram que o uso recreativo está a aumentar, 93,5% dizem ter detetado 5 ou menos casos enquanto dos inquiridos que responderam existir aumento do uso recreativo em Portugal, 60,9% referem ter detetado 5 ou menos casos.

#### **4.3.20. Associação entre perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e a faixa etária dos casos identificados na farmácia**

Com o intuito de avaliar a existência desta associação, efetuou-se uma análise estatística que confirmou a associação pelo teste U de Mann-Whitney (Anexo XLI) ( $U=1101,500$ ;  $p=0,034$ ).

Com base na tabela do Anexo XLI, constatamos que os inquiridos que consideram que o uso recreativo tem vindo a aumentar, tendem a afirmar mais que a faixa etária predominante é mais jovem. Dos inquiridos que referiram estar a aumentar, 60,9% dizem que a faixa etária predominante é de 30 ou menos anos comparativamente aos inquiridos que responderam não haver aumento (48,4%).

#### **4.3.21. Associação entre percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e o sexo dos casos identificados na farmácia**

A existência desta associação foi confirmada, após análise estatística, pelo teste U de Mann-Whitney (Anexo XLII) ( $U=1669,000$ ;  $p=0,039$ ).

Foi revelado, na tabela presente no Anexo XLII, que os inquiridos que consideram que o uso recreativo tem vindo a aumentar tendem a indicar mais que o sexo predominante é o masculino. Dos inquiridos que responderam estar a aumentar, 84,8% referem que o sexo predominante é o masculino, comparativamente aos que dizem não estar a aumentar (67,7%).

#### **4.3.22. Associação entre percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e sugerir um MNSRM alternativo para reduzir o acesso aos com potencial de uso recreativo**

Confirmou-se, pelos testes Exato de Fisher (Anexo XLIV) ( $p=0,007$ ) e U de Mann-Whitney (Anexo XLIII) ( $U=1833,000$ ;  $p=0,006$ ), a existência desta associação, após análise estatística.

Através da tabela do Anexo XLIV, é possível verificar que os inquiridos que consideram que o uso recreativo tem vindo a aumentar tendem mais a sugerir MNSRM alternativos. Dos inquiridos que consideram estar a aumentar, 54,3% fazem esta sugestão, comparativamente aos que responderam não estar a aumentar (25,8%).

#### **4.3.23. Associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores**

Para determinar a existência desta associação, foi realizada uma análise estatística que a confirmou através do teste de Qui-Quadrado (Anexo XLV) ( $\chi^2=7,816$ ;  $p=0,050$ ).

Pela análise da tabela presente no Anexo XLV, verificou-se que os inquiridos que responderam utentes regulares como o tipo de utente predominante dos casos assinalados tendem a detetar mais casos nos 6 meses anteriores. Dos inquiridos que responderam utentes regulares, 10,9% afirmam ter detetado mais de 30 casos, 10,9% indicam ter detetado entre 10 e 30 casos (inclusive), 17,4% declaram ter detetado entre 5 a 10 casos (inclusive) e 60,9% asseguram ter detetado 5 ou menos casos. Relativamente aos inquiridos que responderam utentes “de passagem”, 2,6% dizem ter detetado mais de 30 casos, 2,6% asseveram ter detetado entre 10 e 30 casos (inclusive), 20,8% revelam ter detetado entre 5 a 10 casos (inclusive) e 74,0% referem ter detetado 5 ou menos casos.

#### **4.3.24. Associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e a percepção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior**

Esta associação foi confirmada, após análise estatística, pelos testes Exato de Fisher (Anexo XLVII) ( $p=0,003$ ) e U de Mann-Whitney (Anexo XLVI) ( $U=1297,000$ ;  $p=0,003$ ).

Podemos observar, na tabela presente no Anexo XLVII, que os inquiridos que responderam utentes “de passagem” como o tipo de utente predominante nos casos assinalados tendem mais a considerar que houve um aumento de casos nas suas FC comparativamente ao ano anterior. Dos inquiridos que responderam utentes “de passagem”, 44,2% afirmam ter havido um aumento, comparativamente aos que responderam utentes regulares (17,4%).

#### **4.3.25. Associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e a faixa etária dos casos identificados na farmácia**

De forma a avaliar a existência desta associação, foram realizados os testes de Qui-Quadrado (Anexo XLIX) e U de Mann-Whitney (Anexo XLVIII) que, após análise estatística, a confirmaram ( $\chi^2=53,470$ ;  $p<0,001$  e  $U=2863,000$ ;  $p<0,001$ ).

Analisando a tabela presente no Anexo XLIX, asseverou-se que os inquiridos que responderam utentes “de passagem” como o tipo de utente predominante dos casos assinalados tendem mais a considerar que as faixas etárias predominantes são mais jovens. Dos inquiridos que responderam utentes “de passagem”, 77,9% dizem que a faixa etária predominante é entre os 18 e os 30 anos (inclusive) enquanto dos inquiridos que responderam utentes regulares, 58,7% referem que a faixa etária predominante é entre os 30 e os 65 anos (inclusive).

#### **4.3.26. Associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e o sexo dos casos identificados na farmácia**

Após análise estatística, a existência desta associação foi confirmada pelo teste Exato de Fisher (Anexo LI) ( $p<0,001$ ) e teste U de Mann-Whitney (Anexo L) ( $U=1154,000$ ;  $p<0,001$ ).

A tabela do Anexo LI revela que os inquiridos que responderam utentes “de passagem” como o tipo de utente predominante dos casos assinalados tendem mais a considerar que o sexo predominante dos casos identificados é o masculino. Dos inquiridos que responderam utentes “de passagem”, 93,5% afirmam que o sexo predominante é o masculino, comparativamente aos que responderam utentes regulares (58,7%).

#### **4.3.27. Associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e limitar o número de embalagens dispensadas para reduzir o acesso aos MNSRM com potencial de uso recreativo**

Com o objetivo de averiguar se existe esta associação, foi efetuada uma análise estatística, que a confirmou através do teste U de Mann-Whitney (Anexo LII) ( $U=1453,000$ ;  $p=0,046$ ).

Na tabela do Anexo LII, observamos que os inquiridos que responderam utentes “de passagem” como o tipo de utente predominante dos casos assinalados tendem mais a limitar o número de embalagens dispensadas. Dos inquiridos que responderam utentes “de passagem”, 70,1% implementam esta medida, comparativamente aos que responderam utentes regulares (52,2%).

#### **4.3.28. Associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e o contacto entre farmácias**

Para determinar a existência desta associação, foi implementada uma análise estatística que a confirmou, através do teste U de Mann-Whitney (Anexo LIII) ( $U=1579,500$ ;  $p=0,043$ ).

Com base na tabela presente no Anexo LIII, determinamos que os inquiridos que responderam utentes “de passagem” como o tipo de utente predominante dos casos assinalados tendem mais a contactar e ser contactados por FC da zona acerca de utentes a utilizar recreativamente MNSRM. Dos inquiridos que responderam utentes “de passagem”, 13,0% responderam de forma afirmativa, comparativamente aos que responderam utentes regulares (2,2%).

#### **4.3.29. Associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores**

De modo a verificar a existência desta associação, realizou-se uma análise estatística que, pelo teste U de Mann-Whitney Anexo LIV), a confirmou ( $U=824,500$ ;  $p=0,020$ ).

Observou-se, na tabela presente no Anexo LIV, que os inquiridos que responderam não ter conhecimento da utilização recreativa dos MNSRM apresentados tendem a detetar menos casos nos 6 meses anteriores. Dos inquiridos que responderam ter conhecimento, 64,4% afirmam ter detetado 5 ou menos casos e dos que responderam não ter conhecimento, 90,9% referem ter detetado 5 ou menos casos.

#### **4.3.30. Associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e não implementar nenhum sistema para reduzir o acesso a MNSRM com potencial de uso recreativo**

Foi confirmada, pelos testes Exato de Fisher (Anexo LVI) ( $p=0,026$ ) e U de Mann-Whitney ( $U=924,500$ ;  $p=0,013$ ) (Anexo LV), a existência desta associação, após análise estatística.

Através da tabela presente no Anexo LVI, verificou-se que os inquiridos que responderam não ter conhecimento do potencial uso recreativo tendem mais a não implementar nenhum sistema. Dos inquiridos que responderam ter conhecimento, 5,9% afirmam não implementar qualquer sistema, comparativamente aos inquiridos que responderam não ter conhecimento (22,7%).

#### **4.3.31. Associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e a referência**

Para averiguar a existência desta associação, efetuou-se uma análise estatística que a confirmou pelo teste U de Mann-Whitney (Anexo LVII) ( $U=1340,000$ ;  $p=0,047$ ).

Observamos na tabela do Anexo LVII, que os inquiridos que responderam ter conhecimento do potencial uso recreativo tendem mais a referenciar. Dos inquiridos que responderam ter conhecimento, 29,7% indicam já ter referenciado, comparativamente aos que responderam não ter conhecimento (9,1%).

#### **4.3.32. Outras associações**

Foram também identificadas associações estatisticamente significativas entre a variável deteção de casos nas farmácias e as variáveis:

- i. deteção de padrões de compra regulares,
- ii. obtenção do MNSRM em diferentes farmácias,
- iii. ansiedade na solicitação de MNSRM com potencial de uso recreativo,
- iv. desatenção durante esclarecimentos farmacêuticos,
- v. historial de abuso de outras substâncias psicoativas,
- vi. alteração de comportamento,
- vii. perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal,
- viii. deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores,
- ix. perceção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior,
- x. informar que o produto não está disponível para reduzir o acesso aos com potencial de uso recreativo
- xi. não implementar nenhum sistema para reduzir o acesso aos MNSRM com potencial de uso recreativo,
- xii. contacto entre farmácias,
- xiii. referência.

No entanto, estas não foram discriminadas neste trabalho uma vez que os inquiridos que identificaram casos nas suas FC tendem mais a detetar situações relacionadas com atendimentos nos quais foram solicitados os MNSRM em estudo, bem como detalhes específicos desses casos identificados, o que torna as associações pouco significativas.

Existe uma associação estatisticamente significativa entre a perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e a deteção de casos nas farmácias. Consequentemente,

existem várias associações que estas variáveis têm em comum e, pelas mesmas razões apresentadas anteriormente, não serão discutidas por serem expectáveis e pouco relevantes.

Identificou-se uma associação entre a perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e a perceção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior. Esta permitiu verificar que os inquiridos que consideram que o uso recreativo está a aumentar em Portugal tendem mais a afirmar que o mesmo tem aumentado nas suas FC. Por ser uma associação expectável, não foi discutida no presente estudo.

Por fim, também se observou uma associação entre o número de utentes atendidos por dia e a implementação de outros sistemas para reduzir o acesso a MNSRM com potencial de uso recreativo. Embora se observe que quanto maior é o número de utentes atendidos por dia maior é a probabilidade de implementar outros sistemas, comparar uma variável com a opção outro(s) é vago e, por esta razão, esta associação não foi discutida no trabalho.

## **4. Limitações do estudo**

O presente estudo apresenta algumas limitações significativas, pelo que os resultados obtidos devem ser interpretados judiciosamente.

O número mínimo de respostas necessárias para os resultados serem estatisticamente significativos foi atingido. No entanto, se o tempo de implementação do inquérito tivesse sido mais longo, teria sido possível atingir um maior número de respostas, aumentando a dimensão da amostra e minimizando os erros e limitações.

Apesar de a amostra ser constituída por respostas de todos os distritos (exceto Beja) e regiões autónomas de Portugal, não foi obtida a desejada distribuição de respostas que permitisse uma representação da população nacional, uma vez que houve distritos e concelhos com poucas ou nenhuma respostas. Desta forma, não foi possível usar estas variáveis para análise estatística.

Devido ao facto de os inquiridos serem obrigados a quantificar e a recordar-se de situações passadas para responder às questões colocadas, este estudo está sujeito a um viés de memória.

Outra limitação importante foi o facto de não existir literatura científica para comparar e discutir alguns dos resultados obtidos neste estudo.

## **5. Conclusões**

Este estudo teve como objetivos a análise da utilização dos principais MNSRM com potencial de uso abusivo para fins recreativos a nível nacional, a avaliação do grau de consumo destes como substâncias psicoativas e o nível de conhecimento dos farmacêuticos comunitários portugueses acerca do potencial uso recreativo destes medicamentos. Foi obtida uma amostra de 241 farmacêuticos comunitários de diferentes zonas do país.

A análise dos resultados permitiu concluir que apenas 51,0% dos farmacêuticos inquiridos consideram existir utilização recreativa de MNSRM em Portugal. Dos princípios ativos apresentados (benzidamina, dextrometorfano, loperamida, difenidramina, clorofenamina, pseudoefedrina, dimenidrinato e butilescopolamina) os três mais indicados como sendo os mais procurados foram a pseudoefedrina (35,8%), o dextrometorfano (24,4%) e a loperamida (17,1%).

Dos inquiridos que consideram existir uso recreativo, 57,7% afirmam ter detetado casos nas suas próprias FC, 74,8% consideram que este valor tem vindo a aumentar em Portugal e 34,1% reportam um aumento de casos nas suas FC relativamente ao ano anterior. Dos casos identificados nas FC, a maioria dos inquiridos considera serem maioritariamente por parte de utentes “de passagem” (62,6%), com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos (inclusive) (55,3%) e do sexo masculino (80,5%).

De forma a reduzir o acesso a estes MNSRM, dos inquiridos que consideram existir uso recreativo dos mesmos, 63,4% limitam o número de embalagens dispensadas, 23,6% mantêm os medicamentos com estes princípios ativos fora da vista dos utentes, 17,1% informam que o MNSRM não está disponível, 47,2% sugerem um produto alternativo, 4,9% implementam outro(s) sistema(s) e 8,9% dos inquiridos não implementam nenhum.

Apenas 61,8% de todos os inquiridos tinham conhecimento prévio do potencial uso recreativo dos princípios ativos dos MNSRM apresentados. Assim, seria importante dinamizar formações acerca do tema, de modo a sensibilizar os profissionais de saúde para este tópico.

Conclui-se também que os inquiridos com mais anos de atividade profissional têm menor probabilidade de considerar existir uso recreativo de MNSRM em Portugal, detetam menos casos nas suas FC e demonstram menos conhecimento acerca do potencial uso recreativo dos princípios ativos apresentados. Por outro lado, os farmacêuticos que responderam existir uso recreativo de MNSRM estão mais conscientes acerca do potencial recreativo dos mesmos.

Os inquiridos que responderam ter conhecimento acerca da utilização recreativa dos princípios ativos apresentados, detetam mais casos nas suas FC, referenciam mais utentes ao médico ou outras organizações para tratar e/ou controlar casos de uso recreativo de MNSRM e têm maior probabilidade de implementar algum sistema para reduzir o acesso a estes medicamentos.

Todos os inquiridos que responderam ter detetado casos de uso recreativo de MNSRM nas suas FC indicam que estes medicamentos não devem ser vendidos fora das mesmas. Devido às complicações que podem surgir da utilização recreativa destas substâncias, deveria ser considerada a sua reclassificação, por exemplo, como Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Venda Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF).

Para fim, verificou-se que todos os farmacêuticos que participaram no estudo consideram importante o seu papel na intervenção em casos de uso recreativo de MNSRM.

## 6. Bibliografia

1. APIFARMA. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM). Disponível em: <https://apifarma.pt/atividade/tratar-de-mim/medicamentos-nao-sujeitos-a-receita-medica/>. Acedido a 04/04/24.
2. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto. Diário da República n.º 166/2005, Série I-A de 2005-08-16.
3. Cooper, R. J. (2013). 'I can't be an addict. I am.' Over-the-counter medicine abuse: a qualitative study. *BMJ Open*, 3(6) e002913. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002913>
4. Deepak, R. et al. (2020) *Handbook of Analytical Techniques for Forensic Samples*. Elsevier.
5. World Health Organization. Drugs (psychoactive). Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1). Acedido a 17/04/24.
6. Chiappini, S. et al. (2020). Misuse of prescription and over-the-counter drugs to obtain illicit highs: how pharmacists can prevent abuse. *Pharmaceutical Journal*. <https://doi.org/10.1211/PJ.2020.20208538>
7. Schifano, F. et al. (2021). Focus on Over-the-Counter Drugs' Misuse: A Systematic Review on Antihistamines, Cough Medicines, and Decongestants. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.657397>
8. Hughes, G. F. et al. (1999). Abuse/misuse of non-prescription drugs. *Pharmacy World Science*, 21(6), 251–255. <https://doi.org/10.1023/A:1008788726842>
9. Benotsch, E. G. et al. (2014). Intentional Misuse of Over-the-Counter Medications, Mental Health, and Polysubstance Use in Young Adults. *Journal of Community Health*, 39(4), 688–695. <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9811-9>
10. Stefania, C. et al. (2021). The Benzylamine Experience: A Systematic Review of Benzylamine Abuse. *Current Neuropharmacology*, 19(10), 1728–1737. <https://doi.org/10.2174/1570159X19666210113151136>
11. Antoniou, T. et al. (2014). Dextromethorphan abuse. *Canadian Medical Association Journal*, 186(16), E631–E631. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131676>

12. Borron, S. W. et al. (2017). Intentional Misuse and Abuse of Loperamide: A New Look at a Drug with “Low Abuse Potential.” *The Journal of Emergency Medicine*, 53(1), 73–84. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.03.018>
13. Saran, J. S. et al. (2017). Chronic diphenhydramine abuse and withdrawal. *Neurology Clinical Practice*, 7(5), 439–441. <https://doi.org/10.1212/CPJ.0000000000000304>
14. Laccourreye, O. et al. (2015). Benefits, limits and danger of ephedrine and pseudoephedrine as nasal decongestants. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 132(1), 31–34. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2014.11.001>
15. Halpert, A. (2002). Mechanisms and abuse liability of the anti-histamine dimenhydrinate. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 26(1), 61–67. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(01\)00038-0](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(01)00038-0)
16. Kummer, S. et al. (2016). Abuse of the over-the-counter antispasmodic butylscopolamine for the home synthesis of psychoactive scopolamine. *European Journal of Pediatrics*, 175(7), 1019–1021. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2683-5>
17. Ósz, B. E. et al. (2023). Benzydamine—An Affordable Over-the-Counter Drug with Psychoactive Properties—From Chemical Structure to Possible Pharmacological Properties. *Pharmaceuticals*, 16(4), 566. <https://doi.org/10.3390/ph16040566>
18. ScienceDirect. Benzydamine. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/topics/neuroscience/benzydamine>. Acedido a 03/05/24.
19. Resumo das Características do Medicamento. Tantum Verde 1,5 mg/ml solução para lavagem da boca. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Acedido a 05/05/24.
20. DRUGBANK online. Benzydamine. Disponível em: <https://go.drugbank.com/drugs/DB09084>. Acedido a 05/05/24.
21. Resumo das Características do Medicamento. Rosalgin 500 mg pó para solução vaginal. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Acedido a 05/05/24.
22. Gürü, M. et al. (2019). Chronic psychosis related to benzydamine hydrochloride abuse. *Neurocase*, 25(3–4), 156–158. <https://doi.org/10.1080/13554794.2019.1617318>

23. Avvisati, R. et al. (2018). Intravenous self-administration of benzydamine, a non-steroidal anti-inflammatory drug with a central cannabinoidergic mechanism of action. *Addiction Biology*, 23(2), 610–619. <https://doi.org/10.1111/adb.12516>
24. DRUGBANK online. Dextromethorphan. Disponível em: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00514>. Acedido a 05/05/24.
25. Resumo das Características do Medicamento. Bisoltussin Tosse Seca, 2 mg/ml, solução oral. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Acedido a 05/05/24.
26. Brown, C. et al. (2004). Antitussive activity of sigma-1 receptor agonists in the guinea-pig. *British Journal of Pharmacology*, 141(2), 233–240. <https://doi.org/10.1038/sj.bjp.0705605>
27. Boyer, E. et al. (2013). Antitussives and substance abuse. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 75. <https://doi.org/10.2147/SAR.S36761>
28. Ordem dos Farmacêuticos. Tratamento da tosse no adulto. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/tratamento-da-tosse-no-adulto/>. Acedido a 06/05/24.
29. ScienceDirect. Dextromethorphan. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/dextromethorphan>. Acedido a 06/05/24.
30. Resumo das Características do Medicamento. Benflux Tosse Seca, 2 mg/ml, solução oral. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Acedido a 06/05/24.
31. Hayashi, T. et al. (2005). The Sigma Receptor: Evolution of the Concept in Neuropsychopharmacology. *Current Neuropharmacology*, 3(4), 267–280. <https://doi.org/10.2174/157015905774322516>
32. Cobos, E. et al. (2008). Pharmacology and Therapeutic Potential of Sigma1 Receptor Ligands. *Current Neuropharmacology*, 6(4), 344–366. <https://doi.org/10.2174/157015908787386113>
33. DRUGBANK online. Loperamide. Disponível em: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00836>. Acedido a 05/05/24.

34. Wightman, R. S. et al. (2016). Not your regular high: cardiac dysrhythmias caused by loperamide. *Clinical Toxicology*, 54(5), 454–458. <https://doi.org/10.3109/15563650.2016.1159310>
35. Resumo das Características do Medicamento. IMODIUM 2 mg cápsulas. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Acedido a 05/05/24.
36. Powell, J. W. et al. (2019). Loperamide as a Potential Drug of Abuse and Misuse: Fatal Overdoses at the Medical University of South Carolina. *Journal of Forensic Sciences*, 64(6), 1726–1730. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14115>
37. Antoniou, T. et al. (2017). Loperamide abuse. *Canadian Medical Association Journal*, 189(23), E803–E803. <https://doi.org/10.1503/cmaj.161421>
38. JOHNS HOPKINS MEDICINE. Opioids. Disponível em: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/opioids>. Acedido a 08/05/24.
39. DRUGBANK online. Diphenhydramine. Disponível em: <https://go.drugbank.com/drugs/DB01075>. Acedido a 08/05/24.
40. Resumo das Características do Medicamento. Drenoflux 2,8 mg/ml Xarope. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Acedido a 08/05/24.
41. Sicari, V. et al. (2023). Diphenhydramine. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 30252266.
42. Volgin, A. et al. (2019). Understanding Central Nervous System Effects of Deliriant Hallucinogenic Drugs through Experimental Animal Models. *ACS Chemical Neuroscience*, 10(1), 143–154. <https://doi.org/10.1021/acscemneuro.8b00433>
43. Dourron, H. M. et al. (2023). A Qualitative Analysis of First-Hand Accounts of Diphenhydramine Misuse Available on YouTube. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/02791072.2023.2251985>
44. Preston, K. L. et al. (1992). Subjective and behavioral effects of diphenhydramine, lorazepam and methocarbamol: evaluation of abuse liability. *J Pharmacol Exp Ther*;262(2):707-20. PMID: 1501118.

45. Matsunaga, K. et al. (1998). Inhibition of neuronal dopamine uptake by some antiallergic drugs. *European Journal of Pharmacology*, 350(2–3), 165–169. [https://doi.org/10.1016/S0014-2999\(98\)00253-2](https://doi.org/10.1016/S0014-2999(98)00253-2)
46. DRUGBANK online. Chlorpheniramine. Disponível em: <https://go.drugbank.com/drugs/DB01114>. Acedido a 09/05/24.
47. Resumo das Características do Medicamento. Gripponal 4 mg +500 mg comprimido efervescente. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Acedido a 09/05/24.
48. Das, S. et al. (2017). Chlorpheniramine dependence presenting as mania. *Asian Journal of Psychiatry*, 30, 29–30. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.07.007>
49. Serra Grabulosa, J. M. et al. (2002). Efectos secundarios del antihistamínico clorfeniramina sobre el sistema nervioso central. *Revista de Neurología*, 34(12), 1178. <https://doi.org/10.33588/rn.3412.2001506>
50. Fernandez, C. V. (1992). Hallucinations induced by an antihistamine-decongestant mixture: Should children use over-the-counter drugs? *Can Fam Physician*. Sep;38:2184-210. PMID: 21221288; PMCID: PMC2145491.
51. Guo, Q. et al. (2022). Chlorpheniramine poisoning as a potential cause of rhabdomyolysis. *The American Journal of Emergency Medicine*, 57, 236.e1-236.e3. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.04.010>
52. DRUGBANK online. Pseudoephedrine. Disponível em: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00852>. Acedido a 10/05/24.
53. Resumo das Características do Medicamento. Claridon 5 mg/120 mg comprimidos de libertação modificada. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Acedido a 10/05/24.
54. Mandal, P. S. et al. (2024). Ephedrine and Pseudoephedrine: A Comprehensive Review of Their Pharmacology and Clinical Applications. 14. 1447-1455.
55. MAYO CLINIC. Pseudoephedrine (Oral Route). Disponível em: <https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/pseudoephedrine-oral-route/description/drg-20067942>. Acedido a 12/05/24.

56. ACS Chemistry for Life. Pseudoephedrine. Disponível em: <https://www.acs.org/molecule-of-the-week/archive/p/pseudoephedrine.html>. Acedido a 12/05/24.
57. Sohn, J. S. et al. (2021). Development and evaluation of pseudoephedrine hydrochloride abuse-deterrent formulations using thermal modified rice starch. *International Journal of Biological Macromolecules*, 182 1248–1258. <https://doi.org/10.1016/j.ijbiomac.2021.05.055>
58. European Union Drugs Agency. Main methamphetamine production methods used in Europe. Disponível em: [https://www.euda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/methamphetamine/main-production-methods-europe\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/methamphetamine/main-production-methods-europe_en). Acedido a 12/05/24.
59. Resumo das Características do Medicamento. Enjomin 100mg comprimidos. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Acedido a 13/05/24.
60. Resumo das Características do Medicamento. Vomidrine 50 mg comprimido. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Acedido a 13/05/24.
61. ScienceDirect. Dimenhydrinate. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/dimenhydrinate>. Acedido a 13/05/24.
62. DRUGBANK online. Dimenhydrinate. Disponível em: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00985>. Acedido a 13/05/24.
63. Resumo das Características do Medicamento. Buscopan 10 mg comprimidos revestidos. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>. Acedido a 13/05/24.
64. Jalali, F. et al. (2014). Smoking Crushed Hyoscine/Scopolamine Tablets as Drug Abuse. *Substance Use & Misuse*, 49(7), 793–797. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.880178>
65. DRUGBANK online. Butylscopolamine. Disponível em: <https://go.drugbank.com/drugs/DB09300>. Acedido a 13/05/24.
66. Ramadan, H. (2023). Hyoscine N-butylbromide inhalation: they know, how about you? *World Journal of Emergency Medicine*, 14(1), 81. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2023.002>
67. ScienceDirect. Antimuscarinic. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/topics/chemistry/antimuscarinic>. Acedido a 13/05/24.

68. Direção Geral de Alimentação e Veterinária. Alcaloides do tropano. Disponível em: <https://www.dgav.pt/wp-content/uploads/2021/02/Alcaloides-do-tropano.pdf>. Acedido a 13/05/24.
69. Lakstygai, A. M. et al. (2019). DARK Classics in Chemical Neuroscience: Atropine, Scopolamine, and Other Anticholinergic Deliriant Hallucinogens. *ACS Chemical Neuroscience*, 10(5), 2144–2159. <https://doi.org/10.1021/acchemneuro.8b00615>
70. Frascht, M. et al. (2007). Formation of Scopolamine from N-Butyl-Scopolammonium Bromide in Cigarettes. *Journal of Analytical Toxicology*, 31(4), 220–223. <https://doi.org/10.1093/jat/31.4.220>
71. Cooper, R. J. (2013). Over-the-counter medicine abuse – a review of the literature. *Journal of Substance Use*, 18(2), 82–107. <https://doi.org/10.3109/14659891.2011.615002>
72. Sansgiry, S. et al. (2016). Abuse of over-the-counter medicines: a pharmacist’s perspective. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, Volume 6, 1–6. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S103494>
73. Algarni, M. et al. (2022). Community pharmacists’ views and experiences toward over-the-counter medicines misuse and abuse in Saudi Arabia: A qualitative study. *Frontiers in Pharmacology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.997342>
74. Wazaify, M. et al. (2006). The implementation of a harm minimisation model for the identification and treatment of over-the-counter drug misuse and abuse in community pharmacies in Northern Ireland. *Patient Education and Counseling*, 64(1–3), 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.12.008>
75. Serviço Nacional de Saúde e Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Programa “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão” – Relatório de 2018. Disponível em: <https://www.spms.min-saude.pt/2019/05/programa-diz-nao-a-uma-seringa-em-segunda-mao-relatorio-de-2018/>. Acedido a 26/05/24.
76. Webster, J. L. (2013). Assessing community pharmacist engagement in a policing partnership strategy to reduce the illicit diversion of pseudoephedrine products. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(6), 903–917. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.02.003>
77. ELSEVIER. Scopus: Comprehensive, multidisciplinary, trusted abstract and citation database. Disponível em: <https://www.elsevier.com/products/scopus>. Acedido a 18/06/24.

78. Zaprutko, T. et al. (2016). Misuse of OTC drugs in Poland. *Health Policy*, 120(8), 875–881. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.06.008>
79. European Union Drugs Agency. Non-medical use of medicines: health and social responses. Disponível em: [https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/non-medical-use-of-medicines-health-and-social-responses\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/non-medical-use-of-medicines-health-and-social-responses_en). Acedido a 29/06/24.
80. Feldman, R. et al. (2020). National assessment of pharmacist awareness of loperamide abuse and ability to restrict sale if abuse is suspected. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(6), 868–873. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.05.021>
81. Ordem dos Farmacêuticos. Farmacêuticos em Números. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/numeros/>. Acedido a 30 de junho de 2024
82. Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com utilização do SPSS 3ª Edição. Análise estatística com SPSS.*
83. Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir.*
84. Russo, E. et al. (2023). Use, Abuse, and Misuse of Nasal Medications: Real-Life Survey on Community Pharmacist's Perceptions. *Journal of Personalized Medicine*, 13(4), 579. <https://doi.org/10.3390/jpm13040579>

# Capítulo 2 – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

## 1. Introdução

A Farmácia Comunitária (FC) é a área que mais visibilidade dá à profissão devido ao número de farmacêuticos (F) que nela exercem, e como primeiro ponto de contacto dos utentes com o Serviço Nacional de Saúde (SNS)<sup>1</sup>.

Os F comunitários prestam serviços nas mais diversas áreas, nomeadamente na gestão da terapêutica, administração de medicamentos, determinação de parâmetros bioquímicos, identificação de utentes em risco, deteção precoce de diversas doenças e promoção de estilos de vida mais saudáveis. No entanto, o que os diferencia dos outros profissionais de saúde é o seu conhecimento na área do medicamento<sup>1</sup>. Como tal, o principal objetivo da FC é reduzir a morbimortalidade associada ao uso de medicamentos, quer através do controlo das condições em que estes são cedidos, quer através da avaliação dos resultados clínicos obtidos<sup>2</sup>.

De forma a consolidar e complementar o conhecimento teórico adquirido ao longo da formação académica, é fundamental o contacto real com a profissão. Apenas desta forma é possível adquirir todas as competências técnicas, científicas, deontológicas e interpessoais inerentes a um F comunitário de excelência.

O presente relatório descreve a minha experiência no estágio curricular em FC realizado durante 12 semanas, com início a 5 de fevereiro e término a 26 de abril de 2024, na Farmácia Internacional (FI) em Lisboa sob a orientação da Dr.<sup>a</sup> Eunice Cruz, Diretora Técnica (DTec) e proprietária.

## 2. Farmácia Internacional

### 2.1. Localização, horário de funcionamento e caracterização dos utentes

A FI, fundada em 1912, situa-se na Rua do Ouro n.º 228-230, em plena baixa da cidade de Lisboa, num edifício pombalino com valor histórico. O seu horário de funcionamento é das 08h30 às 20h00 de segunda a sexta-feira e das 10h00 às 19h00 aos sábados, domingos e feriados. Obedece assim ao limite mínimo de 44h de funcionamento semanal obrigatório<sup>3</sup>, encerrando apenas nos dias 25 de dezembro e 1 de janeiro.

A cada 90 dias, a FI encontra-se em turno de serviço permanente mantendo-se em funcionamento, ininterruptamente, desde a hora de abertura até à hora de encerramento do dia seguinte<sup>4</sup>. Durante este turno, o atendimento é feito excecionalmente através do postigo de atendimento.

Nos últimos 10 anos, houve uma alteração significativa no perfil dos utentes da FI. Inicialmente, a maior parte deles eram adultos e idosos que ou trabalhavam ou residiam na zona e iam à farmácia com regularidade<sup>5</sup>. No entanto, o *boom* do turismo na cidade de Lisboa, nomeadamente na zona da baixa, obrigou muitos destes utentes a mudarem-se para outras zonas da cidade quer devido ao aumento dos preços das rendas, quer devido à reabilitação de edifícios de habitação para dar lugar a hotéis e alojamentos locais. Outro fator de mudança foi a pandemia do COVID-19. Devido a esta, muitas empresas da zona optaram pelo teletrabalho pelo que, uma grande parte dos utentes que vinham de outras zonas da cidade para trabalhar nestes locais deixaram de o fazer. Consequentemente, passaram a ir a outras farmácias mais perto da sua residência.

Por estas razões, a maioria dos utentes que atualmente frequentam a FI são “de passagem”, nomeadamente turistas de diversos países ou estrangeiros que se mudaram recentemente para a zona, para morar ou trabalhar.

## **2.2. Instalações e equipamentos**

Para garantir a acessibilidade, qualidade e segurança dos serviços farmacêuticos prestados, a FI dispõe de instalações, equipamentos e fontes de informação apropriadas, cumprindo as normas orientadoras definidas pelas “Boas Práticas Farmacêuticas em Farmácia Comunitária”<sup>2</sup>.

### **2.2.1. Espaço exterior**

A FI possui uma cruz verde luminosa colocada perpendicularmente à porta de entrada, de forma a identificar onde se situa. Esta permanece iluminada durante todo o tempo em que a farmácia se encontra aberta ou de serviço<sup>2,6</sup>.

Na fachada, existe um letreiro grande e visível com a designação “Farmácia INTERNACIONAL” e um letreiro menor com o nome da farmácia e da DTec. Do lado direito da porta de entrada, encontram-se afixados o horário de funcionamento e a informação das farmácias em turno de serviço permanente, com o respetivo nome e contacto associado. Encontra-se também o postigo de atendimento e respetiva campainha usados neste turno. A porta de entrada situa-se ao nível da rua, sem qualquer obstáculo, de modo a não impossibilitar ou dificultar o acesso a utentes com mobilidade reduzida, idosos ou portadores de deficiência<sup>2</sup>.

Adjacente ao lado esquerdo desta, está a montra da farmácia que possui uma placa com a inscrição “farmácia” em diferentes línguas, alguns posters de serviços prestados e dois mostradores renovados periodicamente pela DTec com produtos associados à época do ano e campanhas promocionais. Durante o estágio tive a oportunidade de auxiliar nesta tarefa.

### **2.2.2. Espaço interior**

O espaço interior da FI está organizado num só piso em duas zonas principais, a área de atendimento ao público e o *Back Office*.

A área de atendimento possui quatro balcões: três utilizados para o atendimento e um para o registo dos produtos dispensados, de forma a facilitar a realização de encomendas. Todos os balcões possuem um computador com acesso ao Sistema Informático (SI) da farmácia, impressoras para a impressão de receitas manuais, talões e etiquetas, leitores de códigos de barras e QR e mostradores com alguns produtos de venda livre. Existem três terminais de multibanco e uma caixa registadora comuns a todos os balcões de atendimento. Um dos balcões está discretamente equipado com um dispositivo para chamada urgente de uma entidade de segurança pública ou privada<sup>2</sup>. Os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) e alguns suplementos alimentares encontram-se expostos em prateleiras (lineares) atrás dos balcões organizados por categorias, à vista do utente, mas fora do seu alcance. Sob estes, existem ainda gavetas e armários opacos onde estão guardados os Medicamentos de Uso Veterinário (MUV) e alguns Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) e produtos de saúde. Atrás dos balcões, e em local visível, situa-se um letreiro com o nome da farmácia, um letreiro com os serviços prestados e ainda as informações de que o local se encontra sob videovigilância, a certidão de registo da farmácia e o livro de reclamações.

Existe ainda uma zona destinada à espera dos utentes e seus acompanhantes que, embora não esteja separada fisicamente da zona de atendimento, encontra-se limitada por lineares contendo os produtos de venda livre, organizados por categoria e por marca comercial. Destes destaco os produtos de puericultura, cuidados de rosto, corpo e cabelo, cuidado íntimo e bem-estar sexual, proteção solar e higiene oral. Existe ainda um linear com vários destes produtos em tamanho inferior a 100 ml para que possam facilmente ser transportados em viagem. Os produtos de venda livre estão protegidos por portas de vidro que permitem a sua visualização, mas que apenas são abertas pelos colaboradores da FI. Nesta zona existem ainda cadeiras, uma balança e um dispensador de gel desinfetante.

O *Back Office*, situado atrás da zona de atendimento, está dividido em laboratório, zona de refeições da equipa, instalações sanitárias, área administrativa, área de receção e conferência de encomendas, área de armazenamento principal, área de Preparação Individualizada da Medicação (PIM), Gabinete de Atendimento Personalizado (GAP) e zona de arquivo. Esta última possui uma porta com acesso ao exterior utilizada pela equipa da FI para abertura e encerramento da mesma e pelos fornecedores para entrega das encomendas.

O laboratório destina-se à reconstituição extemporânea de medicamentos e à preparação de medicamentos manipulados. Está equipado com uma bancada de trabalho lisa e de material adequado à correta manipulação e limpeza, um lavatório e armários para armazenar matérias-primas e equipamentos requeridos por lei<sup>7</sup>.

A área de receção e conferência de encomendas possui um computador com o SI instalado, um leitor de códigos de barras e QR, um leitor de cartões de cidadão e uma impressora de etiquetas. Possui ainda gavetas e separadores destinados ao armazenamento de faturas e notas de crédito.

Na área de armazenamento, adjacente à área de receção e conferência de encomendas, os medicamentos genéricos encontram-se organizados em prateleiras por ordem alfabética da sua Denominação Comum Internacional (DCI) e os medicamentos de marca por ordem alfabética do nome comercial, separados por forma farmacêutica de modo a facilitar a sua identificação. Os Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP) e Benzodiazepinas (BZD) estão em prateleiras separadas, também organizados por ordem alfabética da DCI. Existe ainda uma zona destinada ao armazenamento dos produtos reservados, que ficam guardados em sacos de papel identificados com os talões de reserva, que possuem a data da mesma, nome do medicamento e nome do utente que efetuou a reserva. Estes sacos ficam organizados por ordem alfabética de acordo com o nome do utente. A área de armazenamento possui ainda um frigorífico, no qual são armazenados os produtos termolábeis, por ordem alfabética do nome comercial.

A área de PIM possui uma superfície de trabalho lisa que permite a correta preparação e, por cima desta, algumas prateleiras com caixas identificadas com o nome de cada utente que contém a medicação a ser utilizada na preparação. Possui ainda gavetas com todos os materiais necessários à mesma. Nesta área estão presentes os contentores de recolha da VALORMED e da Assistência Médica Internacional (AMI).

Na área administrativa, são desempenhadas as diferentes tarefas administrativas que permitem o bom funcionamento da FI. Realizam-se também reuniões com os representantes dos laboratórios e colaboradores. Existem dois computadores, um deles com o SI, e alguns dossiês de registos. Os restantes e a biblioteca da FI situam-se na zona de arquivo.

O GAP é o local destinado à prestação de serviços farmacêuticos e atendimentos que necessitem de um aconselhamento individualizado ou de maior privacidade. Este espaço está equipado com um computador, uma secretária e cadeiras, uma marquesa e um móvel de apoio com todo o material necessário à prestação dos serviços. Possui ainda um contentor para a recolha de resíduos biológicos (Grupo III) e um contentor do Agulhão para a recolha de resíduos cortantes e perfurantes (Grupo IV). Está também equipado com um kit de oxigénio e uma caneta de adrenalina para serem utilizados em caso de reações anafiláticas.

A FI possui assim todas as áreas obrigatórias por lei, dispondo ainda de algumas facultativas<sup>8</sup>.

### **2.3. Recursos humanos**

A FI está sob a direção técnica da Dr.<sup>a</sup> Eunice Cruz, F e proprietária. Os outros membros da equipa são o Sr. Paulo Carçoço e a Sr.<sup>a</sup> Maria João Caridade, técnicos de farmácia, a Sr.<sup>a</sup> Cristina Ferrão, assistente administrativa, a Sr.<sup>a</sup> Vilma Costa, paquete e a Sr.<sup>a</sup> Justina Trindade, operacional de limpeza. Durante o estágio estiveram ainda presentes a Sr.<sup>a</sup> Mara Moreira e a

Sr.<sup>a</sup> Cláudia José, estagiárias de Técnicas Auxiliares de Farmácia (TAF). Cada colaborador tem um horário e funções atribuídas, de modo a aumentar a produtividade e certificar que todas as tarefas são cumpridas.

## **2.4. Recursos informáticos**

O SI utilizado na FI é o SPharm<sup>®</sup>, um software de gestão de FC desenvolvido pela SoftReis, parte do SIER Group, que auxilia em todas as funções desempenhadas. Por ser intuitivo e de fácil utilização, permite realizar tarefas rotineiras rapidamente, otimizando o tempo da equipa. Para aceder ao SI, cada colaborador possui um nome de utilizador e palavra-passe, que permite o registo e controlo dos procedimentos efetuados.

Na zona de atendimento, permite dispensar diversos produtos, aceder à ficha técnico-científica de cada um e à ficha de cada utente registado na FI. Isto permite o acesso rápido a dados, como a medicação que o utente costuma comprar, o regime de comparticipação e o valor de desconto a que tem direito. Permite ainda, no momento da dispensa de um medicamento, verificar as interações medicamentosas, as alternativas disponíveis com o mesmo princípio ativo, as que dão uma maior margem de lucro para a mesma indicação terapêutica e as que existem em stock. Caso não exista o medicamento pretendido, o SI indica se este se encontra disponível para encomenda ou se está esgotado no fornecedor. Permite também fazer encomendas instantâneas durante o atendimento, criar e gerir reservas e pesquisar substâncias ativas por DCI.

Nos atendimentos com receita médica, o SPharm<sup>®</sup> permite processar receitas eletrónicas e manuais. É possível processar simultaneamente, no mesmo atendimento, receitas de uma ou mais pessoas. O SI exige uma segunda verificação da medicação cedida no final do atendimento através do código QR ou do Código Nacional do Produto (CNP), de modo a diminuir erros de dispensa.

Já no *Back Office*, o SI auxilia na gestão e receção de encomendas, na gestão e regularização de devoluções, na gestão de stocks, no controlo dos prazos de validade (PV), no registo de MEP e BZD, na visualização do histórico de compra e vendas, na atualização do Preço de Venda ao Público (PVP) e no processamento da faturação e receituário. Para evitar a perda de informação em caso de avaria informática ou acidente, o SI do último computador a ser desligado, o da zona administrativa no *Back Office*, faz automaticamente uma cópia de segurança diária<sup>2</sup>.

Ao longo do estágio trabalhei diariamente com o SPharm<sup>®</sup>, através do nome de utilizador e palavra-passe que defini no início do mesmo. Um dos recursos mais utilizado por mim foi a pesquisa por DCI, uma vez que a maioria dos atendimentos que realizei foi a turistas que solicitavam um medicamento pelo nome da marca existente no seu país, que não existe em Portugal. Pela pesquisa da marca na internet e posteriormente por DCI no SI, identifiquei as alternativas disponíveis.

### **3. Informação e documentação científica**

A informação na área da saúde, nomeadamente no que diz respeito ao medicamento, está constantemente a ser atualizada de modo a tornar o seu uso mais seguro. Os F como profissionais e agentes promotores da saúde pública, devem acompanhar estes avanços de modo a prestar o melhor aconselhamento possível aos utentes. Para tal, o acesso a fontes de informação atualizadas e credíveis em formato físico ou digital é fundamental.

A biblioteca da FI possui em formato físico a *Farmacopeia Portuguesa*, *Índice Nacional Terapêutico*, o *Prontuário Terapêutico* e o *Formulário Galénico Português*. Cada computador tem também definido, em acesso rápido, a página online do INFOMED, a base de dados de medicamentos do INFARMED (Autoridade Nacional de Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.)<sup>2,6</sup>. Estão ainda disponíveis os boletins de Farmacovigilância do INFARMED e do Centro de Informação do Medicamento (CIM) e as circulares normativas da AFP (Associação de Farmácias de Portugal), da qual a FI é sócia, e do INFARMED sobre a suspensão da comercialização ou retirada de algum produto/lote do mercado.

### **4. Formação contínua**

Os F comunitários devem atualizar e complementar os seus conhecimentos técnico-científicos de modo a prestar esclarecimentos, identificar e resolver quaisquer situações que possam surgir no decorrer de um atendimento.

Ao longo do estágio participei em diversas formações, de modo a complementar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do mestrado integrado, das quais destaco em formato presencial: “Parasitas Externos nos animais de estimação”, dinamizada pela Boehringer Ingelheim®; “Coenzima Q10”, dinamizada pela PharmaNord® e “Workshop de Higiene Oral”, dinamizado pela Pierre Fabre®. Em formato online, frequentei os cursos: “Curso de Tratamento de Feridas Agudas”, dinamizado pela HARTMANN®; “Feridas e Primeiros Socorros”, “Impacto da Dor na Atualidade” e “Patologias Respiratórias”, dinamizados pela LisbonPH. Já em contexto de farmácia, tive a oportunidade de assistir a diversas exposições de delegados de informação médica de diferentes marcas como Perrigo®, Tilman®, Uriach e Sidefarma.

### **5. Aquisição e armazenamento de medicamentos e produtos de saúde**

Embora a zona de atendimento seja a face visível da FI, o *Back Office* é fundamental para que o atendimento ao utente seja feito sem quaisquer percalços. O correto desempenho destas atividades não só se vai refletir na satisfação das necessidades dos utentes que recorrem à farmácia, mas também no seu lucro e rentabilidade.

## **5.1. Gestão de encomendas: seleção de fornecedor, tipos de encomendas e critérios de aquisição**

Para garantir um aprovisionamento rentável e eficaz, é importante caracterizar a farmácia em relação aos seus utentes, necessidades, expectativas e também sazonalidade. Apenas desta forma é possível obter os produtos adequados, nas quantidades necessárias e em tempo útil.

Os fornecedores da FI são selecionados pela DTec, tendo em conta a existência, disponibilidade, preço do produto e outros fatores como qualidade do serviço, condições de pagamento, bonificações, política de devoluções e assistência. Atualmente, os principais fornecedores da FI são a *Alliance Healthcare*<sup>TM</sup> (principal), que faz duas entregas diárias, às 09h00 e às 15h00, e a Plural – Cooperativa Farmacêutica, Crl (secundário), que apenas faz uma entrega diária às 15h00. Quando os delegados representantes oferecem condições favoráveis para encomendas maiores, a DTec opta por fazer a compra diretamente aos laboratórios. O principal exemplo são as encomendas trimestrais dos medicamentos genéricos.

Existem três tipos de encomendas que podem ser feitas diariamente aos fornecedores: diárias, instantâneas e inseridas no projeto “Via Verde do Medicamento”.

As encomendas diárias são realizadas através do SPharm® duas vezes por dia, às 12h30 e antes do fecho da farmácia. É importante que as encomendas sejam realizadas até às 13h00, para que venham com o fornecedor na entrega das 15h00, e antes das 21h00, para que venham na entrega das 09h00 do dia seguinte. Estas encomendas têm por base os produtos que foram vendidos ao longo do dia e as encomendas telefónicas de medicamentos para posterior levantamento. Quando a FI abre, no computador da zona de atendimento destinado às encomendas, vão sendo colocados os produtos à medida que são dispensados e outros que devem ser pedidos. No momento de realizar a encomenda, a DTec verifica os produtos adicionados fazendo as alterações pertinentes de acordo com as necessidades da farmácia naquele momento. Posteriormente, a encomenda é guardada e enviada para o fornecedor selecionado.

As encomendas instantâneas são realizadas durante o atendimento. Se o medicamento solicitado não estiver disponível na farmácia, é possível verificar no SI a disponibilidade do mesmo nos diferentes fornecedores e a data prevista de entrega. Se o utente desejar fazer a encomenda do medicamento, procede-se à reserva do mesmo. Por vezes, o medicamento pode aparecer como “Indisponível”, devendo ligar-se diretamente ao fornecedor para verificar e fazer a encomenda diretamente pelo telefone, caso seja possível.

O projeto “Via Verde do Medicamento” é uma via excecional de aquisição que pode ser ativada quando a farmácia não tem em stock o medicamento pretendido por um utente, mediante apresentação de uma receita médica válida, e quando este não pode ser pedido através de uma encomenda diária ou instantânea. Este projeto tem como objetivo melhorar o acesso a certos

medicamentos e tem por base a existência de um stock de reserva dos mesmos nos distribuidores grossistas. Este é disponibilizado pelos detentores da Autorização de Introdução no Mercado (AIM). A encomenda é também efetuada durante o atendimento, através do SPharm®, e garante a entrega do produto num prazo máximo de doze horas<sup>9</sup>.

Durante o estágio observei a validação e a realização das encomendas diárias e por Via Verde. Assisti também algumas negociações entre a DTec e os representantes de laboratórios, para que as encomendas respondessem às necessidades da farmácia e trouxessem o maior lucro possível. Realizei algumas encomendas instantâneas e reservas de produtos através do SI contactando, sempre que necessário, os fornecedores por telefone. Pude observar que muitos dos utentes habituais da FI já estavam familiarizados com as encomendas instantâneas, optando muitas vezes por ir no dia anterior ao medicamento acabar para o terem garantidamente no dia necessário.

Um caso interessante ocorreu durante o atendimento a uma senhora que, após uma consulta do viajante, se dirigiu à FI com uma receita na qual constava a vacina Qdenga®. Por ser uma vacina para prevenção da dengue e esta não ser uma doença prevalente em Portugal, informei que não tínhamos a vacina disponível. Contudo, após verificar no SI, conseguiria fazer uma encomenda instantânea para que esta estivesse na farmácia no dia seguinte. A utente concordou e fez a reserva. Por nunca ter contactado com esta vacina, tive curiosidade de ler o Resumo das Características do Medicamento (RCM), caso a utente tivesse alguma dúvida, e verifiquei que este tinha o triângulo preto invertido de monitorização adicional. No dia seguinte, a utente veio buscar a vacina e a seu pedido expliquei os efeitos adversos mais comuns. Aproveitei para, com o seu consentimento, apresentar o portal RAM do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF) do INFARMED para a notificação de Reações Adversas a Medicamentos (RAM), como o utilizar e o que significava o medicamento estar sujeito a monitorização adicional. A utente agradeceu a atenção e anotou o link do portal RAM no seu telemóvel.

## **5.2. Receção, conferência de encomendas e marcação de preços**

As encomendas são entregues na FI em contentores específicos que garantem a integridade e conservação dos produtos que transportam. Cada contentor vem numerado e com a indicação da farmácia a que se destina. Além disso, vêm acompanhados pela fatura, original e duplicado, ou pela guia de remessa correspondente. Estes documentos devem descrever, quantitativa e qualitativamente, todos os produtos que transportam. No caso destas não serem enviadas com os contentores, podem ser impressas através do site do fornecedor. Os contentores que transportem MEP ou BZD são ainda acompanhados de uma nota de requisição, em duplicado, e as matérias-primas devem estar acompanhadas do respetivo boletim de análise e ficha de segurança, conforme as especificações da *Farmacopeia Portuguesa*. Os produtos termolábeis são transportados em contentores específicos, visualmente distintos dos restantes, concebidos para garantir a sua refrigeração com termoacumuladores.

O primeiro passo da recepção de encomendas é verificar o destinatário dos contentores. Depois de abertos, organizam-se de acordo com a guia de remessa uma vez que encomendas grandes, com vários produtos, podem vir distribuídas por vários contentores com uma só guia para todos eles. Seguidamente, abre-se a recepção de encomendas no SI através do nome de utilizador e palavra-passe, o que permite associar a recepção da encomenda ao colaborador que a realizou.

Para as encomendas com número externo, como é o caso das da *Alliance Healthcare*<sup>TM</sup>, procura-se o mesmo na guia de remessa e importa-se a respetiva encomenda para ser conferida. Se não tiverem número externo, como é o caso das encomendas da Plural e as que são feitas diretamente aos representantes de laboratórios, conferem-se primeiramente os produtos e depois associa-se a leitura do código de barras ou número da referência presente na guia de remessa, de modo a associá-la à recepção da encomenda.

Para conferir os produtos, faz-se a leitura dos códigos presentes na embalagem. Os MSRM devem ser conferidos através do código QR, uma vez que apenas este permite a identificação individual de cada embalagem e a deteção de medicamentos falsificados no circuito legal do medicamento<sup>10</sup>. Por outro lado, os MNSRM e os produtos de venda livre são conferidos através do código de barras ou do CNP. Paralelamente à leitura dos códigos, deve conferir-se a integridade das embalagens e os PV. No fim desta etapa, é feita uma conferência final dos produtos linha a linha no que respeita às suas quantidades, preço de venda à farmácia (PVF) e PVP. Todas estas informações devem estar de acordo com as que constam na guia de remessa.

Enquanto os MSRM têm PVP definido pelo INFARMED, os MNSRM e produtos de venda livre não têm, sendo este calculado pelo SI com base no PVF, o Imposto de Valor Acrescentado (IVA), que pode ser de 6% ou 23%, e as margens de comercialização definidas pela FI. Caso conste na encomenda algum produto que vai ser comercializado pela primeira vez, deve ser criada uma ficha de produto no SI durante a sua recepção.

O último passo é ajustar o valor dos *fees* de transporte e/ou armazenamento e confirmar se o número total de unidades rececionadas e o valor total da encomenda apresentados no SI são os mesmos que constam na guia de remessa. Se tudo estiver de acordo, termina-se a recepção e arquiva-se a guia de remessa num dossiê próprio. Caso estejam presentes na encomenda MEP e/ou BZD, o SI emite um aviso para alertar o colaborador da presença destas substâncias. Se constarem produtos reservados, o SI também emite um aviso com o nome do utente e a data da reserva. Estes avisos são úteis durante a recepção da encomenda, pois permitem separar estes produtos dos restantes e facilitar a sua arrumação.

Durante o estágio, recebi e conferi diversas encomendas da *Alliance Healthcare*<sup>TM</sup> e da Plural. Esta tarefa exige muita concentração, pois qualquer erro vai originar discrepâncias entre o stock real e o stock do SI, o que afetaria todas as etapas posteriores do percurso do medicamento. A partir do mês de março, houve alterações no PVP de diversos medicamentos, realçando a importância da recepção e conferência de encomendas para os manter corretos e atualizados.

Este procedimento permitiu também conhecer os nomes comerciais de muitos medicamentos que até então só conhecia pela DCI e os diversos produtos de venda livre existentes na FI.

### **5.3. Gestão de devoluções**

Se durante a receção e conferência de uma encomenda se verificar, por exemplo, que uma embalagem não está totalmente íntegra, o PV é curto, inclui artigos que não foram encomendados ou nela constam referências ou lotes cuja recolha tenha sido ordenada pelo INFARMED, titulares de AIM ou fornecedores, a FI pode pedir a sua devolução.

A devolução é processada no SPharm® e inicia com a identificação do produto que se pretende devolver. Preenche-se o número da fatura, a sua data e o motivo da devolução. São emitidas duas guias de devolução, que vão acompanhar o produto, e tira-se uma cópia de uma delas para se obter um triplicado. Este vai ser assinado e datado pelo fornecedor no momento da recolha, ficando arquivado na farmácia. Os produtos são então colocados num contentor designado, acompanhados das respetivas guias. Se o fornecedor aceitar a devolução, envia uma nota de crédito ou um produto que substitua o devolvido. Caso seja rejeitada, o produto regressa à FI, dando-se quebra do mesmo.

Durante o estágio, realizei quatro devoluções. A primeira de uma embalagem do Bioactivo® Crómio encomendada por um utente, que posteriormente desistiu da reserva. A segunda de um lote de escovas de dentes Elgydium Sensitive, cujas cores já não estavam a ser comercializadas. A terceira de duas embalagens de Fluotest®, cujo PV terminaria em junho deste ano e a quarta de uma embalagem de Allergodil® colírio, cuja embalagem não estava íntegra.

### **5.4. Armazenamento**

O correto armazenamento dos medicamentos e produtos de saúde é essencial não só para assegurar a qualidade e estabilidade dos mesmos, mas também para facilitar a sua localização e acesso no momento da dispensa.

A FI segue o princípio *first expired – first out* (FEFO), o que implica que dentro do mesmo artigo, aquele que tiver menor PV é armazenado de forma a ser dispensado primeiro. Para produtos que tenham a mesma validade ou que não tenham PV, aplica-se o princípio *first in – first out* (FIFO), em que o produto que tenha chegado primeiro também deve ser dispensado primeiro.

#### **5.4.1. Controlo da temperatura e humidade**

De modo a garantir as condições de conservação dos medicamentos e produtos de saúde, a temperatura ambiente de uma farmácia deve estar entre os 15°C e os 25°C e a humidade inferior a 60%. As temperaturas registadas no frigorífico devem estar entre os 2°C e os 8°C. Para garantir que a medicação termolábil se mantém refrigerada em caso de corte ou falha de energia, o frigorífico da FI está ligado a uma tomada conectada a um acumulador de corrente.

Para monitorizar os valores de temperatura e humidade existem três termo-higrómetros, colocados na zona de atendimento, armazém e frigorífico, programados para fazer a leitura da temperatura e humidade a cada 6h, ficando estes valores registados nos mesmos. Mensalmente, descarrega-se a listagem dos valores registados para o computador e estes são analisados e validados por um colaborador. As listagens são arquivadas para consulta sempre que necessário.

Durante o estágio assisti à monitorização destes valores e tive a oportunidade de aceder às listagens dos últimos 2 anos, para verificar que a temperatura e humidade se mantiveram dentro dos valores estabelecidos. Pude também observar o processo de calibração destes equipamentos. Este é feito anualmente através de um protocolo entre a Plural, um dos fornecedores da FI, e a CATIM, a empresa que realiza a calibração. Os equipamentos são acondicionados e recolhidos pelo fornecedor, sendo devolvidos com o certificado de calibração que fica arquivado na farmácia.

#### **5.4.2. Controlo dos prazos de validade**

O controlo dos PV é feito em dois momentos distintos: diariamente, na receção e conferência dos produtos e mensalmente, através duma listagem emitida pelo SI na qual constam os produtos cuja validade termina nos próximos três meses. Verifica-se se os PV presentes nas embalagens dos produtos coincidem com os do SI e, se for o caso, estes são sinalizados, avaliando-se o possível escoamento. Caso se determine que este não é possível, procede-se à sua devolução ou quebra.

## **6. Interação farmacêutico – utente**

A capacidade de comunicar adequadamente é fundamental para criar uma relação de proximidade, respeito mútuo e confiança com os utentes. Esta é particularmente importante no âmbito de FC, não só por esta ser o primeiro local a que os utentes recorrem em questões de saúde<sup>1</sup>, mas também pelo facto do atendimento e dispensa de medicamentos ser uma das principais áreas de atuação neste setor. Cada utente tem as suas particularidades e, como tal, cada atendimento será diferente.

Para garantir que são atingidos objetivos de adesão à terapêutica e de uso seguro e racional dos medicamentos, é importante que o F ajuste o seu discurso para que as informações sejam transmitidas de forma clara e objetiva a cada utente. Sempre que necessário, a informação oral prestada deve ser complementada com informação escrita e visual.

O meu estágio curricular iniciou com atendimentos a utentes. Todos eles foram momentos desafiantes e enriquecedores, nos quais pude aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do MICEF, complementando-os com os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão farmacêutica. De forma a prestar todas as informações necessárias e me assegurar que foram compreendidas, realizei atendimentos em português, inglês e francês, para me expressar da forma mais clara possível aos diversos utentes da FI.

## 7. Dispensa de medicamentos

A dispensa de medicamentos pode ser definida como o ato profissional em que o F, após avaliar a medicação, cede medicamentos ou substâncias medicamentosas aos utentes mediante a apresentação de uma prescrição médica, em regime de automedicação ou de indicação farmacêutica<sup>2</sup>. O F deve transmitir todas as informações necessárias para o uso correto do medicamento e identificar e corrigir potenciais Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) para evitar Resultados Negativos da Medicação (RNM)<sup>2</sup>.

### 7.1. Receituário

Os modelos de receita médica têm vindo a evoluir para facilitar e garantir o acesso seguro ao medicamento, coexistindo atualmente duas formas de prescrição eletrónica: a receita eletrónica desmaterializada (RED), também designada por receita sem papel, e a receita eletrónica materializada (REM).

As RED são enviadas ao utente através da aplicação MySNS, por email ou mensagem de telemóvel com o número da receita, o código de acesso e respetivo código de direito de opção. Por outro lado, as REM são prescrições impressas que possuem um código de barras com o número da receita e os respetivos códigos de dispensa e de direito de opção. Ao colocar estes dados no SPharm<sup>®</sup>, o F tem acesso à mesma<sup>11,12</sup>.

A prescrição pode ser feita, excecionalmente, através de receitas manuais nas quais o médico deve discriminar, no local definido, o motivo da exceção. As justificações aceites são: a) falência do sistema informático; b) inadaptação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva ordem profissional; c) prescrição ao domicílio, exceto em lares de idosos; e d) outras situações até um máximo de quarenta receitas médicas por mês<sup>12</sup>.

De forma a promover a liberdade de escolha dos utentes relativamente aos medicamentos prescritos e aumentar a transparência na prescrição médica, esta deve ser realizada através da DCI, seguida da forma farmacêutica, dosagem, apresentação/tamanho da embalagem e posologia. Esta informação está agrupada e codificada através do Código Nacional para Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM)<sup>11,13</sup>. Quando o medicamento prescrito não possui um medicamento genérico participado, apenas existe o medicamento de marca ou o médico prescriptor apresenta uma das seguintes justificações: a) medicamento com margem ou índice terapêutico estreito; b) reação adversa prévia ou c) continuidade de tratamento superior a 28 dias; a prescrição pode ser feita através do nome de marca ou do titular de AIM. Se forem apresentadas as duas primeiras justificações, o F só pode dispensar o produto que consta na receita, mas, com a terceira justificação, o utente pode optar por um medicamento semelhante, desde que seja mais barato e haja salvaguarda de que exerceu o seu direito de opção<sup>11</sup>.

Para todos os tipos de receita, além da identificação do medicamento, deve estar presente: número da receita; local de prescrição; identificação do médico; identificação do utente (nome,

número do SNS, número de beneficiário de entidade financeira, regime especial de participação “R” para pensionistas e “O” para outro regime especial identificado no despacho que o consagra); data da prescrição, data de validade, assinatura do médico nas receitas REM e manuais, e ainda vinheta do médico nas receitas manuais. As receitas RED também precisam das linhas e hora da prescrição para serem válidas<sup>12</sup>.

Os três tipos de receitas médicas diferem na validade e no número de embalagens passíveis de serem prescritas em cada uma. Para as RED, em tratamentos de curta/média duração, cada linha de prescrição pode incluir um medicamento, com um máximo de duas embalagens e uma validade de 30 dias a partir do dia seguinte à emissão da receita. Para embalagens unitárias, podem ser prescritas até quatro embalagens do mesmo medicamento. Para tratamentos de longa duração, cada linha pode conter o número de embalagens necessário para garantir o tratamento durante 12 meses, contados a partir do dia seguinte à emissão da receita<sup>13</sup>.

As receitas manuais e as REM para tratamentos de curta/média duração são semelhantes, com uma validade de 30 dias a partir do dia seguinte à emissão da receita. Em cada via, podem ser prescritos até quatro medicamentos diferentes, com um máximo de duas embalagens por medicamento. Para tratamentos de longa duração, as REM podem ser renováveis, tendo uma validade de 12 meses a partir do dia seguinte à emissão da receita. Neste caso, a receita é emitida em três vias, com a indicação da respetiva via impressa. Em cada uma, podem ser prescritos até quatro medicamentos diferentes, num total de quatro embalagens por receita, com um máximo de duas embalagens por medicamento. Para todas as durações de tratamento, se houver medicamentos em embalagens unitárias, o máximo é de quatro embalagens por medicamento<sup>13</sup>.

Durante o estágio, familiarizei-me com todos os tipos de receita médica e conclui que a RED é a mais vantajosa, pois permite uma dispensa ágil e faseada, minimiza erros associados à caligrafia do prescritor, facilita a emissão do receituário e combate possível fraude.

Apresento uma situação que ocorreu durante um atendimento a um utente que se dirigiu à FI com uma receita manual. Após cumprimentá-lo e notar que estava agitado, ao conferir a receita verifiquei que estava amarrotada. Todos os dados necessários estavam presentes e escritos a caneta azul assim como o medicamento ibuprofeno 600 mg. No entanto, numa segunda linha, estava escrito pregabalina 300 mg num tom de azul mais escuro e com caligrafia diferente. Ao questionar o utente acerca da segunda linha, este mostrou-se ainda mais agitado. Solicitei então ajuda à DTec para decidir como proceder e, após ela referir perante o utente que não iria dispensar nenhum dos medicamentos presentes na receita, este ficou violento, mas acabou por se ir embora.

## **7.2. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica**

Os MSRM requerem uma receita médica válida para a sua dispensa. Nesta definição, enquadram-se aqueles que podem pôr em risco a saúde do utente, direta ou indiretamente, quando utilizados sem vigilância médica para o fim a que se destinam ou quando utilizados com

uma frequência e/ou quantidades que não correspondem às prescritas, para fins diferentes do estabelecido. São ainda medicamentos que contêm substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas careçam de um estudo mais aprofundado. A definição abrange ainda os medicamentos administrados por via parentérica<sup>14</sup>.

Existem certos passos desde a apresentação da receita médica por parte do utente até à dispensa dos medicamentos nela contidos pelo F. Primeiramente, deve ser garantida a sua validade e autenticidade. Nas receitas manuais é fundamental verificar que todos os campos se encontram preenchidos e que esta não apresenta rasuras ou escrita com diferentes canetas ou caligrafias, uma vez que estas são razões para a não participação das mesmas<sup>2,11</sup>. Seguidamente, deve ser feita a avaliação farmacoterapêutica. Garante-se que o medicamento é necessário e que se adequa ao utente tendo em conta os seus sintomas, histórico de alergias, contraindicações ou intolerâncias. Deve-se ainda verificar se a posologia é adequada e se o utente é capaz de administrar o medicamento a si mesmo<sup>2</sup>. Caso seja detetado algum PRM, o F deve intervir para a sua resolução e, se necessário, deve contactar o médico.

Se tudo estiver conforme, faz-se então a dispensa do medicamento. O F deve informar o utente relativamente aos medicamentos disponíveis na farmácia com o mesmo princípio ativo, forma farmacêutica, apresentação e dosagem do medicamento prescrito. Deve ainda informar quais deles são comparticipados pelo SNS e quais têm o menor preço disponível no mercado. As farmácias devem sempre ter pelo menos três medicamentos com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem disponíveis para venda. Estes devem estar compreendidos entre os cinco preços mais baixos de cada grupo homogêneo<sup>11</sup>. O utente pode optar por qualquer uma das opções apresentadas exceto quando não houver medicamento genérico, só exista o medicamento original de marca ou perante justificação técnica do prescriptor<sup>2,11,14</sup>.

No caso das RED, por nelas ser possível prescrever um número elevado de embalagens para tratamentos de longa duração, os F apenas podem dispensar, no máximo, duas embalagens por mês de medicamentos similares, ou quatro no caso de embalagens de dose unitária. O SI ao detetar que vai ser dispensado um número de embalagens superior ao estabelecido, emite um alerta seguido de um separador com as justificações aceites para o F seleccionar a que melhor se aplica, sendo elas: a) quantidade de embalagens para cumprir a posologia é superior a duas embalagens por mês; b) extravio, perda ou roubo de medicamentos; c) dificuldade de deslocação à farmácia e d) ausência prolongada do país<sup>15</sup>. No caso das receitas manuais em que não esteja especificada a dimensão da embalagem, o F deve dispensar a menor disponível no mercado<sup>11</sup>.

As REM e as receitas manuais requerem que, após o seu processamento no SI, sejam impressos no seu verso os elementos definidos no Manual de Relacionamento de Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas (CCF) do SNS. Estas devem ser assinadas pelo utente e assinadas, datadas e carimbadas pelo F que efetuou a dispensa. As receitas são então arquivadas em local definido para serem conferidas e enviadas para devolução do valor da comparticipação<sup>15</sup>.

A etapa final da dispensa de MSRM é fornecer todas as informações clínicas, orais, escritas e visuais, de modo a garantir que o utente irá retirar o máximo benefício do tratamento. Para finalizar, deve ser revisto com o utente o processo de uso da medicação e, sempre que possível, recomendar medidas não farmacológicas e/ou serviços farmacêuticos adequados<sup>2</sup>.

Durante o estágio verifiquei a importância do F na interpretação e validação da medicação prescrita aos utentes. Apresento duas situações que ocorreram na sequência de dispensa de MSRM. Na primeira, uma utente habitual dirigiu-se à FI com uma RED de azitromicina 500 mg, referindo que tinha ido a uma consulta num médico diferente do seu habitual e que estava com uma infeção urinária. Por já a ter atendido numa ocasião em que ia buscar a sua medicação, sabia que a utente tomava Varfine®. Questionei se tinha informado o médico que lhe prescreveu o antibiótico de que tomava este medicamento, devido à existência de uma interação que aumenta os efeitos adversos hemorrágicos da varfarina. A utente referiu que não e, após lhe explicar a situação, concordámos que o melhor seria contactar o médico através do número de telefone indicado na receita. Após dois dias, a utente regressou com uma RED de Fosfomicina Monuril 3 g, e agradeceu todo o cuidado recebido.

A segunda situação ocorreu com um utente habitual, que se dirigiu à FI com uma RED para ir buscar a sua medicação. Levava prescrito o medicamento rivaroxabano 10 mg, e até então tinha levado sempre a única opção existente, o medicamento de marca Xarelto®. Informei o utente que recentemente passou a estar disponível o medicamento genérico e questionei se gostaria de optar por ele. Após estar esclarecido sobre a diferença de preço e segurança do mesmo, o utente preferiu levar o medicamento genérico satisfeito, por ter uma opção mais em conta para a sua medicação.

### **7.3. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica Especial**

Alguns medicamentos estão sujeitos a um controlo mais rigoroso devido à natureza das substâncias que os constituem. Para que este seja eficiente, os medicamentos que contenham uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica, que originem risco de abuso medicamentoso, toxicod dependência ou que possam ser utilizados para fins ilícitos, estão sujeitos a uma receita médica especial. Os medicamentos que contêm substâncias que, pela sua novidade ou propriedades, também devem, por precaução, ser incluídos neste tipo de prescrição<sup>15</sup>. São considerados MEP todos os que contenham qualquer uma das substâncias descritas nas tabelas I a II anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro<sup>16,17</sup>.

A dispensa destes medicamentos exige alguns procedimentos adicionais. Caso a receita seja manual ou REM, verifica-se se o MEP está prescrito isoladamente e se a receita é do tipo “RE”. Se tudo estiver conforme, fotocopia-se a receita e solicita-se que o utente, ou o seu representante, assine o seu verso de forma legível para posterior arquivo durante três anos. No caso das RED, confere-se se a linha de prescrição é do tipo “LE”<sup>11</sup>.

No fim da leitura da receita, o SI solicita o preenchimento de um formulário e não permite concluir a dispensa até que este esteja totalmente preenchido. O utente ou adquirente da medicação (pode não ser o próprio, desde que tenha pelo menos dezoito anos) tem de mostrar um documento de identificação, através do qual o F confere os dados colocados no formulário (nome completo, data de nascimento, número e data do documento de identificação)<sup>11</sup>.

Após finalizar a dispensa, o SI emite a respetiva fatura e um talão com o número da prescrição, o nome da farmácia, o número de conferência de faturas, o número de registo do medicamento, a quantidade dispensada e a data da dispensa. Este corresponde ao registo do MEP dispensado e, na FI, este talão é agrafado a uma folha de papel branca assinada, datada e carimbada pelo F que efetuou a dispensa, para posterior arquivo durante três anos. Estes dados ficam também registados na Base de Dados Nacional de Prescrições (BDNP) para efeitos de controlo destes medicamentos. A farmácia deve enviar ao INFARMED a digitalização das receitas manuais de MEP até o dia 8 do mês a seguir à dispensa<sup>11</sup>.

Durante o estágio observei os procedimentos supracitados e dispensei Fentanilo Mylan 50 mcg/h, MST® 100 mg (morfina) e Elvanse® 70 mg (lisdexanfetamina).

Em FC, a dispensa de preparações e substâncias à base da planta de canábis para fins medicinais está sujeita às mesmas especificidades da dispensa de MEP. No entanto, não contactei com nenhuma destas preparações durante o estágio.

## **7.4. Entrega em Proximidade de Medicamentos de Dispensa Exclusiva Hospitalar**

A FI tem implementado o serviço de Entrega em Proximidade de Medicamentos de Dispensa Exclusiva Hospitalar a utentes acompanhados num Centro Hospitalar fora da sua área de residência, visando aumentar a comodidade e facilitar o acesso a medicamentos dispensados em meio hospitalar, assegurando a segurança e intervenção farmacêutica no processo<sup>18</sup>.

O primeiro passo é a receção de um email com os dados do utente (nome e contacto) e do hospital que está a enviar a medicação, informando a FI que irá receber medicamentos hospitalares. Este email é impresso e arquivado. Posteriormente, a medicação é entregue na farmácia escolhida pelo utente através de uma transportadora certificada pelo INFARMED. Na FI, estes medicamentos chegam num contentor próprio da *Alliance Healthcare*<sup>TM</sup> com as restantes encomendas.

No momento de receção, fotocopia-se o papel com a identificação do utente que acompanha a medicação no contentor e a frente e verso da embalagem que contém os medicamentos, sem nunca a abrir. Estas três fotocópias são anexadas ao email impresso. Seguidamente, contacta-se o utente para informar que a medicação chegou e combinar a data e hora para a dispensa. Esta é efetuada ao utente ou representante, solicitando a sua assinatura no email impresso, a data e a

confirmação de que os medicamentos lhe foram entregues. Todos os documentos são então arquivados num dossiê específico.

Ao longo do estágio, observei os passos descritos e contactei os utentes assim que a medicação chegasse à FI.

## **7.5. Regimes de participação**

De modo a facilitar o acesso ao medicamento, particularmente a pessoas com menos recursos económicos, o SNS participa uma parte dos MSRM. Estão previstos dois tipos de participação: o regime geral e o regime especial. Este último aplica-se a beneficiários como pensionistas, em situações específicas que abrangem determinadas patologias, grupos especiais de utentes ou cidadãos estrangeiros com estatuto de refugiados ou com direito de asilo em Portugal. Neste regime, a receita deve incluir as portarias correspondentes e/ou ser prescrita por médicos especialistas<sup>11,19</sup>.

O Estado paga uma percentagem do PVP dos medicamentos consoante determinados escalões. Estes dependem da classificação farmacoterapêutica do medicamento e do facto de o utente ser pensionista ou não. A percentagem é então calculada de acordo com o respetivo escalão<sup>19</sup>.

Existem ainda subsistemas de saúde associados a seguradoras, empresas ou instituições que participam uma percentagem do valor restante, após a participação do SNS. No momento da dispensa no SI, o utente tem de apresentar o cartão de beneficiário uma vez que, em qualquer modelo de receita, estes subsistemas têm de ser seleccionados manualmente.

Antes de finalizar o atendimento, o SI solicita a leitura do código de barras ou a inserção manual do número de beneficiário do cartão. No final, é emitida a fatura juntamente com um talão para posterior devolução do valor da participação à farmácia pela entidade responsável. Solicita-se ao utente que assine o talão, que é então agrafado numa folha branca assinada, datada e carimbada pelo colaborador que efetuou a dispensa.

Ao longo do estágio contactei principalmente com o plano 01, correspondente ao regime geral de participação pelo SNS e com o plano 48, correspondente ao regime excepcional de participação pelo SNS associado a pensionistas. Contactei ainda com diversos subsistemas de participação, nomeadamente o do Serviço de Assistência Médico Social (SAMS) do Sindicato dos Bancários e o do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários (SNQTB). Pelo facto de estes subsistemas estarem identificados no SPharm® por siglas, tive alguma dificuldade em associá-las aos regimes de participação que representavam. No entanto, com a ajuda da equipa da FI, o processo foi se tornando cada vez mais fluido.

## 8. Automedicação

Existem duas situações que levam à dispensa de MNSRM: a indicação farmacêutica e a automedicação.

A indicação farmacêutica é o ato no qual o F se responsabiliza pela seleção de um MNSRM e/ou indicação de medidas não farmacológicas com o objetivo de aliviar ou resolver um problema de saúde ou sintoma considerado menor, autolimitante, de curta duração e que não esteja relacionado com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do utente. É importante que o F estabeleça uma boa interação com o utente, de modo a conseguir identificar corretamente o problema de saúde e obter todas as informações relevantes<sup>2</sup>. Já a automedicação verifica-se quando um utente, por iniciativa própria, inicia um tratamento medicamentoso. Embora as situações clínicas em que o pode fazer estejam descritas, no momento da dispensa o farmacêutico tem o dever de avaliar a necessidade e adequação do medicamento, de modo a garantir a segurança do utente<sup>2,20</sup>.

Alguns MNSRM foram requalificados como Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF). Embora não seja necessária uma receita médica para a sua dispensa, a sua venda apenas é possível em determinadas situações e está condicionada pela intervenção do F e pela aplicação de protocolos de dispensa definidos pelo INFARMED<sup>21,22</sup>.

Durante o estágio dispensei diversos MNSRM. O facto de a seleção da medicação mais adequada aos problemas dos utentes ser da minha exclusiva responsabilidade, tornou-me muito consciente da sua dispensa. Certifiquei-me através de diversas questões aos utentes e consulta dos protocolos de indicação farmacêutica que estava a fazer a indicação correta.

De seguida, apresento um caso prático em que um utente norte-americano se dirigiu à FI solicitando um medicamento para a constipação, cujos principais sintomas eram congestão nasal, dores e tosse seca. Ao questionar acerca de alguma patologia concomitante, o utente referiu que tinha insuficiência cardíaca e que estava medicado para tal. Devido às contraindicações de diversos MNSRM nesta patologia, perguntei se o utente já tinha utilizado algum medicamento para estes sintomas, ao que respondeu que costumava tomar um medicamento combinado de guaifenesina e dextrometorfano. Ao verificar que este não existia em Portugal, e que todos os medicamentos combinados disponíveis continham um anti-histamínico, Anti-Inflamatório Não Esteroide (AINE) ou descongestionante vasoconstritor, aconselhei separadamente o xarope Bisoltussin<sup>®</sup> para a tosse seca, paracetamol 500 mg para as dores e o spray Fitonasal para a congestão nasal. O utente analisou as opções aconselhadas e concordou com elas.

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

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

Os produtos cosméticos abrangem um amplo espectro de artigos destinados a limpar, perfumar, modificar, preservar ou corrigir o odor do local em que são aplicados como as partes externas do corpo, dentes ou mucosas bucais<sup>23,24</sup>.

A FI apresenta uma grande diversidade de produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene, sendo que os mais procurados se destinam à proteção solar, alívio de queimaduras solares, produtos de higiene buco-dentária, cremes anti-envelhecimento e produtos de bem-estar sexual. É fundamental que o F conheça cada produto e as suas especificidades de modo a poder fazer um aconselhamento adaptado às necessidades de cada utente.

Apresento um caso prático no qual uma utente canadiana se dirigiu à FI e referiu que procurava uma pasta de dentes, uma vez que a sua bagagem tinha sido perdida no aeroporto. Referiu que tinha as gengivas inflamadas e que costumava ser difícil escolher pastas de dentes no estrangeiro, uma vez que era alérgica a um dos componentes. Referi que o laurilsulfato de sódio costumava causar alguma hipersensibilidade e a utente confirmou que era a este composto que era alérgica. Aconselhei então a pasta de dentes Arthrodont Classic, indicada para as gengivas irritadas. Por ter frequentado uma formação acerca das gamas Arthrodont e Elgydium da Pierre Fabre® Oral Care, pude informar que não continham laurilsulfato de sódio na sua composição.

### **9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial**

Os produtos dietéticos para alimentação especial distinguem-se dos alimentos de consumo corrente por possuírem uma composição ou processo de fabrico especiais, que os tornam adequados às necessidades nutricionais de determinadas pessoas, nomeadamente, aquelas cujo processo de ingestão, digestão, absorção ou metabolismo se encontrem alterados, aquelas cujas condições fisiológicas beneficiem de uma ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos e a lactentes/crianças de pouca idade em bom estado de saúde<sup>25</sup>.

Na FI, pelo tipo de utentes que a frequenta, estes produtos não tem muito destaque. Apenas um utente idoso habitual solicita por vezes através do telefone algumas embalagens de Fortimel® chocolate que são encomendadas para estarem disponíveis quando o utente as for buscar.

#### **9.2.1. Produtos dietéticos infantis**

Durante os primeiros seis meses de idade, defende-se que os lactentes devem ser alimentados exclusivamente através do aleitamento materno. Este deve continuar até aos 12/24 meses de idade, enquanto são introduzidos os alimentos que fazem parte da dieta familiar<sup>26,27</sup>.

Embora o aleitamento materno traga vantagens para a mãe e para o bebé<sup>28</sup>, existem situações em que a produção de leite pode ser insuficiente ou a mãe não seja capaz de o fornecer. Nestes casos devem utilizar-se, de forma a complementar ou a substituir, fórmulas infantis de composição estabelecida, de modo a aproximarem-se o mais possível à do leite humano<sup>26</sup>.

Os produtos dietéticos infantis existentes na FI incluem farinhas e papas da marca Nutribén®.

### **9.3. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)**

Os suplementos nutricionais, que incluem os produtos à base de plantas (fitoterápicos), são considerados géneros alimentícios e, como tal, são regulamentados pela Direção Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV). O seu objetivo é suplementar um regime alimentar normal e são constituídos por nutrientes, plantas ou preparações à base de plantas, ingredientes tradicionais ou outras substâncias com efeitos nutricionais ou fisiológicos. Estes são comercializados de forma doseada e sob formas farmacêuticas semelhantes aos medicamentos. No entanto, não os podem substituir, uma vez que não se destinam ao tratamento ou prevenção de doenças<sup>28,29</sup>.

Existem preparações à base de plantas que, por serem consideradas medicamentos, estão sujeitas à mesma regulamentação que os mesmos pelo INFARMED<sup>28</sup>.

A FI possui uma gama variada destes produtos. Durante o estágio, os fitoterápicos que dispensei com maior frequência foram os produtos com extratos de *Valeriana officinalis*, para estados de ansiedade e dificuldade em adormecer e de *Senna alexandrina*, para o tratamento da obstipação. Já os suplementos alimentares que aconselhei com maior regularidade foram os com vitamina C para reforçar o sistema imunitário, magnésio para a fadiga e cansaço e ómega-3 e vitamina B12 para o desempenho intelectual.

### **9.4. Medicamentos de Uso Veterinário**

Os MUV são essenciais para garantir a saúde e o bem-estar dos animais e, consequentemente, proteger a saúde pública<sup>30</sup>. São definidos como qualquer substância ou associação de substâncias com propriedades curativas ou preventivas de doenças ou dos seus sintomas, podendo ser utilizadas para estabelecer um diagnóstico. Podem ser utilizados para restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas através de uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, destinando-se ainda a ser utilizados para a eutanásia de animais. Estes medicamentos são regulados pela DGAV<sup>31</sup>.

Durante o estágio, observei a dispensa de Mirataz 20 mg/g para aumentar a massa corporal em gatos com perda de apetite/peso devido a doenças crónicas<sup>32</sup>. Por ser sujeito a receita médica, para além dos dados solicitados na dispensa de MUV não sujeitos a receita médica (data, nome

do medicamento, lote, identificação do fornecedor, quantidade dispensada, assinatura e carimbo da farmácia), é também anexada uma cópia da receita para posterior arquivo.

## **9.5. Dispositivos Médicos e Dispositivos Médicos para Diagnóstico *in vitro***

Os Dispositivos Médicos (DM) diferem dos medicamentos pelo facto dos seus efeitos no corpo humano não serem alcançados por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua ação possa ser apoiada por estes. Nos seres humanos, os DM destinam-se: a diagnosticar, prevenir, controlar, tratar, atenuar ou compensar uma doença, lesão ou deficiência; a estudar, substituir ou alterar a anatomia ou processo fisiológico e a controlar a concepção<sup>33</sup>.

A classificação dos DM depende da duração do seu contacto com o corpo humano, da sua capacidade invasiva, da zona anatómica afetada pela sua utilização e pelos riscos decorrentes na concepção técnica e fabrico. Assim sendo, classificam-se em classe I (baixo risco), classe IIa (médio risco), classe IIb (médio risco) e classe III (alto risco)<sup>33,34</sup>.

Enquanto os DM abrangem vários instrumentos, aparelhos, equipamentos, softwares, materiais ou artigos, os Dispositivos Médicos de Diagnóstico (DMD) *in vitro* são reagentes, calibradores, materiais de controlo, conjuntos, instrumentos, aparelhos, equipamentos ou sistemas usados *in vitro* para analisar ou preservar amostras provenientes do corpo humano<sup>23,33</sup>.

Durante o estágio, os DM que mais dispensei foram: para a classe I, os dispositivos de compressão (meias, joelheiras e pulsos elásticos) e ligaduras; para a classe IIa, as compressas de gaze hidrófila esterilizadas e não esterilizadas e termómetros com pilhas e para a classe IIb, as soluções para lentes de contacto e preservativos masculinos. Não dispensei nenhum DM de classe III. Já os DMD *in vitro* que mais dispensei foram os testes de gravidez e copos para recolha de urina.

## **10. Outros cuidados de saúde pública e educação para a saúde**

### **10.1. Determinação da pressão arterial, parâmetros antropométricos e bioquímicos**

Na FI, a determinação da Pressão Arterial (PA), parâmetros antropométricos ou bioquímicos é feita após solicitação pelos utentes ou por sugestão de um colaborador.

Para determinar os parâmetros antropométricos, existe uma balança digital na zona de atendimento e uma fita métrica no GAP. Um colaborador auxilia na medição da altura, podendo também determinar a razão cintura/anca, uma vez que esta é um indicador relevante para o

risco de complicações metabólicas. Os valores obtidos são anotados num papel e entregues ao utente.

Antes de medir a PA ou parâmetros bioquímicos, colocam-se algumas questões ao utente sobre fatores que podem influenciar os resultados como: “Comeu/Bebeu café, chá, álcool ou bebidas energéticas/Fumou/Praticou algum tipo de exercício físico nos trinta minutos anteriores a vir fazer a medição? Toma alguma medicação regularmente? Se sim, qual?”<sup>35,36</sup>.

Para determinar a PA, existe um tensiómetro de braço debaixo de um dos balcões da zona de atendimento para fácil acesso a este. Para uma correta medição, o utente deve estar em repouso pelo menos cinco minutos antes de esta ser iniciada e deve estar sentado confortavelmente, com o braço apoiado, pernas descruzadas e em silêncio. Ao colocar o tensiómetro, o colaborador deve ainda verificar que a roupa não aperta o braço do utente<sup>35,36</sup>.

Na FI, o único parâmetro bioquímico determinado é a glicémia capilar. Para a medir, devem ser reunidas as condições de segurança e higiene bem como o material e aparelho necessário. Para recolher a amostra de sangue, desinfeta-se o indicador da mão dominante com álcool a 70º e faz-se uma massagem do interior para a extremidade do dedo para estimular a circulação sanguínea. Realiza-se uma pequena picada com uma lanceta descartável, recolhe-se o sangue para uma tira de teste previamente inserida no aparelho de medição e aguarda-se o resultado.

No fim da determinação da PA ou glicémia capilar, promove-se sempre a adesão à terapêutica existente, a um estilo de vida saudável ou, se for necessária a intervenção ou avaliação de um médico, reencaminha-se o utente para o mesmo.

Ao longo do estágio determinei regularmente estes parâmetros e apresento duas situações decorrentes da sua medição. Na primeira, uma utente francesa dirigiu-se à FI com queixas de dores de barriga e tonturas. No decorrer do atendimento, verifiquei que a utente estava muito pálida e com sudorese excessiva, pelo que a aconselhei a sentar-se um pouco e sugeri que lhe fosse medida a PA. Ela concordou e, no decorrer da medição, perdeu a consciência. Certifiquei-me que a utente estava a respirar, coloquei-a em posição lateral de segurança e contactei o INEM. Enquanto aguardava a sua chegada, fui sempre verificando se a utente estava a respirar e com uma temperatura corporal adequada. Passado algum tempo recuperou a consciência, e após descartar diabetes, dei-lhe um copo de água com açúcar. Após chegada do INEM, a utente foi encaminhada para o hospital. Uma semana depois, regressou e referiu que foi operada de urgência a uma apendicite na noite seguinte ao episódio na FI e agradeceu o cuidado recebido, mostrando-se aliviada por ter chegado à farmácia a tempo.

Na segunda situação, uma utente habitual da FI solicitou a medição da PA, pois sentia-se “estranha”. Ao colocar algumas questões, a utente referiu que estava tonta, sentia um formigueiro do lado esquerdo no braço e na cara. Após duas medições, tanto os valores da PA como da frequência cardíaca estavam elevados, pelo que chamei o INEM para encaminhar a utente para o médico o mais rapidamente possível. Passado um mês, a utente voltou à FI e

referiu que teve um Acidente Vascular Cerebral (AVC), mostrando-se grata pela intervenção que permitiu a sua deteção precoce.

## **10.2. Preparação Individualizada da Medicação**

Estima-se que metade dos utentes com terapêutica crónica não tomam a medicação de forma correta, tornando a não adesão à terapêutica a principal fonte de desperdício na área da saúde<sup>37</sup>.

Esta pode ser minimizada através do recurso à PIM, que consiste na organização das formas farmacêuticas sólidas para uso oral, de acordo com a sua posologia, num dispositivo com vários compartimentos, selado de forma estanque na farmácia e descartado após ser totalmente utilizado. Juntamente com o dispositivo contendo a medicação, deve ser fornecida sob a forma escrita, de pictogramas ou oral, toda a informação necessária para promover o uso responsável do medicamento<sup>37</sup>. Após o serviço ser solicitado por um utente ou sugerido por um F, é realizada uma entrevista inicial onde o F responsável revê a medicação de modo a identificar e resolver PRM. Posteriormente, deve ser recolhido o consentimento informado.

Na FI, a PIM está a cargo de um dos técnicos de farmácia, sendo que a recolha e revisão da informação farmacoterapêutica e a verificação e validação finais estão a cargo da DTec<sup>37</sup>.

Durante o estágio, a FI preparava medicação para três utentes. Cada um tinha uma caixa identificada com o seu nome na área PIM com toda a medicação e receitas que lhe eram inerentes, sendo estas conferidas e verificada a data de prescrição sempre que era realizada a PIM. Inicialmente observei o processo e auxiliei na revisão final de dois utentes e posteriormente pude preparar a PIM de uma utente, na qual se verificou uma situação interessante.

Durante o mês anterior, a responsável pela utente tinha ligado para a FI a solicitar a suspensão da PIM, pois a utente tinha sido internada. Posteriormente voltou a ligar, solicitando a continuação da PIM, mas com a nova medicação que lhe tinha sido indicada no momento da alta hospitalar. Como no momento da alta não houve nenhuma prescrição, a responsável pela utente dirigiu-se ao médico de família para a solicitar. Ao conferi-las, verifiquei que os medicamentos indicados no momento da alta eram diferentes dos prescritos pelo médico de família, existindo ainda duplicação com uma medicação que a utente já tomava anteriormente. Liguei ao médico para expor a situação e este alterou as prescrições.

## **10.3. Administração de injetáveis e vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação**

Na FI, a administração de medicamentos injetáveis e vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (PNV) é da responsabilidade da Dr.<sup>a</sup> Eunice Cruz, uma vez que se encontra habilitada pelo curso de Vacinas e Administração de Medicamentos Injetáveis, reconhecido pela Ordem dos Farmacêuticos.

O registo da administração no SI inclui: nome do utente, data de nascimento, número do SNS, nome e lote do medicamento/vacina, via e local de administração e nome de quem administrou.

Durante o estágio tive a oportunidade de aprender o procedimento e administrar as vacinas Havrix® e Vaqta® para a hepatite A, Engerix® B para a hepatite B, Rabipur® para a raiva e Pneumovax® 23 para a pneumonia, sob a supervisão da Dr.<sup>a</sup> Eunice Cruz e com o consentimento dos utentes. Pude ainda observar a administração de Voltaren® e Relmus® para uma dor ciática e de Lentocilin S2400 para uma amigdalite.

#### **10.4. Testes rápidos de deteção de antigénio para o SARS-CoV-2 e influenza A/B**

Embora o serviço de testagem à COVID-19 isoladamente já não seja muito procurado, a FI dispõe do mesmo através dos Testes Rápidos de Antigénio (TRAg) para o SARS-CoV-2. A FI tem também TRAg combinados que detetam simultaneamente antigénios para o SARS-CoV-2 e para a Influenza A e B. Durante o estágio, estes últimos foram os mais procurados devido à sazonalidade e elevado número de casos de gripe A, na zona de Lisboa e no resto do país<sup>38</sup>.

Embora não tenha tido a oportunidade de realizar nenhum destes testes, pude dispensar alguns. Tive sempre o cuidado de explicar o seu funcionamento e de reforçar a importância da vacinação não só para diminuir a propagação do vírus, mas também para evitar as formas mais graves da doença, contribuindo assim para a redução do número de hospitalizações e mortes.

#### **10.5. Testes rápidos para a deteção de anticorpos anti-VIH**

Embora este serviço esteja incluído na lista de serviços farmacêuticos que podem ser prestados<sup>39</sup>, a FI apenas o passou a disponibilizar na sequência de um atendimento realizado a uma utente.

Esta dirigiu-se à FI e por se mostrar nervosa e consciente das pessoas ao seu redor, questionei se gostaria de ser atendida num local mais reservado e dirigimo-nos então para o GAP. A utente explicou que suspeitava estar infetada com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e perguntou se podia fazer um teste na farmácia. Por não existir em stock o teste rápido solicitado, verifiquei a sua disponibilidade no SI e contactei a *Alliance Healthcare*™. Informei a utente que poderia fazer uma encomenda instantânea e que o teste estaria na farmácia no dia seguinte. Expliquei que era um teste rápido de autodiagnóstico e que se desejasse, tanto o poderia fazer em casa ou com auxílio na farmácia, tendo a utente solicitado este último. De modo a poder prestar quaisquer esclarecimentos, informei-me acerca da infeção, do modo de efetuar o teste e de como atuar perante qualquer resultado.

O teste utilizado foi o autotest VIH® da Mylan que possui uma sensibilidade e especificidade de 99,8%<sup>40</sup>. No dia seguinte, a utente regressou à FI para realizar o teste e após reunidas todas as condições de segurança e higiene, efetuei o mesmo. A amostra utilizada foi uma gota de sangue

do dedo indicador da mão dominante, recolhida diretamente com a lanceta do aparelho. Durante os quinze minutos em que aguardava o resultado, coloquei algumas questões de modo a perceber há quanto tempo tinha sido o contacto de risco e respondi a algumas questões da utente acerca do vírus e da infeção. Passado o tempo necessário, o teste indicou um resultado positivo. Transmiti calmamente os resultados, expliquei os passos seguintes e entrei em contacto com a médica da universidade da utente, como tinha sido aconselhada a fazer pela DTec. Reforcei que o teste era apenas de rastreio e que o resultado tinha de ser comprovado clinicamente. Passadas umas semanas, a médica que estava a acompanhar a utente entrou em contacto com a FI e, com o consentimento da mesma, informou que os resultados laboratoriais tinham sido negativos para o VIH, indicando que o teste na farmácia tinha sido um falso-positivo.

O atendimento a esta utente foi o momento mais desafiante do estágio. Por ser uma situação sensível, tive de adaptar o meu discurso de modo a transmitir todas as informações necessárias da melhor forma, tendo por isso sido a situação com a qual aprendi realmente a importância da comunicação para estabelecer uma relação de confiança entre o F e o utente.

## **10.7. Tratamento de feridas agudas**

Muitos utentes, principalmente estrangeiros, por não conseguirem facilmente ir a um centro de saúde, deslocam-se à FI para o tratamento de feridas ligeiras e queimaduras de 1º e 2º grau.

Durante o estágio pude observar e realizar alguns tratamentos. Apresento dois deles a título de exemplo. No primeiro, um utente deslocou-se à FI por ter escorregado na rua, apresentando escoriações nos joelhos e braço direito. Comecei por lavar as zonas em ferida com soro fisiológico e, com uma agulha desinfetada, removi alguns detritos que não tinham saído com a lavagem. Posteriormente desinfetei a ferida com iodopovidona e aconselhei, para os dias seguintes, a aplicação de Bepanthene® Plus três vezes por dia, para desinfetar a ferida e acelerar o processo de cicatrização. No segundo caso, uma utente deslocou-se à FI com uma queimadura de tubo de escape na perna. Referiu que tinha uma bolha, mas que esta tinha rebentado nessa manhã. Lavei a zona com soro fisiológico, desinfetei com iodopovidona, apliquei uma compressa gordurosa Grassolind® coberta por uma compressa de gaze não esterilizada e cobri tudo com ligadura para segurar ambas as compressas. Aconselhei a utente a proteger o penso, para que este não se molhasse, e para voltar à FI após dois dias para o renovar.

## **10.8. Entrega de medicação ao domicílio**

Embora alguns utentes habituais deixassem de frequentar a FI devido à pandemia da COVID-19 e aumento do turismo na zona da baixa de Lisboa, muitos outros já tinham estabelecido uma relação de confiança com a equipa da farmácia e, por isso, continuaram a deslocar-se lá, mesmo sendo inconveniente.

De modo a facilitar o acesso ao medicamento, a FI passou a disponibilizar um serviço de entrega de medicação ao domicílio no qual os utentes podem fazer os seus pedidos através do número de telefone da farmácia ou através do email, fornecendo o seu nome, nome dos medicamentos e número de contribuinte, caso o desejem incluir na fatura. No caso de solicitarem MSRM, devem fornecer os dados da receita, bem como informar acerca do regime e subsistema de participação no qual estão abrangidos, se for o caso. A equipa da FI anota e prepara estes pedidos e emite uma fatura que fica a faltar em caixa. Duas vezes por dia, a paqueta sai com os pedidos do dia anterior para serem entregues.

Durante o estágio pude receber e preparar diversos pedidos e considero este serviço de grande interesse, principalmente para utentes com mobilidade reduzida.

## **11. Preparação de medicamentos**

### **11.1. Preparação extemporânea**

Alguns princípios ativos ou excipientes podem tornar-se instáveis após serem reconstituídos. De modo a prolongar a sua estabilidade, são comercializados através de um pó ou granulado para suspensão oral, destinado a ser reconstituído no momento da dispensa ao utente.

O primeiro passo da reconstituição é agitar o frasco para promover a libertação das partículas de pó ou granulado que possam estar adsorvidas às paredes ou fundo do recipiente. Em segundo lugar, adicionam-se 2/3 do volume total de água purificada e agita-se vigorosamente. Para finalizar, adiciona-se a água purificada restante até ao traço de referência de modo a perfazer o volume indicado e agita-se novamente para homogeneizar a preparação. No momento da dispensa, deve-se informar o utente da posologia, PV, condições de armazenamento e a necessidade de agitação do frasco antes de cada administração, para garantir uma distribuição uniforme do princípio ativo.

Durante o estágio, pude realizar a preparação extemporânea de Clamoxyl® 250mg/5ml no laboratório da FI.

## **12. Contabilidade e gestão**

Para as farmácias poderem prestar serviços de qualidade, requerem uma gestão eficaz e adequada. Esta pode ser um desafio dado o equilíbrio necessário entre a vertente comercial, refletida no lucro da farmácia, e a vertente ética, que resguarda a saúde pública e individual dos seus utentes. Na FI, as tarefas de contabilidade e gestão são da responsabilidade da DTec, da assistente administrativa e de uma empresa de contabilidade.

## **12.1. Processamento do receituário e faturação**

No último dia de cada mês, efetuam-se os procedimentos necessários para o envio do receituário para as respetivas entidades, de modo a receber o pagamento da comparticipação. Esta pode ser paga pelo Estado, para beneficiários do SNS e sistemas públicos, ou por outros subsistemas dos quais os utentes beneficiem.

No momento de dispensa de MSRM através de receitas manuais ou REM, o SPharm® atribui a cada um número comprovativo da dispensa, que é impresso no verso da mesma. Estas receitas são temporariamente guardadas numa gaveta sob um dos balcões de atendimento. Uma vez por dia, a assistente administrativa recolhe e confere as receitas, sendo estas arquivadas num local próprio no *Back Office*, separadas de acordo com os planos de comparticipação. No último dia do mês são então organizadas por lote de trinta dias por ordem crescente do número atribuído pelo SI. Quando o lote está completo, é impresso o verbete correspondente a esse lote no qual consta o código da farmácia, mês e ano de faturação, entidade, organismo, número de lote, número de receitas e produtos, PVP total, preço a pagar pelo utente e total comparticipado. Devem ser conferidos os valores do PVP total das receitas com os valores apresentados no verbete. Se tudo estiver conforme, o verbete é rubricado, carimbado e anexado às respetivas receitas desse lote.

O resumo mensal de lotes, a fatura mensal, a guia para os CTT Correios de Portugal e as notas de crédito/débito correspondentes às retificações das receitas, juntamente com os lotes de receitas e respetivos verbetes, são enviados para o CCF, quando a entidade responsável é o SNS, ou para a AFP, que posteriormente os reencaminha para as diversas entidades responsáveis. Neste último caso, são ainda anexados os talões de complementaridade das RED, impressos no final da dispensa de MSRM, assinados pelos utentes e F e carimbados pela FI. Se alguma das entidades durante a conferência do receituário verificar alguma não conformidade, a receita em causa é devolvida para ser retificada e reenviada no mês seguinte. Quando a retificação não é possível, a FI não recebe o valor correspondente à comparticipação dessa receita.

Durante o estágio, pude auxiliar neste processo referente ao mês de março de 2024.

## **13. Responsabilidade Ambiental**

### **13.1. VALORMED**

A VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos que implementou um sistema autónomo de recolha e tratamento de resíduos de medicamentos de uso humano e veterinário, dos quais o utente ou já não necessita ou se encontram fora do PV<sup>42</sup>. São também recolhidos os materiais utilizados no acondicionamento e embalagem dos produtos e os acessórios usados para facilitar a sua administração<sup>43</sup>. Este sistema, para além de permitir uma gestão segura destes resíduos ao evitar que estes estejam misturados com outros resíduos urbanos, sensibiliza também a população para a preservação do meio ambiente e da saúde pública<sup>42</sup>.

A FI possui um contentor da VALORMED no *Back Office* na área de PIM que, quando fica cheio, é selado e solicitada a sua recolha através do SPharm® com o número de série do contentor. O SI emite um talão de recolha que deve ser rubricado pelo F e anexado ao contentor, para posteriormente ser recolhido pelos distribuidores.

Durante o estágio, verifiquei que este serviço tinha muita adesão por parte dos utentes, que por vezes traziam sacos cheios de medicação. Quando estes me eram entregues, verifiquei se não continham qualquer material corto-perfurante, termómetros de mercúrio, aparelhos elétricos ou eletrónicos, material de penso/cirúrgico, produtos químicos ou detergentes, fraldas e radiografias, uma vez que estes não devem ser depositados no contentor<sup>43</sup>.

### **13.2. Agulhão**

O projeto intitulado “Seringas só no Agulhão”, da AFP em parceria com a Stericycle®, uma empresa especializada na gestão de resíduos hospitalares, tem como objetivo fornecer uma solução segura e ecológica para a recolha de seringas e medicamentos injetáveis através da instalação de um contentor, o Agulhão, nas farmácias aderentes<sup>44,45</sup>.

Este contentor situa-se no GAP e, pelo facto de ser um projeto relativamente recente, criado em 2019, a FI dispõe de panfletos informativos acerca do mesmo<sup>44</sup>.

Durante o estágio, verifiquei que a maior parte dos utentes diabéticos ou a fazer medicação injetável da FI estavam familiarizados com o projeto e costumavam entregar os seus resíduos para deitar no Agulhão. Apresento o caso de uma utente canadiana que veio à FI com uma prescrição de Prolia™. Por ser um medicamento injetável e a utente referir que não era a primeira vez que estava a tomar, perguntei onde descartava os resíduos das injeções e a utente afirmou que os costumava colocar numa garrafa e deitar no lixo comum. Informe-i-a acerca do projeto “Seringas só no Agulhão” e expliquei o seu funcionamento. A utente questionou se havia algum custo, e esclareci que era gratuito, bastando trazer os resíduos para a farmácia.

### **13.3. Reciclagem de Radiografias**

A campanha de reciclagem de radiografias dinamizada pela AMI visa recuperar a prata contida nas radiografias, evitando a sua deposição em aterros e minimizando assim a contaminação do meio ambiente. Permite ainda minimizar a extração de prata e as consequências que esta atividade tem na natureza e populações<sup>46</sup>. As farmácias aderentes possuem um envelope no qual é possível depositar as radiografias com mais de cinco anos ou sem valor de diagnóstico, não devendo estar acompanhadas de relatórios, envelopes ou folhas de papel<sup>46</sup>.

Embora a AMI dinamize esta campanha anualmente em datas definidas, a FI recebe radiografias durante todo o ano e, durante o estágio, depusitei algumas no envelope da AMI situado no *Back Office* na área PIM.

## 14. Análise SWOT

Na minha perspectiva, a análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) da experiência na FI, é a seguinte:

<b>Forças (Strengths)</b>	<b>Fraquezas (Weaknesses)</b>
Acolhimento e acompanhamento pela equipa da FI Localização da farmácia Possibilidade de realizar atendimentos em diversas línguas Única estagiária do MICF Compreensão e simpatia dos utentes Autonomia Experiência e conhecimentos adquiridos	Desconhecimento da identificação no SI dos diversos organismos de participação Desconhecimento dos nomes dos utentes Conhecimentos limitados em produtos de dermocosmética, puericultura e veterinária Ausência de correspondência exata entre um medicamento estrangeiro e um português Existência de receitas manuais
<b>Oportunidades (Opportunities)</b>	<b>Ameaças (Threats)</b>
Expansão da presença nas redes sociais Promoção dos serviços que diferenciam a FI Criação de uma tabela atualizável, que relacione a sigla do SI e o organismo de participação correspondente	Medicamentos esgotados Discrepância entre a disponibilidade de um produto no SI e no fornecedor Desfasamento entre a hora de entrega das encomendas prevista no SI e a real

## 15. Conclusão

O estágio em FC permitiu a aplicação e consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) e o contacto com diversas situações que me permitiram reforçar e compreender verdadeiramente o papel das farmácias comunitárias “como primeiro local a que os utentes recorrem em questões de saúde”<sup>1</sup>.

Devido à confiança, ajuda e empatia da equipa da FI, tive autonomia para gerir os diversos desafios que foram surgindo, o que tornou este estágio uma experiência marcante e particularmente positiva, tanto a nível pessoal como profissional.

## 16. Bibliografia

1. Ordem dos Farmacêuticos. “Farmácia Comunitária - Áreas Profissionais”. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/>. Acedido a 05/04/24.
2. Conselho Nacional da Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF), 3ª edição. Ordem dos Farmacêuticos. 2009.
3. Ministério da Saúde. Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro. Diário da República n.º 177/2012, Série I de 2012-09-12.
4. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de março. Diário da República n.º 48/2007, Série I de 2007-03-08.
5. Público. “A turistificação de Lisboa ainda pode crescer”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2014/08/31/portugal/noticia/a-turistificacao-de-lisboa-e-porto-ainda-pode-crescer-1668034>. Acedido a 05/04/24.
6. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto. Diário da República n.º 168/2007, Série I de 2007-08-31.
7. INFARMED e Ministério da Saúde. Deliberação n.º 1500/2004, de 29 de dezembro. Diário da República n.º 303/2004, Série II de 2004-12-29.
8. INFARMED e Ministério da Saúde. Deliberação n.º 1502/2014, de 30 de julho. Diário da República n.º 145/2014, Série II de 2014-07-30.
9. INFARMED. Circular Informativa n.º 019/CD/100.20.200: Projeto Via Verde do Medicamento. 2015.
10. INFARMED e SNS. Circular Informativa n.º 108/CD/100.20.200: Implementação dos dispositivos de segurança nos medicamentos de uso humano. 01/09/2017.
11. ACSS e INFARMED. “Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde”. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas\\_Dispensa/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790](https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispensa/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790). Acedido a 07/04/24.
12. Ministério da Saúde. Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho. Diário da República n.º 144/2015, Série I de 2015-07-27.

13. ACSS e INFARMED. “Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde”. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas\\_Prescri%C3%A7%C3%A3o/bc\\_dob378-3b00-4ee0-9104-28d0dbob7872](https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Prescri%C3%A7%C3%A3o/bc_dob378-3b00-4ee0-9104-28d0dbob7872). Acedido a 07/04/24.
14. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Diário da República n.º 167/2006, Série I de 2006-08-30.
15. Ministério da Saúde. Portaria n.º 223/2015, de 27 de julho. Diário da República n.º 144/2015, Série I de 2015-07-27.
16. Ministério da Justiça. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Diário da República n.º 18/1993, Série I-A de 1993-01-22.
17. Ministério da Justiça. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro. Diário da República n.º 236/1994, Série I-B de 1994-10-12.
18. Ministério da Saúde. Decreto-lei n.º 138/2013, de 9 de outubro. Diário da República n.º 195/2013, Série I de 2013-10-09.
19. Ministério da Saúde. Decreto-lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio. Diário da República n.º 93/2010, 1º Suplemento, Série I de 2010-05-13.
20. Ministério da Saúde e Gabinete do Ministro. Despacho n.º 17690/2007, de 10 de agosto. Diário da República n.º 154/2007, Série II de 2007-08-10.
21. APIFARMA. “Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)”. Disponível em: <https://apifarma.pt/atividade/tratar-de-mim/medicamentos-nao-sujeitos-a-receita-medica/>. Acedido a 13/04/24.
22. INFARMED. “Lista de DCI identificadas pelo Infarmed como MNSRM-EF e respetivos protocolos de dispensa”. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/alteracoes\\_transferencia\\_titular\\_aim/lista\\_dci](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/alteracoes_transferencia_titular_aim/lista_dci). Acedido a 16/04/24.
23. Ministério da Saúde. Decreto-lei n.º 189/2008, de 24 de setembro. Diário da República n.º 185/2008, Série I de 2008-09-24.

24. INFARMED. “Cosméticos”. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/cosmeticos>. Acedido a 20 de abril de 2024.
25. Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas. Decreto-lei n.º 74/2010, de 21 de junho. Diário da República n.º 118/2010, Série I de 2010-06-21.
26. Rêgo C et al. “Alimentação Saudável dos 0 aos 6 Anos. Linhas de orientação para professores e educadores”. 1ª edição. (Direção Geral da Saúde, ed.). Lisboa, 2019.
27. Levy L, Bértolo H. “Manual De Aleitamento Materno - Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés”. 2012.
28. Ordem dos Farmacêuticos. “Suplementos alimentares e produtos à base de plantas – o que devo saber?”. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/suplementos-alimentares-e-produtos-a-base-de-plantas-o-que-devo-saber/>. Acedido a 21/04/24.
29. Direção Geral de Alimentação e Veterinária. “Suplementos Alimentares”. Disponível em: <https://www.dgav.pt/alimentos/conteudo/generos-alimenticios/regras-especificas-por-tipo-de-alimentos/suplementos-alimentares/>. Acedido a 22/04/24.
30. Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas. Decreto-lei n.º 148/2008, de 29 de julho. Diário da República n.º 145/2008, Série I de 2008-07-29.
31. Direção Geral de Alimentação e Veterinária. “Medicamentos Veterinários”. Disponível em: <https://www.dgav.pt/medicamentos/conteudo/medicamentos-veterinarios/>. Acedido a 24/04/24.
32. Resumo das Características do Medicamento. “Mirataz 20 mg/g, pomada transdérmica para gatos”. Disponível em: [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20200624148510/anx\\_148510\\_pt.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20200624148510/anx_148510_pt.pdf). Acedido a 24/04/24.
33. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. Diário da República n.º 115/2009, Série I de 2009-06-17.
34. INFARMED. “Classificação e Fronteiras”. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos/classificacao-e-fronteiras>. Acedido a 24/04/24.

35. e-Publicação CIM (Centro de Informação do Medicamento). Acompanhamento do doente hipertenso na farmácia I: Educar na prevenção e tratamento. Ordem dos Farmacêuticos. 2015.
36. Direção Geral de Saúde. “Norma: Hipertensão Arterial: definição e classificação”. Disponível em: [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial\\_definicao-e-classificacao.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf). Acedido a 24/04/24.
37. Ordem dos Farmacêuticos. “Norma Geral: Preparação Individualizada da Medicação (PIM)”. 2018.
38. Diário de Notícias. “Gripe A enche Cuidados Intensivos. Maioria dos doentes internados não estava vacinada”. Disponível em: <https://www.dn.pt/6055050699/gripe-a-enche-cuidados-intensivos-maioria-dos-doentes-internados-nao-estava-vacinada/>. Acedido a 24/04/24.
39. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro. Diário da República n.º 211/2007, Série I de 2007-11-02.
40. Viatrix™. “Mylan HIV Self-Test”. Disponível em: <https://www.ez2uzhivselftest.com/pt-PT/>. Acedido a 25/04/24.
41. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril. Diário da República n.º 95/2004, Série I-A de 2004-04-22.
42. VALORMED. “Quem somos”. Disponível em: <https://valormed.pt/quem-somos/>. Acedido a 25/04/24.
43. VALORMED. “Cidadão e Comunidade”. Disponível em: <https://valormed.pt/como-participar/cidadao-e-comunidade/>. Acedido a 25/04/24.
44. Associação de Farmácias de Portugal. “Aguilhão: lista de farmácias aderentes”. Disponível em: <https://afp.com.pt/agulhao-lista-de-farmacias-aderentes/>. Acedido a 25/04/24.
45. Stericycle®. “Seringas só no AGULHÃO”. Disponível em: <https://www.stericycle.pt/pt-pt/noticias/agulhao>. Acedido a 26/04/24.
46. AMI. “Reciclar Radiografias por um Mundo Melhor”. Disponível em: <https://ami.org.pt/blog/reciclar-radiografias-por-um-mundo-melhor/>. Acedido a 29/04/24.

# Capítulo 3 – Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

## 1. Introdução

Num Hospital, são os Serviços Farmacêuticos (SF) que asseguram a terapêutica medicamentosa aos doentes através da seleção, aquisição, aprovisionamento e armazenamento de medicamentos e outros produtos farmacêuticos. São ainda responsáveis pela sua preparação e distribuição, e conseqüente segurança, qualidade e eficácia<sup>1</sup>.

Os Farmacêuticos (F) hospitalares têm um papel importante nas equipas clínicas que estruturam os hospitais, através da participação nas comissões técnicas, contribuindo para o desenvolvimento técnico-científico, colaborando no ensino, acompanhando os doentes e na monitorização e gestão dos ensaios clínicos<sup>1</sup>.

Este relatório descreve as atividades desenvolvidas e competências adquiridas durante o estágio curricular em Farmácia Hospitalar (FH) que decorreu no período de 8 semanas compreendido entre 29 de abril e 21 de junho de 2024, nos SF da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões (ULS VDL), sob a orientação da Dr.<sup>a</sup> Susana Carvalho.

## 2. Organização e gestão dos Serviços Farmacêuticos

Os SF da ULS VDL situam-se integralmente no primeiro piso do edifício do Hospital São Teotónio, em Viseu, sendo por isso facilmente acessíveis para os doentes e profissionais de saúde que se desloquem ao serviço, e para a receção e distribuição de medicamentos no hospital.

De modo a garantir a qualidade dos serviços prestados aos doentes internados e em regime de Ambulatório, os SF possuem uma equipa que integra Farmacêuticos (F), Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT), Assistentes Técnicos (AT) e Assistentes Operacionais (AO)<sup>1</sup>.

Os SF operam 24 horas por dia, sendo o horário normal das 09h00 às 18h00 nos dias úteis. Após este, um F e um TSDT garantem o serviço até às 00h00, e a partir dessa hora, um F fica de prevenção. Aos fins de semana e feriados, o horário de funcionamento é também das 09h00 às 18h00, com um F de prevenção após este horário.

Para assegurar que os serviços prestados cumprem as exigências de qualidade, os SF da ULS VDL são certificados pela norma ISO 9001:2015 da International Organization for

Standardization (ISO) que define como estabelecer, implementar, manter e melhorar continuamente um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ)<sup>2</sup>.

Durante o estágio, assisti ao início da integração dos Cuidados Primários (Centros de Saúde do território adscrito à ULS VDL) com os Cuidados Especializados (antigo Centro Hospitalar Tondela-Viseu). Este processo implica, entre outros, que os SF sejam responsáveis pelo aprovisionamento de diversos produtos farmacêuticos para os centros de saúde da região. Este período de transição exige um grande esforço da equipa para assegurar as novas funções.

## **2.1. Aprovisionamento**

O F do setor de aprovisionamento, em coordenação com o Serviço de Aprovisionamento e Logística (SAL) do hospital, é responsável pela aquisição de medicamentos e outros produtos de saúde para a ULS VDL.

A seleção dos medicamentos a adquirir deve fundamentar-se no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) e nas necessidades terapêuticas dos seus doentes. Para isso, é elaborada uma Adenda ao FNM e a escolha dos medicamentos a incluir, substituir ou excluir da mesma é da responsabilidade da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), com base em critérios fármaco-económicos e na melhoria da qualidade de vida dos doentes<sup>1</sup>. Se for necessário utilizar um medicamento que não conste no FNM, o médico prescriptor submete um pedido à CFT que, após analisar o caso, aprova ou não. Os F, como membros da CFT, contribuem para a escolha dos medicamentos a incluir na Adenda do hospital<sup>1</sup>.

Os pedidos de aquisição são efetuados diariamente através do Sistema Informático (SI) da ULS VDL, designado Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento (SGICM). O F realiza o pedido de compra dos medicamentos considerando os que estão abaixo do ponto de encomenda, ou seja, abaixo da quantidade mínima recomendada para realizar uma nova encomenda. Este é calculado considerando o consumo médio mensal e anual e o número de doentes que realizam a medicação.

Após efetuado o pedido, são geradas as Notas de Encomenda (NE), que são enviadas para os fornecedores. Estas são também impressas e arquivadas até a encomenda chegar aos SF, sendo recolhidas pelo TSDT que fará a sua receção e conferência.

A aquisição de produtos pode ser feita de várias formas. Maioritariamente é efetuada através de Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA), realizados de forma centralizada pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) consoante o Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde disponível online com todos os produtos incluídos pelos CPA<sup>3</sup>. Se o produto necessário não constar do catálogo, é adquirido por ajuste direto com o fornecedor ou através de concursos públicos limitados ao SAL da instituição. Para a aquisição pontual ou urgente de determinado medicamento ou produto de saúde, a ULS VDL possui um acordo com um fornecedor local, a *Alliance Healthcare™*. Existe ainda a possibilidade de pedir empréstimos a outros hospitais.

Neste setor, tive a oportunidade de assistir ao processo de aquisição de diversos medicamentos, dos quais destaco o alfentanil 1mg/2ml. Por ser um Medicamento Estupefaciente e Psicotrópico (MEP), no momento da emissão da NE é também emitido o Anexo VII da Portaria n.º 981/98, de 8 de junho que deve ser assinado, datado e carimbado pelo F, e o seu duplicado deve acompanhar a encomenda entregue, devidamente assinado, datado e carimbado pelo Diretor Técnico do laboratório<sup>4</sup>. Pode ainda observar a aquisição de soros que, devido ao seu volume e grandes quantidades, são encomendados semanalmente às quartas-feiras.

## **2.2. Receção e conferência de produtos adquiridos**

A receção de encomendas é feita numa zona específica, com acesso ao exterior e em proximidade ao armazém, que possui um computador e um balcão para a conferência dos produtos<sup>1</sup>.

O processo inicia com a conferência qualitativa e quantitativa da encomenda por um TSDT e um AO. Os produtos vêm acompanhados da respetiva fatura ou guia de remessa, conferindo-se também o lote, estado de conservação e respetivos Prazos de Validade (PV). De modo a agilizar a sua receção e armazenamento, os produtos termolábeis e os medicamentos citotóxicos são conferidos em primeiro lugar.

A receção da encomenda pode ser efetuada através da fatura ou da guia de remessa e o TSDT deve ainda fazer a correspondência entre a NE e estes documentos. Alguns produtos exigem, para além desta documentação, outra mais específica a ser entregue pelo fornecedor: os hemoderivados devem ser acompanhados pelo boletim de análise e Certificado de Autorização de Utilização de Lotes (CAUL), emitido pelo INFARMED; os MEP devem trazer o duplicado do Anexo VII devidamente preenchido e as matérias-primas devem vir acompanhadas pelos respetivos boletins de análise e fichas de segurança. Todos estes documentos são revistos e posteriormente arquivados num dossiê próprio. O TSDT deve assinar a Nota de Entrega e entregar uma cópia ao transportador<sup>1</sup>.

Para manter atualizados os stocks dos produtos existentes nos SF, deve ser feito o registo informático da sua entrada, conferência e o arquivo da documentação técnica. São também emitidas etiquetas com a Denominação Comum Internacional (DCI), dosagem, lote e PV, para serem coladas individualmente nos medicamentos cujos blisters não apresentem esta informação<sup>1</sup>.

Por fim, os produtos recebidos são transportados por um AO até o seu local de armazenamento.

Embora apenas tenha estado um dia neste setor, acompanhei os passos acima descritos e percebi a sua importância para o bom funcionamento dos restantes setores dos SF. Colaborei ainda na conferência da correspondência entre NE e faturas/guias de remessa e no registo informático.

## 2.3. Armazenamento

Os medicamentos e produtos farmacêuticos sem condições especiais de conservação encontram-se organizados no armazém geral em prateleiras por ordem alfabética da sua DCI. De modo a facilitar a sua identificação, alguns produtos estão organizados por secções como é o caso dos antissépticos e desinfetantes, antimicrobianos, produtos dietéticos especiais, bolsas de diálise, pensos, produtos de contraste, soros e os excedentes.

Todos os locais de armazenamento dos SF estão protegidos da luz solar direta e equipados com termo-higrómetros, para monitorizar os valores de temperatura e a humidade. A temperatura deve ser inferior a 25°C e a humidade relativa deve estar entre 40% e 60%. Para produtos termolábeis, a temperatura deve permanecer entre 2°C e 8°C<sup>5</sup>.

Na sala da Distribuição Tradicional (DT), estão armazenados diversos produtos sem condições especiais de conservação, organizadas em prateleiras por ordem alfabética da DCI.

No Ambulatório existe uma zona de apoio onde se encontram armazenados produtos sem condições especiais de conservação, com prateleiras organizadas por secções com os produtos mais dispensados, alguns hemoderivados e medicamentos órfãos organizados por ordem alfabética da DCI.

Para o armazenamento de produtos que necessitem de refrigeração, os SF dispõem de uma câmara frigorífica com temperatura controlada e alarme sonoro que dispara quando a temperatura ultrapassa os valores pré-estabelecidos. Existem ainda frigoríficos na sala de apoio ao Ambulatório, no Ambulatório e na Unidade Centralizada de Preparação de Citotóxicos (UCPC), todos eles com a temperatura controlada e alarme sonoro.

Para o armazenamento de medicamentos citotóxicos não termolábeis, existe um armário fechado numa sala isolada que serve de apoio à UCPC. Nesta guardam-se também, em prateleiras e gavetas individuais por ordem alfabética da DCI, os principais medicamentos adjuvantes às terapêuticas oncológicas.

Existe ainda uma sala de acesso restrito, com um cofre e armário fechados para o armazenamento de MEP, e prateleiras para o armazenamento de benzodiazepinas (BZD). Estes medicamentos encontram-se organizados por ordem alfabética da DCI.

As matérias-primas ficam em quarentena até um F analisar o boletim de análise e ficha de segurança e garantir que cumprem as especificações da *Farmacopeia Portuguesa* ou Europeia. Posteriormente, são guardadas nos armários do laboratório de Farmacotecnia.

Os gases medicinais estão armazenados num local exterior aos SF, com as condições necessárias.

O armazenamento é feito por um AO sob a supervisão de um TSDT, de acordo com os princípios FEFO (first to expire – first out) e FIFO (first in – first out). Os respetivos locais encontram-se sinalizados por etiquetas, uniformes em todos os setores dos SF, com a DCI, dosagem e forma farmacêutica e símbolos destinados à minimização de erros na cedência de medicação, como: círculos com cores indicativas de dosagem (vermelho: dosagem maior; amarelo/laranja: dosagem intermédia; verde: dosagem menor), para medicamentos com o mesmo princípio ativo mas dosagens diferentes; um sinal de STOP para medicamentos Look-Alike, Sound-Alike (LASA) estando as porções do nome que diferem em letras maiúsculas e a negrito (por exemplo: alo**PURIN**ol e halo**PERID**ol); um sinal de STOP para medicamentos com embalagens idênticas e um sinal de perigo para medicamentos de margem terapêutica estreita. Todos os medicamentos sujeitos a monitorização adicional estão sinalizados com o triângulo preto invertido.

Mensalmente, é efetuado o controlo dos PV dos produtos armazenados. O TSDT responsável retira do SI a listagem dos produtos cuja validade termina nos próximos três meses e é analisada a previsão do seu consumo, de modo a verificar a viabilidade do escoamento em tempo útil. Caso este não esteja previsto, contacta-se o fornecedor para averiguar a possibilidade de troca por outro produto com PV superior ou devolução com emissão de uma nota de crédito, que poderá ser descontada em futuras compras ao mesmo fornecedor. Todos os produtos cujo PV tenha expirado e/ou cuja devolução ou troca não tenha sido aceite, são colocados num local identificado para serem abatidos física e informaticamente.

São também segregados em local designado todos os Produtos Não Conformes, ou seja, aqueles com indicação de recolha por parte do laboratório, armazenista ou INFARMED ou todos os que possam colocar em risco a saúde dos doentes (por exemplo, características organoléticas comprometidas ou contaminação do produto).

O processo inicia com a identificação do produto em causa. No SI, verifica-se a quantidade existente em stock e realiza-se o rastreio dos produtos dispensados através do número do lote. Seguidamente, os SF procedem à sua recolha imediata dos serviços clínicos, doentes e armazéns de modo a evitar a sua administração e para procederem à sua eliminação. Este procedimento é designado “Recall”, e toda a documentação associada é arquivada num dossiê próprio.

Durante o estágio, embora não tenha auxiliado diretamente no armazenamento, fui buscar medicação para os diversos setores onde colaborei. A correta organização dos produtos permitiu-me encontrar facilmente tudo o que procurava.

### **3. Distribuição**

A distribuição de medicamentos garante o cumprimento da prescrição médica e a administração correta do medicamento. A monitorização do processo permite diminuir os erros, racionalizar a distribuição e custos da terapêutica e reduzir o tempo de enfermaria gasto com tarefas

administrativas e de manipulação<sup>1</sup>. Podemos distinguir: a Distribuição em Regime de Internamento onde se inclui a Distribuição Tradicional, a Distribuição por Reposição por Stocks Nivelados e a Distribuição Individual Diária em Dose Unitária; a Distribuição a Doentes em Regime de Ambulatório e a Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Controlo Especial.

### **3.1. Distribuição Tradicional**

A DT é um tipo de distribuição não personalizada que assegura o fornecimento de medicamentos e outros produtos de saúde aos diferentes serviços clínicos do hospital, com base num stock fixo definido quantitativa e qualitativamente pelo Diretor de Serviço e pelo Enfermeiro (E) Chefe, em coordenação com o F responsável, de acordo com as necessidades e considerando perfis de consumo anteriores. Este pode ser ajustado sempre que for necessário.

Na sala da DT, adjacente ao armazém geral, existe um mapa de atendimento, no qual se encontram definidos os dias em que cada serviço clínico do hospital vem levantar os pedidos semanais efetuados até à véspera. Apenas podem ser efetuados diariamente pedidos de MEP ou de medicação urgente e, quando é solicitado um medicamento de justificação obrigatória, a prescrição e a respetiva justificação devem ser validadas pelo F responsável.

O processo de reposição de stock inicia com o pedido do E responsável do serviço clínico aos SF. Este é geralmente informático, mas pode ser feito em papel em casos excecionais. Após o pedido ser validado pelo F, é gerada uma “Listagem de Picking para Aviamento” com todos os produtos e quantidades a preparar pelos TSDT e onde é registada a medicação dispensada. Após a preparação e conferência do pedido, o AO do serviço que o efetuou vem levá-lo. Para finalizar, o consumo é debitado no SI ao respetivo serviço, de modo a manter os stocks atualizados. Se no pedido estiverem presentes medicamentos que necessitem de refrigeração, é colocada nos mesmos uma etiqueta com a indicação “Conservação de frio 2°C a 8°C”, sendo também escrita a indicação “FRIO” na lista que acompanha a medicação, para enfatizar os cuidados a ter.

A sala da DT dispõe de um sistema de transporte pneumático que permite a receção de pedidos e a cedência de medicação para os serviços que possuam estações. Toda a medicação em unidade ou de carácter urgente é enviada por este sistema. Cada serviço tem uma cápsula correspondente, identificada com o nome e número do serviço, na qual são colocados os produtos solicitados.

Durante o período em que permaneci neste setor, colaborei na preparação da medicação para a reposição de vários serviços. Esta tarefa permitiu analisar o tipo de produtos requisitados por cada serviço clínico e as suas particularidades.

### **3.1.1. Circuito do medicamento no Serviço de Urgência**

O desenvolvimento do projeto do Circuito do Medicamento no Serviço de Urgência teve início em 2021 através de reuniões entre o Diretor do Serviço de Urgência (SU), o E chefe e os SF, tendo sido oficialmente implementado e iniciado o seu funcionamento em outubro de 2023.

Este projeto surgiu da necessidade de assegurar o circuito do medicamento neste serviço uma vez que, devido às especificidades das diversas zonas do SU, para além do pedido semanal feito à DT, eram realizados muitos pedidos adicionais que posteriormente não eram armazenados e distribuídos corretamente dentro do serviço. Foram também realizadas obras para aumentar as áreas de apoio ao doente, tornando inadaptável o circuito existente à nova realidade. Como tal, o seu diretor solicitou aos SF que se tornassem responsáveis pela gestão do medicamento no SU.

Existe uma sala designada por “Stock Farmácia”, que é a extensão dos SF no SU. O stock existente foi desenvolvido por F, médicos especialistas e E, com base nas especificidades, número e tipo de tratamentos administrados em cada zona do SU. Cada uma possui um carro, com gavetas etiquetadas para cada medicamento e repostas por um F e um TSDT três vezes por semana, estando esta periodicidade ainda em avaliação.

O principal objetivo é otimizar a terapêutica dos doentes através da colaboração do F em equipas multidisciplinares, de forma a assegurar que os medicamentos certos chegam ao doente certo na dosagem certa e em tempo útil, corretamente armazenados. Futuramente, espera-se que um F possa trabalhar permanentemente no SU.

### **3.2. Distribuição por reposição de stocks nivelados**

À semelhança da DT, a Distribuição por Reposição de Stocks Nivelados é um tipo de distribuição não personalizada que permite a reposição dos stocks pré-definidos de cada serviço clínico, assegurando que os doentes em regime de internamento ou ambulatório, tenham acesso aos medicamentos e produtos de saúde sempre que os processos de distribuição personalizada não sejam aplicáveis<sup>5</sup>. Esta distribuição utiliza carros com gavetas compartimentadas e etiquetadas, sendo nelas feita a reposição dos níveis de stock.

Semanalmente, os AO trazem os carros com a medicação existente nos respetivos serviços clínicos até aos SF. É da responsabilidade dos TSDT conferir os PV dos produtos presentes no carro e repor os artigos em falta, de modo a totalizar o stock máximo definido para cada um. De seguida, os produtos adicionados são debitados informaticamente ao serviço clínico correspondente e o carro é devolvido pelo respetivo AO nos dias atribuídos a cada serviço<sup>1</sup>.

Durante o estágio, pude colaborar na reposição do carro do Bloco Operatório. Verifiquei que este tipo de distribuição permite um maior controlo dos produtos cedidos, comparativamente à DT. Isto porque no momento de reposição do carro são contabilizados os produtos que sobraram em cada gaveta da reposição anterior, sendo apenas repostas a quantidade necessária para atingir o stock preconizado desse produto.

### **3.3. Distribuição Individual Diária em Dose Unitária**

A Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU) é um tipo de distribuição personalizada destinada aos doentes internados que visa aumentar a segurança no circuito do medicamento, conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico dos doentes, diminuir o risco de interações, racionalizar a gestão dos medicamentos e reduzir os desperdícios e custos associados à terapêutica<sup>1-5</sup>. Através desta, é cedida diariamente medicação individualizada para um período de 24h, exceto nos fins de semana e feriados, em que deve ser cedida para 48h<sup>1</sup>.

Este tipo de distribuição requer uma prescrição efetuada no SI ou em papel (pouco frequente), que é analisada por um F para identificar interações, incompatibilidades, duplicações de dose, erros na via de administração ou na frequência de toma. No momento da validação, é também importante considerar que: para os serviços de Pediatria, Obstetrícia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) e Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) só são cedidos antibióticos por DIDDU; para o serviço de psiquiatria toda a medicação é cedida por DT e para o serviço de ortopedia toda a medicação é cedida por DIDDU à exceção do metamizol magnésico Intravenoso (IV), ondansetron IV, metoclopramida e tramadol que são cedidos por DT. São também cedidas por DT a medicação a ser utilizada em SOS, injetáveis de grande volume, insulinas em frasco e xaropes.

Se tudo estiver conforme, a prescrição é validada e são gerados mapas de dispensa. Até ao horário de distribuição definido para cada serviço clínico, um F deve estar atento a alterações tanto na medicação, como nos serviços, como por exemplo, se houve entrada ou saída de doentes. Se alguma destas situações se verificar, são emitidos mapas de alteradas às 10h00, 12h00 e 14h30.

A área designada para a preparação e cedência da medicação por DIDDU encontra-se equipada com dois sistemas semiautomáticos, o Kardex e o Fast Dispensing System (FDS). Estes ajudam a reduzir erros e o tempo destinado à preparação, melhorando a qualidade do trabalho executado e a racionalizar os stocks nas unidades de distribuição<sup>1</sup>. A principal diferença entre eles é que no Kardex a dispensa é feita por medicamento, enquanto no FDS é feita por doente.

A maior parte da medicação é preparada por dois TSDT através do Kardex. Este consiste num sistema rotativo, constituído por prateleiras com gavetas nas quais estão os medicamentos. A informação necessária para a preparação da medicação é enviada pelo SI diretamente para o equipamento no momento de emissão dos mapas de dispensa. No equipamento é selecionado um serviço clínico e no monitor vão surgindo os nomes da medicação, a quantidade necessária, o nome e a cama do doente a que se destina. À medida que esta informação surge no monitor, as prateleiras do equipamento vão rodando, aparecendo uma luz indicativa da gaveta em que o medicamento se encontra.

As formas farmacêuticas sólidas que não se encontram no Kardex, são preparadas com o auxílio do FDS. Este equipamento possui divisórias previamente carregadas com os medicamentos para

os quais foram calibradas. A informação necessária para a preparação é recebida diretamente do SI e o equipamento dispensa uma fita com os medicamentos para cada serviço clínico, reembalados em unidose, posteriormente separados por doente. As unidoses indicam o nome do doente e do serviço clínico em que se encontra, a DCI, a dose, o lote e o PV. As fitas emitidas são verificadas por um TSDT.

Na zona da DIDDU, a medicação está organizada em módulos por serviço clínico com gavetas individuais com o nome do doente internado, número do processo clínico e número da cama. À medida que os TSDT vão preparando a medicação, esta vai sendo colocada na gaveta respetiva, sendo posteriormente conferida por outro TSDT.

As gavetas são então entregues a um AO dos SF juntamente com outra medicação que, devido à sua dimensão, não possa ir nas mesmas (por exemplo, bolsas de nutrição parentérica), para serem transportadas até aos diferentes serviços clínicos no horário estipulado para cada um. Se houver alguma devolução de medicação, por exemplo, caso esta seja alterada ou o doente tenha alta, um TSDT deve analisá-la e determinar se a pode aceitar ou não. Se for aceite, deve ser registada no SI e a medicação deve ser armazenada no seu respetivo local.

Fora do horário normal de funcionamento dos SF, apenas é cedida medicação urgente que não faça parte do stock do serviço clínico, ou que esteja em falta no mesmo. Nestes casos, é da responsabilidade de um AO do respetivo serviço vir aos SF levantar o pedido, caso o mesmo não caiba no sistema pneumático do hospital. Todos os pedidos realizados durante a noite são apenas preparados e cedidos na manhã seguinte, exceto em situações urgentes, às quais o F de prevenção deve dar resposta.

Durante o tempo em que estive neste setor, pude perceber e integrar todos os passos do processo de preparação e dispensa de medicação por DIDDU. Comecei por acompanhar um F na validação das prescrições médicas, seguidamente colaborei com um TSDT nos passos acima descritos e, por fim, pude acompanhar uma AO na distribuição da medicação preparada para os diferentes serviços clínicos.

### **3.4. Distribuição a doentes em regime de Ambulatório**

A distribuição de medicamentos e produtos de saúde em Regime de Ambulatório é um tipo de distribuição personalizada, que permite aos doentes continuar o seu tratamento em ambiente familiar, reduzindo os custos e riscos associados a um internamento<sup>4</sup>. Este tipo de dispensa aplica-se a medicamentos e produtos de saúde: que sejam administrados a doentes do hospital de dia, consulta externa, cirurgia de ambulatório e SU; cuja dispensa não tem custos para os doentes se forem prescritos e dispensados pelos estabelecimentos e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e destinados a patologias específicas e abrangidos por regimes excecionais de comparticipação, que constam da base de dados do INFARMED<sup>6</sup>. Destas últimas, aquelas com que mais contactei durante a minha permanência no setor de Ambulatório foram:

Artrite reumatoide, Espondilite anquilosante, Psoríase em Placas, Doença de Crohn, Colite ulcerosa, VIH, Esclerose múltipla e Insuficiência Renal Crónica<sup>7</sup>.

As instalações destinadas à distribuição em Regime de Ambulatório são exclusivas para o efeito, para que a comunicação com o doente possa ser feita de modo confidencial. Possuem as condições para a conservação e dispensa de medicamentos, são facilmente acessíveis, com acesso ao exterior dos SF<sup>1</sup>, e laboram com dois F de segunda a sexta-feira, das 09h00 às 18h00.

A maioria dos medicamentos são dispensados a doentes. No entanto, também podem ser dispensados a AO, E ou médicos da instituição, tendo estes prioridade no atendimento.

Para obtenção da medicação, tem de existir uma prescrição efetuada por médicos da ULS VDL no SI ou em papel, ou por médicos externos, cujo centro prescriptor esteja registado no site da Direção-Geral da Saúde (DGS)<sup>8</sup>. Na prescrição, devem constar os seguintes dados: identificação do doente e do médico prescriptor, data de emissão, identificação dos medicamentos por DCI, dose, forma farmacêutica, posologia e duração do tratamento e data da próxima consulta. Se o doente for iniciar o tratamento com um medicamento biológico ou outro fármaco específico, para além da prescrição é necessária uma Autorização de Cedência por parte do Diretor Clínico do hospital. Caso seja um doente do exterior, deve ser aberto um processo clínico na ULS VDL.

Se toda a documentação necessária estiver presente, um F procede à validação da prescrição. De seguida, é feito o cálculo do número de unidades a dispensar de acordo com a posologia e duração do tratamento. Se existir alguma dúvida ou erro na prescrição, deve ser contactado o médico prescriptor. A medicação é dispensada para trinta dias, podendo haver exceções devidamente autorizadas pelo Conselho Administrativo do hospital.

Na primeira cedência de medicação, é solicitado ao doente que assine um termo de responsabilidade no qual se compromete a cumprir a terapêutica e a conservar os medicamentos da forma correta, indicada pelo F. É também entregue um “Cartão de Terapêutica” com o seu nome, número do processo clínico, morada, nome e especialidade do médico prescriptor. Neste cartão o F anota, de cada vez que o doente vier buscar medicação, a data e o número de unidades cedidas. O doente também é informado do contacto, horário de funcionamento dos SF e do facto de poder ser outra pessoa da sua confiança a ir levantar a medicação, desde que apresente o “Cartão de terapêutica” e um documento que a identifique. Quando a medicação dispensada requer refrigeração, é cedido um saco térmico e um termoacumulador que o doente deverá passar a trazer para o transporte da medicação. O F deve ainda informar, de forma simples e clara, a correta utilização da medicação no que respeita a via de administração, posologia, interações e condições de conservação.

O F deve também fazer seguimento farmacoterapêutico consultando no SI o histórico do doente para analisar quando foi iniciado o tratamento, quando foi dispensada medicação anteriormente, os outros F responsáveis por cedências anteriores e observações. Caso exista

alguma dúvida, o F pode aceder ao SClínico, o SI utilizado pelos médicos e E para editar a informação dos doentes, para confirmar qualquer situação.

Para concluir a dispensa, devem ser conferidos os dados do doente e deve ser feito o registo do lote do medicamento para permitir a sua rastreabilidade. Este é especialmente importante para medicamentos com controlo estrito ou com efeitos adversos graves. É entregue ao doente, ou seu representante, uma folha para assinar com o valor total da medicação cedida. Esta é também assinada e datada pelo F.

Existem alguns doentes da ULS VDL que beneficiam do Programa de Entrega de Medicamentos em Proximidade (PEMProxi). Este permite que os SF cedam medicação de dispensa exclusiva hospitalar numa farmácia comunitária ou noutra hospital mais próximo da área de residência do doente. Este programa é vantajoso tanto para os doentes que vivem longe ou que têm dificuldade de deslocação, como para os SF, aliviando o atendimento presencial.

Durante o estágio, pude observar o atendimento e aconselhamento aos doentes e posteriormente tive a oportunidade de os realizar eu própria, sob a supervisão do F. Organizei também dossiês com os pedidos de Autorização de Cedência por ordem alfabética do nome dos doentes, para facilitar a sua identificação. Neste setor, apercebi-me de que todos os passos inerentes à dispensa em Ambulatório são de extrema importância para garantir a segurança e eficácia do tratamento. Para além do facto de a comunicação estabelecida entre o F e os doentes ser determinante para a forma como estes lidam com a doença.

### **3.5. Medicamentos sujeitos a controlo especial**

#### **3.5.1. Distribuição de medicamentos hemoderivados**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os medicamentos hemoderivados são aqueles constituídos por proteínas plasmáticas de interesse terapêutico, obtidas através de um processo tecnológico de fracionamento e purificação. Os principais são a albumina, imunoglobulinas e fatores de coagulação (Fator VII, VIII, IX e complexos protrombínicos)<sup>9</sup>.

Por serem obtidos através do plasma humano, os hemoderivados apresentam alguns riscos. Por isso, a sua requisição, distribuição e administração está sujeita a um controlo rigoroso pelo Despacho n.º 1051/2000 de 14 de setembro<sup>10</sup>. Estes atos são registados numa folha autocopiativa própria em formato A4, Modelo n.º 1804, exclusivo da Imprensa Nacional da Casa da Moeda (INCM), S.A, que possui duas vias, a “Via Farmácia” e a “Via Serviço”. Ambas ficam arquivadas, uma nos SF e outra no processo clínico do doente, durante cinquenta anos.

Esta folha está dividida em quatro quadros: A, identificação do médico e do doente; B, justificação clínica a ser preenchida pelo médico, com o nome e dose/frequência do hemoderivado, diagnóstico e duração do tratamento; C, registo de distribuição do hemoderivado a ser preenchido pelos SF, com o nome, quantidade, lote, fornecedor e n.º de CAUL emitido pelo INFARMED; D, correspondente ao registo de administração apenas presente na “Via Serviço”<sup>10</sup>.

A requisição inicia com uma prescrição e com o preenchimento dos Quadros A e B. A folha autocopiativa é entregue nos SF por um AO do serviço clínico requisitante, onde um F a irá validar, juntamente com a prescrição. De seguida é preparada a medicação, preenchendo as etiquetas de cada embalagem, nas quais já constam o nome do hemoderivado, lote, PV, CAUL e laboratório, com o nome do doente, número do processo clínico e serviço a que se destina. O F preenche então o Quadro C, dispensa a medicação e arquiva a “Via Farmácia”. A “Via Serviço” é levada juntamente com a medicação pelo AO ao E responsável, que preenche o Quadro D, a cada administração.

Durante o estágio, acompanhei o circuito associado à distribuição destes medicamentos colaborando com algumas tarefas, como o preenchimento da folha de requisição e das etiquetas de identificação dos hemoderivados. Apercebi-me da importância de cada hemoderivado ter um n.º de CAUL, não só devido à sua variabilidade como produto de origem biológica, mas também devido ao risco de transmissão de doenças infecciosas. Tive ainda a oportunidade de acompanhar um F na validação do plasma, no serviço de Imunohemoterapia da ULS VDL.

### **3.5.2. Distribuição de Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos**

Os MEP, por terem uma janela terapêutica estreita e provocarem dependência física e psicológica<sup>11</sup>, são regulados estritamente pelo Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de janeiro de modo a impedir o seu tráfico ilícito para fins não terapêuticos<sup>12</sup>.

O circuito de distribuição destes medicamentos inicia com uma prescrição, que é validada por um F, após a qual um E do serviço clínico requisitante solicita a medicação nos SF através do preenchimento do destacável da Ficha de Controlo de Estupefacientes ou Psicotrópicos, um documento interno da ULS VDL com número único e baseado no Anexo X da Imprensa Nacional – Casa da Moeda que consta na Portaria n.º 981/98, de 8 de junho<sup>4</sup>.

Cada ficha corresponde a um MEP, podendo este ser administrado a vários doentes. De modo a facilitar a sua distinção e minimizar erros, a ficha possui a cor azul para os medicamentos estupefacientes e amarela para os psicotrópicos. Possui um destacável, ficando a parte superior nos SF e a parte inferior com o serviço requisitante. A parte superior requer o preenchimento do nome do medicamento, forma farmacêutica, quantidade cedida, identificação do profissional de saúde responsável pela entrega, identificação do serviço clínico requerente, data de receção do medicamento e assinatura do E responsável. Na parte inferior deve ser preenchida a data de receção do medicamento, assinatura do E responsável, nome do medicamento, quantidade utilizada, serviço requerente e identificação de todos os doentes a que foi administrado o medicamento com a data e hora de administração, nome do doente, número da cama, dose e rubrica do E responsável pela administração.

Após a parte superior da ficha estar preenchida e destacada, um TSDT recolhe-a e dirige-se à sala de acesso restrito com o cofre onde estão armazenados os MEP, onde a irá arquivar. O TSDT inscreve a saída do MEP na Folha de Registo de Movimentos que acompanha cada

medicamento no cofre, através da qual são monitorizados todos os seus movimentos. De modo a melhorar a sua perceção, as entradas são escritas a verde e as saídas a vermelho.

Finalizado o registo, a medicação é entregue ao E juntamente com a parte inferior da ficha que servirá para o registo das administrações. É também efetuada a saída do MEP no SI, de modo a atualizar o stock.

Uma vez preenchidas as administrações, a parte inferior da ficha é devolvida pelo E aos SF para ser anexada à parte superior correspondente, sendo analisadas as quantidades cedidas e administradas. A cada três meses, é enviada ao INFARMED uma listagem com o registo de todos os movimentos de MEP.

No setor de DT, acompanhei os passos inerentes ao circuito destes medicamentos e apercebi-me de que, pelo facto de a maior parte do mesmo não estar informatizado, este se pode tornar confuso e demorado. No entanto, cada etapa é essencial para garantir a correta utilização, minimizando o possível uso indevido dos MEP.

## **4. Produção e controlo**

Nos SF, o setor de Farmacotecnia e a UCPC são os responsáveis pela preparação de formulações que não se encontrem disponíveis no mercado farmacêutico na dose, formulação ou composição necessárias ou quando a sua aquisição não é viável<sup>1</sup>.

Embora na última década a produção de medicamentos nos hospitais fosse superior, atualmente ainda se realizam: preparações para doentes específicos, por exemplo da pediatria; preparações assépticas como soluções e diluições de desinfetantes; preparações estéreis ou citotóxicas individualizadas e reembalagem de doses unitárias sólidas<sup>1</sup>. Nos SF existem três salas destinadas e adaptadas a cada tipo de preparação.

### **4.1. Preparação de formas farmacêuticas estéreis**

Os espaços físicos destinados à preparação de formas farmacêuticas estéreis devem permanecer num estado de limpeza controlado e com ar adequadamente filtrado. A entrada de pessoal e materiais também obedece a regras estipuladas<sup>1</sup>.

Estes espaços distribuem-se através de uma sala de apoio, comum às duas salas de manipulação, conectada a uma passagem que dá acesso às antecâmaras das respetivas salas limpas (nas quais é efetuada a manipulação), uma com a Câmara de Fluxo Laminar Vertical (CFLV) e outra com a Câmara de Fluxo Laminar Horizontal (CFLH). Na sala de apoio existem ainda dois transfers de isolamento na parede respetiva de acesso a cada sala limpa.

#### **4.1.1. Preparação de fármacos citotóxicos**

A preparação de fármacos citotóxicos é da responsabilidade da UCPC e inicia com uma prescrição manual ou no SI, baseada em protocolos terapêuticos normalizados. Estes são desenvolvidos cooperativamente por médicos e F, e atualizados regularmente<sup>13</sup>.

A validação da prescrição é da responsabilidade dos F da UCPC e exige a sua análise sistemática, de forma a garantir a segurança e eficácia do tratamento, bem como o cumprimento das normas aprovadas institucionalmente<sup>13</sup>. A prescrição deve incluir a identificação do doente, nome e assinatura do médico prescritor, data de prescrição, diagnóstico, nome do medicamento por DCI ou nome do protocolo, dose, via de administração, fase do tratamento (número e dia do ciclo), peso em Kg, altura em cm e superfície corporal em m<sup>2</sup>. Podem ainda constar outros parâmetros como a solução de diluição, o volume em ml e o tempo de perfusão. O F deve também verificar a existência de pré-medicação e proceder à sua preparação. Existe uma agenda na qual são geridos os agendamentos e tratamentos efetuados em cada dia.

Terminada a validação, são emitidas e impressas etiquetas em duplicado para a identificação de cada tratamento. Estas podem ser geradas pelo SI quando a prescrição é feita através deste, ou elaboradas manualmente no computador pelo F, quando a prescrição é manual. Em cada etiqueta consta a identificação do doente, serviço clínico e medicamento, a data de preparação, a via de administração, a dose total e volume correspondente. Posteriormente, são emitidos os mapas de produção que serão recolhidos por um dos TSDT, que irá proceder à preparação da medicação. De seguida, é retirado do stock da UCPC toda a medicação e materiais necessários para a preparação dos tratamentos desse dia.

Na sala de apoio, os fármacos são removidos da cartonagem e colocados num tabuleiro inox juntamente com os solventes de reconstituição, soros, seringas e outros materiais necessários. Tudo é então desinfetado e colocado no respetivo transfer. São também colocados nesta zona os sacos exteriores das preparações com as respetivas duas etiquetas.

A sala limpa possui uma CFLV de classe II tipo B com dois filtros HEPA (High Efficiency Particulate Air), um que filtra o ar que entra na câmara e outro que filtra o ar que sai para o exterior, permitindo a proteção da preparação e do operador. Os tratamentos são preparados por medicamento e não por doente, o que permite uma maior rentabilização dos fármacos.

Para proceder à reconstituição, um segundo F da UCPC fica na sala de apoio e dois TSDT deslocam-se à respetiva antecâmara para se equiparem com o Equipamento de Proteção Individual (EPI) (bata, primeiro par de luvas, óculos de proteção, touca, máscara e protetores de calçado adequados à manipulação de citotóxicos). Seguidamente, entram na sala limpa e procedem à sua desinfecção. Recolhem também o que se encontra no transfer, desinfetando tudo novamente. A última etapa consiste na colocação do segundo par de luvas estéreis. O TSDT que irá manipular calça o seu dentro da CFLV, de modo a assegurar uma zona de trabalho estéril, enquanto o TSDT, que fica a dar apoio, o calça sobre a bancada.

A sala limpa, de modo a manter as condições para a manipulação, deve permanecer a uma pressão estática inferior à dos ambientes adjacentes. Assim, a antecâmara possui uma pressão superior à da sala limpa e uma pressão ligeiramente superior à da sala de apoio. Através do diferencial de pressão, as substâncias citotóxicas não transitam para a antecâmara, e os agentes contaminantes não passam para a sala limpa<sup>13</sup>.

À medida que os tratamentos são preparados, o TSDT de apoio coloca a medicação dentro do saco exterior de proteção, colando uma das etiquetas neste e a outra na própria medicação. O conjunto é colocado no transfer, sendo recolhido pelo F que permanece na sala de apoio, a supervisionar o processo. Este regista no SI o momento em que os sacos exteriores entram na câmara, o momento em que a medicação sai da mesma e a entrada da medicação em caixa. Quando existe um número significativo de tratamentos já preparados, o F de apoio entra em contacto com o serviço clínico e solicita o carro de transporte de citotóxicos. Os tratamentos são colocados no mesmo, juntamente com a pré-medicação, registando-se no SI o momento de saída da UCPC. O carro é então levado por um AO ao serviço clínico correspondente.

No fim de todos os tratamentos estarem concluídos, os F e os TSDT verificam a medicação que foi utilizada e realizam o respetivo débito no SI. Às sextas-feiras, os TSDT efetuam um inventário de toda a medicação da UCPC.

O controlo microbiológico da sala de apoio, antecâmara e sala limpa é efetuado todas as terças-feiras recorrendo a placas de agar colocadas em diversos locais da área de trabalho. Estas são posteriormente enviadas para o laboratório de microbiologia do hospital, onde são incubadas para determinar se os valores obtidos se encontram dentro dos parâmetros estabelecidos. Se não estiverem, são aplicadas medidas de correção e repete-se o controlo microbiológico.

Durante o estágio, pude acompanhar e familiarizar-me com o funcionamento e tarefas inerentes ao F neste setor. Tive ainda a oportunidade de, sob a supervisão de um F, validar algumas prescrições informáticas e manuais, conferir os cálculos para as doses prescritas, preparar pré-medicação e auxiliar nas tarefas da sala de apoio. Acompanhei ainda uma visita ao Hospital de Dia Hemato-Oncológico onde são administrados os tratamentos, o que me permitiu ter uma visão global do processo. Devido a oncologia ser uma área complexa, consultei diversas fontes bibliográficas da UCPC de modo a compreender melhor os protocolos prescritos.

#### **4.1.2. Preparações extemporâneas estéreis**

À semelhança da preparação de fármacos citotóxicos, as preparações extemporâneas estéreis requerem um campo de trabalho estéril para que não haja contaminação. No entanto, por apenas ser necessária a proteção do manipulado e não do operador, é utilizada a sala com a CFLH, também com diferencial de pressão. O acesso é feito através da respetiva antecâmara, na qual os TSDT ou F que irão manipular se equipam com o EPI adequado. A preparação destas formulações é da responsabilidade do setor de Farmacotecnia, sendo a maior parte do processo

semelhante ao da preparação de fármacos citotóxicos. Para garantir a esterilidade das preparações finais, também são realizados controlos microbiológicos regulares.

Após finalizadas e acondicionadas, as preparações são rotuladas de modo a permitir a sua identificação. Estas são levadas pelo AO do serviço requisitante para administração. Se o doente não estiver internado, a dispensa também pode ser feita em regime de ambulatório. Neste último caso é o F responsável pela preparação que efetua a dispensa, sendo apenas entregue no ambulatório a medicação e a folha com o valor da medicação para o doente assinar.

## **4.2. Preparação de formas farmacêuticas não estéreis**

A preparação de formas farmacêuticas não estéreis é da responsabilidade do setor de Farmacotecnia e deve estar de acordo com as “Boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar”, definidas pela Portaria n.º 594/2004 de 2 de junho<sup>14</sup>. Existe um laboratório equipado com todo o material, matérias-primas, bibliografia e documentação necessária para a preparação destas formulações.

Esta inicia com a requisição de um serviço clínico ou receção de uma prescrição, no laboratório de Farmacotecnia, que é analisada e validada pelo F de forma a verificar a posologia, dosagem das substâncias ativas e existência de incompatibilidades ou interações entre os constituintes, que possam comprometer a segurança do doente e/ou a ação farmacológica.

Depois de validada a prescrição, o F emite e preenche a respetiva ficha de preparação e o rótulo em duplicado. Esta é baseada no *Formulário Galénico Português* e contém: nome do manipulado, data de preparação, fórmula com as quantidades a preparar de cada matéria-prima, quantidade final do manipulado a preparar, material necessário, técnica de preparação, material de embalagem, ensaios de verificação, prazo de utilização, condições de conservação e bibliografia.

Para os manipulados que possuem Guia de preparação informática, o número de lote de cada manipulado não estéril é atribuído com a apresentação GPAAAAMMNNNN em que: GP equivale à Guia de Preparação; AAAA corresponde aos quatro dígitos ano; MM corresponde ao mês e NNNN ao número sequencial de produção. Para os restantes, a apresentação é XAAMMDD, onde: X corresponde à letra do alfabeto introduzida diariamente por ordem alfabética; AA corresponde aos últimos dois dígitos do ano; MM corresponde ao mês e DD ao dia da preparação.

O F deve calcular a quantidade de cada matéria-prima a utilizar e registar o seu valor na ficha de preparação, assim como os valores pesados, lotes, prazo de validade e origem. O F e o TSDT devem ainda rubricar na ficha todos os passos efetuados e verificados e o rótulo, de forma a permitir o controlo das operações efetuadas.

Após reunidas todas as matérias-primas e materiais necessários e asseguradas as condições de segurança e higiene, um TSDT equipa-se com touca, máscara, luvas, bata e óculos para iniciar a manipulação. Todos os passos requerem dupla verificação, estando esta a cargo do F.

No fim da preparação, são realizados os ensaios de verificação necessários e posterior validação pelo F. Estando o manipulado conforme, procede-se ao seu acondicionamento e rotulagem. O duplicado do rótulo fica na ficha de preparação, sendo esta posteriormente arquivada no laboratório durante 3 anos.

Neste setor, pude consolidar diversos conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Farmácia Galénica e Tecnologia Farmacêutica. Pude analisar as fichas de preparação, colaborar em alguns cálculos e observar as técnicas aplicadas na realização das mesmas, nomeadamente a pulverização e espatulação por diluição geométrica. Tive ainda a oportunidade de observar algumas preparações, das quais destaco a emulsão tópica de Metoxsaleno a 0,1% utilizada em conjunto com PUVA (Psoraleno + UVA), para o tratamento de psoríase em placas e as três suspensões orais distintas de Sulfadiazina a 100 mg/ml, Pirimetamina a 2 mg/ml e Ácido Fólico a 5 mg/ml, para o tratamento de toxoplasmose congénita.

### **4.3. Reembalagem**

A reembalagem e rotulagem de formas farmacêuticas sólidas em unidose permite que os SF disponibilizem os medicamentos na dose prescrita de forma individualizada, reduzindo o tempo de enfermagem dedicado à preparação da medicação, o risco de contaminação e os erros de administração. Permitem também a identificação do medicamento, através da DCI, dose, lote e prazo de validade, e ainda a sua proteção de agentes ambientais, uma maior economia da medicação e a sua utilização segura, rápida e cómoda<sup>1</sup>.

O processo inicia com a desblisteragem manual de cada cápsula ou comprimido por um AO e, caso seja necessário haver fracionamento, este também é efetuado manualmente. Estes dois procedimentos são realizados numa sala própria, equipada com uma bancada e material necessário. Para a reembalagem, é utilizado o sistema semiautomático FDS no qual um TSDT coloca a medicação preparada nos respetivos compartimentos e, após introdução das instruções necessárias, é emitida uma fita com os medicamentos reembalados em unidose. Cada fita vem rotulada e são atribuídos 6 meses de validade aos medicamentos reembalados, exceto nos casos em que PV na embalagem original seja inferior. Os medicamentos termolábeis ou fotossensíveis não podem ser reembalados, uma vez que o processo pode afetar a sua estabilidade e conservação.

## **5. Farmacovigilância**

A Farmacovigilância surgiu da necessidade de monitorizar os medicamentos após a sua comercialização e de avaliar continuamente a relação risco-benefício da sua utilização<sup>5</sup>. O seu

principal objetivo é detetar, avaliar e prevenir Reações Adversas a Medicamentos (RAM) de modo a melhorar a sua segurança e, conseqüentemente, a saúde pública e do doente<sup>15</sup>.

Em Portugal foi criado em 1992 o Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), sendo a Direção de Gestão do Risco de Medicamento do INFARMED responsável pelo seu acompanhamento, coordenação e aplicação por nove Unidades Regionais de Farmacovigilância (URF). O distrito de Viseu, no qual se insere a ULS VDL, é abrangido pela URF da Beira Interior<sup>15</sup>. O SNF monitoriza a segurança dos medicamentos com Autorização de Introdução no Mercado (AIM) nacional, avalia as RAM notificadas e implementa medidas de segurança sempre que necessário<sup>15</sup>.

Devido à novidade e agressividade de muitos fármacos utilizados em ambiente hospitalar, muitos deles sujeitos a monitorização adicional, os profissionais de saúde devem reportar ao SNF todas as suspeitas de reações adversas decorrentes do seu uso<sup>15</sup>.

Embora não tenha assistido a nenhuma ocorrência ou suspeita de RAM, estava consciente da importância e familiarizada com o processo de notificação no portal RAM do INFARMED.

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

Um ensaio clínico é uma investigação conduzida no ser humano, cujo objetivo é: descobrir ou verificar efeitos clínicos, farmacológicos ou farmacodinâmicos; identificar efeitos adversos e analisar a absorção, distribuição, metabolismo e eliminação de um ou mais medicamentos experimentais de modo a estudar a sua segurança ou eficácia<sup>16</sup>.

Os ensaios clínicos são regulados pela Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, que legisla a investigação clínica, abrangendo o regime de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano e o regime de investigação clínica de dispositivos médicos<sup>16</sup>. Os SF são os responsáveis pela manutenção dos ensaios clínicos a decorrer na ULS VDL, sendo o F responsável pela gestão da documentação, receção, armazenamento e dispensa da medicação.

Um ensaio clínico inicia através duma reunião entre o promotor ou monitor (selecionado pelo promotor) do ensaio e os F, médicos e E responsáveis pelo mesmo. Nesta reunião é apresentado o protocolo de atuação do ensaio, sendo posteriormente entregues aos SF a medicação e documentação necessárias, guardadas de acordo com as indicações fornecidas pelo promotor.

Há uma sala com acesso condicionado destinada aos ensaios clínicos, equipada para armazenar corretamente os medicamentos. Possui um armário para as substâncias sem condições especiais de conservação, com uma sonda para monitorizar diariamente a temperatura, e um frigorífico com monitorização de temperatura para substâncias termolábeis. Existe ainda uma mesa de trabalho e um armário para arquivar toda a documentação relativa aos ensaios clínicos.

Mediante apresentação de uma prescrição médica válida, o F prepara a medicação, pré-medicação e dispositivos necessários para a administração. A dispensa pode ser feita diretamente ao doente ou a um profissional de saúde, geralmente ao E que administra, conforme descrito no protocolo.

Após saída da medicação dos SF, o F procede ao seu débito por lote e PV, à atualização do stock e ao preenchimento dos documentos necessários. A medicação não utilizada e as embalagens vazias são devolvidas e armazenadas nos SF para posterior recolha por parte do promotor ou monitor para monitorização e contabilização. Toda a documentação inerente aos ensaios clínicos encerrados é arquivada em dossiê próprio durante vinte e cinco anos.

Durante o estágio tive a oportunidade de observar os procedimentos inerentes a dois ensaios clínicos. Em ambos a medicação foi dispensada a um E, num deles para ser administrada por via oral e no outro por via endovenosa. Neste último caso, a medicação foi preparada pelo E na sala dos ensaios clínicos dos SF, o que permitiu observar todos os passos inerentes à manipulação correta da mesma. Uma das principais diferenças entre os dois ensaios verificou-se no preenchimento da documentação, pelo facto de num deles o processo ser informatizado e no outro ser predominantemente em papel.

## **7. Informação e documentação**

Os F, como especialistas do medicamento, têm o dever de atualizar os seus conhecimentos, competências e aptidões de modo a prestar serviços de qualidade aos doentes<sup>17</sup>. Para tal, e de modo a acompanhar a ciência em constante evolução, os SF da ULS VDL possuem diversas fontes bibliográficas, digitais e impressas, para consulta imediata, sempre que surja alguma dúvida ou curiosidade científica. Foram disponibilizadas também, no primeiro dia de estágio, instruções de trabalho e procedimentos do SGQ dos diversos setores dos SF, que ajudaram a contextualizar e perceber as atividades realizadas em cada um.

Colaborei também para a informação de suporte aos SF através de folhetos de informação dos medicamentos abemaciclib (Anexo LVIII) e acalabrutinib (Anexo LVIV). Para a elaboração deste trabalho, utilizei o template disponibilizado pelos SF e consultei os respetivos RCM e algumas informações disponibilizadas pela *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)*.

Assisti a três ações de formação desenvolvidas pela ULS VDL: “Diálise Peritoneal”, apresentada por uma E da Fresenius Medical Care, onde foram abordadas as modalidades de diálise peritoneal e respetivas características; “Derrame e Exposição Acidental a Citotóxicos”, apresentada por uma F dos SF, onde foram explicados os procedimentos em caso de derrame ou exposição acidental a citotóxicos, como fazer o seu registo e notificação, a constituição dos kits de derrame e respetiva localização e “Noções Básicas de Oncologia”, apresentada por um F dos SF, onde foram abordados os principais dados epidemiológicos, histologia e fisiopatologia da doença oncológica assim como os principais tratamentos.

Tive ainda a oportunidade de participar no 2º Encontro de Esclerose Múltipla dos Hospitais da Zona Centro, no qual foram discutidos casos clínicos, abordagens de controlo da doença complementares e a importância das equipas multidisciplinares para a experiência do doente.

## **8. Comissões técnicas**

As Comissões Técnicas Hospitalares são órgãos de apoio técnico que colaboram com o Conselho de Administração (CA) na tomada de decisões, assegurando a qualidade e segurança dos serviços de saúde prestados.

Na ULS VDL, o F participa na Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), na Comissão de Ética para a Saúde (CES) e na Comissão de Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA), desempenhando um papel importante em cada uma.

A CFT é regulamentada pelo Despacho n.º 2325/2017, de 17 de março. Possui entre seis e dez membros, com igual número de médicos e F. Os seus principais objetivos são aconselhar diretrizes terapêuticas, promover a relação custo-eficácia e monitorizar a prescrição e utilização dos medicamentos, para assegurar equidade no acesso à terapêutica e o seu uso adequado<sup>18</sup>.

O Decreto-lei n.º 80/2018, de 15 de outubro, regula as comissões de ética das instituições de saúde, na qual se inclui a CES. Esta é composta por uma equipa multidisciplinar de cinco a onze elementos, dois deles externos à instituição. Com base no princípio da dignidade da pessoa humana, a CES pretende promover a adesão aos princípios éticos e bioéticos na atividade da instituição, assegurando os direitos fundamentais dos doentes e a integridade, confiança e segurança dos procedimentos institucionais<sup>19</sup>.

A CCIRA está inserida no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), atualizado pelo Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro. Este assenta numa estrutura com três níveis: Central, através da direção nacional integrada na DGS; regional, através das Unidades Regionais PPCIRA (UR-PPCIRA) e local, através das Unidades Locais do PPCIRA (UL-PPCIRA), onde se insere a ULS VDL<sup>20</sup>. A UL-PPCIRA é constituída por uma equipa multidisciplinar, que inclui obrigatoriamente médicos, com pelo menos um patologista clínico, E, F e outros técnicos de saúde. Este programa visa reduzir a taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, promover o uso correto de antimicrobianos e diminuir a taxa de microrganismos resistentes<sup>20</sup>.

## **9. Análise SWOT**

Na minha perspetiva de estagiária, a análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) da minha experiência nos SF da ULS VDL, é a seguinte:

<b>Forças (Strengths)</b>	<b>Fraquezas (Weaknesses)</b>
<p>Acolhimento e acompanhamento por parte da equipa dos SF</p> <p>Colega de estágio do MICF de outra universidade</p> <p>Formações diversas em várias áreas</p> <p>Bibliografia diversa disponível para consulta</p> <p>Exposição a diversos setores e procedimentos a eles inerentes</p> <p>Equipa multidisciplinar</p>	<p>Muitos procedimentos não informatizados, gastando tempo e recursos e diminuindo a segurança</p> <p>Sobrecarga de trabalho nos SF</p> <p>Discrepância entre o stock real e informático de alguns medicamentos</p> <p>Dispensa de medicação sem número de lote</p>
<b>Oportunidades (Opportunities)</b>	<b>Ameaças (Threats)</b>
<p>Empréstimos a outros hospitais</p> <p>Adequação do número de F às funções e exigências dos SF</p> <p>Observação da implementação do Projeto do Circuito do Medicamento no SU</p> <p>Alargamento da dispensa com lote obrigatório</p> <p>Realização de inventários mais frequentemente</p>	<p>Medicamentos esgotados</p> <p>Aprendizagem académica desatualizada à prática da profissão</p>

## 10. Conclusão

O estágio curricular em FH, realizado na ULS VDL, permitiu construir uma perspetiva fundamentada do papel e funções do F hospitalar no SNS. Por ser uma área dinâmica, com diversos setores complexos e específicos, exige que o F seja adaptável e assuma atividades de elevada responsabilidade e rigor.

Por nunca ter contactado com a FH, este estágio foi desafiante, surpreendente e enriquecedor. Permitiu ainda consolidar conhecimentos adquiridos ao longo do MICF e, simultaneamente, alcançar novas perspetivas e competências.

## 11. Bibliografia

47. Conselho Executivo de Farmácia Hospitalar. Manual de Farmácia Hospitalar. Ministério da Saúde. 2005.
48. International Organization for Standardization (ISO). ISO 9001:2015 Quality management systems – Requirements. 5ª edição. 2015
49. Gabinete do Secretário de Estado de Saúde. Despacho n.º 3837/2017, de 8 de maio. Diário da República n.º 88/2017, Série II de 2017-05-08.
50. INFARMED – Gabinete Jurídico e Contencioso. Portaria n.º 981/98, de 8 de junho. Diário da República n.º 216/1998, Série II de 1998-09-18.
51. Conselho de Especialidade de Farmácia Hospitalar. Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar. Ordem dos Farmacêuticos. 2019.
52. INFARMED. Normas de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde a utentes em regime de ambulatório hospitalar. 2021.
53. INFARMED. “Regimes excecionais de comparticipação”. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/regimes-excecionais-de-comparticipacao>. Acedido a 3 de junho de 2024. Acedido a 27/06/24.
54. Ministério da Saúde. Portaria n.º 48/2016, de 22 de março. Diário da República n.º 57/2016, Série I de 2016-03-22.
55. Boletim do CIM (Centro de Informação do Medicamento). Medicamentos Derivados do Plasma Humano. Ordem dos Farmacêuticos. 2013.
56. Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde. Despacho Conjunto n.º 1051/2000, de 30 de outubro. Diário da República n.º 251/2000, Série II de 2000-10-30.
57. American Addiction Centers. “What Is Psychological Dependence?”. Disponível em: <https://americanaddictioncenters.org/the-addiction-cycle/psychological-dependence>. Acedido a 6 de junho de 2024. Acedido a 29/06/24.
58. Ministério da Justiça. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Diário da República n.º 18/1993, Série I-A de 1993-01-22.

59. Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. Manual de preparação de citotóxicos. Ordem dos Farmacêuticos. 2013.
60. Ministério da Saúde. Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Diário da República n.º 129/2004, Série I-B de 2004-06-02.
61. INFARMED. “Farmacovigilância”. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/faq>. Acedido a 12 de junho de 2024. Acedido a 29/06/24.
62. Assembleia da República. Lei n.º 21/2014, de 16 de abril. Diário da República n.º 75/2014, Série I de 2014-04-16.
63. Ordem dos Farmacêuticos. “Desenvolvimento Profissional Contínuo”. Disponível em: <https://ordemfarmaceuticos.pt/pt/formacao-continua/desenvolvimento-profissional-continuo/>. Acedido a 18 de junho de 2024. Acedido a 29/06/24.
64. Ministério da Saúde. Despacho n.º 2325/2017, de 17 de março. Diário da República n.º 55/2017, Série II de 2017-03-17.
65. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-lei n.º 80/2018, de 15 de outubro. Diário da República n.º 198/2018, Série I de 2018-10-15.
66. Ministério da Saúde. Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro. Diário da República n.º 174/2022, Série II de 2022-09-08.

# Anexos

**Anexo I** – Inquérito realizado no âmbito do estudo “Avaliação do consumo dos principais Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica com potencial de uso recreativo em Portugal”

## **Avaliação do consumo dos principais Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica com potencial de uso recreativo em Portugal**

O meu nome é Esperanza Moreira de Almeida Montoya e sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior (UBI). O presente questionário aplica-se no âmbito do projeto de investigação para a minha dissertação de Mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Gallardo, e tem como objetivo estudar e analisar a utilização dos principais Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) com potencial de uso abusivo para fins recreativos em Portugal, através da perspetiva dos farmacêuticos comunitários inquiridos.

Encontra-se subdividido em duas partes: I - Caracterização da Farmácia e do Farmacêutico; II - Avaliação do consumo dos principais MNSRM com potencial uso recreativo em Portugal

Responda, por favor, ao questionário APENAS se for um FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO A EXERCER A SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL EM PORTUGAL. A sua participação será de forma ANÓNIMA, VOLUNTÁRIA e CONFIDENCIAL, sendo para tal, salvaguardada a confidencialidade de todas as suas respostas. Ao participar estará a autorizar a utilização dos dados APENAS para a análise estatística, inerente à realização deste estudo.

O presente estudo obteve parecer favorável por parte da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI), tendo-lhe sido atribuído o código nº CE-UBI-Pj-2024-059-ID2466.

Para qualquer esclarecimento ou informação adicional, poderá entrar em contacto através do e-mail: [esperanza.montoya@ubi.pt](mailto:esperanza.montoya@ubi.pt)

Muito obrigada pela disponibilidade e colaboração!

## **PARTE I – Caracterização da Farmácia e do Farmacêutico**

\*Obrigatório

**1.** Indique o Distrito e Concelho da sua farmácia (Distrito/Concelho):\* \_\_\_\_\_

**2.** A sua farmácia situa-se numa zona:\*

- |                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Urbana    |
| <input type="checkbox"/> | Suburbana |
| <input type="checkbox"/> | Rural     |

2. A sua farmácia situa-se numa zona:\*

- Urbana  
 Suburbana  
 Rural

3. Em média, quantos utentes são atendidos por dia na sua farmácia?\*

- ≤ 20  
 > 20 e ≤ 100  
 > 100 e ≤ 500  
 > 500

4. Em que ano começou a exercer como farmacêutico(a)?\* \_\_\_\_\_

5. Indique o seu género:\*

- Feminino  
 Masculino

## PARTE II – Avaliação do consumo dos principais MNSRM com potencial de uso recreativo

1. Em Portugal, considera que existe uso recreativo de algum MNSRM?\*

- Sim  
 Não

**(se respondeu “Não” avance para a pergunta 22)**

2. Dos seguintes princípios ativos de MNSRM, assinale aquele(s) que considera estar(em) a ser usado(s) de forma recreativa:\*

- Benzidamina (ex. Tantum Verde®, Rosalgin®)  
 Dextrometorfano (ex. Bisoltussin® Tosse Seca)  
 Loperamida (ex. IMIDIUM®)  
 Difenidramina (ex. DRENOFLUX®)  
 Clorofenamina (ex. Griponal, Cêgripe®)  
 Pseudoefedrina (ex. Actifed®, Sinutab® II)  
 Dimenidrinato (ex. Vomidrine®)  
 Butilescopolamina (ex. Buscopan®)  
 Outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_

**3.** Se tiver selecionado mais do que um princípio ativo, qual considera ser o mais procurado?\*

- Benzidamina (ex. Tantum Verde®, Rosalgin®)
- Dextrometorfano (ex. Bisoltussin® Tosse Seca)
- Loperamida (ex. IMIDIUM®)
- Difenidramina (ex. DRENOFLUX®)
- Clorofenamina (ex. Griponal, Cêgripe®)
- Pseudoefedrina (ex. Actifed®, Sinutab® II)
- Dimenidrinato (ex. Vomidrine®)
- Butilescopolamina (ex. Buscopan®)
- Outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_

**4.** Na sua Farmácia, alguma vez identificou casos de uso recreativo de algum dos MNSRM assinalados?\*

- Sim
- Não

**5.** Detetou algum padrão de compra regular de algum dos MNSRM assinalados por um utente?\*

- Sim
- Não

**6.** Algum utente que tenha solicitado um dos MNSRM assinalados pediu uma quantidade de embalagens superior à necessária para o tratamento da sua patologia/sintomas?\*

- Sim
- Não

**7.** Algum utente que tenha solicitado um dos MNSRM assinalados referiu já o ter tentado obter em diferentes farmácias, mas sem sucesso?\*

- Sim
- Não

**8.** Algum utente que tenha solicitado um dos MNSRM assinalados mostrou-se nervoso ou ansioso ao fazê-lo?\*

- Sim
- Não

**9.** Algum utente que tenha solicitado um dos MNSRM assinalados questionou acerca da sua combinação com outras substâncias para, por exemplo, potenciar o seu efeito?\*

- Sim
- Não

**10.** Algum utente que tenha solicitado um dos MNSRM assinalados, e que refira nunca o ter tomado, mostrou-se desatento quando explicou como utilizar o medicamento de forma segura?\*

- Sim  
 Não

**11.** Algum utente que tenha solicitado um dos MNSRM assinalados possui historial de abuso de outras substâncias psicoativas?\*

- Sim  
 Não

**12.** Se um dos MNSRM assinalados não estiver disponível, ou se decidir não o dispensar, o utente que o solicitou mostrou alguma alteração de comportamento (por exemplo, agressividade, agitação, etc.)?\*

- Sim  
 Não

**13.** Considera que o uso recreativo dos MNSRM que assinalou tem vindo a aumentar em Portugal?\*

- Sim  
 Não

**14.** Nos últimos 6 meses, em média, quantos casos de uso recreativo de MNSRM detetou na sua farmácia?\*

- ≤ 5 casos  
 > 5 e ≤ 10 casos  
 > 10 e ≤ 30 casos  
 > 30 casos

**15.** Considera que o valor assinalado na questão anterior é superior ao do ano anterior?\*

- Sim  
 Não

**16.** Dos casos assinalados, a maioria foi por parte de:\*

- Utentes regulares  
 Utentes “de passagem”

**17.** A faixa etária predominante dos casos assinalados foi:\*

- ≤ 18 anos  
 > 18 e ≤ 30 anos  
 > 30 e ≤ 65 anos  
 > 65 anos

**18.** O sexo predominante dos casos assinalados foi:\*

- Feminino  
 Masculino

**19.** Que sistemas tem implementados na sua farmácia para reduzir o acesso a MNSRM com potencial de uso recreativo?\*

- Limitar o número de embalagens dispensadas  
 Manter os MNSRM com estes princípios ativos fora da vista dos utentes  
 Informar que o produto não está disponível na farmácia  
 Sugerir um MNSRM alternativo  
 Nenhum  
 Outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_

**20.** Alguma vez contactou ou foi contactado por outra farmácia da sua zona acerca de um utente que pudesse estar a usar de forma recreativa um dos MNSRM assinalados?\*

- Sim  
 Não

**21.** Alguma vez referenciou um utente para o médico ou outra organização (por exemplo, ICAD) de modo a controlar/tratar o uso recreativo de algum dos MNSRM assinalados?\*

- Sim  
 Não

**22.** Tinha conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos de MNSRM apresentados?\*

- Sim  
 Não

**23.** Considera que estes MNSRM devam ser vendidos fora das farmácias (por exemplo em parafarmácias, supermercados, etc.)?\*

- Sim  
 Não

**24.** Considera importante o papel do Farmacêutico na intervenção em casos de uso recreativo de MNSRM?\*

- Sim  
 Não

**Anexo II** – Parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior para este estudo.



Comissão de Ética  
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@ubi.pt  
Convento de Santo António  
6201-001 Covilhã | Portugal

## **Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2024-059-ID2466**

Na sua reunião de 18 de junho de 2024, a Comissão de Ética apreciou a documentação submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Avaliação do consumo dos principais Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) com potencial de uso recreativo em Portugal**”, da proponente **Esperanza Moreira de Almeida Montoya**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2024-059.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, pelo que esta Comissão de Ética emite um parecer **favorável** à realização do projeto, nos moldes descritos naquela documentação.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **AMÉLIA MARIA MONTEIRO  
FERNANDES NUNES**  
Num. de Identificação: BI102417849  
Data: 2024.07.09 16:55:26+01'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Auxiliar)

---

A CE-UBI e a UBI não se responsabilizam por danos ou outros atos ilícitos que possam vir a ser praticados no âmbito do estudo. As opiniões e conclusões contidas nos documentos resultantes desta investigação são da exclusiva responsabilidade dos autores do projeto.

### Anexo III – Resultados dos testes de normalidade e de homogeneidade de variâncias.

1. Associação entre o número de utentes atendidos por dia e a perceção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior.

#### Tests of Normality

	Número de utentes atendidos por dia	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	> 100 e ≤ 500	.462	96	<.001	.547	96	<.001
	> 20 e ≤ 100	.456	19	<.001	.555	19	<.001
	> 500	.513	8	<.001	.418	8	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

#### Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	Based on Mean	2.247	2	120	.110
	Based on Median	.360	2	120	.699
	Based on Median and with adjusted df	.360	2	119.059	.699
	Based on trimmed mean	2.247	2	120	.110

2. Associação entre o ano de início de profissão e a perceção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal.

#### Tests of Normality

	Ano de início da profissão	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Perceção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	< 2004	.428	52	<.001	.592	52	<.001
	≥ 2004 e < 2014	.340	82	<.001	.636	82	<.001
	≥ 2014 e < 2021	.404	80	<.001	.613	80	<.001
	≥ 2021	.366	27	<.001	.634	27	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

#### Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Perceção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	Based on Mean	3.824	3	237	.011
	Based on Median	2.459	3	237	.064
	Based on Median and with adjusted df	2.459	3	155.681	.065
	Based on trimmed mean	3.824	3	237	.011

3. Associação entre o ano de início de profissão e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores.

#### Tests of Normality

	Ano de início da profissão	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	< 2004	.505	17	<.001	.365	17	<.001
	≥ 2004 e < 2014	.428	41	<.001	.579	41	<.001
	≥ 2014 e < 2021	.393	50	<.001	.674	50	<.001
	≥ 2021	.321	15	<.001	.725	15	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Detecção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	Based on Mean	7.787	3	119	<.001
	Based on Median	3.181	3	119	.027
	Based on Median and with adjusted df	3.181	3	86.129	.028
	Based on trimmed mean	7.271	3	119	<.001

4. Associação entre o ano de início de profissão e o conhecimento do potencial uso recreativo dos princípios ativos apresentados.

### Tests of Normality

	Ano de início da profissão	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	< 2004	.399	52	<.001	.617	52	<.001
	≥ 2004 e < 2014	.421	82	<.001	.599	82	<.001
	≥ 2014 e < 2021	.442	80	<.001	.575	80	<.001
	≥ 2021	.442	27	<.001	.576	27	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	Based on Mean	1.437	3	237	.233
	Based on Median	.398	3	237	.755
	Based on Median and with adjusted df	.398	3	236.446	.755
	Based on trimmed mean	1.437	3	237	.233

5. Associação entre o género e a faixa etária dos casos identificados na farmácia.

### Tests of Normality

	Género	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Faixa etária dos casos identificados	Feminino	.283	89	<.001	.774	89	<.001
	Masculino	.459	34	<.001	.560	34	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Faixa etária dos casos identificados	Based on Mean	6.258	1	121	.014
	Based on Median	9.508	1	121	.003
	Based on Median and with adjusted df	9.508	1	120.712	.003
	Based on trimmed mean	8.707	1	121	.004

6. Associação entre a perceção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e o conhecimento do potencial uso recreativo dos princípios ativos apresentados.

**Tests of Normality**

	Perceção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	Não	.388	118	<.001	.624	118	<.001
	Sim	.500	123	<.001	.465	123	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Homogeneity of Variances**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	Based on Mean	60.827	1	239	<.001
	Based on Median	16.066	1	239	<.001
	Based on Median and with adjusted df	16.066	1	225.503	<.001
	Based on trimmed mean	60.827	1	239	<.001

7. Associação entre a perceção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia.

**Tests of Normality<sup>a</sup>**

	Princípio ativo mais procurado	Kolmogorov-Smirnov <sup>b</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tipo de utentes dos casos identificados	Clorofenamida	.332	14	<.001	.646	14	<.001
	Dextrometorfano	.517	30	<.001	.404	30	<.001
	Difenidramina	.473	5	<.001	.552	5	<.001
	Loperamida	.422	21	<.001	.599	21	<.001
	Outro(s)	.455	8	<.001	.566	8	<.001
	Pseudoefedrina	.444	44	<.001	.573	44	<.001

a. Tipo de utentes dos casos identificados is constant when Princípio ativo mais procurado = Butilescopolamina (ex. Buscopan®). It has been omitted.

b. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Homogeneity of Variances**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Tipo de utentes dos casos identificados	Based on Mean	5.218	5	116	<.001
	Based on Median	1.696	5	116	.141
	Based on Median and with adjusted df	1.696	5	97.535	.143
	Based on trimmed mean	5.218	5	116	<.001

8. Associação entre a deteção de casos na farmácia e a venda dos MNSRM apresentados fora das farmácias.

**Tests of Normality**

	Deteção de Casos na Farmácia	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Venda dos MNSRM apresentados fora das Farmácias	Não	.539	52	<.001	.249	52	<.001
	Sim	.	71	.	.	71	.

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Venda dos MNSRM apresentados fora das Farmácias	Based on Mean	19.409	1	121	<.001
	Based on Median	4.276	1	121	.041
	Based on Median and with adjusted df	4.276	1	51.000	.044
	Based on trimmed mean	5.662	1	121	.019

9. Associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e a detecção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores.

### Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Detecção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	Não	.517	22	<.001	.310	22	<.001
	Sim	.379	101	<.001	.662	101	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Detecção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	Based on Mean	9.282	1	121	.003
	Based on Median	3.411	1	121	.067
	Based on Median and with adjusted df	3.411	1	117.683	.067
	Based on trimmed mean	11.301	1	121	.001

10. Associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e não implementar nenhum sistema para reduzir o acesso a MNSRM com potencial de uso recreativo.

### Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Nenhum	Não	.475	22	<.001	.522	22	<.001
	Sim	.539	101	<.001	.251	101	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Nenhum	Based on Mean	22.663	1	121	<.001
	Based on Median	6.479	1	121	.012
	Based on Median and with adjusted df	6.479	1	87.810	.013
	Based on trimmed mean	22.663	1	121	<.001

**Anexo IV** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre a zona da farmácia e a deteção de casos na farmácia.

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.092 <sup>a</sup>	2	.048
Likelihood Ratio	6.141	2	.046
Linear-by-Linear Association	3.067	1	.080
N of Valid Cases	123		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,07.

#### Deteção de Casos na Farmácia \* Zona Crosstabulation

		Zona			Total	
		Rural	Suburbana	Urbana		
Deteção de Casos na Farmácia	Não	Count	9	6	37	52
		% within Deteção de Casos na Farmácia	17.3%	11.5%	71.2%	100.0%
		% within Zona	75.0%	33.3%	39.8%	42.3%
		% of Total	7.3%	4.9%	30.1%	42.3%
	Sim	Count	3	12	56	71
		% within Deteção de Casos na Farmácia	4.2%	16.9%	78.9%	100.0%
		% within Zona	25.0%	66.7%	60.2%	57.7%
		% of Total	2.4%	9.8%	45.5%	57.7%
		Total	Count	12	18	93
	% within Deteção de Casos na Farmácia	9.8%	14.6%	75.6%	100.0%	
	% within Zona	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	9.8%	14.6%	75.6%	100.0%	

**Anexo V** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre o número de utentes atendidos por dia e a perceção de utilização recreativa de benzidamina.

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.849 <sup>a</sup>	2	.033
Likelihood Ratio	4.846	2	.089
Linear-by-Linear Association	2.786	1	.095
N of Valid Cases	123		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,85.

**Benzidamina \* Número de utentes atendidos por dia Crosstabulation**

		Número de utentes atendidos por dia			Total	
		> 100 e ≤ 500	> 20 e ≤ 100	> 500		
Benzidamina	Não	Count	87	18	5	110
		% within Benzidamina	79.1%	16.4%	4.5%	100.0%
		% within Número de utentes atendidos por dia	90.6%	94.7%	62.5%	89.4%
	% of Total		70.7%	14.6%	4.1%	89.4%
	Sim	Count	9	1	3	13
		% within Benzidamina	69.2%	7.7%	23.1%	100.0%
		% within Número de utentes atendidos por dia	9.4%	5.3%	37.5%	10.6%
	% of Total		7.3%	0.8%	2.4%	10.6%
	Total	Count	96	19	8	123
% within Benzidamina		78.0%	15.4%	6.5%	100.0%	
% within Número de utentes atendidos por dia		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		78.0%	15.4%	6.5%	100.0%	

**Anexo VI** – Resultados do teste H de Kruskal-Wallis e da comparação por pares para a associação entre o número de utentes atendidos por dia e a percepção de utilização recreativa de benzidamina.

**Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary**

Total N	123
Test Statistic	6.794 <sup>a</sup>
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.033

a. The test statistic is adjusted for ties.

**Pairwise Comparisons of Número de utentes atendidos por dia**

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
> 20 e ≤ 100-> 100 e ≤ 500	2.529	4.767	.530	.596	1.000
> 20 e ≤ 100-> 500	-19.826	8.001	-2.478	.013	.040
> 100 e ≤ 500-> 500	-17.297	6.986	-2.476	.013	.040

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

**Anexo VII** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre o número de utentes atendidos por dia e pedidos de embalagens em quantidades superiores ao necessário.

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.779 <sup>a</sup>	2	.034
Likelihood Ratio	9.700	2	.008
Linear-by-Linear Association	2.279	1	.131
N of Valid Cases	123		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,38.

#### Pedidos de embalagens em quantidades superiores ao necessário \* Número de utentes atendidos por dia Crosstabulation

			Número de utentes atendidos por dia			Total	
			> 100 e ≤ 500	> 20 e ≤ 100	> 500		
Pedidos de embalagens em quantidades superiores ao necessário	Não	Count	42	10	0	52	
		% within Pedidos de embalagens em quantidades superiores ao necessário	80.8%	19.2%	0.0%	100.0%	
		% within Número de utentes atendidos por dia	43.8%	52.6%	0.0%	42.3%	
		% of Total	34.1%	8.1%	0.0%	42.3%	
	Sim	Count	54	9	8	71	
		% within Pedidos de embalagens em quantidades superiores ao necessário	76.1%	12.7%	11.3%	100.0%	
		% within Número de utentes atendidos por dia	56.3%	47.4%	100.0%	57.7%	
		% of Total	43.9%	7.3%	6.5%	57.7%	
		Total	Count	96	19	8	123
		% within Pedidos de embalagens em quantidades superiores ao necessário	78.0%	15.4%	6.5%	100.0%	
	% within Número de utentes atendidos por dia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
	% of Total	78.0%	15.4%	6.5%	100.0%		

**Anexo VIII** – Resultados do teste H de Kruskal-Wallis e da comparação por pares para a associação entre o número de utentes atendidos por dia e pedidos de embalagens em quantidades superiores ao necessário.

#### Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	123
Test Statistic	6.724 <sup>a</sup>
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.035

a. The test statistic is adjusted for ties.

### Pairwise Comparisons of Número de utentes atendidos por dia

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
> 20 e ≤ 100-> 100 e ≤ 500	5.462	7.660	.713	.476	1.000
> 20 e ≤ 100-> 500	-32.368	12.857	-2.518	.012	.035
> 100 e ≤ 500-> 500	-26.906	11.226	-2.397	.017	.050

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

**Anexo IX** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre o número de utentes atendidos por dia e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores.

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.314 <sup>a</sup>	6	.012
Likelihood Ratio	15.637	6	.016
Linear-by-Linear Association	1.323	1	.250
N of Valid Cases	123		

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

#### Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores \* Número de utentes atendidos por dia Crosstabulation

		Número de utentes atendidos por dia			Total	
		> 100 e ≤ 500	> 20 e ≤ 100	> 500		
Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	> 10 e ≤ 30 casos	Count	5	2	0	7
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	71.4%	28.6%	0.0%	100.0%
		% within Número de utentes atendidos por dia	5.2%	10.5%	0.0%	5.7%
	> 30 casos	% of Total	4.1%	1.6%	0.0%	5.7%
		Count	5	0	2	7
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	71.4%	0.0%	28.6%	100.0%
	> 5 e ≤ 10 casos	% within Número de utentes atendidos por dia	5.2%	0.0%	25.0%	5.7%
		% of Total	4.1%	0.0%	1.6%	5.7%
		Count	19	1	4	24
	≤ 5 casos	% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	79.2%	4.2%	16.7%	100.0%
		% within Número de utentes atendidos por dia	19.8%	5.3%	50.0%	19.5%
		% of Total	15.4%	0.8%	3.3%	19.5%
Total	Count	67	16	2	85	
	% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	78.8%	18.8%	2.4%	100.0%	
	% within Número de utentes atendidos por dia	69.8%	84.2%	25.0%	69.1%	
	% of Total	54.5%	13.0%	1.6%	69.1%	
Total	Count	96	19	8	123	
	% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	78.0%	15.4%	6.5%	100.0%	
	% within Número de utentes atendidos por dia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	78.0%	15.4%	6.5%	100.0%	

**Anexo X** – Resultados do teste H de Kruskal-Wallis e da comparação por pares para a associação entre o número de utentes atendidos por dia e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores.

#### Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	123
Test Statistic	7.792 <sup>a</sup>
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.020

a. The test statistic is adjusted for ties.

#### Pairwise Comparisons of Número de utentes atendidos por dia

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
> 500-> 100 e ≤ 500	26.307	10.676	2.464	.014	.041
> 500-> 20 e ≤ 100	33.776	12.227	2.762	.006	.017
> 100 e ≤ 500-> 20 e ≤ 100	-7.469	7.285	-1.025	.305	.916

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

**Anexo XI** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre o número de utentes atendidos por dia e a perceção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior.

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.415 <sup>a</sup>	2	.025
Likelihood Ratio	7.167	2	.028
Linear-by-Linear Association	1.762	1	.184
N of Valid Cases	123		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,73.

**Aumento de casos comparativamente ao ano anterior \* Número de utentes atendidos por dia  
Crosstabulation**

		Número de utentes atendidos por dia			Total		
		> 100 e ≤ 500	> 20 e ≤ 100	> 500			
Aumento de casos comparativamente ao ano anterior	Não	Count	64	15	2	81	
		% within Aumento de casos comparativamente ao ano anterior	79.0%	18.5%	2.5%	100.0%	
		% within Número de utentes atendidos por dia	66.7%	78.9%	25.0%	65.9%	
		% of Total	52.0%	12.2%	1.6%	65.9%	
	Sim	Count	32	4	6	42	
		% within Aumento de casos comparativamente ao ano anterior	76.2%	9.5%	14.3%	100.0%	
		% within Número de utentes atendidos por dia	33.3%	21.1%	75.0%	34.1%	
		% of Total	26.0%	3.3%	4.9%	34.1%	
		Total	Count	96	19	8	123
		% within Aumento de casos comparativamente ao ano anterior	78.0%	15.4%	6.5%	100.0%	
	% within Número de utentes atendidos por dia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
	% of Total	78.0%	15.4%	6.5%	100.0%		

**Anexo XII** – Resultados do teste H de Kruskal-Wallis e da comparação por pares para a associação entre o número de utentes atendidos por dia e a perceção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior.

**Independent-Samples Kruskal-Wallis  
Test Summary**

Total N	123
Test Statistic	7.354 <sup>a</sup>
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.025

a. The test statistic is adjusted for ties.

**Pairwise Comparisons of Número de utentes atendidos por dia**

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
> 20 e ≤ 100-> 100 e ≤ 500	7.553	7.353	1.027	.304	.913
> 20 e ≤ 100-> 500	-33.178	12.342	-2.688	.007	.022
> 100 e ≤ 500-> 500	-25.625	10.776	-2.378	.017	.052

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

**Anexo XIII** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre o ano de início de profissão e a percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.465 <sup>a</sup>	3	.009
Likelihood Ratio	11.645	3	.009
Linear-by-Linear Association	8.404	1	.004
N of Valid Cases	241		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,22.

### Percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal \* Ano de início da profissão Crosstabulation

			Ano de início da profissão				Total
			< 2004	≥ 2004 e < 2014	≥ 2014 e < 2021	≥ 2021	
Percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	Não	Count	35	41	30	12	118
		% within Percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	29.7%	34.7%	25.4%	10.2%	100.0%
		% within Ano de início da profissão	67.3%	50.0%	37.5%	44.4%	49.0%
		% of Total	14.5%	17.0%	12.4%	5.0%	49.0%
	Sim	Count	17	41	50	15	123
		% within Percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	13.8%	33.3%	40.7%	12.2%	100.0%
		% within Ano de início da profissão	32.7%	50.0%	62.5%	55.6%	51.0%
		% of Total	7.1%	17.0%	20.7%	6.2%	51.0%
Total	Count	52	82	80	27	241	
	% within Percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	21.6%	34.0%	33.2%	11.2%	100.0%	
	% within Ano de início da profissão	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.6%	34.0%	33.2%	11.2%	100.0%	

**Anexo XIV** – Resultados do teste H de Kruskal-Wallis e da comparação por pares para a associação entre o ano de início de profissão e a percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal.

### Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	241
Test Statistic	11.418 <sup>a</sup>
Degree Of Freedom	3
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.010

a. The test statistic is adjusted for ties.

### Pairwise Comparisons of Ano de início da profissão

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
< 2004-≥ 2004 e < 2014	-20.856	10.701	-1.949	.051	.308
< 2004-≥ 2021	-27.550	14.318	-1.924	.054	.326
< 2004-≥ 2014 e < 2021	-35.918	10.752	-3.340	<.001	.005
≥ 2004 e < 2014-≥ 2021	-6.694	13.393	-.500	.617	1.000
≥ 2004 e < 2014-≥ 2014 e < 2021	-15.063	9.486	-1.588	.112	.674
≥ 2021-≥ 2014 e < 2021	8.368	13.435	.623	.533	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

**Anexo XV** – Resultados do teste de U de Mann-Whitney para a associação entre a percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e o ano de início de atividade

### Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary

Total N	241
Mann-Whitney U	8803.000
Wilcoxon W	16429.000
Test Statistic	8803.000
Standard Error	516.833
Standardized Test Statistic	2.991
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.003

**Anexo XVI** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre o ano de início de profissão e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.609 <sup>a</sup>	9	.010
Likelihood Ratio	20.255	9	.016
Linear-by-Linear Association	5.812	1	.016
N of Valid Cases	123		

a. 10 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,85.

**Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores \* Ano de início da profissão Crosstabulation**

			Ano de início da profissão				Total
			< 2004	≥ 2004 e < 2014	≥ 2014 e < 2021	≥ 2021	
Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	> 10 e ≤ 30 casos	Count	1	2	0	4	7
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	14.3%	28.6%	0.0%	57.1%	100.0%
		% within Ano de início da profissão	5.9%	4.9%	0.0%	26.7%	5.7%
		% of Total	0.8%	1.6%	0.0%	3.3%	5.7%
	> 30 casos	Count	0	2	4	1	7
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	0.0%	28.6%	57.1%	14.3%	100.0%
		% within Ano de início da profissão	0.0%	4.9%	8.0%	6.7%	5.7%
		% of Total	0.0%	1.6%	3.3%	0.8%	5.7%
	> 5 e ≤ 10 casos	Count	1	7	14	2	24
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	4.2%	29.2%	58.3%	8.3%	100.0%
		% within Ano de início da profissão	5.9%	17.1%	28.0%	13.3%	19.5%
		% of Total	0.8%	5.7%	11.4%	1.6%	19.5%
	≤ 5 casos	Count	15	30	32	8	85
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	17.6%	35.3%	37.6%	9.4%	100.0%
		% within Ano de início da profissão	88.2%	73.2%	64.0%	53.3%	69.1%
		% of Total	12.2%	24.4%	26.0%	6.5%	69.1%
Total	Count	17	41	50	15	123	
	% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	13.8%	33.3%	40.7%	12.2%	100.0%	
	% within Ano de início da profissão	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	13.8%	33.3%	40.7%	12.2%	100.0%	

**Anexo XVII** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre o ano de início de profissão e o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.691 <sup>a</sup>	3	.001
Likelihood Ratio	15.352	3	.002
Linear-by-Linear Association	10.803	1	.001
N of Valid Cases	241		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,31.

**Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados \* Ano de início da profissão**  
**Crosstabulation**

			Ano de início da profissão				Total	
			< 2004	≥ 2004 e < 2014	≥ 2014 e < 2021	≥ 2021		
Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	Não	Count	32	28	24	8	92	
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	34.8%	30.4%	26.1%	8.7%	100.0%	
		% within Ano de início da profissão	61.5%	34.1%	30.0%	29.6%	38.2%	
		% of Total	13.3%	11.6%	10.0%	3.3%	38.2%	
	Sim	Count	20	54	56	19	149	
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	13.4%	36.2%	37.6%	12.8%	100.0%	
		% within Ano de início da profissão	38.5%	65.9%	70.0%	70.4%	61.8%	
		% of Total	8.3%	22.4%	23.2%	7.9%	61.8%	
		Total	Count	52	82	80	27	241
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	21.6%	34.0%	33.2%	11.2%	100.0%	
% within Ano de início da profissão	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
% of Total	21.6%	34.0%	33.2%	11.2%	100.0%			

**Anexo XVIII** – Resultados do teste H de Kruskal-Wallis e da comparação por pares para a associação entre o ano de início de profissão e o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados.

**Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary**

Total N	241
Test Statistic	15.626 <sup>a</sup>
Degree Of Freedom	3
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.001

a. The test statistic is adjusted for ties.

**Pairwise Comparisons of Ano de início da profissão**

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
< 2004-≥ 2004 e < 2014	-33.008	10.399	-3.174	.002	.009
< 2004-≥ 2014 e < 2021	-38.004	10.450	-3.637	<.001	.002
< 2004-≥ 2021	-38.450	13.915	-2.763	.006	.034
≥ 2004 e < 2014-≥ 2014 e < 2021	-4.996	9.219	-.542	.588	1.000
≥ 2004 e < 2014-≥ 2021	-5.443	13.016	-.418	.676	1.000
≥ 2014 e < 2021-≥ 2021	-.446	13.056	-.034	.973	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

**Anexo XIX** – Resultados do teste de Mann-Whitney para a associação entre o género e a percepção de utilização recreativa de loperamida.

**Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary**

Total N	123
Mann-Whitney U	1185.000
Wilcoxon W	1780.000
Test Statistic	1185.000
Standard Error	144.385
Standardized Test Statistic	-2.272
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.023

**Anexo XX** – Resultados do teste Exato de Fisher e da tabulação cruzada para a associação entre o género e a percepção de utilização recreativa de loperamida.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.203 <sup>a</sup>	1	.023		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.273	1	.039		
Likelihood Ratio	5.602	1	.018		
Fisher's Exact Test				.032	.017
Linear-by-Linear Association	5.161	1	.023		
N of Valid Cases	123				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,33.

b. Computed only for a 2x2 table

**Loperamida \* Género Crosstabulation**

		Género		Total	
		Feminino	Masculino		
Loperamida	Não	Count	54	28	82
		% within Loperamida	65.9%	34.1%	100.0%
		% within Género	60.7%	82.4%	66.7%
		% of Total	43.9%	22.8%	66.7%
	Sim	Count	35	6	41
		% within Loperamida	85.4%	14.6%	100.0%
		% within Género	39.3%	17.6%	33.3%
		% of Total	28.5%	4.9%	33.3%
Total	Count	89	34	123	
	% within Loperamida	72.4%	27.6%	100.0%	
	% within Género	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	72.4%	27.6%	100.0%	

**Anexo XXI** – Resultados do teste de Mann-Whitney para a associação entre o género e a faixa etária dos casos identificados na farmácia.

### Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary

Total N	123
Mann-Whitney U	1066.000
Wilcoxon W	1661.000
Test Statistic	1066.000
Standard Error	157.499
Standardized Test Statistic	-2.838
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.005

**Anexo XXII** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre o género e a faixa etária dos casos identificados na farmácia.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.922 <sup>a</sup>	3	.030
Likelihood Ratio	9.991	3	.019
Linear-by-Linear Association	6.961	1	.008
N of Valid Cases	123		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,83.

### Faixa etária dos casos identificados \* Género Crosstabulation

		Género		Total	
		Feminino	Masculino		
Faixa etária dos casos identificados	> 18 e ≤ 30 anos	Count	42	26	68
		% within Faixa etária dos casos identificados	61.8%	38.2%	100.0%
		% within Género	47.2%	76.5%	55.3%
		% of Total	34.1%	21.1%	55.3%
	> 30 e ≤ 65 anos	Count	35	6	41
		% within Faixa etária dos casos identificados	85.4%	14.6%	100.0%
		% within Género	39.3%	17.6%	33.3%
		% of Total	28.5%	4.9%	33.3%
	> 65 anos	Count	9	2	11
		% within Faixa etária dos casos identificados	81.8%	18.2%	100.0%
		% within Género	10.1%	5.9%	8.9%
		% of Total	7.3%	1.6%	8.9%
≤ 18 anos	Count	3	0	3	
	% within Faixa etária dos casos identificados	100.0%	0.0%	100.0%	
	% within Género	3.4%	0.0%	2.4%	
	% of Total	2.4%	0.0%	2.4%	
Total	Count	89	34	123	
	% within Faixa etária dos casos identificados	72.4%	27.6%	100.0%	
	% within Género	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	72.4%	27.6%	100.0%	

**Anexo XXIII** – Resultados do teste de Mann-Whitney para a associação entre a percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados.

**Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary**

Total N	241
Mann-Whitney U	10264.000
Wilcoxon W	17890.000
Test Statistic	10264.000
Standard Error	455.245
Standardized Test Statistic	6.605
Asymptotic Sig.(2-sided test)	<.001

**Anexo XXIV** – Resultados do teste de Mann-Whitney para a associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e a percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal.

**Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary**

Total N	241
Mann-Whitney U	9861.000
Wilcoxon W	21036.000
Test Statistic	9861.000
Standard Error	455.245
Standardized Test Statistic	6.605
Asymptotic Sig.(2-sided test)	<.001

**Anexo XXV** – Resultados do teste Exato de Fisher e da tabulação cruzada para a associação entre a percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	43.811 <sup>a</sup>	1	<.001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	42.073	1	<.001		
Likelihood Ratio	45.493	1	<.001		
Fisher's Exact Test				<.001	<.001
Linear-by-Linear Association	43.629	1	<.001		
N of Valid Cases	241				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 45,05.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados \* Percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal Crosstabulation**

			Percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal		Total
			Não	Sim	
Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	Não	Count	70	22	92
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	76.1%	23.9%	100.0%
		% within Percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	59.3%	17.9%	38.2%
		% of Total	29.0%	9.1%	38.2%
	Sim	Count	48	101	149
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	32.2%	67.8%	100.0%
		% within Percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	40.7%	82.1%	61.8%
		% of Total	19.9%	41.9%	61.8%
Total	Count	118	123	241	
	% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	49.0%	51.0%	100.0%	
	% within Percepção da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	49.0%	51.0%	100.0%	

**Anexo XXVI** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre a percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e a deteção de padrões de compra regulares.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.115 <sup>a</sup>	6	.009
Likelihood Ratio	18.689	6	.005
Linear-by-Linear Association	1.058	1	.304
N of Valid Cases	123		

a. 6 cells (42,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

**Deteção de Padrões de Compra regulares \* Princípio ativo mais procurado Crosstabulation**

		Princípio ativo mais procurado									
		Butilescopolamina	Clorofenamina	Dextrometorfano	Difenidramina	Loperamida	Outro(s)	Pseudoefedrina	Total		
Deteção de Padrões de Compra regulares	Não	Count	1	6	20	3	4	1	23	58	
		% within Deteção de Padrões de Compra regulares	1.7%	10.3%	34.5%	5.2%	6.9%	1.7%	39.7%	100.0%	
		% within Princípio ativo mais procurado	100.0%	42.9%	66.7%	60.0%	19.0%	12.5%	52.3%	47.2%	
		% of Total	0.8%	4.9%	16.3%	2.4%	3.3%	0.8%	18.7%	47.2%	
		Sim	Count	0	8	10	2	17	7	21	65
			% within Deteção de Padrões de Compra regulares	0.0%	12.3%	15.4%	3.1%	26.2%	10.8%	32.3%	100.0%
	% within Princípio ativo mais procurado		0.0%	57.1%	33.3%	40.0%	81.0%	87.5%	47.7%	52.8%	
	% of Total		0.0%	6.5%	8.1%	1.6%	13.8%	5.7%	17.1%	52.8%	
	Total		Count	1	14	30	5	21	8	44	123
			% within Deteção de Padrões de Compra regulares	0.8%	11.4%	24.4%	4.1%	17.1%	6.5%	35.8%	100.0%
		% within Princípio ativo mais procurado	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	0.8%	11.4%	24.4%	4.1%	17.1%	6.5%	35.8%	100.0%	

**Anexo XXVII** – Resultados do teste H de Kruskal-Wallis e da comparação por pares para a associação entre a percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e a deteção de padrões de compra regulares.

### Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	123
Test Statistic	16.975 <sup>a</sup>
Degree Of Freedom	6
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.009

a. The test statistic is adjusted for ties.

### Pairwise Comparisons of Princípio ativo mais procurado

Sample 1–Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Butilscopolamina–Dextrometorfano	-20.500	31.335	-.654	.513	1.000
Butilscopolamina–Difenidramina	-24.600	33.768	-.729	.466	1.000
Butilscopolamina–Pseudoefedrina	-29.352	31.174	-.942	.346	1.000
Butilscopolamina–Clorofenamina	-35.143	31.908	-1.101	.271	1.000
Butilscopolamina–Loperamida	-49.786	31.551	-1.578	.115	1.000
Butilscopolamina–Outro(s)	-53.813	32.696	-1.646	.100	1.000
Dextrometorfano–Difenidramina	-4.100	14.890	-.275	.783	1.000
Dextrometorfano–Pseudoefedrina	-8.852	7.299	-1.213	.225	1.000
Dextrometorfano–Clorofenamina	14.643	9.977	1.468	.142	1.000
Dextrometorfano–Loperamida	-29.286	8.771	-3.339	<.001	.018
Dextrometorfano–Outro(s)	-33.313	12.266	-2.716	.007	.139
Difenidramina–Pseudoefedrina	-4.752	14.548	-.327	.744	1.000
Difenidramina–Clorofenamina	10.543	16.060	.656	.512	1.000
Difenidramina–Loperamida	-25.186	15.339	-1.642	.101	1.000
Difenidramina–Outro(s)	-29.213	17.573	-1.662	.096	1.000
Pseudoefedrina–Clorofenamina	5.791	9.459	.612	.540	1.000
Pseudoefedrina–Loperamida	20.433	8.176	2.499	.012	.261
Pseudoefedrina–Outro(s)	24.460	11.848	2.065	.039	.818
Clorofenamina–Loperamida	-14.643	10.636	-1.377	.169	1.000
Clorofenamina–Outro(s)	-18.670	13.662	-1.367	.172	1.000
Loperamida–Outro(s)	-4.027	12.807	-.314	.753	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

**Anexo XXVIII** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para associação entre a percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.365 <sup>a</sup>	6	<.001
Likelihood Ratio	25.500	6	<.001
Linear-by-Linear Association	.123	1	.726
N of Valid Cases	123		

a. 5 cells (35,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

#### Tipo de utentes dos casos identificados \* Princípio ativo mais procurado Crosstabulation

			Princípio ativo mais procurado						Total	
			Butilescopolamina	Clorofenamina	Dextrometorfano	Difenidramina	Loperamida	Outros		Pseudoefedrina
Tipo de utentes dos casos identificados	Utentes "de passagem"	Count	0	7	26	4	7	2	31	77
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	0.0%	9.1%	33.8%	5.2%	9.1%	2.6%	40.3%	100.0%
		% within Princípio ativo mais procurado	0.0%	50.0%	86.7%	80.0%	33.3%	25.0%	70.5%	62.6%
		% of Total	0.0%	5.7%	21.1%	3.3%	5.7%	1.6%	25.2%	62.6%
	Utentes regulares	Count	1	7	4	1	14	6	13	46
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	2.2%	15.2%	8.7%	2.2%	30.4%	13.0%	28.3%	100.0%
		% within Princípio ativo mais procurado	100.0%	50.0%	13.3%	20.0%	66.7%	75.0%	29.5%	37.4%
		% of Total	0.8%	5.7%	3.3%	0.8%	11.4%	4.9%	10.6%	37.4%
Total	Count	1	14	30	5	21	8	44	123	
	% within Tipo de utentes dos casos identificados	0.8%	11.4%	24.4%	4.1%	17.1%	6.5%	35.8%	100.0%	
	% within Princípio ativo mais procurado	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	0.8%	11.4%	24.4%	4.1%	17.1%	6.5%	35.8%	100.0%	

**Anexo XXIX** – Resultados do teste H de Kruskal-Wallis e da comparação por pares para a associação entre a percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia.

### Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	123
Test Statistic	24.167 <sup>a</sup>
Degree Of Freedom	6
Asymptotic Sig.(2-sided test)	<.001

a. The test statistic is adjusted for ties.

### Pairwise Comparisons of Princípio ativo mais procurado

Sample 1–Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Dextrometorfano–Difenidramina	-4.100	14.433	-.284	.776	1.000
Dextrometorfano–Pseudoefedrina	-9.970	7.075	-1.409	.159	1.000
Dextrometorfano–Clorofenamina	22.550	9.671	2.332	.020	.414
Dextrometorfano–Loperamida	-32.800	8.501	-3.858	<.001	.002
Dextrometorfano–Outro(s)	-37.925	11.889	-3.190	.001	.030
Dextrometorfano–Butilescopolamina	53.300	30.373	1.755	.079	1.000
Difenidramina–Pseudoefedrina	-5.870	14.101	-.416	.677	1.000
Difenidramina–Clorofenamina	18.450	15.567	1.185	.236	1.000
Difenidramina–Loperamida	-28.700	14.868	-1.930	.054	1.000
Difenidramina–Outro(s)	-33.825	17.034	-1.986	.047	.988
Difenidramina–Butilescopolamina	49.200	32.731	1.503	.133	1.000
Pseudoefedrina–Clorofenamina	12.580	9.168	1.372	.170	1.000
Pseudoefedrina–Loperamida	22.830	7.925	2.881	.004	.083
Pseudoefedrina–Outro(s)	27.955	11.484	2.434	.015	.313
Pseudoefedrina–Butilescopolamina	43.330	30.217	1.434	.152	1.000
Clorofenamina–Loperamida	-10.250	10.309	-.994	.320	1.000
Clorofenamina–Outro(s)	-15.375	13.242	-1.161	.246	1.000
Clorofenamina–Butilescopolamina	30.750	30.928	.994	.320	1.000
Loperamida–Outro(s)	-5.125	12.414	-.413	.680	1.000
Loperamida–Butilescopolamina	20.500	30.582	.670	.503	1.000
Outro(s)–Butilescopolamina	15.375	31.692	.485	.628	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

**Anexo XXX** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre a percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e a faixa etária dos casos identificados na farmácia.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	47.232 <sup>a</sup>	18	<.001
Likelihood Ratio	49.353	18	<.001
Linear-by-Linear Association	.089	1	.766
N of Valid Cases	123		

a. 21 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

**Faixa etária dos casos identificados \* Princípio ativo mais procurado Crosstabulation**

			Princípio ativo mais procurado							Total
			Butilescopolamina	Clorofenamina	Dextrometorfano	Difenidramina	Loperamida	Outros	Pseudoefedrina	
Faixa etária dos casos identificados	> 18 e ≤ 30 anos	Count	0	7	22	5	7	0	27	68
		% within Faixa etária dos casos identificados	0.0%	10.3%	32.4%	7.4%	10.3%	0.0%	39.7%	100.0%
		% within Princípio ativo mais procurado	0.0%	50.0%	73.3%	100.0%	33.3%	0.0%	61.4%	55.3%
		% of Total	0.0%	5.7%	17.9%	4.1%	5.7%	0.0%	22.0%	55.3%
	> 30 e ≤ 65 anos	Count	1	6	5	0	9	4	16	41
		% within Faixa etária dos casos identificados	2.4%	14.6%	12.2%	0.0%	22.0%	9.8%	39.0%	100.0%
		% within Princípio ativo mais procurado	100.0%	42.9%	16.7%	0.0%	42.9%	50.0%	36.4%	33.3%
		% of Total	0.8%	4.9%	4.1%	0.0%	7.3%	3.3%	13.0%	33.3%
	> 65 anos	Count	0	1	1	0	5	4	0	11
		% within Faixa etária dos casos identificados	0.0%	9.1%	9.1%	0.0%	45.5%	36.4%	0.0%	100.0%
		% within Princípio ativo mais procurado	0.0%	7.1%	3.3%	0.0%	23.8%	50.0%	0.0%	8.9%
		% of Total	0.0%	0.8%	0.8%	0.0%	4.1%	3.3%	0.0%	8.9%
	≤ 18 anos	Count	0	0	2	0	0	0	1	3
		% within Faixa etária dos casos identificados	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	100.0%
		% within Princípio ativo mais procurado	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	2.4%
% of Total		0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	2.4%	
Total	Count	1	14	30	5	21	8	44	123	
	% within Faixa etária dos casos identificados	0.8%	11.4%	24.4%	4.1%	17.1%	6.5%	35.8%	100.0%	
	% within Princípio ativo mais procurado	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	0.8%	11.4%	24.4%	4.1%	17.1%	6.5%	35.8%	100.0%	

**Anexo XXXI** – Resultados do teste H de Kruskal-Wallis e da comparação por pares para a associação entre a perceção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e a faixa etária dos casos identificados na farmácia.

**Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary**

Total N	123
Test Statistic	26.235 <sup>a</sup>
Degree Of Freedom	6
Asymptotic Sig.(2-sided test)	<.001

a. The test statistic is adjusted for ties.

**Pairwise Comparisons of Princípio ativo mais procurado**

Sample 1–Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Difenidramina–Dextrometorfano	17.600	15.339	1.147	.251	1.000
Difenidramina–Pseudoefedrina	-21.807	14.986	-1.455	.146	1.000
Difenidramina–Clorofenamina	29.107	16.543	1.759	.079	1.000
Difenidramina–Loperamida	-42.524	15.801	-2.691	.007	.150
Difenidramina–Butilescopolamina	54.500	34.785	1.567	.117	1.000
Difenidramina–Outro(s)	-67.500	18.102	-3.729	<.001	.004
Dextrometorfano–Pseudoefedrina	-4.207	7.518	-.560	.576	1.000
Dextrometorfano–Clorofenamina	11.507	10.278	1.120	.263	1.000
Dextrometorfano–Loperamida	-24.924	9.035	-2.759	.006	.122
Dextrometorfano–Butilescopolamina	36.900	32.279	1.143	.253	1.000
Dextrometorfano–Outro(s)	-49.900	12.635	-3.949	<.001	.002
Pseudoefedrina–Clorofenamina	7.300	9.744	.749	.454	1.000
Pseudoefedrina–Loperamida	20.717	8.422	2.460	.014	.292
Pseudoefedrina–Butilescopolamina	32.693	32.113	1.018	.309	1.000
Pseudoefedrina–Outro(s)	45.693	12.205	3.744	<.001	.004
Clorofenamina–Loperamida	-13.417	10.956	-1.225	.221	1.000
Clorofenamina–Butilescopolamina	25.393	32.868	.773	.440	1.000
Clorofenamina–Outro(s)	-38.393	14.073	-2.728	.006	.134
Loperamida–Butilescopolamina	11.976	32.501	.368	.713	1.000
Loperamida–Outro(s)	-24.976	13.193	-1.893	.058	1.000
Butilescopolamina–Outro(s)	-13.000	33.680	-.386	.700	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

**Anexo XXXII** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre a percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e o sexo dos casos identificados na farmácia.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	33.068 <sup>a</sup>	6	<.001
Likelihood Ratio	33.978	6	<.001
Linear-by-Linear Association	2.785	1	.095
N of Valid Cases	123		

a. 7 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

**Sexo dos casos identificados \* Princípio ativo mais procurado Crosstabulation**

		Princípio ativo mais procurado							Total	
		Butilescopolamina	Clorofenamina	Dextrometorfano	Difenidramina	Loperamida	Outros	Pseudoefedrina	Total	
Sexo dos casos identificados	Feminino	Count	0	6	3	0	9	5	1	24
		% within Sexo dos casos identificados	0.0%	25.0%	12.5%	0.0%	37.5%	20.8%	4.2%	100.0%
		% within Princípio ativo mais procurado	0.0%	42.9%	10.0%	0.0%	42.9%	62.5%	2.3%	19.5%
		% of Total	0.0%	4.9%	2.4%	0.0%	7.3%	4.1%	0.8%	19.5%
	Masculino	Count	1	8	27	5	12	3	43	99
		% within Sexo dos casos identificados	1.0%	8.1%	27.3%	5.1%	12.1%	3.0%	43.4%	100.0%
		% within Princípio ativo mais procurado	100.0%	57.1%	90.0%	100.0%	57.1%	37.5%	97.7%	80.5%
		% of Total	0.8%	6.5%	22.0%	4.1%	9.8%	2.4%	35.0%	80.5%
Total	Count	1	14	30	5	21	8	44	123	
	% within Sexo dos casos identificados	0.8%	11.4%	24.4%	4.1%	17.1%	6.5%	35.8%	100.0%	
	% within Princípio ativo mais procurado	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	0.8%	11.4%	24.4%	4.1%	17.1%	6.5%	35.8%	100.0%	

**Anexo XXXIII** – Resultados do teste H de Kruskal-Wallis e da comparação por pares para a associação entre a percepção de qual o princípio ativo utilizado recreativamente mais procurado e o sexo dos casos identificados na farmácia.

**Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary**

Total N	123
Test Statistic	32.800 <sup>a</sup>
Degree Of Freedom	6
Asymptotic Sig.(2-sided test)	<.001

a. The test statistic is adjusted for ties.

**Pairwise Comparisons of Princípio ativo mais procurado**

Sample 1–Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Outro(s)–Loperamida	12.080	10.167	1.188	.235	1.000
Outro(s)–Clorofenamida	12.080	10.846	1.114	.265	1.000
Outro(s)–Dextrometorfano	32.288	9.738	3.316	<.001	.019
Outro(s)–Pseudoefedrina	-37.040	9.406	-3.938	<.001	.002
Outro(s)–Difenidramina	38.438	13.951	2.755	.006	.123
Outro(s)–Butilescopolamina	38.438	25.956	1.481	.139	1.000
Clorofenamida–Loperamida	.000	8.444	.000	1.000	1.000
Clorofenamida–Dextrometorfano	-20.207	7.921	-2.551	.011	.225
Clorofenamida–Difenidramina	-26.357	12.750	-2.067	.039	.813
Loperamida–Pseudoefedrina	-24.959	6.491	-3.845	<.001	.003
Clorofenamida–Butilescopolamina	26.357	25.331	1.041	.298	1.000
Loperamida–Dextrometorfano	20.207	6.963	2.902	.004	.078
Loperamida–Difenidramina	26.357	12.177	2.164	.030	.639
Loperamida–Butilescopolamina	26.357	25.048	1.052	.293	1.000
Clorofenamida–Pseudoefedrina	-24.959	7.509	-3.324	<.001	.019
Dextrometorfano–Pseudoefedrina	-4.752	5.794	-.820	.412	1.000
Dextrometorfano–Difenidramina	-6.150	11.821	-.520	.603	1.000
Dextrometorfano–Butilescopolamina	6.150	24.876	.247	.805	1.000
Pseudoefedrina–Difenidramina	1.398	11.549	.121	.904	1.000
Pseudoefedrina–Butilescopolamina	1.398	24.748	.056	.955	1.000
Butilescopolamina–Difenidramina	.000	26.808	.000	1.000	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2–sided tests) are displayed. The significance level is .050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

**Anexo XXXIV** – Resultados do teste de Mann-Whitney para a associação entre a detecção de casos na farmácia e a percepção de utilização recreativa de benzidamina.

**Independent–Samples Mann–Whitney U Test Summary**

Total N	123
Mann–Whitney U	2061.000
Wilcoxon W	4617.000
Test Statistic	2061.000
Standard Error	104.013
Standardized Test Statistic	2.067
Asymptotic Sig.(2–sided test)	.039

**Anexo XXXV** – Resultados do teste Exato de Fisher e da tabulação cruzada para a associação entre a detecção de casos na farmácia e a percepção de utilização recreativa de benzidamina.

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.308 <sup>a</sup>	1	.038		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.164	1	.075		
Likelihood Ratio	4.823	1	.028		
Fisher's Exact Test				.042	.034
Linear-by-Linear Association	4.273	1	.039		
N of Valid Cases	123				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,50.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Benzidamina \* Detecção de Casos na Farmácia Crosstabulation

		Detecção de Casos na Farmácia		Total	
		Não	Sim		
Benzidamina	Não	Count	50	60	110
		% within Benzidamina	45.5%	54.5%	100.0%
		% within Detecção de Casos na Farmácia	96.2%	84.5%	89.4%
		% of Total	40.7%	48.8%	89.4%
	Sim	Count	2	11	13
		% within Benzidamina	15.4%	84.6%	100.0%
		% within Detecção de Casos na Farmácia	3.8%	15.5%	10.6%
		% of Total	1.6%	8.9%	10.6%
Total	Count	52	71	123	
	% within Benzidamina	42.3%	57.7%	100.0%	
	% within Detecção de Casos na Farmácia	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	42.3%	57.7%	100.0%	

**Anexo XXXVI** – Resultados do teste de Mann-Whitney para a associação entre a detecção de casos na farmácia e a percepção de utilização recreativa de loperamida.

#### Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary

Total N	123
Mann-Whitney U	2297.000
Wilcoxon W	4853.000
Test Statistic	2297.000
Standard Error	159.485
Standardized Test Statistic	2.828
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.005

**Anexo XXXVII** – Resultados do teste Exato de Fisher e da tabulação cruzada para a associação entre a detecção de casos na farmácia e a percepção de utilização recreativa de loperamida.

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.062 <sup>a</sup>	1	.005		
Continuity Correction <sup>b</sup>	7.000	1	.008		
Likelihood Ratio	8.386	1	.004		
Fisher's Exact Test				.006	.004
Linear-by-Linear Association	7.997	1	.005		
N of Valid Cases	123				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,33.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Loperamida \* Detecção de Casos na Farmácia Crosstabulation

		Detecção de Casos na Farmácia		Total	
		Não	Sim		
Loperamida	Não	Count	42	40	82
		% within Loperamida	51.2%	48.8%	100.0%
		% within Detecção de Casos na Farmácia	80.8%	56.3%	66.7%
		% of Total	34.1%	32.5%	66.7%
	Sim	Count	10	31	41
		% within Loperamida	24.4%	75.6%	100.0%
		% within Detecção de Casos na Farmácia	19.2%	43.7%	33.3%
		% of Total	8.1%	25.2%	33.3%
Total	Count	52	71	123	
	% within Loperamida	42.3%	57.7%	100.0%	
	% within Detecção de Casos na Farmácia	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	42.3%	57.7%	100.0%	

**Anexo XXXVIII** – Resultados do teste de Mann-Whitney e da tabulação cruzada para a associação entre a detecção de casos na farmácia e a venda dos MNSRM apresentados fora das farmácias.

#### Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary

Total N	123
Mann-Whitney U	1739.500
Wilcoxon W	4295.500
Test Statistic	1739.500
Standard Error	52.188
Standardized Test Statistic	-2.041
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.041

**Venda dos MNSRM apresentados fora das Farmácias \* Detecção de Casos na Farmácia  
Crosstabulation**

		Detecção de Casos na Farmácia		Total	
		Não	Sim		
Venda dos MNSRM apresentados fora das Farmácias	Não	Count	49	71	120
		% within Venda dos MNSRM apresentados fora das Farmácias	40.8%	59.2%	100.0%
		% within Detecção de Casos na Farmácia	94.2%	100.0%	97.6%
		% of Total	39.8%	57.7%	97.6%
	Sim	Count	3	0	3
		% within Venda dos MNSRM apresentados fora das Farmácias	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Detecção de Casos na Farmácia	5.8%	0.0%	2.4%
		% of Total	2.4%	0.0%	2.4%
Total	Count	52	71	123	
	% within Venda dos MNSRM apresentados fora das Farmácias	42.3%	57.7%	100.0%	
	% within Detecção de Casos na Farmácia	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	42.3%	57.7%	100.0%	

**Anexo XXXIX** – Resultados do teste de Mann-Whitney para a associação entre percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores.

**Independent-Samples Mann-Whitney U  
Test Summary**

Total N	123
Mann-Whitney U	946.000
Wilcoxon W	5224.000
Test Statistic	946.000
Standard Error	139.700
Standardized Test Statistic	-3.436
Asymptotic Sig.(2-sided test)	<.001

**Anexo XL** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.924 <sup>a</sup>	3	.008
Likelihood Ratio	16.005	3	.001
Linear-by-Linear Association	10.052	1	.002
N of Valid Cases	123		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,76.

**Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores \* Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal Crosstabulation**

			Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal		Total
			Não	Sim	
Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	> 10 e ≤ 30 casos	Count	0	7	7
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	0.0%	7.6%	5.7%
		% of Total	0.0%	5.7%	5.7%
	> 30 casos	Count	0	7	7
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	0.0%	7.6%	5.7%
		% of Total	0.0%	5.7%	5.7%
	> 5 e ≤ 10 casos	Count	2	22	24
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	8.3%	91.7%	100.0%
		% within Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	6.5%	23.9%	19.5%
		% of Total	1.6%	17.9%	19.5%
	≤ 5 casos	Count	29	56	85
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	34.1%	65.9%	100.0%
		% within Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	93.5%	60.9%	69.1%
		% of Total	23.6%	45.5%	69.1%
Total	Count	31	92	123	
	% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	25.2%	74.8%	100.0%	
	% within Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	25.2%	74.8%	100.0%	

**Anexo XLI** – Resultados do teste de Mann-Whitney e da tabulação cruzada para a associação entre perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e a faixa etária dos casos identificados na farmácia

**Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary**

Total N	123
Mann-Whitney U	1101.500
Wilcoxon W	5379.500
Test Statistic	1101.500
Standard Error	152.904
Standardized Test Statistic	-2.122
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.034

**Faixa etária dos casos identificados \* Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal Crosstabulation**

		Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal		Total	
		Não	Sim		
Faixa etária dos casos identificados	> 18 e ≤ 30 anos	Count	13	55	68
		% within Faixa etária dos casos identificados	19.1%	80.9%	100.0%
		% within Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	41.9%	59.8%	55.3%
		% of Total	10.6%	44.7%	55.3%
	> 30 e ≤ 65 anos	Count	11	30	41
		% within Faixa etária dos casos identificados	26.8%	73.2%	100.0%
		% within Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	35.5%	32.6%	33.3%
		% of Total	8.9%	24.4%	33.3%
	> 65 anos	Count	5	6	11
		% within Faixa etária dos casos identificados	45.5%	54.5%	100.0%
		% within Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	16.1%	6.5%	8.9%
		% of Total	4.1%	4.9%	8.9%
≤ 18 anos	Count	2	1	3	
	% within Faixa etária dos casos identificados	66.7%	33.3%	100.0%	
	% within Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	6.5%	1.1%	2.4%	
	% of Total	1.6%	0.8%	2.4%	
Total	Count	31	92	123	
	% within Faixa etária dos casos identificados	25.2%	74.8%	100.0%	
	% within Perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	25.2%	74.8%	100.0%	

**Anexo XLII** – Resultados do teste de Mann-Whitney e da tabulação cruzada para a associação entre perceção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e o sexo dos casos identificados na farmácia.

**Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary**

Total N	123
Mann-Whitney U	1669.000
Wilcoxon W	5947.000
Test Statistic	1669.000
Standard Error	117.839
Standardized Test Statistic	2.062
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.039

**Sexo dos casos identificados \* Percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal Crosstabulation**

		Percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal		Total	
		Não	Sim		
Sexo dos casos identificados	Feminino	Count	10	14	24
		% within Sexo dos casos identificados	41.7%	58.3%	100.0%
		% within Percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	32.3%	15.2%	19.5%
		% of Total	8.1%	11.4%	19.5%
	Masculino	Count	21	78	99
		% within Sexo dos casos identificados	21.2%	78.8%	100.0%
		% within Percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	67.7%	84.8%	80.5%
		% of Total	17.1%	63.4%	80.5%
	Total	Count	31	92	123
% within Sexo dos casos identificados		25.2%	74.8%	100.0%	
% within Percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		25.2%	74.8%	100.0%	

**Anexo XLIII** – Resultados do teste de Mann-Whitney para a associação entre percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e sugerir um MNSRM alternativo para reduzir o acesso aos com potencial de uso recreativo.

**Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary**

Total N	123
Mann-Whitney U	1833.000
Wilcoxon W	6111.000
Test Statistic	1833.000
Standard Error	148.435
Standardized Test Statistic	2.742
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.006

**Anexo XLIV** – Resultados do teste Exato de Fisher e da tabulação cruzada para a associação entre percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal e sugerir um MNSRM alternativo para reduzir o acesso aos com potencial de uso recreativo.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.580 <sup>a</sup>	1	.006		
Continuity Correction <sup>b</sup>	6.478	1	.011		
Likelihood Ratio	7.870	1	.005		
Fisher's Exact Test				.007	.005
Linear-by-Linear Association	7.518	1	.006		
N of Valid Cases	123				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,62.

b. Computed only for a 2x2 table

**Sugerir um MNSRM alternativo \* Percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal Crosstabulation**

		Percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal		Total	
		Não	Sim		
Sugerir um MNSRM alternativo	Não	Count	23	42	65
		% within Sugerir um MNSRM alternativo	35.4%	64.6%	100.0%
		% within Percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	74.2%	45.7%	52.8%
		% of Total	18.7%	34.1%	52.8%
	Sim	Count	8	50	58
		% within Sugerir um MNSRM alternativo	13.8%	86.2%	100.0%
		% within Percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	25.8%	54.3%	47.2%
		% of Total	6.5%	40.7%	47.2%
Total	Count	31	92	123	
	% within Sugerir um MNSRM alternativo	25.2%	74.8%	100.0%	
	% within Percepção do aumento da utilização recreativa de MNSRM em Portugal	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	25.2%	74.8%	100.0%	

**Anexo XLV** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.816 <sup>a</sup>	3	.050
Likelihood Ratio	7.573	3	.056
Linear-by-Linear Association	5.843	1	.016
N of Valid Cases	123		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,62.

**Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores \* Tipo de utentes dos casos identificados  
Crosstabulation**

			Tipo de utentes dos casos identificados		Total
			Utentes "de passagem"	Utentes regulares	
Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	> 10 e ≤ 30 casos	Count	2	5	7
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	28.6%	71.4%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	2.6%	10.9%	5.7%
		% of Total	1.6%	4.1%	5.7%
	> 30 casos	Count	2	5	7
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	28.6%	71.4%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	2.6%	10.9%	5.7%
		% of Total	1.6%	4.1%	5.7%
	> 5 e ≤ 10 casos	Count	16	8	24
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	66.7%	33.3%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	20.8%	17.4%	19.5%
		% of Total	13.0%	6.5%	19.5%
	≤ 5 casos	Count	57	28	85
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	67.1%	32.9%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	74.0%	60.9%	69.1%
		% of Total	46.3%	22.8%	69.1%
Total	Count	77	46	123	
	% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	62.6%	37.4%	100.0%	
	% within Tipo de utentes dos casos identificados	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	62.6%	37.4%	100.0%	

**Anexo XLVI** – Resultados do teste de Mann-Whitney para a associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e a percepção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior.

**Independent-Samples Mann-Whitney U  
Test Summary**

Total N	123
Mann-Whitney U	1297.000
Wilcoxon W	2378.000
Test Statistic	1297.000
Standard Error	157.138
Standardized Test Statistic	-3.016
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.003

**Anexo XLVII** – Resultados do teste Exato de Fisher e da tabulação cruzada para a associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e a percepção do aumento de casos comparativamente ao ano anterior.

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.174 <sup>a</sup>	1	.002		
Continuity Correction <sup>b</sup>	8.022	1	.005		
Likelihood Ratio	9.735	1	.002		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	9.099	1	.003		
N of Valid Cases	123				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,71.

b. Computed only for a 2x2 table

**Aumento de casos comparativamente ao ano anterior \* Tipo de utentes dos casos identificados Crosstabulation**

		Tipo de utentes dos casos identificados		Total	
					Utentes "de passagem"
Aumento de casos comparativamente ao ano anterior	Não	Count	43	38	81
		% within Aumento de casos comparativamente ao ano anterior	53.1%	46.9%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	55.8%	82.6%	65.9%
		% of Total	35.0%	30.9%	65.9%
	Sim	Count	34	8	42
		% within Aumento de casos comparativamente ao ano anterior	81.0%	19.0%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	44.2%	17.4%	34.1%
		% of Total	27.6%	6.5%	34.1%
	Total	Count	77	46	123
		% within Aumento de casos comparativamente ao ano anterior	62.6%	37.4%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	62.6%	37.4%	100.0%

**Anexo XLVIII** – Resultados do teste de Mann-Whitney para a associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e a faixa etária dos casos identificados na farmácia.

**Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary**

Total N	123
Mann-Whitney U	2863.000
Wilcoxon W	3944.000
Test Statistic	2863.000
Standard Error	170.399
Standardized Test Statistic	6.408
Asymptotic Sig.(2-sided test)	<.001

**Anexo XLIX** – Resultados do teste de Qui-Quadrado e da tabulação cruzada para a associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e a faixa etária dos casos identificados na farmácia.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	53.470 <sup>a</sup>	3	<.001
Likelihood Ratio	60.712	3	<.001
Linear-by-Linear Association	29.550	1	<.001
N of Valid Cases	123		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,12.

### Faixa etária dos casos identificados \* Tipo de utentes dos casos identificados Crosstabulation

			Tipo de utentes dos casos identificados		Total
			Utentes "de passagem"	Utentes regulares	
Faixa etária dos casos identificados	> 18 e ≤ 30 anos	Count	60	8	68
		% within Faixa etária dos casos identificados	88.2%	11.8%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	77.9%	17.4%	55.3%
		% of Total	48.8%	6.5%	55.3%
	> 30 e ≤ 65 anos	Count	14	27	41
		% within Faixa etária dos casos identificados	34.1%	65.9%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	18.2%	58.7%	33.3%
		% of Total	11.4%	22.0%	33.3%
	> 65 anos	Count	0	11	11
		% within Faixa etária dos casos identificados	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	0.0%	23.9%	8.9%
		% of Total	0.0%	8.9%	8.9%
≤ 18 anos	Count	3	0	3	
	% within Faixa etária dos casos identificados	100.0%	0.0%	100.0%	
	% within Tipo de utentes dos casos identificados	3.9%	0.0%	2.4%	
	% of Total	2.4%	0.0%	2.4%	
Total	Count	77	46	123	
	% within Faixa etária dos casos identificados	62.6%	37.4%	100.0%	
	% within Tipo de utentes dos casos identificados	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	62.6%	37.4%	100.0%	

**Anexo L** – Resultados do teste de Mann-Whitney para a associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e o sexo dos casos identificados na farmácia.

### Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary

Total N	123
Mann-Whitney U	1154.500
Wilcoxon W	2235.500
Test Statistic	1154.500
Standard Error	131.322
Standardized Test Statistic	-4.695
Asymptotic Sig.(2-sided test)	<.001

**Anexo LI** – Resultados do teste Exato de Fisher e da tabulação cruzada para a associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e o sexo dos casos identificados na farmácia.

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	22.220 <sup>a</sup>	1	<.001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	20.058	1	<.001		
Likelihood Ratio	22.034	1	<.001		
Fisher's Exact Test				<.001	<.001
Linear-by-Linear Association	22.039	1	<.001		
N of Valid Cases	123				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,98.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Sexo dos casos identificados \* Tipo de utentes dos casos identificados Crosstabulation

		Tipo de utentes dos casos identificados		Total	
		Utentes "de passagem"	Utentes regulares		
Sexo dos casos identificados	Feminino	Count	5	19	24
		% within Sexo dos casos identificados	20.8%	79.2%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	6.5%	41.3%	19.5%
		% of Total	4.1%	15.4%	19.5%
	Masculino	Count	72	27	99
		% within Sexo dos casos identificados	72.7%	27.3%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	93.5%	58.7%	80.5%
		% of Total	58.5%	22.0%	80.5%
Total	Count	77	46	123	
	% within Sexo dos casos identificados	62.6%	37.4%	100.0%	
	% within Tipo de utentes dos casos identificados	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	62.6%	37.4%	100.0%	

**Anexo LII** – Resultados do teste de Mann-Whitney e da tabulação cruzada para a associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e limitar o número de embalagens dispensadas para reduzir o acesso aos MNSRM com potencial de uso recreativo.

#### Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary

Total N	123
Mann-Whitney U	1453.000
Wilcoxon W	2534.000
Test Statistic	1453.000
Standard Error	159.613
Standardized Test Statistic	-1.992
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.046

**Limitar o número de embalagens dispensadas \* Tipo de utentes dos casos identificados Crosstabulation**

		Tipo de utentes dos casos identificados		Total	
		Utentes "de passagem"	Utentes regulares		
Limitar o número de embalagens dispensadas	Não	Count	23	22	45
		% within Limitar o número de embalagens dispensadas	51.1%	48.9%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	29.9%	47.8%	36.6%
		% of Total	18.7%	17.9%	36.6%
	Sim	Count	54	24	78
		% within Limitar o número de embalagens dispensadas	69.2%	30.8%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	70.1%	52.2%	63.4%
		% of Total	43.9%	19.5%	63.4%
	Total	Count	77	46	123
% within Limitar o número de embalagens dispensadas		62.6%	37.4%	100.0%	
% within Tipo de utentes dos casos identificados		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		62.6%	37.4%	100.0%	

**Anexo LIII** – Resultados do teste de Mann-Whitney e da tabulação cruzada para a associação entre o tipo de utentes dos casos identificados na farmácia e o contacto entre farmácias.

**Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary**

Total N	123
Mann-Whitney U	1579.500
Wilcoxon W	2660.500
Test Statistic	1579.500
Standard Error	94.563
Standardized Test Statistic	-2.025
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.043

**Contacto entre Farmácias \* Tipo de utentes dos casos identificados Crosstabulation**

			Tipo de utentes dos casos identificados		Total
			Utentes "de passagem"	Utentes regulares	
Contacto entre Farmácias	Não	Count	67	45	112
		% within Contacto entre Farmácias	59.8%	40.2%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	87.0%	97.8%	91.1%
		% of Total	54.5%	36.6%	91.1%
	Sim	Count	10	1	11
		% within Contacto entre Farmácias	90.9%	9.1%	100.0%
		% within Tipo de utentes dos casos identificados	13.0%	2.2%	8.9%
		% of Total	8.1%	0.8%	8.9%
Total	Count	77	46	123	
	% within Contacto entre Farmácias	62.6%	37.4%	100.0%	
	% within Tipo de utentes dos casos identificados	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	62.6%	37.4%	100.0%	

**Anexo LIV** – Resultados do teste de Mann-Whitney e da tabulação cruzada para a associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e a deteção de casos na farmácia nos 6 meses anteriores.

**Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary**

Total N	123
Mann-Whitney U	824.500
Wilcoxon W	5975.500
Test Statistic	824.500
Standard Error	123.309
Standardized Test Statistic	-2.323
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.020

**Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores \* Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados Crosstabulation**

			Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados		Total
			Não	Sim	
Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	> 10 e ≤ 30 casos	Count	1	6	7
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	14.3%	85.7%	100.0%
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	4.5%	5.9%	5.7%
		% of Total	0.8%	4.9%	5.7%
	> 30 casos	Count	0	7	7
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	0.0%	6.9%	5.7%
		% of Total	0.0%	5.7%	5.7%
	> 5 e ≤ 10 casos	Count	1	23	24
		% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	4.2%	95.8%	100.0%
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	4.5%	22.8%	19.5%
		% of Total	0.8%	18.7%	19.5%
≤ 5 casos	Count	20	65	85	
	% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	23.5%	76.5%	100.0%	
	% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	90.9%	64.4%	69.1%	
	% of Total	16.3%	52.8%	69.1%	
Total	Count	22	101	123	
	% within Deteção de Casos na Farmácia nos 6 meses anteriores	17.9%	82.1%	100.0%	
	% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	17.9%	82.1%	100.0%	

**Anexo LV** – Resultados do teste de Mann-Whitney para a associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e não implementar nenhum sistema para reduzir o acesso a MNSRM com potencial de uso recreativo.

**Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary**

Total N	123
Mann-Whitney U	924.500
Wilcoxon W	6075.500
Test Statistic	924.500
Standard Error	74.898
Standardized Test Statistic	-2.490
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.013

**Anexo LVI** – Resultados do Exato de Fisher da tabulação cruzada para a associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e não implementar nenhum sistema para reduzir o acesso a MNSRM com potencial de uso recreativo

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.251 <sup>a</sup>	1	.012		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.360	1	.037		
Likelihood Ratio	5.001	1	.025		
Fisher's Exact Test				.026	.026
Linear-by-Linear Association	6.200	1	.013		
N of Valid Cases	123				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,97.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Nenhum \* Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados Crosstabulation

			Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados		Total
			Não	Sim	
Nenhum	Não	Count	17	95	112
		% within Nenhum	15.2%	84.8%	100.0%
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	77.3%	94.1%	91.1%
		% of Total	13.8%	77.2%	91.1%
Nenhum	Sim	Count	5	6	11
		% within Nenhum	45.5%	54.5%	100.0%
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	22.7%	5.9%	8.9%
		% of Total	4.1%	4.9%	8.9%
Total		Count	22	101	123
		% within Nenhum	17.9%	82.1%	100.0%
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	17.9%	82.1%	100.0%

**Anexo LVII** – Resultados do teste de Mann-Whitney e da tabulação cruzada para a associação entre o conhecimento do potencial de uso recreativo dos princípios ativos apresentados e a referênciação.

**Independent-Samples Mann-Whitney U  
Test Summary**

Total N	123
Mann-Whitney U	1340.000
Wilcoxon W	6491.000
Test Statistic	1340.000
Standard Error	115.148
Standardized Test Statistic	1.989
Asymptotic Sig.(2-sided test)	.047

**Referênciação \* Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos  
MNSRM apresentados Crosstabulation**

		Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados		Total	
		Não	Sim		
Referênciação	Não	Count	20	71	91
		% within Referênciação	22.0%	78.0%	100.0%
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	90.9%	70.3%	74.0%
		% of Total	16.3%	57.7%	74.0%
	Sim	Count	2	30	32
		% within Referênciação	6.3%	93.8%	100.0%
		% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	9.1%	29.7%	26.0%
		% of Total	1.6%	24.4%	26.0%
Total	Count	22	101	123	
	% within Referênciação	17.9%	82.1%	100.0%	
	% within Tinha conhecimento do potencial uso recreativo dos MNSRM apresentados	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	17.9%	82.1%	100.0%	

## Anexo LVIII – Folheto de informação para o doente sobre o medicamento abemaciclib.

**Guarde** os medicamentos nas embalagens originais. Evitará assim confundir outros medicamentos com aparência similar.

**Prazo de Validade**  
Não utilizar após o prazo de validade impresso na embalagem.

- Precauções Especiais**
- Mantenha os **medicamentos** fora do alcance das **crianças**.
  - Mantenha os **medicamentos** que toma **separados** de outros medicamentos para **animais** e dos produtos de **limpeza**.
  - As grávidas e mulheres a amamentar devem evitar o contato com este medicamento.

**Devolva a medicação que não tomar à Farmácia do Hospital.**



**Recomendações para o Doente**

Notas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Este folheto não contém toda a informação do fármaco é apenas um resumo para ajudar o doente no seu tratamento.

Para mais informações ou dúvidas contate o seu médico ou farmacêutico.

**Serviços Farmacêuticos  
ULSVDL, E.P.E.**

Telefone: 232 420 523  
Ext.: 12412

**Horário:**  
Segunda-Feira a Sexta-Feira  
das 9h às 18h

F 004/09 Revisão: 00  
Data: 10/09/13

M 07304  
Qualquer cópia / impressão deste documento é considerada NÃO CONTROLADA, devendo ser confirmada a sua atualização.



Serviços Farmacêuticos

### COMO UTILIZAR OS SEUS MEDICAMENTOS DE FORMA SEGURA



## ABEMACICLIB

Comprimidos de 50 mg,  
100 mg ou 150 mg

Conheça os medicamentos que utiliza: é o melhor para evitar erros de medicação

Quando se utilizam os medicamentos podem surgir erros que por vezes levam a sérios danos para a saúde. Estes erros podem produzir-se nos hospitais; centros de saúde, farmácias ou no seu próprio domicílio.

O melhor conselho que podemos dar-lhe para evitar estes erros, é que se informe e conheça bem os medicamentos que utiliza. Quanto melhor conhecer os medicamentos que está a tomar, melhor poderá evitar os ditos erros. Assim deverá pedir informações a médicos, farmacêuticos e enfermeiros.

Os profissionais de saúde que o atendem esforçam-se por manter a sua saúde, por isso não duvide que você é o responsável por tomar corretamente os medicamentos que lhe foram receitados.

Não **DUVIDE** em esclarecer qual quer **DÚVIDA!**

É a sua vida e a sua saúde!

Doente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ABEMACICLIB

**Posologia**  
A dose recomendada é segundo a prescrição médica.

É muito importante que **respeite o horário da toma do medicamento**. Se falhar uma dose de ABEMACILIB, não tome a dose esquecida e espere pela toma seguinte. Se vomitar não repita a dose. Em caso de dúvida contacte o seu médico ou farmacêutico.

**Como se deve tomar**  
• ABEMACILIB é administrado por via oral;

• Pode ser tomado com ou sem alimentos. Não deve ingerir toranja ou sumo de toranja enquanto estiver a tomar esta medicação;

• Os comprimidos devem ser engolidos inteiros com um copo de água, sem mastigar, esmagar ou partir;

• Deve manter sempre o mesmo horário de toma;

### Interações

Pergunte sempre ao seu médico ou farmacêutico antes de tomar qualquer outro medicamento, vitamina ou planta medicinal devido ao risco de poderem aparecer efeitos indesejáveis.

### Efeitos Adversos:

Os efeitos adversos mais frequentes, que não significa que apareçam, são:

- Náuseas, vômitos e diarreia;
- Diminuição do apetite e alteração do sabor dos alimentos;
- Cansaço; dor de cabeça e tonturas;
- Febre;
- Irritação na pele e perda de cabelo;
- Infecções;
- Aumento do lacrimejar;
- Alterações no fígado e no sangue;

Contacte o seu médico ou farmacêutico se apresentar algum destes efeitos adversos ou qualquer outro que pense estar relacionado com a medicação.

### Avise rapidamente o seu médico se tiver:

- Uma reação alérgica grave ao ABEMACILIB ou a um dos excipientes (exemplo: LACTOSE);
- Sinais de infeção (tosse, calafrios, febre superior a 38°, dificuldade em urinar);
- Sinais de sangramento (fezes negras, sangue na urina ou hematomas);
- Em caso de sobredosagem (fadiga ou diarreia);

DURAÇÃO / OBSERVAÇÕES									
Até Debutar									
Jantar									
Meio da Tarde									
Almoço									
Pequeno Almoço									
Até Lançar									
MEDICAMENTO Nome e Dose									

Outras Observações:

Alergias:

