



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Perfil das Intoxicações em Crianças e Jovens num Serviço de Urgência Hospitalar

Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária e Investigação

Andreia Juliana da Silva Marques

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

Orientador: Professora Doutora María Eugenia Gallardo Alba
Co-orientador: Dr.^a Arminda Jorge
Co-orientador: Mestre Margarida Vicente

Covilhã, junho de 2012

Aos meus pais

Agradecimentos

Agradeço, da forma mais sincera e profunda, a todos aqueles que de qualquer forma permitiram a realização deste trabalho, e a todos aqueles que sempre me acompanharam ao longo deste percurso académico.

À minha orientadora, Professora Doutora María Eugenia Gallardo Alba, por todo o apoio, força e motivação que me transmitiu durante a realização deste trabalho, e também pela pronta disponibilidade e atenção. É, sem dúvida, um exemplo de uma excelente profissional a seguir, cuja sabedoria inspira desejo de conhecimento.

À minha co-orientadora, Dr.^a Armindá Jorge, do Centro Hospitalar Cova da Beira, por ter permitido a realização do trabalho de investigação no serviço que dirige, pela ajuda indispensável na recolha dos dados, pela disponibilidade e simpatia.

Ao Conselho de Administração e ao Departamento da Saúde da Criança e da Mulher do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., por terem autorizado a realização do trabalho de investigação.

Ao Dr. João Fonseca, à Dr.^a Margarida Vicente, à Dr.^a Joana Ascensão, e a todos os restantes elementos da equipa da Farmácia Pedroso pela disponibilidade com que me receberam, e pela forma dedicada com que me transmitiram os seus conhecimentos e experiências profissionais e pessoais. O meu obrigada pela paciência, pelo apoio e compreensão de todos os dias e, acima de tudo, pela simpatia e boa disposição que sempre tiveram para comigo. Serão, sem dúvida, uma referência para a minha carreira profissional.

Aos professores que me transmitiram os conhecimentos necessários, ao longo deste 5 anos, para que possa vir a ser uma boa profissional.

Aos meus pais e ao meu irmão, a quem não posso deixar de agradecer, pelo apoio, carinho e toda a força incondicionais. Sem eles nada disto teria sido possível!

Ao Michael, um obrigada especial, pela força, carinho, motivação, paciência e boa disposição.

E como não poderia deixar de ser, o meu mais sincero obrigada a todos os meus amigos, por terem tornado estes últimos anos inesquecíveis. Muito obrigada!!!

A TODOS, o meu mais sincero obrigada!!!

Resumo

O documento apresentado é o culminar de um percurso académico de 5 anos, e que pretende descrever a experiência profissionalizante na vertente de farmácia comunitária e investigação. Assim, este trabalho encontra-se dividido em dois capítulos. No capítulo I encontra-se descrita toda a experiência profissional e humana vivida durante o estágio na farmácia comunitária. O capítulo II descreve o trabalho de investigação desenvolvido em parceria com o Centro Hospitalar Cova da Beira.

A farmácia comunitária é uma das áreas onde o farmacêutico pode desenvolver a sua atividade e, por excelência, é a área onde este tem um maior contacto com o público. Hoje em dia, e cada vez mais, assiste-se à crescente vocação das farmácias como espaço de saúde moderno, que permite um contacto facilitado, personalizado e disponível com um profissional de saúde, que tem uma obrigatoriedade de permanente atualização de conhecimentos. Neste capítulo são abordados diversos temas, nomeadamente, a organização da farmácia, a informação e documentação científica nela existente, os medicamentos e produtos de saúde, o seu aprovisionamento e armazenamento, a interação farmacêutico-utente-medicamento, a dispensa e aconselhamento de medicamentos e outros produtos de saúde, outros cuidados de saúde prestados na farmácia, além da temática da automedicação, da preparação de medicamentos e a parte de contabilidade e gestão, também muito importantes numa farmácia.

O estágio realizado na Farmácia Pedroso, na Covilhã, permitiu concluir que o farmacêutico é um profissional de saúde especialista do medicamento, habilitado para a sua dispensa e aconselhamento, além de estar também habilitado para o esclarecimento de todas as dúvidas e prestação das mais variadas informações sobre medicamentos ou outros produtos de saúde. O farmacêutico, para além das suas competências profissionais e científicas, é também um gestor, uma vez que a gestão é cada vez mais um elemento necessário e uma mais-valia na prática farmacêutica, de forma a garantir sempre o bom funcionamento da farmácia. Desde modo, para atingir todas estas competências é necessária, para além da formação teórica académica, muita prática e uma formação contínua, permitindo ao farmacêutico ter uma vasta experiência e um leque de conhecimentos científicos indispensáveis para responder eficazmente aos novos desafios que lhe são colocados diariamente.

A experiência profissionalizante na vertente de investigação foi realizada no âmbito da toxicologia clínica e intitula-se como “Perfil das intoxicações em crianças e jovens num serviço de urgência hospitalar”. As intoxicações são um sério problema de saúde pública, particularmente em idade pediátrica. Assim sendo, o principal objetivo deste estudo foi a caracterização e análise das intoxicações ocorridas em crianças e jovens que chegam ao

Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), com necessidade de internamento. Neste estudo retrospectivo procedeu-se à recolha de todas as informações clínicas necessárias de crianças e jovens internados por suspeita de intoxicação no período compreendido de 1 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2011.

As intoxicações pediátricas representaram cerca de 0,04% de todos os casos que deram entrada no SUP do CHCB, durante o período de estudo. Dos 54 casos estudados, 70,04% envolveram indivíduos do sexo feminino, sendo a média das idades de, aproximadamente, 9 anos. No entanto, as intoxicações foram mais frequentes nas crianças com menos de 5 anos. Maioritariamente, as intoxicações estudadas ocorreram acidentalmente e a principal via de contacto com o tóxico foi a oral (90,74%). Nos casos em que foi possível determinar o local onde ocorreu a intoxicação, verificou-se que a maioria (33%) ocorreu no domicílio, sendo que, este foi também o local onde, preferencialmente, o tóxico foi obtido (48,15%). As intoxicações medicamentosas estiveram envolvidas em 68,52% dos casos, as bebidas alcoólicas em 12,96%, os pesticidas em 5,56%, assim como os gases/vapores, as drogas de abuso em 3,70%, e os compostos químicos em 1,85%, assim como os venenos animais. Particularmente nas intoxicações medicamentosas, o grupo dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos foi o mais comum (40,53%), devido às intoxicações por benzodiazepinas. Os antipsicóticos (27,01%) foram o segundo grupo de fármacos mais frequente. Cerca de 57,89% das intoxicações medicamentosas envolveram apenas um princípio ativo, e a ingestão de múltiplos princípios ativos foi mais frequente no grupo dos adolescentes.

Verificou-se que cerca de 3/4 dos doentes intoxicados apresentavam sintomas neurológicos. Antes da instituição do tratamento, foram requeridos, a cerca de 50% dos doentes, testes laboratoriais para determinação da presença ou da quantidade de tóxico. As medidas de descontaminação gastrointestinal foram aplicadas a 57,38% dos indivíduos, cerca de 55,54% dos doentes recebeu tratamento de suporte, e a 12,95% das intoxicações foi administrado um antídoto, maioritariamente o flumazenilo. Em média, os intoxicados permaneceram 3 dias no internamento, sendo a maioria (70,37%) encaminhada para o domicílio, acompanhados de uma carta para o médico de família. Na amostra estudada não ocorreu nenhum caso de óbito.

Palavras-chave

Farmácia Comunitária, Intoxicações, Serviço de Urgência, Perfil das Intoxicações, Prevalência das Intoxicações, Pediatria.

Abstract

The presented document is the culmination of a five-year academic course, and it describes the professionalizing experience in community pharmacy and research. Thus, this work is divided into two chapters. In chapter I, both professional and human experience lived during the traineeship in the community pharmacy is described. Chapter II describes the research work developed in partnership with the Centro Hospitalar Cova da Beira.

Community pharmacy is one of the areas where pharmacists can develop their activity, and it is the area where a greater contact with the public exists. Today, and increasing, we are witnessing a growing vocation of pharmacies as modern spaces of health, allowing a personalized and facilitated contact with a health professional, who is required for a permanent update of knowledge and skills. Several topics are covered in this chapter, including pharmacy organization and information and scientific documentation within it; drugs and health products and their supply and storage; pharmacist-patient-drug interactions; dispensing and advice of drugs and other health products; other health care provided in the pharmacy and the theme of self-medication; drug preparation; and accountancy and management.

The traineeship was carried out in Farmácia Pedroso, in Covilhã, under the supervision of Dr. João Fonseca, and allowed to realize that the pharmacist is a drug-specialized healthcare professional, responsible for dispensing and advising, being also able to clarify all doubts and provide important information about drugs and other health products. The pharmacist, beyond his professional and scientific skills, is also a manager, once the management is increasingly a necessary element and an advantage in pharmaceutical practice, to ensure the good functioning of the pharmacy. Therefore, to reach all these skills it is necessary, beyond the theoretical academic training, the practice and continuous learning, allowing the pharmacist to have a vast experience and a range of scientific essential knowledge to respond efficiently to the new challenges which are placed daily.

The professionalizing experience in research was conducted within the scope of clinical toxicology, and is entitled as “Perfil das intoxicações em crianças e jovens num serviço de urgência hospitalar”. Intoxications are serious public health care problems, particularly in what concerns children. Therefore, the main goal of this study was the characterization and analysis of pediatric intoxications arriving at the Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) of Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) which require hospitalization. In this retrospective study, all necessary clinical information from children hospitalized for suspected poisoning in the period from 1 January 2006 to 31 December 2011 was collected. Pediatric poisoning accounted for 0.04% of all emergency visits during the studied period. From the 54 cases which were studied, 70.04% involved female individuals, and the average age was

approximately 9 years old. However, intoxications were more common in children under 5 years old. Most of intoxications were accidental, and the main route of contact with the toxicant was oral (90.74%). Whenever possible, the location of the poisoning was determined, and it was found that most (33%) occurred at home, and this was also the place where the toxicant was obtained (48.15%). Drugs intoxications were involved in 68.52% of cases, alcohol in 12.96%, pesticides and gases/vapors in 5.56%, drugs of abuse in 3.70%, and chemicals in 1.85%, as well as animal poisons. Particularly in drug intoxications, anxiolytics, sedatives and hypnotics was the most commonly encountered group (40.53%), due to benzodiazepines. Antipsychotics (27.01%) were the second most common group of drugs. In about 57.89% of drug intoxications only one active ingredient was involved, and ingestion of multiple active ingredients was more frequent in the group of teenagers. It was found that about three quarters of the poisoned patients showed neurological symptoms. Before treatment onset, about 50% of patients required laboratory tests to determine the nature or amount of toxic. Gastrointestinal decontamination measures were applied to 57.38% of individuals, about 55.54% of the patients received supportive treatment, and in 12.95% of poisonings an antidote was administered, mainly flumazenil. On average, intoxicated individuals remained three days in hospital, and most of them (70.37%) were discharged to home, accompanied by a letter to the family doctor. In the studied sample no death situations were observed.

Keywords

Community Pharmacy; Intoxication; Emergency department; Profile intoxications; Prevalence of intoxications; Pediatrics.

Índice

Lista de Figuras	xv
Lista de Gráficos	xvii
Lista de Tabelas	xix
Lista de Acrónimos	xxi

Capítulo I - Farmácia Comunitária

1. Introdução	3
2. Caracterização Geral da Farmácia Pedroso	4
2.1. Localização e perfil de utentes	4
2.2. Organização do espaço físico e funcional da farmácia	4
2.2.1. Aspeto exterior	4
2.2.2. Aspeto interior	5
2.3. Quadro do pessoal e funções	6
2.4. Aplicação informática	7
2.5. Legislação	8
3. Informação e Documentação Científica	8
3.1. Biblioteca básica	8
3.2. Publicações de existência obrigatória nas farmácias	9
3.3. Centros de documentação e informação	10
4. Medicamentos e Outros Produtos de Saúde	11
4.1. Medicamentos em geral	11
4.2. Medicamentos genéricos	11
4.3. Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes	11
4.4. Preparações officinais e magistrais	12
4.5. Medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos	12
4.6. Produtos fitoterapêuticos	12
4.7. Produtos para alimentação especial e dietéticos	12
4.8. Produtos cosméticos e dermofarmacêuticos	13
4.9. Dispositivos médicos	13
4.10. Medicamentos e produtos de uso veterinário	14
5. Gestão, Aprovisionamento e Armazenamento	14
5.1. Aquisição de produtos e seleção de um fornecedor	15

5.1.1. Aquisição a armazéns/cooperativas de distribuição	16
5.1.2. Aquisição direta a laboratórios	16
5.1.3. Aquisição a outras farmácias	16
5.2. Realização, aprovação, receção e verificação de Encomendas	17
5.3. Armazenamento	18
5.4. Devoluções	21
5.5. Margens legais de comercialização na marcação de preços	21
5.6. Pagamento das encomendas	22
5.7. Prazos de validade	22
6. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento	23
7. Dispensa de Medicamentos	26
7.1. Medicamentos sujeitos a receita médica, no geral	26
7.2. Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes	29
7.3. Comparticipações das Instituições Estatais e Não Estatais	31
8. Automedicação	32
9. Aconselhamento e Dispensa de Outros Produtos de Saúde	34
9.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene	34
9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial	35
9.3. Produtos dietéticos infantis	36
9.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	37
9.5. Medicamentos de uso veterinário (MUV)	38
9.6. Dispositivos médicos	39
10. Outros Cuidados de Saúde/Serviços Prestados na Farmácia Pedroso	39
10.1. Avaliação da tensão arterial	39
10.2. Monitorização da glicémia, colesterol e triglicérideos	40
10.3. Controlo do peso e determinação da altura	41
10.4. Administração de injectáveis	41
10.5. Teste de gravidez	42
10.6. Programa Troca de Seringas	42
11. Preparação de Medicamentos	43
12. Contabilidade e Gestão	47
13. Conclusões	51
14. Bibliografia - Capítulo I	53

Capítulo II - Perfil das Intoxicações em Crianças e Jovens num Serviço de Urgência Hospitalar

1. Introdução	59
---------------	----

1.1. Toxicologia clínica	59
1.2. Epidemiologia das intoxicações	60
1.3. Tipo de tóxicos	63
1.4. Fatores de risco	64
1.4.1. Fatores relacionados com as crianças	65
1.4.2. Fatores do tóxico	66
1.4.3. Fatores ambientais	67
1.5. Abordagem terapêutica	67
1.5.1. Tratamento geral	71
1.6. Enquadramento do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	76
2. Justificação e Objetivos	77
2.1. Justificação do tema	77
2.2. Objetivo geral	77
2.3. Objetivos específicos	77
3. Material e Métodos	79
3.1. Tipo de estudo	79
3.2. Seleção da amostra	79
3.3. Recolha de dados	79
3.4. Análises dos dados	80
4. Resultados e Discussão	81
4.1. Caracterização da amostra	81
4.2. Tempo decorrido entre a intoxicação e a chegada ao CHCB	83
4.3. Sintomatologia	84
4.4. Via de contacto	85
4.5. Local de intoxicação e modo de obtenção do tóxico	86
4.6. Etiologia da intoxicação	87
4.7. Tipo de tóxico(s)	88
4.7.1. Classificação farmacoterapêutica dos fármacos envolvidos nas intoxicações medicamentosas	91
4.7.2. Número de princípios ativos envolvidos nas intoxicações medicamentosas	93
4.8. Doseamento do tóxico	94
4.9. Tratamento	95
4.10. Duração do internamento e destino do doente	97
5. Limitações do estudo	99
6. Conclusões	101
7. Bibliografia - Capítulo II	103

Anexos

Anexo I - Guia de transporte	109
Anexo II - Requisição de psicotrópicos	111
Anexo III - Nota de devolução	112
Anexo IV - Nota de crédito	113
Anexo V - Receita informatizada	114
Anexo VI - Receita manual	115
Anexo VII - Receita médica renovável	116
Anexo VIII - Documento de facturação	117
Anexo IX - Lista de situações passíveis de automedicação	118
Anexo X - Centros de tratamento habilitados para prescrição de produtos dietéticos para efeitos de comparticipação	120
Anexo XI - Lista de produtos dietéticos com carácter terapêutico, comparticipados a 100% pelo SNS	121
Anexo XII - Ficha de registo de movimentos de matérias-primas	123
Anexo XIII - Receita de um manipulado	124
Anexo XIV - Medicamentos manipulados comparticipados	125
Anexo XV - Ficha de preparação de manipulados	127
Anexo XVI - Folha de cálculo dos preços dos manipulados	131

Lista de Figuras

Capítulo I	- Farmácia Comunitária	
Figura I	- Esquema representativo do processo de encomenda.	20
Figura II	- Logotipo do VALORMED.	24
Figura III	- Processo VALORMED para as embalagens de medicamentos de uso humano.	25
Figura IV	- Quadro de registo de psicotrópicos gerado automaticamente pelo SIFARMA 2000.	30
Figura V	- Aparelho medidor da tensão arterial.	40
Figura VI	- Aparelho medidor da glicémia.	40
Figura VII	- Aparelho medidor do colesterol e triglicérideos.	40
Figura VIII	- Cartão disponibilizado ao utente para registo de todas as determinações efetuadas.	41
Figura IX	- Balança.	41
Figura X	- Kit “Prevenção SIDA”.	42
Figura XI	- Rótulo utilizado pela Farmácia Pedroso para os produtos manipulados.	46
Capítulo II	- Perfil das Intoxicações em Crianças e Jovens num Serviço de Urgência Hospitalar	
Figura I	- Taxas de Mortalidade por intoxicação por 100 000 crianças por nível de desenvolvimento do país ou região, segundo a OMS, 2004.	61
Figura II	- Localização espacial do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., no mapa de Portugal	76

Lista de Gráficos

Gráfico I	- Distribuição da amostra estudada relativamente ao género.	81
Gráfico II	- Distribuição da amostra estudada relativamente à idade.	82
Gráfico III	- Distribuição das intoxicações por ano e sazonalidade.	83
Gráfico IV	- Distribuição das intoxicações por intervalo de tempo até à chegada ao SUP do CHCB	84
Gráfico V	- Sintomatologia apresentada pelos doentes em estudo.	85
Gráfico VI	- Vias de contacto com os agentes tóxicos.	86
Gráfico VII	- Local onde ocorreu a intoxicação.	86
Gráfico VIII	- Modo de obtenção do tóxico nos casos estudados.	87
Gráfico IX	- Etiologia das intoxicações da amostra em estudo.	88
Gráfico X	- Tipo de tóxico(s) envolvido(s) nas intoxicações da amostra em estudo.	89
Gráfico XI	- Grupos farmacoterapêuticos envolvidos nas intoxicações medicamentosas.	92
Gráfico XII	- Número de princípios ativos envolvidos nas intoxicações medicamentosas.	94
Gráfico XIII	- Tratamento administrado aos doentes intoxicados da amostra em estudo.	96
Gráfico XIV	- Destino final dos doentes intoxicados após a alta do CHCB de 2006 a 2011.	98

Lista de Tabelas

Tabela I	- Distribuição por idade e género das intoxicações.	62
Tabela II	- Distribuição do motivo da exposição por idade.	63
Tabela III	- Fatores de risco para intoxicações pediátricas.	64
Tabela IV	- Principais síndromas tóxicas, os seus sinais e sintomas e diagnóstico diferencial.	68
Tabela V	- Tóxicos e respectivos antídotos e doses.	74
Tabela VI	- Distribuição das intoxicações estudadas de acordo com a idade, etiologia da intoxicação e tipo de tóxico.	90
Tabela VII	- Distribuição do número de princípios ativos utilizados nas intoxicações medicamentosas de acordo com a idade.	94
Tabela VIII	- Testes laboratoriais realizados para determinação da substância tóxica.	95

Lista de Acrónimos

AAPCC	<i>American Association of Poison Control Centers</i>
ABC	<i>Airway, Breathing, Circulation</i>
ADT	Antidepressivo Tricíclico
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
AINE	Anti-Inflamatório Não Esteróide
ANF	Associação Nacional de Farmácias
ARS	Administração Regional de Saúde
BDZ	Benzodiazepina
BPF	Boas Práticas da Farmácia
CCF	Centro de Conferência de Faturas
CE	Comissão Europeia
CEDIME	Centro de Documentação e Informação do Medicamento
CEFAR	Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia
CETMED	Centro Tecnológico do Medicamento
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CIM	Centro de Informação de Medicamentos
CIMI	Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde
CPSC NEISS	<i>Consumer Product Safety Commission's National Electronic Injury Surveillance System</i>
DCI	Denominação Comum Internacional
DD	Diagnóstico Diferencial
FE	Farmacopeia Europeia
FGP	Formulário Galénico Português
FP	Farmacopeia Portuguesa
f.s.a.	<i>fac secundum artem</i>
GI	Gastrointestinal
HCG	Gonadotrofina Coriónica Humana
HIC	High - Income Countries
IM	Intramuscular
IMC	Índice de Massa Corporal
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
IV	Intravenoso
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
LEF	Laboratório de Estudos Farmacêuticos
LMIC	Low and Middle - Income Countries

MCAD	<i>Medium-Chain AcylCoADehydrogenase</i>
MDMA	3,4-Metilenodioximetanfetamina
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
MUV	Medicamento de Uso Veterinário
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OTC	Over-The-Counter
PCHC	Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal
PIC	Preço Impresso na Cartonagem
PO	Posologia Oral
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
S	Síndrome
SC	Subcutâneo
SNC	Sistema Nervoso Central
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
VO	Via Oral

Capítulo I

Farmácia Comunitária

1. Introdução

A Farmácia Comunitária é, atualmente, um espaço de saúde de extrema importância para a sociedade. Este é o local de saúde mais próximo do utente e, conseqüentemente, de mais fácil acesso, sendo muitas vezes a primeira opção do mesmo. Assim, o farmacêutico, como especialista do medicamento, é o profissional mais qualificado para intervir nas áreas mais essenciais da saúde comunitária, como no aconselhamento e informação, automedicação, farmacovigilância, epidemiologia, determinação de parâmetros bioquímicos, entre muitas outras áreas, tanto em terapia humana como em terapia animal. É também um elemento privilegiado na equipa de saúde, sendo o elo de ligação entre o médico e o doente, devendo, portanto, no exercício da sua profissão, ter sempre presente o elevado grau de responsabilidade e o dever moral de exercer a sua profissão com o maior zelo, atenção e competência.

Para atingir todas estas competências é necessária, para além da formação teórica académica, muita prática e uma formação contínua, permitindo ao farmacêutico ter uma vasta experiência e um leque de conhecimentos científicos indispensáveis para responder eficazmente aos novos desafios que lhe são colocados diariamente.

Ao longo deste relatório, descrevo a experiência profissional e humana vivida durante o estágio na Farmácia Pedroso, sob a orientação do Dr. João Fonseca, apresentando o funcionamento base de uma farmácia comunitária, descrevendo também as múltiplas tarefas e responsabilidades do farmacêutico, não só como especialista do medicamento, mas também como agente de saúde pública.

2. Caracterização Geral da Farmácia Pedroso

A farmácia comunitária, dada a sua acessibilidade à população, tenta servir esta sempre com a maior qualidade. Caracteriza-se pela prestação de cuidados de saúde de elevada diferenciação técnico-científica, onde se prestam serviços dirigidos para o medicamento e para o doente. Assim, para que o farmacêutico possa realizar da melhor forma estas atividades, necessita de equipamentos, instalações e fontes de informação adequadas para o desempenho das suas funções.^[1]

2.1. Localização e perfil de utentes

A Farmácia Pedroso, fundada em 1893, localiza-se na Covilhã, distrito de Castelo Branco. Atualmente, encontra-se em instalações provisórias num prédio de traça antiga, localizado no centro da cidade.

O facto de esta cidade não ser muito grande e localizar-se no interior do país são aspetos determinantes para a caracterização da maioria dos utentes desta farmácia, que são idosos. No entanto, há uma grande heterogeneidade de utentes, no que se refere à faixa etária, nível socioeconómico e cultural.

A longevidade desta farmácia permite-lhe ter um vasto número de utentes fiéis a todos os colaboradores que em conjunto trabalham para a melhoria e inovação de todos os serviços prestados. A maioria dos utentes que vai periodicamente à farmácia já é conhecida pela equipa técnica da mesma, o que muito beneficia o atendimento, quer do ponto de vista técnico, quer humano.

No que diz respeito ao horário de funcionamento, a farmácia está aberta ao público de segunda à sexta, entre as 9 e as 19 horas, e ao sábado das 8 às 13 horas. Realiza serviços de 8 em 8 dias, estando nestes dias aberta entre as 9 e as 23 horas, período após o qual permanece um funcionário no interior, que pode ser contactado em caso de urgência.

2.2. Organização do espaço físico e funcional da farmácia

2.2.1. Aspeto exterior

O aspeto exterior da Farmácia Pedroso é característico e profissional, facilmente visível e identificável. Apresenta, a todo o comprimento da fachada, o seu nome e encontra-se identificada por uma cruz verde, sinalética luminosa indicativa de farmácia.

Possui duas montras destinadas a dar a conhecer aos utentes alguns dos produtos existentes na farmácia. Entre estas, encontra-se a porta de entrada, onde pode ser consultado o horário de funcionamento, as farmácias de serviço na cidade e as farmácias de serviço do município. A porta de entrada também possui um postigo de atendimento. Este é

especialmente importante durante o serviço noturno, pois funciona como um meio de proteção para o farmacêutico.

2.2.2. Aspeto interior

A Farmácia Pedroso possui um ambiente profissional, calmo, criando as condições necessárias que permitam uma comunicação ótima com os utentes. Existe uma placa no interior da farmácia com o nome do diretor técnico e todos os farmacêuticos e seus colaboradores estão devidamente identificados mediante o uso de um cartão contendo o nome e o título profissional.

No interior da farmácia estão também afixados, de forma visível, os serviços farmacêuticos prestados, com os respetivos preços. O espaço interior está organizado de forma a otimizar o espaço existente e a beneficiar a zona de atendimento ao público, podendo-se evidenciar:

- Área de atendimento ao público, composta por:
 - Zona de espera, que dispõe de cadeiras para repouso dos utentes;
 - Balança, para pesagem de adultos e crianças;
 - Balcão de atendimento, com quatro terminais de computadores;
 - Vitrinas, para a disposição de produtos de farmácia, tais como cosméticos e dermocosméticos, produtos de higiene oral, capilar e corporal, produtos de puericultura e alguns produtos para emagrecimento. Estas vitrinas estão localizadas atrás do balcão de atendimento para maior proximidade dos funcionários. Existe uma outra vitrina onde se encontram os sapatos ortopédicos, localizada na zona de espera dos utentes.

A área de atendimento está equipada com um sistema de ar condicionado que oferece uma atmosfera acolhedora e proporciona as condições necessárias à correta conservação dos produtos nela armazenados.

- Sala de consulta farmacêutica, separada fisicamente da zona de atendimento, que permite um diálogo privado e confidencial com o doente, bem como a prestação de outros serviços farmacêuticos. Nesta sala existe um armário onde se encontram armazenados os dispositivos de medição da glicémia, para cedência gratuita aos diabéticos, e outro material necessário à realização de testes e à administração de injetáveis. Existe também uma marquesa, cadeiras e uma secretária, onde se encontram os dispositivos necessários à medição da tensão arterial, glicémia, colesterol e triglicéridos. Dispõe também de alguns folhetos informativos sobre a importância do controlo dos vários parâmetros biológicos. É também nesta sala que são prestados os cuidados de enfermagem, existentes na farmácia.

- Área interior, constituída por:
 - Zonas de arrumação de especialidades farmacêuticas e de acessórios de farmácia;
 - Zona de reforço;
 - Zona de realização e receção de encomendas, equipada com um computador, *modem*, impressora, telefone e fax;
 - Escritório;
 - Laboratório, onde são preparados os manipulados;
 - Instalações sanitárias;
 - Sala de repouso, durante o serviço noturno;
 - Vestiário.

2.3. Quadro do pessoal e funções

A equipa técnica da Farmácia Pedroso, à qual o utente pode, diariamente, solicitar ajuda e aconselhamento farmacêutico, é constituída por dez elementos:

- Proprietário e Diretor Técnico
- Farmacêutica Adjunta
- Farmacêutica
- Três Ajudantes Técnicos de Farmácia
- Dois Caixeiros
- Técnica de Informática
- Servente de limpeza

As funções de todos os elementos da equipa estão perfeitamente definidas e registadas, permitindo um melhor controlo e avaliação do desempenho da farmácia a todos os níveis, assim como uma maior facilidade em evitar e/ou determinar, qual a origem dos erros, permitindo solucioná-los de forma mais eficaz, garantindo sempre um serviço de qualidade.

As funções do diretor técnico estão perfeitamente definidas e legisladas. Assim, segundo o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, é competência do diretor técnico^[2]:

- a) Assumir a responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia;
- b) Garantir a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o modo de utilização dos medicamentos;
- c) Promover o uso racional do medicamento;
- d) Assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) só são dispensados aos utentes que a não apresentem em casos de força maior, devidamente justificados;

- e) Manter os medicamentos e demais produtos fornecidos em bom estado de conservação;
- f) Garantir que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança;
- g) Assegurar que a farmácia dispõe de um aprovisionamento suficiente de medicamentos;
- h) Zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene;
- i) Verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica;
- j) Assegurar o cumprimento dos princípios e deveres previstos na legislação reguladora da atividade farmacêutica.

No entanto, o diretor técnico pode ser coadjuvado por farmacêuticos e por pessoal devidamente habilitado, sob a sua direção e responsabilidade. Assim, são estas pessoas que, dia após dia, dão resposta às necessidades dos utentes da farmácia, contribuindo para a melhoria da saúde da população.

2.4. Aplicação informática

Os recursos informáticos de uma farmácia são uma mais-valia nas atividades diárias, auxiliando o farmacêutico tanto em aspetos burocráticos, como em aspetos técnico-científicos e de gestão.

O *software* utilizado na Farmácia Pedroso é o SIFARMA 2000, da Associação Nacional de Farmácias (ANF). Esta aplicação informática permite o controlo dos *stocks* (entrada de encomendas e saídas de produtos, com atualização imediata pelo sistema informático), controlo da rotatividade dos produtos e de medicamentos existentes na farmácia, atribuição de *stock* máximo e mínimo a determinado medicamento ou produto, gestão de vendas de cada operador e total diário, controlo dos prazos de validade, documentos de faturação, consulta de informação atualizada acerca dos medicamentos, entre muitas outras funcionalidades também de grande importância para as atividades diárias da farmácia.

De maneira a responder prontamente à constante evolução do sector da farmácia e do medicamento, o sistema informático, que se encontra ligado a uma rede, é constantemente atualizado.

Na Farmácia Pedroso existe um computador central ao qual estão ligados, através de uma rede interna, os computadores de atendimento ao público e o computador onde são realizadas as encomendas. Este computador permite que no final de cada dia se faça uma cópia de segurança de todas as atividades realizadas na farmácia. Existe também uma impressora fiscal que regista o duplicado dos documentos emitidos pelas impressoras dos postos de trabalho (documentos de faturação, faturas/recibo, talões de venda suspensa e notas de anulação) para efeitos fiscais.

2.5. Legislação

A profissão farmacêutica está sujeita a normas jurídicas e normas deontológicas. O decreto-lei n.º307/2007, de 31 de agosto define o regime jurídico das farmácias de oficina, afirmando que estas “prosseguem uma atividade de saúde e de interesse público e asseguram a continuidade dos serviços que prestam aos utentes”.^[2]

A Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED) e a Ordem dos Farmacêuticos (OF) são os órgãos que tutelam os aspetos relacionados com um bom exercício farmacêutico, proporcionando aos cidadãos o acesso a medicamentos, tecnologias de saúde e a produtos de saúde de qualidade, eficazes e seguros. O INFARMED é um organismo do Ministério da Saúde, que possui autonomia financeira e administrativa, tendo como principal função garantir a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos e produtos de saúde, prevenindo os riscos decorrentes da sua utilização e assegurando os mais elevados padrões de saúde pública e a defesa dos interesses do consumidor. A OF é uma associação pública que abrange e representa os licenciados em Farmácia e Ciências Farmacêuticas, que exercem a profissão farmacêutica ou praticam atos próprios desta profissão em território nacional.^[3] O estatuto da OF define “ato farmacêutico” e refere também os direitos e deveres do farmacêutico.^[4]

A ANF é um órgão de cariz associativo e tem como missão a defesa dos interesses morais, profissionais e económicos dos proprietários de farmácia, contribuindo para uma melhoria do exercício profissional na farmácia e consolidação dos padrões de qualidade dos serviços prestados, promovendo a credibilidade e a confiança dos cidadãos no sector, através da promoção de atividades de formação contínua.^[5]

As Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF), da OF, são um documento dinâmico em permanente atualização, que tem como objetivo disciplinar e melhorar a intervenção dos farmacêuticos e das farmácias, de maneira a ajudar a comunidade a usar os medicamentos da melhor forma possível, sempre com o objetivo de melhorar o bem-estar do utente, e da comunidade em geral.^[1]

3. Informação e Documentação Científica

3.1. Biblioteca básica

Com a introdução permanente no mercado de novidades terapêuticas, a profissão farmacêutica exige uma constante atualização de conhecimentos científicos. Atualmente, a sociedade caracteriza-se por uma crescente preocupação com a sua qualidade de vida, sendo também cada vez mais “bombardeada” com informação no âmbito da saúde. Assim, é no farmacêutico que as pessoas procuram a maioria das respostas às suas dúvidas, pois este é

considerado um profissional da área da saúde, dotado de capacidade científica e técnica, vocacionado para um aconselhamento pronto e correto. Deste modo, é de extrema importância a existência de uma biblioteca básica na farmácia, que permita, em tempo útil, uma consulta rápida de informação, de forma a prestar o melhor serviço possível, contribuindo para uma terapêutica mais segura e racional.

A participação do farmacêutico no cuidado do doente e em atividades de promoção da saúde necessita de apoio de informação sobre medicamentos, sendo imprescindível para a prática de cuidados farmacêuticos. A informação em saúde é muito vasta e existem milhares de fontes de informação disponíveis, cabendo ao farmacêutico a seleção das que são mais credíveis e com mais qualidade, e que melhor satisfazem as suas necessidades.

A Farmácia Pedroso possui na sua biblioteca diversas fontes de informação, sendo que algumas são de carácter obrigatório.

3.2. Publicações de existência obrigatória nas farmácias

De acordo com a legislação, a farmácia deve obrigatoriamente dispor das seguintes publicações:

- Farmacopeia Portuguesa (FP) (edição mais recente);
- Prontuário Terapêutico.^[6]

Na Farmácia Pedroso, além das publicações de existência obrigatória, existem também outras publicações como:

- Índice Nacional Terapêutico;
- Guia Nacional Terapêutico;
- Boas Práticas da Farmácia;
- Estatutos da Ordem dos Farmacêuticos;
- Simpósio Terapêutico;
- Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos;
- Formulário Galénico Português;
- Martindale

Também são recebidas algumas publicações periódicas:

- Revistas ANF;
- Publicações da OF;
- Boletins do Centro de Documentação e Informação do Medicamento (CEDIME) e do Centro de Informação de Medicamentos (CIM).

O próprio *software* da Farmácia Pedrosa, o SIFARMA 2000, também se revela uma fonte atualizada de informação dos aspetos mais importantes de cada medicamento, permitindo uma consulta rápida de informação.

3.3. Centros de documentação e informação

Os Farmacêuticos têm também à sua disponibilidade outras estruturas de apoio:

- **CIM**

O CIM foi criado, em 1984, pela OF com o intuito de proporcionar aos farmacêuticos informação independente, avaliada e atualizada sobre medicamentos e sua utilização, de forma rápida e objetiva, destinada a resolver problemas específicos relacionados com o uso de medicamentos, abrangendo todas as vertentes dos mesmos (indicações terapêuticas, efeitos secundários, precauções, contra-indicações, composição, identificação de especialidades farmacêuticas, farmacocinética e mecanismos de ação). O CIM tenta, também, contribuir para a atualização e formação continuada dos farmacêuticos, apoiando-os na procura, acesso e seleção de fontes de informação.^[7]

- **CEDIME**

O CEDIME é um departamento da ANF que foi criado, em 1985, com o objetivo de garantir apoio científico às farmácias associadas. Permite o acesso a dicionários informáticos de medicamentos e outros produtos, bem como o esclarecimento de questões relacionadas com os medicamentos.^[5]

- **Laboratório de Estudos Farmacêuticos (LEF)**

O LEF é um laboratório independente, fundado em 1992, que disponibiliza de um amplo espectro de serviços ao sector farmacêutico, a nível nacional e internacional. A organização responde a questões de áreas como: desenvolvimento de formulações e produção à escala piloto de preparações sólidas, semi-sólidas e líquidas não-estéreis; desenvolvimento analítico, validação e controlo da qualidade de matérias-primas e de produto acabado, ensaios clínicos de fase I e assuntos regulamentares.^[8]

- **Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde (CIMI)**

O CIMI faz parte do INFARMED e presta serviços informativos a profissionais de saúde e ao público em geral acerca de medicamentos e produtos de saúde (dispositivos médicos, produtos cosméticos e de higiene corporal e produtos farmacêuticos homeopáticos).^[9]

- **Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia (CEFAR)**

O CEFAR foi criado, em 1994, pela ANF com o objetivo de desenvolver estudos (farmacoepidemiologia, farmacoconomia, estatística aplicada à saúde, entre outros) visando

a produção de estratégias que contribuam para o uso racional do medicamento, mas também, com o objetivo de inovar no campo da avaliação do medicamento e da saúde.^[10] Atualmente, na Farmácia Pedroso, decorrem dois estudos orientados pelo CEFAR. Um sobre a “Adesão e persistência à terapêutica com bifosfonatos no tratamento da osteoporose pós-menopáusia”, e outro intitulado “Estudo Web Prevenar 13®”.

- **Centro Tecnológico do Medicamento (CETMED)**

O CETMED é uma estrutura de carácter técnico-científico da ANF, criado em 1999, que tem como missão apoiar os farmacêuticos na área da tecnologia farmacêutica em geral e, em particular, na preparação de medicamentos manipulados.^[11]

4. Medicamentos e Outros Produtos de Saúde

4.1. Medicamentos em geral

Um «medicamento» é “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”.^[12]

Exemplos: Dafalgan, Lasix 40mg.

4.2. Medicamentos genéricos

Um «medicamento genérico» é um “medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência¹ tenha sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados”.^[12]

Exemplos: Losartan Zentiva 100mg, Ibuprofeno Ratiopharm 600mg.

4.3. Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes

Um «medicamento psicotrópico» “atua sobre as funções e o comportamento psíquicos, qualquer que seja o tipo de efeito exercido (depressor, estimulante ou desviante)”.^[13]

¹ Medicamento de referência - “Medicamento que foi autorizado com base em documentação completa, incluindo resultados de ensaios farmacêuticos, pré-clínicos e clínicos”.

Um «medicamento estupefaciente» é uma “substância tóxica, natural ou sintética, que atua nos centros nervosos e cujo uso mais ou menos prolongado provoca perturbações graves da personalidade, uma deterioração física e psíquica progressiva, com habituação e toxicomania”.^[14]

Exemplos: Suboxone, Sevredol, Fentanilo, Concerta.

4.4. Preparações officinais e magistrais

Uma «preparação officinal» engloba “qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia de oficina ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço”.^[12]

Denomina-se «preparação magistral» a “qualquer medicamento preparado numa farmácia de oficina ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um doente determinado”.^[12]

Exemplos: vaselina salicilada a 2%.

4.5. Medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos

Um «medicamento homeopático» é um “medicamento obtido a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na Farmacopeia Europeia (FE) ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios”.^[12]

Exemplos: Oscillococcinum, Sedatif PC.

4.6. Produtos fitoterapêuticos

Os «produtos fitoterapêuticos» são aqueles que fazem uso das propriedades curativas e/ou preventivas das plantas, podendo-se apresentar sob a forma de cápsulas e ampolas, compostas por extratos dos princípios ativos, sob a forma de chás e sob a forma de produtos de cosmética.^[15]

Exemplos: Narturactive passiflora, Arkocápsulas Alcachofra, Bekunis laxante, Moreno pés de cereja.

4.7. Produtos para alimentação especial e dietéticos

Segundo o Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho, consideram-se géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial os “géneros alimentícios que, devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos

alimentos de consumo corrente, são adequados ao objetivo nutricional pretendido e comercializados com a indicação de que correspondem a esse objetivo”.^[16]

Segundo a Directiva 1990/21 da Comissão Europeia (CE), de 25 de março de 1999, alimentos dietéticos são uma “categoria de géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especiais, destinados a satisfazer as necessidades nutricionais de pacientes e para consumo sob supervisão médica. Destinam-se à alimentação exclusiva ou parcial de pacientes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabolitos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares que não podem ser satisfeitas por uma modificação do regime alimentar normal, por outros géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial ou por uma combinação de ambos”.^[17]

Exemplos: Fortimel, Protifor, Fantomalt.

4.8. Produtos cosméticos e dermofarmacêuticos

Entende-se por «produto cosmético» “qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter o bom estado ou de corrigir os odores corporais”.^[18]

Exemplos: Avène Hydrance, Tantum Verde.

4.9. Dispositivos médicos

Define-se como «dispositivo médico» “qualquer aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o *software* destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de:

- i) Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença;
- ii) Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência;
- iii) Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico;
- iv) Controlo da conceção.^[19]

Exemplos: GrinTuss, Fitonasal, algalias, seringas.

4.10. Medicamentos e produtos de uso veterinário

Segundo o Decreto-lei n.º 184/97, de 26 de julho, um «medicamento de uso veterinário» é “todo o medicamento destinado aos animais”, definindo “medicamento” como “toda a substância ou composição que possua propriedades curativas ou preventivas das doenças e dos seus sintomas, do homem ou do animal, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções orgânicas”.^[20] O Decreto-lei n.º 185/2005, de 4 de novembro, define “produto de uso veterinário” como sendo “a substância ou mistura de substâncias destinadas quer aos animais, para tratamento ou prevenção das doenças e dos seus sintomas, correção ou modificação das funções orgânicas ou para diagnóstico médico, quer às instalações dos animais ou a atividades relacionadas com estes ou com os produtos de origem animal”.^[21]

Exemplos: Advantix, Frontline, Terramicina.

5. Gestão, Aprovisionamento e Armazenamento

O farmacêutico assume um papel extremamente importante na área da saúde e, como tal, necessita de ferramentas para superar os desafios deste sector em constante mudança. Assim, para além das competências profissionais e científicas, o conhecimento em gestão é cada vez mais um elemento necessário e uma mais-valia na prática farmacêutica, de forma a garantir um bom funcionamento da farmácia.

É importante gerir o aprovisionamento e o armazenamento de todos os produtos farmacêuticos, para evitar ruturas de *stock*, bem como acumulação de produtos, de forma a minimizar a imobilização de capital e as perdas por prazos de validade expirados.

O aprovisionamento representa um conjunto de todas as funções e atividades que ocorrem na farmácia de oficina e que permite pôr à disposição dos utentes, em tempo útil, os diferentes tipos de substâncias e produtos farmacêuticos, na quantidade pretendida, ao mais baixo custo e, garantindo sempre a máxima qualidade. É uma operação indispensável para garantir a satisfação e as necessidades dos utentes e permitir a viabilidade económico-financeira da farmácia.

Na gestão de *stocks* têm de ser considerados alguns aspetos fundamentais, tais como:

- Localização da farmácia (ambiente urbano ou rural);
- Necessidades e preferência dos utentes que frequentam a farmácia;
- Hábitos de prescrição dos médicos locais;
- Época do ano (por exemplo, no verão é necessário um *stock* maior de protetores solares e produtos usados no tratamento e queimaduras solares, enquanto no inverno predominam os produtos usados para o tratamento de gripes e constipações);
- Produtos mais publicitados;

- Novos produtos;
- Bonificações;
- Frequência de entregas;
- Dias de serviço permanente;
- Área de armazenamento;
- Prazos de validade;
- Disponibilidade financeira.

Uma gestão equilibrada de *stocks* permite uma boa rotação de produtos e uma maximização económica e financeira do capital investido.

5.1. Aquisição de produtos e seleção de um fornecedor

Atualmente, não há necessidade de ter uma elevada quantidade de cada medicamento em *stock*, uma vez que os armazenistas fornecedores e as cooperativas de distribuição asseguram um fornecimento diário, muitas vezes com entregas várias vezes ao dia. Além disso, uma grande quantidade de produtos em *stock* ocupa um maior espaço físico, o risco de ter produtos a expirar a validade é maior, não esquecendo também, o empate de capital.

Na Farmácia Pedroso o aprovisionamento consiste numa reposição de *stocks*, ou seja, baseia-se nas necessidades reais da farmácia. Deste modo, há um movimento dinâmico diário de entradas e saídas, impedindo a rutura de *stocks* e a imobilização excessiva de produtos, proporcionando uma maior segurança, qualidade e eficácia dos produtos cedidos, além de permitir uma gestão física e económica mais simples.

A aquisição dos produtos farmacêuticos a armazéns, a cooperativas e diretamente aos laboratórios depende essencialmente da rotatividade do produto, a qual condiciona a quantidade a encomendar.

A seleção dos fornecedores constitui um aspeto importante para a gestão da farmácia. O fornecedor adequado é aquele que possui melhores condições de negociação à farmácia (baixo custo dos produtos, possíveis descontos, bónus e melhores condições de pagamento), rapidez e facilidade na entrega, percentagens de erros nas entregas, seguimento das boas práticas de distribuição grossista, entre outras.

As farmácias têm ao seu dispor diferentes fornecedores, podendo a aquisição dos produtos ser dividida em dois grandes grupos: armazéns/cooperativas de distribuição ou diretamente aos laboratórios (ou seus representantes).

5.1.1. Aquisição a armazéns/cooperativas de distribuição

A Farmácia Pedroso é abastecida maioritariamente por três distribuidoras farmacêuticas:

- Plural - Cooperativa Farmacêutica, com sede em Coimbra, mas com vários armazéns distribuídos pelo país, um dos quais na Covilhã.
- Alliance Healthcare, empresa de distribuição farmacêutica, com vários armazéns, um dos quais em Castelo Branco.
- União dos Farmacêuticos de Portugal, cooperativa com sede em Lisboa.

Estas três distribuidoras são as responsáveis pelo maior volume de encomendas, que fazem chegar diariamente produtos à Farmácia Pedroso.

5.1.2. Aquisição direta a laboratórios

A Farmácia Pedroso também adquire certos produtos diretamente aos laboratórios. Isto acontece com os produtos de dermocosmética, puericultura, acessórios, nomeadamente sapatos ortopédicos, entre outros. Este tipo de encomenda permite à farmácia usufruir de vantagens económicas, especialmente quando a quantidade de produto é considerável.

Estas encomendas são realizadas através dos delegados de informação médica, que se deslocam com alguma periodicidade à farmácia. O farmacêutico deve avaliar os *stocks* existentes na farmácia, e a rotação dos produtos, de forma a analisar a viabilidade das propostas, sempre tentadoras, apresentadas pelos delegados.

É importante salientar que, atualmente, devido ao grande número de produtos esgotados, a compra de medicamentos diretamente ao laboratório é cada vez mais uma prática comum.

É importante reforçar a ideia de que o conhecimento profundo da realidade da farmácia aliado ao sentido de profissionalismo, não descurando a sua atenção relativamente à segurança e qualidade, são pontos a ter em conta quando se recorre a este tipo de aquisição, para evitar a compra de quantidades desnecessárias e, conseqüentemente, erros de gestão.

5.1.3. Aquisição a outras farmácias

Em casos pontuais e de urgência, há necessidade de contactar as farmácias mais próximas para o fornecimento de alguns produtos em tempo útil. Isto acontece por rutura de *stock* na farmácia e indisponibilidade de fornecimento por parte das distribuidoras. Esta situação não se trata da realização de encomendas propriamente dita, mas é outra forma de entrada de produtos na farmácia.

5.2. Realização, aprovação, receção e verificação de encomendas

A informatização da farmácia é a ferramenta necessária para uma boa gestão, assegurando uma melhor organização, rapidez de cedência e de emissão de documentos, avaliação do *stock* dos produtos e a sua rotação, controlo das entradas e saídas, fazendo a consulta de parâmetros como o histórico de vendas, as médias mensais de vendas, os índices de rotatividade, entre outros. O sistema informático utilizado na Farmácia Pedroso (SIFARMA 2000) é uma mais-valia na gestão de medicamentos e produtos farmacêuticos, pois, para além de outras vantagens já referidas anteriormente, fornece uma ajuda preciosa a nível da realização de encomendas. O programa inclui uma ficha de cada produto existente na farmácia, onde se encontra definido o *stock* mínimo e máximo, tendo em conta o histórico de vendas registadas. Quando a existência do produto iguala o valor do *stock* mínimo, é gerada automaticamente uma proposta de encomenda. Posteriormente, a proposta é avaliada, analisando-se simultaneamente a possibilidade de aquisição dos produtos com desconto ou bónus, muitas vezes proporcionados pelas fornecedoras, sendo por fim elaborada a encomenda definitiva, que é posteriormente enviada ao armazenista/cooperativa farmacêutica via *modem* (Figura I). Por vezes, é necessário contactar por via telefónica as distribuidoras para obter informação acerca da disponibilidade e hora de entrega de determinado produto, em rutura na farmácia.

Quando surge a requisição de um produto que não tem ficha no sistema informático, ou seja, que não faz parte do *stock* habitual da farmácia, pode ser feita uma encomenda forçada, para que esse produto esteja pontualmente disponível. Se após avaliação da situação se determina que o produto deverá fazer parte do *stock* da farmácia, são determinados os *stocks* mínimo e máximo, de acordo com a necessidade prevista.

Posteriormente, as encomendas chegam à farmácia devidamente acondicionadas e acompanhadas da respetiva fatura/guia de transporte (Anexo I), documento emitido em duplicado e que deverá ser sempre conferido. Este documento deve mencionar os seguintes dados:

- Nome, morada e número de contribuinte da entidade responsável pela expedição e da farmácia;
- Número da fatura e da guia;
- Data, hora, local de carga e de descarga;
- Designação dos produtos (nome comercial, código nacional, forma farmacêutica, dosagem, número de embalagens);
- Preço total;
- Preço de venda ao público (PVP), exceto para produtos cujo preço é estabelecido na farmácia;
- Preço de venda à farmácia (PVF);
- Percentagem do imposto sobre o valor acrescentado (IVA) referente a cada produto e IVA total;

- Valores totais da guia.

O primeiro aspeto a verificar na encomenda é se existe algum produto de frio, para que seja devidamente acondicionado, no menor espaço de tempo possível, sempre de forma a garantir a sua qualidade.

A receção e a conferência da encomenda são duas fases importantes do circuito do medicamento na farmácia, que asseguram que os produtos enviados correspondem ao que foi pedido.

O processo de encomenda de substâncias psicotrópicas e estupefacientes é feito do mesmo modo que os restantes medicamentos, contudo, existem algumas particularidades no que diz respeito à receção, nomeadamente um maior controlo, não só neste tipo de medicamentos, mas também no caso das benzodiazepinas. Estes medicamentos chegam à farmácia juntamente com os outros medicamentos e, além da fatura, são acompanhados de uma requisição de substâncias psicotrópicas ou estupefacientes (Anexo II) em duplicado e devidamente numerada pelo fornecedor. Quando se faz a entrada do medicamento no sistema informático, é gerado, automaticamente, um número de registo de psicotrópico, que fica gravado no sistema. A requisição é carimbada e assinada pelo diretor técnico ou o seu representante legal, sendo o duplicado devolvido ao fornecedor, enquanto o original é numerado e arquivado na farmácia por um período mínimo de três anos. No original que é arquivado na farmácia devem constar os seguintes dados:

- Designação, forma farmacêutica/dosagem;
- Quantidade pedida e quantidade fornecida,
- Data relativa à fatura e respectivo número da fatura;
- Número de requisição;
- Número de registo interno.

5.3. Armazenamento

Após a receção das encomendas, a etapa que se segue é o armazenamento, que é um dos aspetos mais importantes a nível da gestão de uma farmácia. Assim, nesta etapa deve-se atender a diversos pontos, nomeadamente:

- Características físico-químicas dos produtos, de maneira a não alterar a sua estabilidade;
- Funcionalidade e facilidade de acesso;
- Espaço disponível, providenciando um bom aproveitamento do espaço sem nunca pôr em causa a qualidade dos produtos armazenados.

O farmacêutico é responsável por criar as condições necessárias para uma boa conservação dos produtos durante o seu armazenamento. Geralmente, é aconselhado, pela

maioria dos fabricantes, um ambiente fresco, seco e bem arejado, para uma boa conservação dos produtos. No entanto, existem também especialidades farmacêuticas termolábeis, que necessitam de uma conservação a baixas temperaturas, sendo armazenadas no frigorífico.

Para controlo da temperatura e humidade, na Farmácia Pedroso, existem termohigrómetros, que fazem o registo, em intervalos de tempo definidos. Estes dispositivos estão localizados na zona do armazém, na área de atendimento e no frigorífico. Semanalmente são recolhidos, através de um programa informático, os valores registados pelo aparelho e, são construídos os gráficos que facilitam a interpretação dos resultados e que permitem detetar alguma falha, quer na temperatura, quer na humidade. Na zona de armazém e na área de atendimento a temperatura deve estar entre 15 a 25°C e a humidade entre 30 a 60%. No frigorífico a temperatura deve estar entre 2 a 8°C, não tendo valores de humidade estabelecidos, devido às condicionantes deste espaço.

Na Farmácia Pedroso, todos os produtos existentes estão armazenados de modo a que a embalagem que contém o prazo de validade mais curto seja a mais acessível, para que seja o primeiro a ser dispensado, de maneira a garantir maior segurança, qualidade e eficácia, pois alguns produtos são adquiridos com prazo de validade inferior aos já existentes na farmácia. Ou seja, todos os produtos são armazenados de acordo com a regra *“first expire, first out”*.

A disposição e apresentação dos medicamentos e dos diferentes produtos disponíveis numa farmácia influenciam fortemente a sua funcionalidade, sendo a arrumação dos mesmos um ponto de extrema importância na gestão e aprovisionamento do espaço. Assim, na Farmácia Pedroso, todos os produtos encontram-se armazenados por ordem alfabética e estão separados fisicamente da seguinte maneira:

- Produtos de ordem pequena, quer sejam medicamentos genéricos ou de marca, que se encontram localizados nas gavetas;
- Produtos de ordem grande, quer sejam medicamentos genéricos ou de marca, e produtos de ordem pequena que sejam comercializados por muitos laboratórios, que se encontram localizados em prateleiras;
- Medicamentos termolábeis, como por exemplo, vacinas, insulinas e colírios, que requerem baixas temperaturas de armazenamento (2 a 8°C) para a sua conservação, estão devidamente acondicionados num frigorífico próprio para esse fim e, também se encontram organizados por ordem alfabética;
- Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) que têm uma grande saída.
- Produtos fitoterápicos, homeopáticos e os suplementos alimentares;
- Material de higiene (pensos higiénicos, produtos de uso íntimo e fraldas), pensos rápidos e adesivos;
- Produtos pertencentes ao protocolo da diabetes (tiras e lancetas);
- Desinfetantes e antissépticos;
- Material ortopédico (calçado, meias de descanso e palmilhas ortopédicas);
- Produtos de alimentação especial (produtos dietéticos), leites em pó e probióticos;
- Produtos de uso veterinário;

- Águas do mar;
- Testes de gravidez;
- Dispositivos médicos;
- Zona de reforço.

Na área de atendimento encontram-se os produtos cosméticos e demofarmacêuticos, produtos de uso capilar e solares, produtos de podologia, puericultura, produtos bucodentários e produtos para emagrecimento.

Na Farmácia Pedroso, o armazenamento de estupefacientes e substâncias psicotrópicas é feito juntamente com os outros medicamentos, num seguimento de ordem alfabética, ou seja, não há um local específico para guardar psicotrópicos ou estupefacientes. No entanto, é de realçar que este tipo de substâncias se encontra sempre fora do alcance e da vista dos utentes. Esta foi a forma adotada de armazenamento, pois considerou-se que, geralmente, em caso de furto, estas são as substâncias mais procuradas e, estando juntamente com outros medicamentos, é mais difícil a sua distinção, o que não aconteceria se estas se encontrassem, por exemplo, num cofre, o qual seria o primeiro alvo.



Figura I - Esquema representativo do processo de encomenda.

5.4. Devoluções

São vários os motivos que podem justificar a devolução de um produto ao seu fornecedor:

- Produtos cujo prazo de validade está prestes a expirar;
- Embalagem/produto danificado;
- Produto retirado do mercado - neste caso, há indicação do INFARMED ou do laboratório para que se proceda à recolha do produto;
- Produtos enviados que não foram pedidos.

As devoluções podem ser feitas aos armazenistas, ou em alguns casos diretamente ao representante do laboratório.

Utilizando o suporte informático, são introduzidos na gestão de devoluções todos os produtos a devolver. É criada uma nota de devolução (Anexo III), onde deve constar o nome comercial do produto, o número de embalagens, o preço de custo e venda e o motivo da devolução. A nota de devolução é carimbada, assinada e datada, sendo, posteriormente, enviada em duplicado para o fornecedor, enquanto na farmácia fica um triplicado.

A regularização, pelo fornecedor, pode materializar-se de diversas formas: enviando uma nota de crédito (Anexo IV) ou o mesmo produto com todas as conformidades ou enviar outro produto diferente do devolvido. A nota de crédito é conferida pela nota de devolução e o valor creditado é descontado ao valor referido no resumo de faturas posterior. No entanto, a devolução pode ser recusada. Neste caso, o fornecedor remete de novo os produtos à farmácia, e estes serão incluídos no balanço financeiro como perdas de existências e/ou quebras.

5.5. Margens legais de comercialização na marcação de preços

O Estatuto do Medicamento, aprovado pelo Decreto-Lei n.º176/2006, de 30 de agosto, estabelece, no artigo 103º, que o regime de preços dos MSRM e dos MNSRM participados é fixado por decreto-lei.^[12]

Atualmente, a maioria dos MSRM têm o preço impresso na cartonagem (PIC). No entanto, outros não têm essa informação impressa, sendo necessário introduzir o PVP, que consta na guia de remessa, no computador, quando se dá entrada da encomenda. Deste modo, a cedência do medicamento é feita ao preço determinado por lei.^[22]

No que diz respeito aos produtos de venda livre, como MNSRM, produtos de dietética, fitoterapia, puericultura, produtos de uso veterinário, dispositivos médicos, entre outros, a maioria não têm o PIC. Como na guia de remessa não existe um PVP recomendado, o preço é calculado pela farmácia. Existem duas maneiras de calcular o PVP:

- Uma delas consiste na adição do IVA e da margem de lucro ao preço de custo.

$$\text{PVP} = (\text{preço de custo} + \text{margem de comercialização}) + \text{IVA}$$

- A outra forma consiste na multiplicação do preço de custo por um fator dependente do IVA.

$$\text{PVP} = \text{Preço de custo} \times \text{fator}$$

Na Farmácia Pedroso, os PVP's são calculados de acordo com esta última forma.

5.6. Pagamento das encomendas

O pagamento depende do fornecedor em questão. Os pagamentos são efetuados após 30 ou 60 dias, consoante as condições previamente acordadas, de maneira a que a farmácia possa usufruir dos descontos estabelecidos, os quais são importantes para o lucro da farmácia.

5.7. Prazos de validade

A cedência de um medicamento cujo prazo de validade tenha expirado pode pôr em risco a vida do doente, uma vez que a segurança, a eficácia e a qualidade do mesmo estão comprometidas. Assim, este é o principal motivo pelo qual é fundamental proceder ao controlo rigoroso do prazo de validade de todos os produtos.

Com a ajuda do sistema informático, esta tarefa está facilitada, uma vez que o prazo de validade de todos os produtos se encontra registado, pois sempre que um produto dá entrada na farmácia, o respetivo prazo de validade é registado no sistema informático, permitindo ao programa elaborar uma lista dos produtos cujo prazo de validade está prestes a expirar. Mensalmente, na Farmácia Pedroso, é impressa uma listagem dos produtos cuja validade expira num intervalo de dois meses (por exemplo, em março é emitida a listagem dos produtos com prazo de validade a expirar em maio). Com base nesta listagem, os produtos são retirados do local onde estão acondicionados, verificam-se novamente os prazos de validade, pois poderá ter ocorrido algum erro na introdução do prazo de validade ou pode acontecer que já tenha saído o produto com o prazo de validade que está no SIFARMA, e os produtos que expirarem em dois meses são recolhidos para posterior devolução.

6. Interação Farmacêutico - Utente - Medicamento

“A primeira e principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, devendo pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança.”

Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos

O farmacêutico, no exercício da sua profissão, deve ter sempre em conta o conceito de ato farmacêutico e todas as suas implicações. O Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos consiste num conjunto de direitos e deveres a que todo o farmacêutico está sujeito, e pelo qual rege o exercício da sua profissão, podendo ser punido, pela OF, no caso de incumprimento de algum deles.

A credibilidade, a competência e a honestidade com que o farmacêutico presta o serviço é de extrema importância para a boa utilização do medicamento. Assim, o farmacêutico deve ter sempre em conta o bem-estar do utente, e colocá-lo à frente dos seus interesses pessoais e económicos, garantindo o uso dos medicamentos com qualidade, segurança, eficácia e racionalidade, assegurando que o utente recebe toda a informação correta e adequada sobre o tratamento. O elevado grau de responsabilidade inerente a esta profissão exige que o farmacêutico proteja a saúde do utente, sendo-lhe exigido, além do conhecimento científico e técnico, a ética necessária à profissão. Isto porque “o exercício da atividade farmacêutica tem como objetivo essencial a pessoa do doente”.^[23]

A linguagem que o farmacêutico utiliza com cada utente é de extrema importância. Esta deve ser clara, precisa e empática, sendo que o tom de voz também assume igual importância, devendo este ser afável mas firme. A expressão facial deve ser serena e sorridente e a postura reta e profissional. No entanto, a abordagem do utente não assume um padrão, devendo o farmacêutico adaptar o seu comportamento e linguagem a cada utente, nomeadamente ao nível socioeconómico e à idade.

Em relação à informação prestada, o farmacêutico deve informar sobre o esquema posológico a seguir, os possíveis efeitos adversos, verificar a existência de contra-indicações e possíveis interações e aconselhar, quando necessário, alguns cuidados que o utente deve ter em relação à medicação. A este nível, o SIFARMA 2000 fornece uma preciosa ajuda, pois contém frases de segurança relativas a medicamentos que aparecem no ecrã no contexto do atendimento, facilitando e enriquecendo o atendimento. É importante também referir que nos grupos de risco a atenção por parte do farmacêutico deve estar redobrada, como é o caso dos idosos, crianças, diabéticos, grávidas, hipertensos e insuficientes cardíacos, renais e hepáticos. É importante que o utente nunca fique com dúvidas acerca da informação que lhe é prestada, devendo, portanto, o farmacêutico garantir que o utente compreendeu e reteve

tudo o que lhe foi transmitido. Sempre que necessário, a informação transmitida de forma verbal poderá ser complementada com informação escrita e pictogramas, para melhor compreensão do utente e promoção da adesão à terapêutica.

Mas nem toda a responsabilidade está no farmacêutico. É importante responsabilizar também o utente pela sua cura e manutenção da sua saúde. “O utente é o principal responsável pela sua saúde”.

Todo o diálogo do utente com o farmacêutico está sujeito a sigilo profissional e, caso o utente aparente não ter conhecimento disso, deve ser informado e esclarecido.^[24]

A interação farmacêutico-utente-medicamento passa também pelo uso racional dos medicamentos, que requer que “os doentes recebem a medicação apropriada para as suas necessidades clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo apropriado, e ao menor custo para si e para a comunidade”.^[25] No exercício da sua profissão, o farmacêutico, como agente da saúde, desenvolve atividades que contribuem para a salvaguarda da saúde pública, no âmbito da promoção da saúde, informação e uso racional do medicamento.^[26] A preocupação dos farmacêuticos pelo uso racional de medicamentos distingue a farmácia de qualquer outro espaço de saúde, uma vez que na farmácia existe a responsabilidade total do farmacêutico, no que diz respeito à dispensa de medicamentos com receita médica ou por aconselhamento farmacêutico na automedicação.

Após a introdução no mercado do medicamento, existe um controlo contínuo da utilização do mesmo, por parte do INFARMED, que é a entidade responsável pelo acompanhamento, coordenação e aplicação do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF). A farmacovigilância consiste na monitorização, junto dos utentes, de interações, efeitos indesejáveis e reações adversas dos medicamentos, que ocorrem após a dispensa dos mesmos, ou seja, o principal objetivo do SNF é garantir a segurança dos utentes. O farmacêutico tem um papel ativo na aplicação deste sistema, nomeadamente, na notificação de todas as suspeitas de reações adversas (mesmo as já descritas), de todas as suspeitas de reações adversas não descritas mesmo que não sejam graves, e de todas as suspeitas de aumento da frequência de reações adversas (graves e não graves). O farmacêutico deve saber o que notificar, do que suspeitar e como notificar. A recolha de medicamentos inutilizados - VALORMED - é um outro aspeto extremamente importante na interação farmacêutico-utente-medicamento. A VALORMED é a sociedade responsável pela gestão dos resíduos de embalagens e medicamentos fora de uso.



Figura II - Logotipo da VALORMED.

Na Farmácia Pedroso existe, na zona de atendimento ao público, à vista e ao alcance de todos, um contentor onde os utentes podem depositar os seus próprios resíduos. Para além de muitos outros aconselhamentos aos utentes dados pelos farmacêuticos e profissionais de saúde ao balcão da farmácia, a sensibilização para as boas práticas ambientais é mais uma ação relevante prestada por estes profissionais. Na farmácia, os utentes são informados que podem entregar as embalagens de medicamentos, e não outro tipo de embalagens, após uso, sendo também divulgados folhetos informativos e outras acções promocionais que a VALORMED disponibiliza para o efeito.

Quando o contentor fica cheio, é selado e preenchido um impresso, em triplicado com o nome da farmácia, código identificativo, peso do conteúdo (em quilogramas), data da recolha, código identificativo do armazenista responsável pela recolha e rubrica do responsável pela recolha e do responsável pela selagem.

A VALORMED permite que os resíduos recolhidos tenham como destino final a valorização energética, através da incineração directa (Figura III), contribuindo para a preservação do ambiente e da saúde pública.^[27]

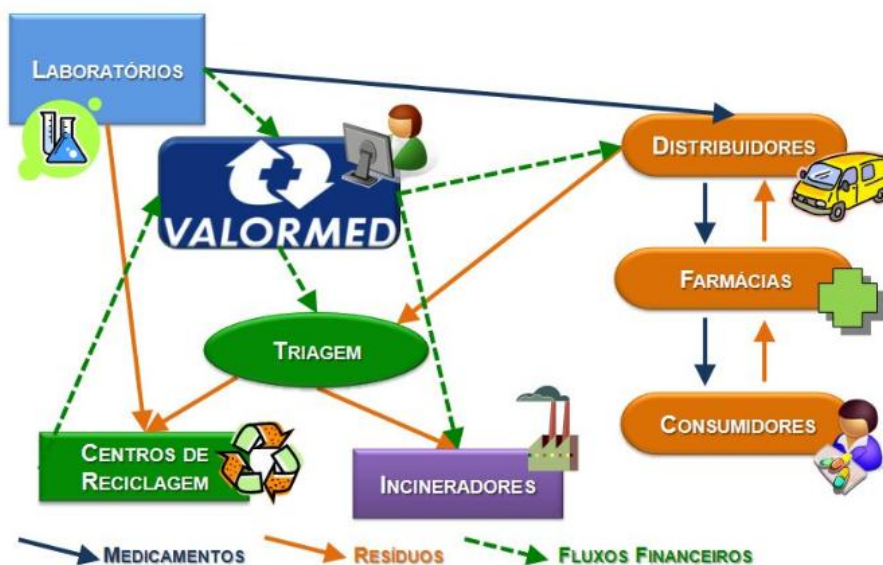


Figura III - Processo VALORMED para as embalagens de medicamentos de uso humano.

As farmácias são o “rosto” da VALORMED junto do público e assumem um papel primordial na recolha das embalagens e dos medicamentos fora de uso, bem como no aconselhamento e na sensibilização de todos os utentes para esta ação.

7. Dispensa de Medicamentos

“O aviamento de receitas e a venda ou entrega de medicamentos ou substâncias medicamentosas ao público são atos a exercer exclusivamente nas farmácias pelos farmacêuticos ou pelos seus diretos colaboradores, sob a inteira responsabilidade dos primeiros”.^[28]

7.1. Medicamentos sujeitos a receita médica, no geral

A maioria dos medicamentos dispensados na farmácia são MSRM. A dispensa, como o próprio nome indica, só se pode fazer mediante a apresentação de receita médica, que deve obedecer a determinados parâmetros, que são verificados pelo farmacêutico antes da dispensa da medicação, de modo a detetar possíveis erros relacionados com o uso racional do medicamento, mas também, no que se refere aos aspetos legais a que está sujeita a prescrição médica.

A Portaria n.º198/2011, de 18 de maio, estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica, bem como o regime transitório da receita manual de medicamentos. Esta portaria determina que apenas são comparticipados os medicamentos prescritos em receitas impressas informaticamente, salvo algumas exceções em que o médico prescriptor pode recorrer à receita manual.^[29]

A receita impressa informaticamente (Anexo V) destina-se à prescrição dos seguintes medicamentos ou produtos comparticipados pelo Estado ^[29]:

- Medicamentos de uso humano sujeitos a receita médica;
- Medicamentos manipulados;
- Medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas;
- Produtos para autocontrolo da diabetes mellitus;
- Produtos dietéticos.

No caso das receitas manuais (Anexo VI), os medicamentos só são comparticipados nas seguintes situações ^[29]:

- Prescrição no domicílio;
- Falência do sistema eletrónico;
- Profissionais com volume de prescrição igual ou inferior a 50 receitas por mês;
- Noutras situações excecionais, de inadaptação comprovada, precedidas de registo e confirmação na ordem profissional respetiva.

Nas situações referidas, o prescriptor deve utilizar a receita manual e fazer constar da receita a menção da situação de exceção.^[29]

O ato de dispensa de MSRM consiste nos seguintes passos:

- **Validação da receita médica**, verificando os seguintes campos:
 - Identificação do utente (nome, número de beneficiário e entidade responsável);
 - Identificação do médico prescriptor (vinheta, nome e especialidade);
 - Número da receita;
 - Identificação do local de prescrição (nas receitas manuais, este campo não é de preenchimento obrigatório);
 - Identificação dos medicamentos prescritos (designação do medicamento pela Marca ou por Denominação Comum Internacional (DCI) ou nome genérico, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem, posologia, quantidade de embalagens prescritas em valor numérico e por extenso) - em cada receita podem ser prescritos até quatro medicamentos distintos, com limite de 4 embalagens, sendo o máximo de duas embalagens por produto. No caso da unidose, poderá ser dispensado um máximo de quatro embalagens por produto. Quando a receita não especifica a dimensão da embalagem, deve ser dispensada a embalagem de menor dimensão disponível no mercado. Quando a embalagem de maior dimensão está esgotada, pode ser fornecida a quantidade equivalente, desde que este facto seja justificado pela farmácia, de forma expressa, no verso da própria receita.^[30]
 - Assinatura do médico prescriptor;
 - Data de validade - a receita médica não renovável é válida por um período de 30 dias, a contar da data de prescrição (Anexo V). A receita médica renovável é constituída por três vias e é válida por seis meses (Anexo VII);
 - Estado de conservação da receita - a receita deverá estar intacta, sem rasuras, nem correções, exceto se estas estiverem rubricadas pelo médico prescriptor.

É importante referir que nos casos de medicamentos/embalagens não disponíveis no mercado (esgotados, não comercializados ou sobre providência cautelar), estes podem ser substituídos, desde que autorizados pelo médico prescriptor e devidamente justificados pela farmácia no verso da receita.

- **Leitura e interpretação da receita médica**

O passo seguinte passa pela leitura e interpretação dos medicamentos prescritos na receita. Sempre que o farmacêutico se depare com alguma anomalia ou tenha alguma dúvida em relação à prescrição, poderá entrar em contacto com médico, de modo a esclarecer a situação, antes da dispensa dos medicamentos. A interpretação da receita sob o ponto de vista farmacoterapêutico permite a deteção de qualquer tipo de incompatibilidades, nomeadamente, interações, duplicação da terapêutica, posologia incorreta ou inexistente (principalmente quando o doente

inicia o tratamento), formas farmacêuticas desadequadas ao doente em questão, entre outras.

É também importante verificar se o médico autoriza a dispensa de medicamentos genéricos. No caso da cedência de medicamentos genéricos ser autorizada, ou quando a prescrição é feita por DCI, o farmacêutico deve informar o utente e, após, autorização deste, fazer a troca do medicamento. Posteriormente, o utente assina a receita (em espaço apropriado para o efeito), para que fique comprovado o seu consentimento.

- **Informação e aconselhamento**

No ato da dispensa, o farmacêutico deve esclarecer o utente sobre alguma dúvida que este tenha acerca da medicação que vai levar, nomeadamente acerca da indicação terapêutica do medicamento, do esquema posológico, duração da terapêutica, possíveis efeitos adversos e interações, alguns cuidados especiais de administração e conservação da medicação, entre outros conselhos que o farmacêutico considere pertinentes para a correta adesão do utente à terapêutica. Sempre que necessário, o farmacêutico deverá complementar a informação verbal com a informação escrita.

- **Venda, propriamente dita**

Só depois de cumpridos os passos anteriormente citados é que se faz a venda propriamente dita. Esta é feita informaticamente por leitura ótica dos medicamentos. Lê-se a receita e, por ordem da mesma, digita-se os medicamentos, para garantir que a dispensa corresponde exatamente ao que o médico prescreve. É também importante verificar-se se o PVP indicado na embalagem corresponde ao PVP indicado pelo sistema e se o prazo de validade está correto.

Em seguida, é necessário indicar o plano de comparticipação. Os medicamentos dispensados na farmácia são parcialmente comparticipados pelo SNS e/ou outras entidades como a ADSE, SAMS, SAD-PSP, CGD, Sã-Vida, entre muitos outros. Dependendo do plano em questão, o sistema poderá pedir mais dados.

Depois de selecionado o plano de comparticipação, é necessário indicar o número da receita, o código do local de prescrição e do médico prescriptor, e automaticamente o sistema assume o valor da comparticipação proporcionado pelo plano selecionado. Posteriormente, finaliza-se a venda.

- **Impressão dos documentos de faturação e do recibo da compra**

Finalizada a venda, deverá fazer-se a leitura ótica da receita (no caso de haver mais do que uma receita), para que se imprima, no verso da receita, o documento de faturação (Anexo VIII), que deverá ser assinado pelo utente. Pode acontecer que o utente tenha a complementaridade de vários organismos, sendo

que, neste caso, poderá ser solicitada a cópia da receita, para que seja impresso o respetivo documento de faturação. Impresso e assinado o documento de faturação, procede-se ao preenchimento dos campos da fatura/recibo.

- **Validação da dispensa pelo farmacêutico**

O farmacêutico deve assinar, datar e carimbar a receita, conferindo, novamente, toda a dispensa que acabou de fazer, e de seguida, guardá-la em local próprio para mais tarde ser conferida pelo farmacêutico responsável por essa função.

É importante que todas as tarefas referidas anteriormente sejam desempenhadas com a máxima responsabilidade, de forma a evitar erros e para que o utente obtenha o máximo benefício da terapêutica que lhe foi disponibilizada.

7.2. Medicamentos psicotrópicos e estupefaciente

A dispensa de psicotrópicos ou estupefacientes é de grande responsabilidade e requer um cuidado especial por parte do farmacêutico, sendo obrigatório a apresentação de receita médica no ato da aquisição destas substâncias.

Atualmente, segundo o artigo 5.º da Portaria n.º 193/2011, de 13 de maio, a prescrição de medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas é efetuada através da receita impressa informaticamente, cujos campos de preenchimento obrigatório são os mesmos das outras receitas.^[30] No entanto, o modelo de receita especial, anteriormente utilizado, é considerado válido para os efeitos das exceções, referidas na Portaria n.º198/2011, e citadas no ponto 7.1.

O aviamento destas receitas apenas poderá ser feito por um farmacêutico ou seu substituto, devendo ser recusada a dispensa sempre que:

- A receita tenha autenticidade duvidosa;
- A receita se apresente ilegível ou com rasuras;
- A receita tenha expirado o prazo de aviamento de trinta dias úteis;
- Existam irregularidades no modelo de receita;
- O adquirente seja menor ou padeça de doenças mentais.

Segundo o artigo 3º da Portaria n.º198/98, de 8 de junho, por cada receita de psicotrópicos ou estupefacientes só pode ser prescrito um medicamento, com um limite de quatro embalagens.

O processamento da receita, a nível informático, é feito da mesma maneira das demais receitas. No entanto, após o registo do organismo participante, o programa SIFARMA gera automaticamente um quadro de registo (Figura IV) de psicotrópicos que deverá ser preenchido com os dados identificativos do médico, do utente e do adquirente. O sistema só

permite terminar a venda destes medicamentos quando todos os dados requeridos lhe tenham sido fornecidos, sendo posteriormente guardados em memória, atribuindo a cada uma das receitas um número de psicotrópicos.

The image shows a software window titled "Registo de Psicotrópicos". It contains the following fields and sections:

- Nrº da Rec.:** [Empty text box]
- Data da Receita:** [05-09-2009 (dropdown menu)]
- Médico:** [Empty text box]
- Utente dispensado** (Section header)
 - Nome:** [Empty text box]
 - Morada:** [Empty text box]
 - C. Post.:** [Three empty text boxes]
- Utente aviado** (Section header)
 - Nome:** [Empty text box]
 - Morada:** [Empty text box]
 - C. Postal:** [Three empty text boxes]
- Identificação:** [Empty text box]
- Data:** [05-09-2009 (dropdown menu)]
- Idade:** [0 (text box)]

At the bottom of the window, there are two buttons: "Confirmar" (with a green checkmark icon) and "Cancelar" (with a red X icon).

Figura IV - Quadro de registo de psicotrópicos gerado automaticamente pelo SIFARMA 2000.

Terminada a venda, são emitidos dois documentos de psicotrópicos que contêm, entre outras informações, o número de registo do mesmo. São estes documentos que devem ser anexados aos duplicados da receita e arquivado juntamente com estes.

De realçar que, devido ao rigoroso controlo a que estes medicamentos estão sujeitos, as farmácias têm de enviar ao INFARMED, entidade que faz a fiscalização e controlo destes medicamentos, o registo de entradas e saídas de psicotrópicos e estupefacientes, num prazo de quinze dias após o termo de cada trimestre. Sendo que, no caso das receitas manuscritas, estas são enviadas ao INFARMED todos os meses até ao oitavo dia do mês seguinte. O INFARMED exige que sejam remetidas anualmente, até 31 de janeiro do ano seguinte, as listagens com o registo de entradas e saídas destes medicamentos elaboradas informaticamente, carimbadas e assinadas pelo diretor técnico. É importante referir que as farmácias têm de conservar em arquivo adequado, pelo período de 3 anos, uma reprodução em papel ou em suporte informático das receitas que incluem medicamentos estupefacientes ou psicotrópicos, ordenadas por data de aviamento.^[29]

7.3. Comparticipações das instituições estatais e não estatais

O organismo representante dos proprietários de farmácias é a ANF. Esta estabelece acordos, segundo a lei vigente, com as diversas entidades. Os acordos direcionam-se à compartição, por parte de diversos organismos, de uma fração ou da totalidade do custo dos medicamentos. Assim, os utentes que se dirijam a uma farmácia com uma receita, têm direito a usufruir de um desconto no preço dos medicamentos comparticipados. A diferença será depois devolvida à farmácia pelas entidades competentes. As comparticipações de cada medicamento estão legisladas e dependem do escalão a que cada utente pertence. O escalão de cada medicamento é determinado pelo estado com base em critérios de equidade e justiça.

Para que os diferentes organismos reembolsem os valores relativos à comparticipação à farmácia, esta tem de cumprir todos os requisitos exigidos pelas diferentes entidades. Assim, o correto processamento e faturação das receitas é de grande importância. Existe ainda a possibilidade de o utente beneficiar simultaneamente da comparticipação de duas entidades diferentes devido à existência de complementaridade entre organismos (por exemplo, ADSE com SAMS).

A grande maioria dos medicamentos dispensados na farmácia é parcialmente comparticipada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). As comparticipações do Estado no preço dos medicamentos são fixadas considerando dois regimes:

- Regime geral - Abrange todos os utentes do SNS e os trabalhadores migrantes. Dentro deste, os doentes crónicos com determinado tipo de patologias (paramiloidose, alzheimer, lúpus, hemofilia, algumas patologias do foro neurológico e psiquiátrico, etc.) que poderão ser abrangidos por portarias que lhes conferem uma comparticipação especial;
- Regime especial - Uteses que sejam pensionistas e que recebem pensões de montante igual ou inferior ao salário mínimo nacional, e que também poderão ser abrangidos por portarias.

Qualquer utente, que possua receita médica e cartão de utente da entidade de que é beneficiário, tem o direito de usufruir do respetivo desconto, que é feito automaticamente pelo computador, após a indicação do código informático correspondente.

O relacionamento direto entre as farmácias e o Estado Português só acontece com as receitas de utentes beneficiários do SNS, através da Administração Regional de Saúde (ARS) da área da farmácia. O reembolso das comparticipações das receitas dos outros subsistemas de saúde é feito, na maioria das farmácias, através da ANF. Esta entidade garante às farmácias suas associadas, o pagamento correspondente ao receituário do mês anterior, não só destes organismos como do SNS, em contrapartida cobra uma percentagem da faturação às farmácias que assim queiram proceder.

8. Automedicação

Quanto à dispensa ao público, os medicamentos podem ser classificados como MSRM e MNSRM, estes últimos também designados de medicamentos de venda livre ou OTC's (Over The Counter). Assim, é importante fazer a distinção entre os dois. Os MSRM são aqueles que, segundo a legislação, preenchem uma das seguintes condições:

- a) Possam constituir, direta ou indiretamente, um risco, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;
- b) Sejam com frequência utilizados em quantidade considerável para fins diferentes daquele a que se destinam, se daí puder resultar qualquer risco, direto ou indireto, para a saúde;
- c) Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade e ou efeitos secundários seja indispensável aprofundar;
- d) Sejam prescritos pelo médico para serem administrados por via parentérica.^[31]

Se o medicamento não preencher nenhuma das condições acima citadas, é considerado um MNSRM.

A automedicação pode ser definida como a utilização de MNSRM, sempre de forma responsável, para o alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde.^[32]

Hoje em dia, e cada vez mais, a farmácia é a primeira escolha do doente para resolver os seus problemas de saúde, particularmente no que se refere a patologias caracterizadas por sintomas ligeiros e em situações agudas (situações passíveis de automedicação) (Anexo IX). Deste modo, o farmacêutico assume um importante papel neste campo, não só pelos seus conhecimentos e capacidades para orientar, mas também pela habilidade em educar e informar os utentes, para lhes conferir responsabilidade pela sua saúde e pelo êxito do tratamento. Para que a automedicação seja eficaz, o farmacêutico deve analisar a história clínica do doente, mas como nem sempre o doente transmite toda a informação necessária para a avaliação e seleção adequada do medicamento, cabe ao farmacêutico colocar as questões pertinentes para a avaliação da situação, e assim distinguir um quadro clínico passível de automedicação de outro mais grave que necessite de acompanhamento médico. Assim, o diálogo com o utente deve abordar algumas questões acerca de:

- Idade e sexo;
- Sinais, sintomas e sua localização;
- Intensidade e duração;
- Frequência e recorrência;
- Fatores de agravamento;
- Medicação atual;
- Medicação já utilizada nessa situação;

- Alergias;
- Outras patologias,
- Hábitos de vida,
- História familiar.

Perante as respostas obtidas e analisada a situação, cabe ao farmacêutico decidir a cedência ou não de um medicamento.

Caso opte pela cedência de um medicamento, o farmacêutico deve informar o utente acerca da dose e esquema posológico, modo de administração, indicações terapêuticas, possíveis efeitos secundários, interações medicamentosas. Na proposta de tratamento, o farmacêutico deve optar por medicamentos aprovados para automedicação (segurança e eficácia), com princípios ativos únicos, e deve evitar associações. Juntamente com a terapêutica farmacológica, o farmacêutico pode aconselhar medidas que não envolvem medicação (medidas não farmacológicas). É, também, importante referir ao utente que deve consultar um médico se os sintomas persistirem.

Caso opte pela não cedência de um medicamento, o farmacêutico deve encaminhar o utente para o médico ou aconselhar apenas algumas medidas não farmacológicas, que por si só podem resolver a situação.

Algumas situações devem ser de imediato encaminhadas para o médico, como por exemplo, casos de sintomas “arrastados”, recorrência e agravamento da situação, falência da terapêutica instituída, reações adversas, sintomas de alerta (como por exemplo, febre elevada, sangue nas fezes, urina ou expetoração, perda de peso rápida), entre outros. Existem também alguns grupos de doentes que requerem cuidados acrescidos e nos quais a cedência de MNSRM pode estar desaconselhada ou limitar-se apenas a casos particulares, como é o casos de mulheres grávidas e/ou a amamentar; lactentes, crianças e idosos; e doentes crónicos, como insuficientes renais e hepáticos, hipertensos, asmático, epiléticos, diabéticos e doentes cardíacos.

É, então, ao farmacêutico que cabe o papel de aconselhar sobre as opções disponíveis, informar sobre as condições de utilização, bem como sobre as circunstâncias em que deve ser consultado um médico. Os farmacêuticos devem ainda alertar para o uso correto dos medicamentos, contribuindo para uma automedicação responsável, eficaz e em segurança.^[32]

9. Aconselhamento e Dispensa de Outros Produtos de Saúde

9.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene

O Decreto-Lei n.º189/2008, de 24 de setembro estabelece o regime jurídico dos Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal (PCHC).

A atual sociedade impõe determinados padrões de imagem. Como tal, a aparência física torna-se importante não só para a autoestima de cada um, mas também para o seu bem-estar.

Nesta categoria estão inseridos vários, tais como:

- Cremes, emulsões, loções, leites, geles e óleos para a pele;
- Máscaras de beleza;
- Bases coloridas;
- Pós para maquilhagem, *blush*, talcos, pós para aplicar depois do banho, pós para higiene corporal, etc.;
- Sabonetes, sabões, desodorizantes, etc.;
- Perfumes e águas-de-colónia;
- Preparações para banho e duche;
- Depilatórios;
- Desodorizantes e antitranspirantes;
- Produtos capilares;
- Produtos para maquilhagem e desmaquilhagem do rosto e dos olhos;
- Produtos para aplicação nos lábios;
- Produtos para os cuidados dentários e bucais;
- Produtos para os cuidados e maquilhagem das unhas;
- Produtos para cuidados íntimos, de uso externo;
- Produtos para proteção solar e pós-solar;
- Produtos para bronzamento sem sol;
- Produtos para branquear a pele;
- Produtos anti-rugas.^[18]

Estes produtos têm vindo a adquirir uma grande importância, uma vez que podem ser encontrados na maioria das farmácias, e a sua utilização aconselhada por um farmacêutico confere confiança ao utente. Na Farmácia Pedroso existem várias marcas disponíveis (Avène, Vichy, Roc, Uriage, Neutrogena, Pure Altitude, Corega, Tantum, entre outras), assegurando uma grande variedade de escolha.

No aconselhamento deste tipo de produtos, tal como noutro tipo de produtos, é importante um conhecimento profundo da sua composição, indicações e possíveis efeitos adversos. É também importante que o farmacêutico seja capaz de reconhecer situações

passíveis de correção mediante um produto de dermocosmética de outras situações mais graves que requerem atenção médica (como por exemplo, eczema, descamações por fungos, rosácea, hiperpigmentação). O utente deve ser informado da forma correta de aplicação dos PCHC que adquiriu, assim como a duração de tratamento (se for o caso), entre outros conselhos que surjam como importantes no contexto do atendimento, sempre para que o tratamento seja bem-sucedido. Sendo de referir que, cada vez mais, surgem situações em que os médicos prescrevem produtos cosméticos para tratamentos dermatológicos.

Importante referir que existem substâncias que não podem entrar na composição de PCHC e, como tal, estão definidas na lei.^[18]

O fabrico, controlo segurança e cumprimento da legislação aplicável aos PCHC são da exclusiva responsabilidade do fabricante, importador ou responsável pela colocação dos produtos no mercado. Assim, o INFARMED tem por missão regular e supervisionar o mercado de produtos cosméticos segundo os mais elevados padrões de proteção da saúde pública, garantindo o acesso dos profissionais de saúde e dos cidadãos a produtos cosméticos de qualidade, eficazes e seguros.^[33]

9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Os produtos dietéticos para alimentação especial devem cumprir as disposições obrigatórias aplicáveis aos géneros alimentícios de consumo corrente, definidas pelo Decreto-lei n.º 74/2010, de 21 de junho.

Estes produtos destinam-se a complementar, ou mesmo a substituir parcialmente os alimentos habituais de pessoas cujo processo de assimilação ou cujo metabolismo se encontrem perturbados, ou de pessoas que se encontram em condições fisiológicas especiais e que, por isso, podem tirar benefícios de uma ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos.^[16]

Os alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos são classificados em três categorias:

- Produtos alimentares nutricionalmente completos, com fórmula dietética padrão, os quais, consumidos em conformidade com as instruções do fabricante, podem constituir a única fonte alimentar para as pessoas a quem se destinam;
- Produtos alimentares nutricionalmente completos, com fórmula dietética adaptada a uma doença, anomalia ou situação sanitária específica, os quais, consumidos em conformidade com as instruções do fabricante, podem constituir a única fonte alimentar para as pessoas a quem se destinam. Estes produtos alimentares podem também ser consumidos como substitutos parciais ou suplemento da dieta do paciente;
- Produtos alimentares nutricionalmente incompletos, com fórmula-padrão ou fórmula dietética adaptada a uma doença, anomalia ou situação sanitária

específica, não adequados a uma utilização como fonte alimentar única. Estes produtos alimentares podem também ser consumidos como substitutos parciais ou suplemento da dieta do doente.^[17]

É importante salientar que alguns destes produtos são comparticipados, sendo obrigatório, quando prescritos, a indicação do local de prescrição, dada a necessidade de validar o centro emissor. Assim, o Despacho n.º4326/2008, de 19 de fevereiro, define os centros de tratamento habilitados para tal (Anexo X). A Direção Geral de Saúde publicou também uma lista de produtos dietéticos com carácter terapêutico, comparticipados a 100% pelo SNS, que é revista todos os anos e atualizada sempre que necessário (Anexo XI).

9.3. Produtos dietéticos infantis

Segundo o decreto-lei n.º74/2010, de 21 de junho, os lactentes (até aos 12 meses de idade) ou crianças de pouca idade (dos 12 aos 36 meses) em bom estado de saúde também são um grupo com necessidades nutricionais especiais.

A Diretiva 91/321, de 14 de maio, relativa às fórmulas para lactentes e fórmulas de transição, e a Diretiva 96/5, de 16 de fevereiro, da CE, relativa aos alimentos à base de cereais e aos alimentos destinados a lactentes e crianças, estabelecem os requisitos aplicáveis à composição e rotulagem deste tipo de produtos.

Muitos destes produtos estão disponíveis nas grandes superfícies, no entanto, a farmácia é o local privilegiado para a aquisição destes produtos, não só pela garantia de qualidade, mas também pelo atendimento personalizado por parte do farmacêutico. Na dispensa destes produtos, é importante ter atenção a idade da criança e outras características particulares.

Na dispensa destes produtos, o farmacêutico deve ter em conta e informar sobre os benefícios do leite materno, exceto em determinadas situações por indicação médica. O leite materno, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como único alimento, satisfaz as necessidades da criança nos primeiros 6 meses de vida. Sendo que a partir deste momento são necessários novos alimentos que, juntamente com o leite, irão fornecer-lhe, nutrientes em quantidade e qualidade suficientes para assegurar um crescimento equilibrado.^[34, 35] O leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o bebé necessita para ser saudável, contendo também anticorpos e glóbulos brancos. O aleitamento materno é importante na prevenção de doenças, melhora o desenvolvimento mental do bebé e é mais facilmente digerido, podendo-se também referir o vínculo afetivo estabelecido entre a mãe e o bebé.^[36]

Os leites em pó podem ser classificados da seguinte forma:

- Leites de 1ª etapa:
 - Natal
 - Natal AR (anti-regurgitação)
 - Natal HA (hipoalergénico)
 - AC (anti-cólicas)
 - AO1 (anti-obstipação)

- Leites de 2ª etapa:
 - Continuação
 - Simbiotic
 - AO2

- Leites de 3ª etapa:
 - Crescimento

- Fórmulas especiais
 - Hidrolisado
 - Sem lactose

Os primeiros alimentos sólidos a introduzir na alimentação dos bebés, entre os 4 e os 6 meses de idade, devem ser os cereais (farinhas infantis). No entanto, em crianças com peso elevado, poder-se-á introduzir primeiro a sopa, em vez dos cereais. As farinhas dividem-se em lácteas ou não lácteas, conforme sejam para preparar com água ou leite e, ainda, com ou sem glúten, na sua composição.

9.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

Muitas plantas contêm princípios ativos que quando utilizados nas proporções corretas podem ajudar a recuperar e a manter a saúde. A procura dos produtos fitoterapêuticos tem vindo a aumentar nos últimos anos, e é hoje uma área de grande interesse, em que a qualidade e segurança exigidas para outros produtos de saúde, também se verificam para estes.

É dever do farmacêutico procurar estar informado acerca das propriedades destes produtos, para que, quando solicitada informação pelo utente, o farmacêutico possa fazer um aconselhamento de qualidade. O farmacêutico deve promover o uso adequado destes produtos, pois apesar de estes serem “produtos naturais”, não são isentos de efeitos adversos, contra-indicações ou interações.

A Farmácia Pedroso possui uma vasta gama deste tipo de produtos, os quais se destinam a múltiplos tratamentos. Por exemplo, Arkocápsulas Algas (facilita a perda de peso), Naturactive Passiflora (melhora o sono e diminui o nervosismo), Moreno pés de cereja (afecções urinárias), entre outros.

Os suplementos nutricionais (ou suplementos alimentares) são outra área em ascensão. Numa sociedade cada vez mais preocupada com a saúde e bem-estar, estes surgem como uma espécie de solução fácil para atenuar e prevenir os desequilíbrios causados pelo stress, fadiga, má alimentação ou outras agressões, ajudando a manter o bem-estar físico e mental, mas nunca substituindo uma alimentação saudável. Os suplementos alimentares são considerados géneros alimentícios comuns, apesar de possuírem uma forma de apresentação doseada. Por esse facto, tal como para todos os alimentos, os suplementos alimentares, de acordo com o Decreto-Lei n.º 560/99 de 18 de dezembro e o Decreto-Lei n.º 136/2003 de 28 de junho, não podem atribuir propriedades profiláticas, de tratamento ou cura de doenças, nem fazer referência a essas propriedades, ao contrário dos medicamentos. Destinam-se a complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal não devendo ser utilizados como substitutos de um regime alimentar variado. Constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outros com efeito nutricional ou fisiológico, utilizadas sozinhas ou combinadas. Podem conter um leque bastante variado de substâncias nutrientes e outros ingredientes, designadamente vitaminas, minerais, aminoácidos, ácidos gordos essenciais, fibras e várias plantas e extratos de ervas.^[37]

9.5. Medicamentos de uso veterinário (MUV)

Os MUV são atualmente regulamentados pelo Decreto-lei n.º184/97, de 26 de julho.

É exigido ao farmacêutico um papel ativo no que respeita à utilização de todo o tipo de produtos relacionados com uso veterinário, uma vez que o tratamento de doenças em animais não acarreta apenas vantagens para o animal, mas também para as pessoas com quem ele coabita. Existe uma clara consciencialização da sociedade na vantagem da aplicação de métodos preventivos ou profiláticos para a saúde animal, como contributo para a melhoria da sua qualidade de vida e garantia de um agradável convívio com o agregado familiar.

No aconselhamento, o farmacêutico deve ter em mente qual a espécie animal, respetivo porte e idade, para poder recomendar o fármaco, modo de administração, posologia, dose mais adequada, possíveis interações e efeitos adversos. O farmacêutico deverá também alertar o utente para as doenças animais transmissíveis ao homem e quais os cuidados a ter, lembrar as medidas profiláticas necessárias (nomeadamente, quando o agregado familiar é desparasitado, também os animais o devem ser), alertar para a importância da vacinação, promover a correta utilização dos MUV, lembrar a necessidade de desparasitação periódica do animal e a necessidade de respeitar os intervalos de segurança entre a sua utilização e o consumo de produtos de origem animal. No entanto,

sempre que necessário, o farmacêutico deverá aconselhar o proprietário do animal a consultar um médico veterinário.

Na Farmácia Pedroso, o *stock* de MUV é constituído por antiparasitários externos e internos, anticoncepcionais, antibióticos, antisépticos e vacinas.

Os MUV não são comparticipados, mesmo quando prescritos por um médico veterinário.

9.6. Dispositivos médicos

Os dispositivos médicos são, atualmente, regulamentados pelo Decreto-lei n.º 145/2009, de 17 de junho.

A preocupação constante em proporcionar um elevado nível de qualidade de vida na área da saúde aconselha, por vezes, ao recurso a dispositivos médicos para diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento, atenuação da doença ou até mesmo alteração da anatomia ou compensação de uma lesão ou deficiência.

Por vezes, a fronteira entre dispositivos médicos e outros produtos não é clara, e é estabelecida tendo em consideração a finalidade prevista pelo fabricante do produto em causa e o mecanismo através do qual é alcançado o principal efeito pretendido no corpo humano.

De acordo com o decreto-lei referido anteriormente, os dispositivos médicos são integrados nas classes I (baixo risco), IIa (baixo/médio risco), IIb (alto/médio risco) e III (alto risco), tendo em conta a vulnerabilidade do corpo humano e atendendo aos potenciais riscos decorrentes da conceção técnica e do fabrico.^[19]

De realçar, que o critério para aquisição dos dispositivos médicos é a conformidade com os requisitos legais, sendo que esta conformidade é atestada pela marcação CE, símbolo sem o qual os produtos não podem ser colocados no mercado, postos ao serviço e circular livremente pela Comunidade Europeia.

10. Outros Cuidados de Saúde/Serviços Prestados na Farmácia Pedroso

A Farmácia Pedroso proporciona múltiplos cuidados/serviços à comunidade em que se insere.

10.1. Avaliação da tensão arterial

A avaliação da tensão arterial é um dos serviços mais solicitado pelo utente.

A determinação é feita com um aparelho automático (Figura V), na sala de consulta farmacêutica.



Figura V - Aparelho medidor da tensão arterial.

10.2. Monitorização da glicémia, colesterol e triglicérideos

A farmácia possui também um aparelho para a determinação da glicémia, que é efetuada com uma simples picada no dedo. Posteriormente, só é necessário colocar a fita em contacto com o sangue e, após escassos segundos, o aparelho dá o valor da glicémia (Figura VI).



Figura VI - Aparelho medidor da glicémia

Para a determinação do colesterol total e triglicérideos o procedimento é o mesmo do utilizado para determinação da glicémia, a diferença está no aparelho (Figura VII). Os resultados são visualizados ao fim de, aproximadamente, 3 minutos.



Figura VII - Aparelho medidor do colesterol e triglicérideos.

Sempre que é efetuada uma determinação, quer seja da tensão arterial, quer seja da glicémia, colesterol e triglicérideos, o utente é questionado sobre o cartão de registo, caso não o tenha, é-lhe imediatamente oferecido um (Figura VIII). Este cartão permite o registo de

todas as determinações feitas, permitindo, deste modo, fazer uma avaliação da evolução do utente, não só pelo farmacêutico, mas também pelo médico. Mediante o resultado de cada parâmetro, poderão ser fornecidos alguns conselhos e esclarecimentos ao utente, bem como a sua orientação para o médico, caso a situação se justifique.

Farmácia Pedroso
 Direc. Técnico: João Augusto F. F. Fonseca
 Telef. 275 320 530 • Rua Comendador Campos Melo, 11-13 • 6200-066 COVILHÃ

Nome _____

DATA	PESO (kg)	PRESSÃO ART. (mmHg)		PUL.	GLICOSEMA (mg/dl)	Colesterol (mg/dl)	TRIGLICÉRIDOS (mg/dl)
		MÁXIMA	MÍNIMA				
27/12/11	Ans	177	82	78			
29/12/11	Stu	162	78	77			
4/1/12		158	68	79			
17/1/12		147	68	69			
30/1/12	ops	169	64	72			
18/1/12	Stu	151	65	65			
25/1/12		147	63	76			
1/2/12		149	69	81			
8/2/12		154	73	73			

Figura VIII - Cartão disponibilizado ao utente para registo de todas as determinações efetuadas.

10.3. Controlo do peso e determinação da altura

Na zona de atendimento ao público encontra-se uma balança (Figura IX) que permite avaliar o peso e a altura, indicando o índice de massa corporal (IMC) e o peso ideal em função da altura.



Figura IX - Balança.

10.4. Administração de injectáveis

A Farmácia Pedroso disponibiliza durante uma hora por dia um serviço de enfermagem para administração de injectáveis.

10.5. Teste de gravidez

Atualmente, a maioria das utentes prefere realizar o teste de gravidez em casa, no entanto, também é possível fazê-lo na farmácia.

Na Farmácia Pedroso o teste utilizado para verificar a existência ou não de uma gravidez é o “Biotest HCG”. Este teste é uma reação imunológica, precisa e específica, que se baseia na determinação da hormona gonadotrofina coriônica humana (HCG) na urina da mulher. Primeiramente, é extremamente importante informar a utente sobre os cuidados a ter na colheita da urina. Como a concentração da HCG é maior na urina da manhã, é preferível que a urina colhida seja a primeira do dia.

O teste é efectuado no laboratório, sendo a sua execução simples e rápida. Consiste na homogeneização de três a quatro gotas de urina no teste. O teste é positivo se após dois minutos se verificar o aparecimento de duas listas.

O resultado do teste é registado num cartão adequado, onde é mencionado o nome da utente e a identificação da farmácia, sendo datado e assinado pelo farmacêutico e colocado num envelope, de maneira a assegurar sempre a confidencialidade da informação.

10.6. Programa Troca de Seringas

O Programa de Troca de Seringas “Diz não a soma seringa em segunda mão” é um programa de âmbito nacional criado em 1993, que resulta de uma parceria entre o Ministério da Saúde, através da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, e a ANF.^[38]



Figura X - Kit “Prevenção SIDA”.

O kit “Prevenção Sida” (Figura X), gratuito, tem vindo a ser atualizado ao longo do tempo, visando dar resposta a diferentes necessidades na prevenção do risco, incluindo atualmente: duas seringas estéreis, dois toalhetes desinfectantes com álcool a 70 graus, um preservativo, duas ampolas de água bidestilada, um filtro, duas caricas, duas carteiras de ácido cítrico, um saco plástico e um folheto informativo.^[39]

O programa de troca de seringas nas farmácias tem como objetivos prevenir a propagação da sida e de outras doenças associadas a toxicodependentes, pela diminuição de hábitos de partilha de seringas e pela utilização do preservativo, e reduzir o risco de

contaminação acidental da população com seringas abandonadas, recolhendo-as para destruição.

Na dispensa deste kit é de extrema importância a transmissão de mensagens que contribuam para a educação/informação do utilizador de drogas injectáveis, de modo a que este adquira comportamentos de menor risco para a transmissão do HIV, e de outras doenças de transmissão por via endovenosa, como a hepatite C. Assim, durante o diálogo devem ser incluídas mensagens como:

- “Não partilhes a tua seringa nem os restantes materiais de injeção”;
- “Não te sirvas dela mais do que uma vez”;
- “Não a deixes ao abandono”;
- “Pratica sexo seguro, utiliza o preservativo”.^[39]

Esta sensibilização visa a proteção da saúde individual do utilizador de drogas, mas também da comunidade envolvente: “o elevado grau de infeciosidade do vírus faz com que a SIDA ultrapasse a esfera pessoal e se transforme numa ameaça à saúde pública”.^[39]

11. Preparação de Medicamentos

Entende-se por «medicamento manipulado» “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”.^[40] A preparação de medicamentos manipulados, sendo uma prática ancestral da responsabilidade exclusiva do farmacêutico, continua a constituir uma realidade importante no contexto da terapêutica medicamentosa contemporânea. Apesar dos tempos de preparação exclusiva de medicamentos em escala oficial se encontrarem já algo distantes, reservam-se inúmeras situações, cujo âmbito tem vindo a alargar-se, para as quais os medicamentos manipulados são imprescindíveis. Nomeadamente, como alternativas terapêuticas com vantagens do ponto de vista farmacoeconómico, personalização da terapêutica, muitas vezes preenchendo nichos não ocupados pela indústria farmacêutica, pois existem substâncias ativas de utilidade terapêutica comprovada, cujas especialidades farmacêuticas correspondentes, por motivos diversos, são descontinuadas ou não chegam a ser introduzidas no mercado. Enquadram-se nesta última situação as substâncias ativas designadas órfãs, ou seja, para as quais a produção industrial de especialidades farmacêuticas não é economicamente rentável, por se destinarem a pequenos grupos de doentes. Outros motivos para a preparação de manipulados são, por exemplo, a possibilidade de associações de substâncias ativas não disponíveis no mercado, nomeadamente na área da dermatologia e no controlo da dor em doentes crónicos e, a possibilidade de colmatar falhas na dose e forma galénica para grupos específicos de doentes, como nas áreas de pediatria, geriatria, oncologia e, ainda, em doentes com dificuldade de deglutição.^[41] Os atuais padrões de qualidade na utilização de medicamentos manipulados estão enquadrados num sistema de boas práticas a observar na preparação de

medicamentos manipulados de acordo com normas e requisitos aprovados pelo INFARMED.^[42]

Atualmente, o Formulário Galénico Português (FGP) constitui um instrumento tecnologicamente avançado e adaptado às necessidades da terapêutica contemporânea, uma vez que fixa especificações para as matérias-primas que integram a composição de cada medicamento e estabelece procedimentos a adotar na preparação, embalagem, rotulagem e verificação de medicamentos manipulados, contribuindo assim para a sua qualidade e, em simultâneo, para a padronização e uniformização a nível nacional.^[43] Uma vez que os medicamentos manipulados dispõem de legislação própria, não necessitam do pedido de autorização de introdução no mercado (AIM).

A Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de dezembro, define o equipamento mínimo de existência obrigatória no laboratório da farmácia, para as operações de preparação, acondicionamento e controlo de manipulados: Alcoómetro;

- Almofarizes de vidro e de porcelana;
- Balança de precisão sensível ao miligrama;
- Banho de água termostaticado;
- Cápsulas de porcelana;
- Copos de várias capacidades;
- Espátulas metálicas e não metálicas;
- Funis de vidro;
- Matrases de várias capacidades;
- Papel de filtro;
- Papel indicador pH universal;
- Pedra para a preparação de pomadas;
- Pipetas graduadas de várias capacidades;
- Provetas graduadas de várias capacidades;
- Tamises FPVII, com abertura de malha 180 µm e 355 µm (com fundo e tampa);
- Termómetro (escala mínima até 100°C);
- Vidros de relógio.

Relativamente às matérias-primas, “Só podem ser utilizadas na preparação de um medicamento manipulado matérias-primas inscritas na FP, nas farmacopeias de outros Estados Partes na Convenção Relativa à Elaboração de Uma Farmacopeia Europeia (FE), na FE ou na documentação científica compendial e desde que os medicamentos que as contenham não hajam sido objeto de qualquer decisão de suspensão ou revogação da respectiva autorização, adotada por uma autoridade competente para o efeito”.^[44]

Cada lote ou fração de matéria-prima devem ser acompanhadas pelo respectivo boletim de análise, da responsabilidade dos fornecedores, que comprove o cumprimento das

exigências previstas na respectiva monografia, garantindo assim a obtenção de um manipulado de qualidade, seguro e eficaz.^[45]

Na Farmácia Pedroso, todos os boletins de análise correspondentes às matérias-primas armazenadas são arquivados juntamente com a ficha de registo de movimentos de matérias-primas (Anexo XII).

O cálculo do preço de venda ao público dos medicamentos manipulados é efetuado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem. Assim, o PVP dos medicamentos manipulados é o resultado da aplicação da seguinte fórmula:

$$\text{PVP} = (\text{Valor do honorários} + \text{Valor das Matérias-primas} + \text{Valor dos Materiais de Embalagem}) \times 1,3, \text{ acrescido o valor do IVA à taxa correspondente.}$$

Caso sejam utilizadas especialidades farmacêuticas comercializadas, utiliza-se o respectivo PVP, sem IVA.^[46]

As receitas de medicamentos manipulados devem ter a indicação, expressa pelo médico, da palavra “manipulado”, não sendo permitida a prescrição nestas receitas de qualquer outro tipo de medicamento (Anexo XIII). A prescrição deste tipo de medicamentos pode ter diversas apresentações: indicação da composição qualitativa e quantitativa da preparação acompanhada da inscrição f.s.a. - *fac secundum artem* - seja feito segundo a arte, ou nome da preparação.

Os medicamentos manipulados são, também, passíveis de comparticipação, mantendo-se atualmente a comparticipação em 30% do seu preço. Os medicamentos manipulados comparticipáveis constam de uma lista (Anexo XIV) a aprovar anualmente por despacho do Ministro da Saúde, mediante proposta do conselho de administração do INFARMED. De acordo com a legislação atual, para que seja feita a comparticipação, a receita deve conter a informação de que se trata de um medicamento manipulado, e não deverá ter mais nada prescrito além dele. Assim, “podem ser objeto de comparticipação os medicamentos manipulados relativamente ao quais ocorre uma das seguintes situações:


- Inexistência no mercado de especialidade farmacêutica com igual substância ativa na forma farmacêutica pretendida;
- Existência de lacuna terapêutica a nível dos medicamentos preparados industrialmente;
- Necessidade de adaptação de dosagens ou formas farmacêuticas às carências terapêuticas de populações específicas, como é o caso da pediatria e geriatria”.^[47]

Relativamente à preparação de manipulados, propriamente dita, é importante, primeiramente, e antes de iniciar todos os procedimentos, verificar o estado de limpeza de todo o material a utilizar, bem como do laboratório. Todos os processos que envolvem a

preparação devem obedecer ao máximo rigor possível, de forma a cumprir todas as especificações, permitindo assim a obtenção de um produto de qualidade. A preparação é sempre acompanhada do preenchimento de uma ficha de preparação (Anexo XV), que deve ser arquivada na farmácia durante 3 anos ^[40], e de uma folha de cálculo do respetivo preço (Anexo 16).

A rotulagem das embalagens (Figura XI) é feita pelo farmacêutico e nela deve constar a seguinte informação:

- a) Nome do doente (no caso de se tratar de uma fórmula magistral);
- b) Fórmula do medicamento manipulado prescrita pelo médico;
- c) Número do lote atribuído ao medicamento preparado;
- d) Prazo de utilização do medicamento preparado;
- e) Condições de conservação do medicamento preparado;
- f) Instruções especiais, eventualmente indispensáveis para a utilização do medicamento, como, por exemplo, «agite antes de usar», «uso externo» (em fundo vermelho), etc.;
- g) Via de administração;
- h) Posologia;
- i) Identificação da farmácia;
- j) Identificação do farmacêutico diretor técnico.^[40]

 **Farmácia Pedroso**
Direct. Técnico: *João Augusto F. F. Fonseca*
Telef. 275 320 530 • Rua Comend. Campos Melo, 11-13 • 6200-066 COVILHÃ
Médico Presc.: _____
Doente: _____

Lote Nº _____ Data Prep.: ___ / ___ / ___

Figura XI - Rótulo utilizado pela Farmácia Pedroso para os produtos manipulados.

12. Contabilidade e Gestão

A farmácia comunitária não é uma entidade isolada e, como unidade de prestação de cuidados de saúde, tem deveres legais que deve cumprir, de maneira a garantir a qualidade dos serviços que presta à comunidade. Deste modo, a relação das farmácias com instituições estatais e não estatais é elementar para a dinâmica das mesmas. Cada utente tem um sistema de assistência médica, sendo que as percentagens de comparticipação diferem consoante a instituição a que pertencem. Atualmente, os organismos de comparticipação estão codificados informaticamente, bem como as respectivas taxas de comparticipação, o que simplifica bastante o processo. O utente quando se dirige à farmácia com uma receita médica, apenas paga a fração do PVP que não é comparticipada, sendo a farmácia, posteriormente, reembolsada da restante quantia. Assim, a faturação é um processo que se realiza mensalmente na farmácia com objetivo do reembolso monetário referente à comparticipação por parte dos diferentes organismos.

Como referido anteriormente, a impressão do documento de faturação (Anexo VIII) é o passo final do aviamento de receitas. Neste documento deverão constar as seguintes informações:

- Identificação da farmácia e do diretor técnico;
- Data de cedência, número de venda e código do operador responsável;
- Organismo participante;
- Número, lote e série da receita (R/L/S);
- Designação do produto (nome, dosagem, número de unidades na embalagem), PVP, preço de referência, quantidade de embalagens, valor da comparticipação e valor pago pelo utente;
- Código de barras de cada embalagem dispensada;
- Declaração: “Declaro que me foram dispensadas as “n” embalagens de medicamentos constantes da receita e prestados os conselhos e informações sobre a sua utilização”. Esta declaração deverá ser assinada pelo utente.

Como referido no capítulo da “dispensa de medicamentos”, quando se avia uma receita, é necessário ter em atenção a validade da receita, a assinatura do médico, identificação do utente e respectivo número de beneficiário, se constam as vinhetas referentes ao local da consulta e do médico (exceção feita a algumas entidades que não exigem a presença de vinhetas do local da consulta, sendo, no entanto, necessário o carimbo, caso se trate de clínicas), entre outros. Mesmo existindo este cuidado durante o aviamento, ao longo do mês, todas as receitas são novamente verificadas, pelo farmacêutico responsável, de forma a reduzir os erros que podem originar devoluções de receitas pelas entidades participantes e o conseqüente não pagamento da fração comparticipada. Assim, a verificação do receituário visa, sobretudo, confirmar se a receita foi corretamente aviada e

se se encontra de acordo com as exigências da entidade participante. Deste modo, deve também ser confirmado se o aviamento foi feito de acordo com a prescrição, se foram impressos nas receitas todos os códigos de barras referentes aos medicamentos cedidos, se as participações foram corretamente realizadas e se todas as receitas foram assinadas, datadas e carimbadas pelo operador.

Caso seja detetado algum erro a nível da informação determinante para a faturação, existe a possibilidade de se corrigir a nível informático, através da impressão de um novo documento de faturação. As correções à faturação (impressão de novo talão de faturação) têm que ser justificadas e rubricadas.

Feita a conferência do receituário, todas as receitas são separadas por entidade participante, em lotes de trinta receitas, organizadas por ordem crescente do número da receita. O último lote poderá conter um número menor de receitas.

Com o objetivo de centralizar as operações de conferência referentes à faturação de medicamentos e cuidados farmacêuticos participados pelo SNS, foi criado a 1 de Maio de 2010 o Centro de Conferência de Faturas (CCF). Para organizar a remessa das receitas a enviar ao CCF, a farmácia deverá proceder à emissão dos seguintes documentos: Verbetes de Identificação do Lote (original), Relação Resumo dos Lotes (original e três cópias) e Fatura Mensal de Medicamentos (original e três cópias).

Quando cada lote está completo é emitido o Verbetes de Identificação do Lote, onde constam as seguintes informações:

- Nome da farmácia e número de código de código atribuído pelo INFARMED;
- Mês e ano a que respeita;
- Código-tipo e número sequencial do lote, no total dos lotes entregues no mês;
- Número de receitas e de etiquetas;
- Importância total do lote correspondente aos PVP's;
- Importância total do lote a pagar pelo utente;
- Importância total do lote correspondente à participação pelo organismo.

Posteriormente, este documento é carimbado e anexado a cada lote (trinta receitas).

No final de cada mês, procede-se ao fecho, verificação e emissão de todos os lotes de forma a iniciar uma nova contagem no mês seguinte. É, então, emitida a Relação Resumo de Lotes para cada organismo, que contém a mesma informação que o Verbetes de Identificação do Lote, mas relativa à totalidade dos lotes agrupados do organismo.

Para finalizar, é impressa a Fatura Mensal de Medicamentos para cada organismo, para apurar o montante correspondente às participações a pagar à farmácia, onde deve constar a seguinte informação:

- Número da fatura, mês e ano a que se refere;
- Identificação da farmácia (nome e código);
- Morada, localidade e código postal;

- Número fiscal de contribuinte;
- Data de emissão e assinatura;
- Total do número de lotes;
- Total dos PVP's;
- Total do encargo dos utentes;
- Total do encarga da entidade participante.

Seguidamente, procede-se ao envio das receitas prescritas no âmbito do SNS à ARS, até ao dia 10 do mês seguinte, acompanhadas pelos três documentos anteriormente referidos. Outra das Faturas Globais enviadas à ANF até ao dia 15 do mesmo mês.

O receituário dos restantes organismos é enviado, até ao dia 10 de cada mês, à ANF, que por sua vez, envia o receituário, juntamente com os três documentos referidos, aos respetivos organismos. Cada organismo paga à ANF, que por sua vez paga às farmácias.

Na Farmácia Pedroso é também impresso no fim do mês e em duplicado um Mapa Comprovativo de Entrega do Receituário do Mês que é enviado à ANF, sendo depois devolvido à farmácia o duplicado do documento que assegura por parte da ANF a correção deste.

Apesar das receitas serem todas verificadas, por vezes, existem falhas no cumprimento das exigências estabelecidas pelos organismos participantes, o que leva à devolução do receituário acompanhado da respetiva justificação. Estas receitas são devidamente corrigidas e novamente reencaminhadas juntamente com o receituário do mês seguinte.

Nesta temática da contabilidade e gestão, importa ainda esclarecer alguns conceitos importantes, nomeadamente:

- **Guia de remessa** - documento emitido pelo vendedor que se destina a acompanhar a mercadoria até ao armazém ou estabelecimento do comprador, ou seja, é um documento de transporte da mercadoria. É através deste documento que o comprador verifica se os produtos da encomenda entregue estão de acordo com os que foram encomendados, e se a quantidade encomendada também está correta.^[48]
- **Fatura** - documento em que o vendedor procede à liquidação do valor da mercadoria, apresentando o cálculo do preço a pagar pelo comprador.^[48]
- **Recibo** - documento emitido pelo vendedor, que serve de comprovativo do pagamento efectuado pelo comprador.^[48]
- **Nota de crédito** - documento utilizado na fase de liquidação e destina-se a corrigir o valor da fatura para menos (decrécimo). Esta é emitida nos seguintes casos: erros de cálculo, para mais no valor da fatura; descontos não incluídos na fatura; devolução de mercadorias pelo comprador (neste caso, a nota de crédito é denominada **nota de devolução**).^[48]
- **Inventário** - relação, referida a uma determinada data, dos elementos patrimoniais da empresa devidamente quantificados e valorizados.^[48]

- **Balancete** - documento contabilístico, elaborado normalmente para períodos inferiores a um ano, que se destina a verificar a igualdade dos movimentos a débito e a crédito. ^[49]

13. Conclusões

Toda a credibilidade atribuída às farmácias deve-se à permanente preocupação de todos os que nelas trabalham, em promover a sua qualidade, sendo, portanto, unidades imprescindíveis para o normal funcionamento do SNS, quer pelo seu serviço de qualidade, quer pela capacidade de resposta e proximidade com os utentes, que diariamente recorrem aos seus serviços. Assim, hoje em dia, assiste-se à crescente vocação das farmácias como espaço de saúde moderno, proporcional à população que serve, com qualidade de serviço e disponível para que os cidadãos contactem diariamente com um farmacêutico. Promove-se assim, um contacto facilitado, personalizado e disponível com um profissional de saúde, detentor de um Mestrado Integrado de 5 anos e com uma obrigatoriedade de permanente atualização de conhecimentos.

Neste espaço, o farmacêutico é o profissional, técnico de saúde, especialista do medicamento e, muitas vezes apenas a pessoa com quem o utente desabafa, habilitado para a dispensa de medicamento, fornecimento de informações, aconselhamento e esclarecimento de dúvidas acerca dos medicamentos e outros produtos de saúde. É muito importante, para um bom atendimento, saber interagir com o utente, de forma confiante, com destreza verbal e, muitas vezes, gestual, adaptando-se o atendimento consoante a pessoa que temos diante de nós.

A realização do meu estágio foi, sem dúvida, um importante e determinante complemento de toda a formação adquirida ao longo destes 5 anos: a teoria dá lugar à prática e, assim, se aprende a ser farmacêutico. Foi uma etapa fundamental para a minha formação, possibilitando o contacto com toda a dinâmica própria de uma farmácia comunitária, desde o armazenamento e aprovisionamento de produtos, fornecedores, sistema informático, tratamento do receituário, até ao atendimento, esclarecimento e aconselhamento dos utentes.

Fica a consciência de que ainda há um longo caminho a percorrer, que a aprendizagem é para toda a vida, que as dúvidas e os pontos de interrogação vão continuar a ser uma constante, mas só estes vão possibilitar a minha evolução e permitir que esteja à altura do desafio que é ser Farmacêutico.

14. Bibliografia - Capítulo I

1. Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária. 3ª Edição. 2009.
2. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
3. Ordem dos Farmacêuticos. [cited 22 de abril de 2012]; Available from: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1852.
4. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 288/2001 de 10 de novembro. Diário da República. Lisboa.
5. Associação Nacional de Farmácias. [cited 22 de abril de 2012]; Available from: http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=102&Itemid=102.
6. Deliberação n.º414/CD/2007, de 29 de outubro. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
7. Ordem dos Farmacêuticos. [cited 21 de abril de 2012]; Available from: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1929.
8. Laboratório de Estudos Farmacêuticos. [cited 22 de abril de 2012]; Available from: <http://www.lef.pt/O1Who.aspx?lg=pt>.
9. Portal da Saúde. [cited 22 de abril de 2012]; Available from: http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/medicamentos/INFARMED_cimi.htm.
10. Associação de Farmacêuticos dos Países de Língua Portuguesa. [cited 22 de abril de 2012]; Available from: http://www.afplp.org/xfiles/scContentDeployer_pt/docs/articloeFile163.pdf.
11. Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares. [cited 22 de abril de 2012]; Available from: <http://www.apfh.pt/scid/webApfh/defaultArticleViewOne.asp?categoryId=713&articleID=823>.

12. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
13. Manuila L, Manuila A, Lewalle P, Nicoulin M. Psicotrópico, *in* Dicionário Médico. 2004, Climepsi Editores. p. 498.
14. Manuila L, Manuila A, Lewalle P, Nicoulin M.. Estupefaciente, *in* Dicionário Médico. 2004, Climepsi Editores. p. 252.
15. Cadernos de Saúde Pública. [cited 5 de maio de 2012]; Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X1995000300025&script=sci_arttext.
16. Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho*. Diário da República. Lisboa.
17. EUROPA. [cited 5 de maio de 2012]; Available from: http://europa.eu/legislation_summaries/consumers/product_labelling_and_packaging/l21101c_pt.htm.
18. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
19. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
20. Decreto-Lei n.º 184/97, de 26 de julho. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
21. Decreto-lei n.º 185/2005, de 4 de novembro. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
22. Ministério da Economia e do Emprego. Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro. Diário da República. Lisboa.
23. Ordem dos Farmacêuticos. Código Deontológico. [cited 6 de maio de 2012]; Available from: http://www.ceic.pt/portal/page/portal/CEIC/UTILIDADES_INFORMACAO/NORMATIVO/NACIONAL/CodigoDeontologico_OF.pdf.
24. Ordem dos Farmacêuticos. Estatutos. [cited 6 de maio de 1012]; Available from: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xfiles/scContentDeployer_pt/docs/doc3724.pdf.
25. Organização Mundial de Saúde. [cited 28 de abril de 2011]; Available from: http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/.

26. INFARMED. [cited 28 de abril de 2012]; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LICENCIAMENTO_DE_ENTIDADE_S/FARMACEUTICOS/INTRODUCAO/0C7E31545866BB8FE04010AC3120072A.
27. VALORMED. [cited 1 de abril de 2012]; Available from: <http://www.valormed.pt/>.
28. Decreto-Lei n.º 48 547, de 27 de agosto de 1968. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
29. Portaria n.º198/2011, de 18 de maio. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
30. Ministério da Saúde. Portaria n.º 193/2011, de 13 de maio. Diário da República. Lisboa.
31. Decreto-Lei n.º 209/94, de 6 de agosto. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
32. INFARMED. [cited 25 de Abril de 2012]; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA MAIS SOBRE/SAIBA MAIS_AR QUIVO/29_Automedica%E7%E3o.pdf.
33. INFARMED. [cited 5 de maio de 2012]; Available from: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/COSMETICOS>.
34. Unidade Local de Saúde de Matosinhos. [cited 5 de maio de 2012]; Available from: <http://www.ulsm.min-saude.pt/content.aspx?menuid=569>.
35. Organização Mundial de Saúde. [cited 5 de maio de 2012]; Available from: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/index.html>.
36. Leite Materno. [cited 5 de Maio de 2012]; Available from: <http://www.leitematerno.org/porque.htm>.
37. Ministério da Agricultura, Mar, Ambiente e Ordenamento do Território. [cited 5 de maio de 2012]; Available from: <http://www.gpp.pt/RegAlimentar/SupAlimentares.html>
38. Ministério da Saúde. [cited 1 de abril de 2012]; Available from: <http://www.acs.min-saude.pt/2007/12/21/programatrocaseringas/>.
39. Programa de Troca de Seringas nas Farmácias. [cited 1 de abril de 2012]; Available from: http://www.afplp.org/xfiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile185.pdf.
40. Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.

41. Farmácia Almeida Cunha. [cited 5 de maio de 2012]; Available from: <http://www.farmaciaalmeidacunha.com/areas1.asp>.
42. INFARMED. [cited 5 de maio de 2012]; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/INSPECCAO/MEDICAMENTOS_MANIPULADOS/MANIPULADOS.
43. Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares. [cited 5 de maio de 2012]; Available from: <http://www.apfh.pt/scid/webApfh/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=713&articleID=826>.
44. Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete de Jurídico e Contencioso.
45. Deliberação n.º 1497/2004, de 7 de dezembro. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
46. Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
47. Despacho n.º 18694/2010, 18 de novembro. Legislação Farmacêutica Compilada: INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso.
48. Lousã A, Pereira PA, Lambert R. Técnicas de Organização Empresarial - Bloco I. Porto Editora. p. 269, 271, 275, 276, 336.
49. Infopédia. [cited 12 de junho de 2012]; Available from: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/balancete>.

Capítulo II

Perfil das Intoxicações em Crianças e Jovens num Serviço de Urgência Hospitalar

1. Introdução

1.1. Toxicologia clínica

A toxicologia clínica é a ciência que estuda os tóxicos e as intoxicações - estuda os efeitos nocivos dos xenobióticos sobre sistemas vivos. Compreende o estudo do agente tóxico, a sua origem e propriedades, os seus mecanismos de ação, as consequências dos seus efeitos, os métodos analíticos, qualitativos e quantitativos, os modos de evitar a contaminação ambiental, as medidas profiláticas da intoxicação e o tratamento geral. O objetivo da toxicologia clínica é, sem dúvida, o diagnóstico, prevenção e tratamento das intoxicações agudas e crônicas.^[1, 2]

É necessário insistir que o diagnóstico toxicológico não se diferencia na sua metodologia das outras doenças com etiologia diferente. Assim, o médico deverá apoiar-se necessariamente no laboratório para conhecer com precisão o agente e a sua concentração, podendo assim, adotar condutas assistenciais e, sobretudo, terapêuticas, que caso contrário não se poderiam usar.^[1, 2]

Uma intoxicação é definida como a ação exercida por substâncias tóxicas no organismo e o conjunto de perturbações daí resultantes.^[3] O termo “intoxicação” refere-se a um dano que resulta da exposição a uma substância exógena que causa lesão celular ou morte.^[4] Por sua vez, um tóxico pode ser definido como todo o agente químico que, uma vez no organismo, altera os elementos bioquímicos fundamentais para a vida. Os tóxicos utilizados de forma intencional são considerados venenos.^[1, 2, 5] No livro *Casarett and Doull's Toxicology* faz-se referência a uma famosa frase, do célebre Paracelso (1493-1541), que expressa muito bem o que foi comentado anteriormente: "*Todas as substâncias são venenos, não há nenhuma que não o seja. Apenas a dose certa diferencia um veneno de um remédio*".

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma intoxicação aguda “é uma condição que segue a administração de uma substância psicoativa, resultando em perturbações ao nível de consciência, cognição, percepção, julgamento, que afeta o comportamento ou outras funções e respostas psicofisiológicas”.^[6] Deve-se a exposições de curta duração, com absorção rápida do tóxico, obedecendo a uma dose única ou múltipla, mas num curto período, que pode ser definido arbitrariamente em 24 horas.^[1]

A apresentação clínica pode variar, sendo que os fatores que determinam a severidade da intoxicação e o seu resultado na criança estão interrelacionados.^[4] Eles incluem:

- O tipo de tóxico;
- A dose;
- A formulação;
- A via de exposição;
- A idade da criança;
- A presença de outros tóxicos;

- O estado nutricional da criança;
- A presença de outras doenças ou lesões.

O intervalo de tempo entre a exposição ao tóxico e o aparecimento dos sintomas clínicos é uma “janela” de detecção importante. Durante este período, é importante minimizar a absorção removendo ou neutralizando o tóxico (no caso de ingestão ou contacto), ou administrando agentes que previnem o dano dos órgãos, como o uso de N-acetilcisteína em casos de intoxicação por paracetamol.^[4]

No geral, se os tóxicos são ingeridos na forma sólida, a absorção é mais lenta e, portanto, existe mais tempo para as intervenções orientadas para o processo de absorção. Por outro lado, para tóxicos líquidos a absorção é, geralmente, rápida demais para ser facilmente prevenida.^[4]

As intoxicações com agentes específicos produzem sintomas clínicos que são frequentemente reconhecidos. No entanto, também podem passar despercebidos, adiando o tratamento, com sérias consequências. A compreensão do padrão de intoxicação é útil para reduzir o risco de uma causa não intencional, bem como para a prevenção de uma intoxicação intencional.^[7]

As intoxicações em crianças são problemas clínicos que assumem um papel importante e de interesse pela maioria dos pediatras. A identificação e documentação dos aspetos epidemiológicos e fatores de risco nas intoxicações infantis são de grande importância para o estabelecimento de um plano terapêutico e determinação de medidas preventivas.^[4]

1.2. Epidemiologia das intoxicações

As intoxicações agudas são uma causa bem conhecida de morbidade e mortalidade em crianças, tendo um impacto maior nas populações socioeconomicamente desfavorecidas, uma vez que estas têm um acesso mais limitado a informação e estratégias de prevenção, bem como um acesso mais restrito aos cuidados de saúde.^[4, 8]

Os agentes comumente responsáveis por intoxicações em idade pediátrica variam bastante nas diferentes partes do mundo. Na América do Norte e Europa as intoxicações infantis envolvem a maioria dos medicamentos, quer medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), quer medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). Nos países em desenvolvimento, as substâncias responsáveis por intoxicações são, principalmente, pesticidas, hidrocarbonetos e cáusticos.^[9]

De acordo com o projeto *Global Burden of Disease* da OMS, estima-se que 345 814 pessoas de todas as idades morreram em todo o mundo como resultado de intoxicações acidentais em 2004. Embora a maioria destas intoxicações tenham ocorrido em adultos, 13% ocorreram em crianças e jovens com idade inferior a 20 anos.^[4]

Estima-se ainda que as intoxicações agudas sejam responsáveis por 45 000 mortes por ano em crianças ou jovens com idade inferior a 20 anos. A taxa de mortalidade por

intoxicação em jovens com menos de 20 anos é 1,8 por 100 000 habitantes.^[4] O mapa da Figura I mostra a distribuição geográfica das intoxicações não intencionais que resultaram em morte.

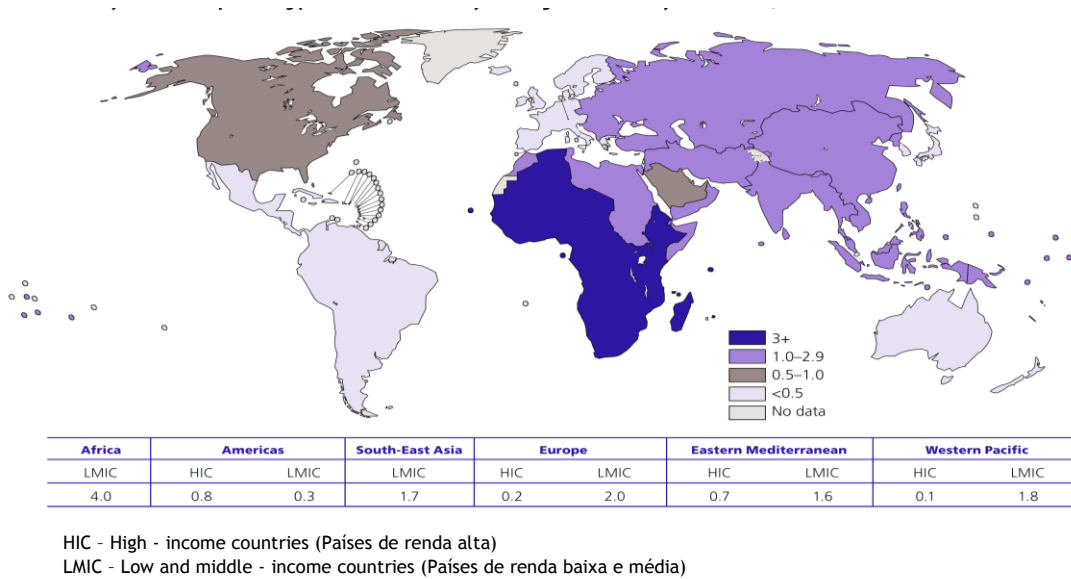


Figura I - Taxas de Mortalidade por intoxicação por 100 000 crianças por nível de desenvolvimento do país ou região, segundo a OMS, 2004.^[4]

Para países de renda alta a taxa é de 0,5 por cada 100 000 habitantes, enquanto para os países de baixa renda e renda média é quatro vezes maior, 2,0 por cada 100 000 habitantes. Embora as taxas de mortalidade sejam geralmente baixas e não excedam 4 por cada 100 000 habitantes, África e países de renda média da Europa e da região do Pacífico Ocidental têm as taxas maiores. Geralmente, os países de baixa e média renda têm maiores taxas de intoxicações que os países de renda alta. Uma exceção ocorre nos Estados Unidos da América, onde as taxas de mortalidade são mais elevadas que nos países de baixa e média renda, especialmente na faixa de 15-19 anos.^[4]

A *American Association of Poison Control Centers* (AAPCC), na sua publicação anual de 2010, reportou um total de 2 384 825 casos de intoxicação. Cerca de 1 512 381 (63,42%) desses casos ocorreram entre os 0 e os 19 anos. Dessas intoxicações, 796 340 (52,65%) ocorreram em indivíduos de sexo masculino e, 710 947 (47,01%) de sexo feminino. Para ambos os sexos, a faixa etária mais afetada foi a dos 2 anos (Tabela I). As intoxicações em crianças com idade igual ou inferior a 12 anos são maioritariamente “não intencionais”, enquanto em idade acima dos 12 anos foram predominantemente “intencionais” (Tabela II). Na publicação da AAPCC concluiu-se também que os tóxicos mais comuns em crianças com 5 anos ou menos foram os produtos cosméticos/higiene pessoal (13,2%), analgésicos (9,4%), produtos de limpeza doméstica (9,2%), corpos estranhos/brinquedos/diversos (7,2%), e preparações tópicas (6,8%). A mesma associação refere que a principal via de exposição é a oral (83,5% dos casos), seguida da exposição dérmica (7,2%), inalatória/nasal (5,7%), e a via ocular (4,5%).^[10]

Tabela I - Distribuição por Idade e Género das intoxicações. (Adaptado de Bronstein *et al* (2010))^[10]

Idade (anos)	Género						Total	
	Masculino		Feminino		Desconhecido			
	N*	% do total de grupo etário	N*	% do total de grupo etário	N*	% do total de grupo etário	N*	%
<1	61 837	51,96	56 779	47,71	401	0,34	119 017	4,99
1	196 460	51,83	182 070	48,03	539	0,14	379 069	15,90
2	209 515	52,29	190 541	47,55	629	0,16	400 685	16,80
3	96 889	54,90	79 231	44,90	358	0,20	176 478	7,40
4	46 270	55,91	36 300	43,86	187	0,23	82 757	3,47
5	26 281	56,46	20 098	43,18	167	0,36	46 546	1,95
Desconhecida ≤ 5	1 414	46,77	1290	42,67	319	10,55	3 023	0,13
6-12	83 114	57,95	59 525	41,50	785	0,55	143 424	6,01
13-19	72 506	46,43	83 122	53,23	536	0,34	156 164	6,55
Desconhecida	2 054	39,36	1 991	38,16	1 173	22,48	5 218	0,22
Total	796 340	52,65	710 947	47,01	5 094	0,34	1 512 381	63,42

* N - Número de indivíduos

% - Percentagem

Tabela II- Distribuição do motivo da exposição por idade. (Adaptado de Bronstein *et al* (2010))^[10]

Razão	Idade (anos)							
	≤5		6-12		13-19		Desconhecida	
	N*	%	N*	%	N*	%	N*	%
Não intencional	1 198 972	64,55	127 612	6,87	67 487	3,63	4 577	0,25
Intencional	1 014	0,30	9 999	2,99	80 139	23,99	276	0,08
Reação adversa	4 543	8,39	3 102	5,73	4 632	8,55	162	0,30
Outra	2 248	14,44	1 885	12,11	2 039	13,10	149	0,96
Desconhecida	798	6,23	826	6,45	1 867	14,57	54	0,42

* N - Número de indivíduos

% - Percentagem

As intoxicações agudas em crianças ainda são um grande problema de saúde pública e representam uma causa frequente de admissão na urgência. A ingestão de substâncias nocivas está entre as maiores causas de lesão em crianças, e tem sido frequentemente observado que, nas crianças de pouca idade, a maioria das intoxicações agudas, se devem à exposição acidental dos agentes tóxicos, por via oral e em casa.^[11-13]

Dados de um estudo em 2004 *do Consumer Product Safety Commission's National Electronic Injury Surveillance System* (CPSC NEISS) estimou que 86 194 crianças com idade inferior a 5 anos foram observadas nos serviços de urgência, com suspeita de intoxicação, sendo que 13,3% foram admitidas no serviço. 98% destas intoxicações ocorreram em casa. Em crianças com idade superior a 5 anos existe um aumento proporcional de intoxicações acidentais que envolvem abuso de fármacos.^[9, 14]

1.3. Tipos de tóxicos

A prevalência e o tipo de intoxicações varia consideravelmente em todo o mundo e depende do estatuto socioeconómico e das práticas culturais, bem como do local industrial e de outras atividades, como as relacionadas com a agricultura.

Dados dos centros de controlo e hospitais indicam que as substâncias mais comumente envolvidas nos países desenvolvidos, bem como em alguns países em vias de desenvolvimento, são: ^[4]

- MNSRM, como o paracetamol, fármacos para a tosse, anti-histamínicos e anti-inflamatórios;
- MSRM, como antidepressivos, analgésicos narcóticos;
- Drogas de abuso, como cannabis e cocaína;
- Produtos domésticos, como desinfetantes, detergentes, cosméticos;
- Pesticidas - incluindo inseticidas, raticidas e herbicidas;
- Plantas venenosas;

1.4. Fatores de risco

O risco de um criança ser intoxicada é influenciado por fatores relacionados com a criança, a substância e o ambiente, quer físico, quer socioeconómico (Tabela III). Estes fatores estão interrelacionados e são altamente dependentes do contexto.^[4] A compreensão destes fatores é importante para o desenvolvimento de intervenções para prevenir e, quando necessário, tratar casos de intoxicação infantil.

Tabela III - Fatores de risco para intoxicações pediátricas. (Adaptado de Peden *et al* (2008))^[4]

	Criança	Agente	Ambiente físico	Ambiente socioeconómico
Pré-evento	<ul style="list-style-type: none"> • Idade e fatores de desenvolvimento (ex.curiosidade); • Sexo; • Supervisão dos cuidadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidade na abertura da embalagem; • Atratividade da substância; • Rotulagem inadequada; • Mau armazenamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Armários de fácil acesso; • Ausência de dispositivos de bloqueio de armários; • Exposição a agentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de regulamentação e normas para produtos tóxicos e embalagens; • Pobreza; • Falta de consciência da toxicidade e dos riscos de intoxicação por parte dos cuidadores.
Evento	<ul style="list-style-type: none"> • Sigilo da criança sobre a ingestão; • Falta de percepção 	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicidade dos produtos químicos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Locais onde a criança pode ingerir substâncias sem ser vista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de consciência por parte dos cuidadores sobre

	dos cuidadores de mudanças de comportamento da criança.	<ul style="list-style-type: none"> • A dose consumida; • Facilidade com que as substâncias podem ser consumidas (por exemplo, líquidos são mais facilmente ingeridos que os sólidos). 		como atuar; <ul style="list-style-type: none"> • Falta de descontaminação adequada e atempada por parte dos trabalhadores de saúde.
Pós-evento	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade da criança para comunicar o incidente; • Falta de acesso ao centro de controlo de venenos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agente químico sem tratamento antidótico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de atendimento pré-hospitalar adequado, falta de cuidados intensivos e de reabilitação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de um centro de controlo de venenos ou de informação por parte do mesmo; • Falta de acesso a cuidados médicos de emergência.

1.4.1. Fatores relacionados com as crianças

Idade e género

A idade tem uma forte associação com intoxicações, uma vez que determina o comportamento, tamanho e fisiologia da criança, influenciando assim o tipo de exposição e o desfecho da situação. Por volta dos dois anos de idade, as crianças ganham maior mobilidade e, portanto, têm um maior acesso a toxinas, aumentado, por isso, as taxas de intoxicação a partir desta idade. As crianças pequenas estão mais perto do chão que as crianças mais velhas e tendem a colocar a mãos e pequenos objetos na boca. Como resultado, estão em maior risco de exposição a toxinas encontradas no solo (como, por exemplo, os rodenticidas).^[4, 15]

As crianças estão particularmente suscetíveis à ingestão acidental de tóxicos, especialmente líquidos. O risco de intoxicação em crianças é agravado pelo seu tamanho e desenvolvimento fisiológico (grande área de superfície corporal em relação à massa). Assim, a maioria das substâncias são mais tóxicas em crianças, do que em adultos. Sendo importante também referir que grande parte dos tóxicos são biotransformados por sistemas enzimáticos no corpo que ainda se encontram em desenvolvimento.^[4, 16]

Em adolescentes, onde a intoxicação pode ser causada por abuso de álcool ou uso de drogas, as taxas de mortalidade são mais elevadas do que em crianças mais jovens.^[17]

Em relação ao género, predomina o sexo masculino em crianças com idade inferior a 13 anos, mas esta distribuição fica invertida no caso de adolescentes.^[10]

Pobreza

O estatuto socioeconómico está fortemente associado a lesões e morte por intoxicação.^[18] Estudos efetuados no Reino Unido ^[19] mostram que o risco de morrer por intoxicação entre crianças de famílias pobres é três vezes superior que o risco de crianças de áreas mais ricas. O estatuto socioeconómico pode ser o maior fator de risco para que aconteçam intoxicações em crianças, pois afeta a exposição e, está associado a vários fatores de risco, como o subdesenvolvimento físico em crianças.^[4] A capacidade de suportar os efeitos tóxicos depende, entre outros fatores, do estado nutricional e da saúde da criança.

1.4.2. Fatores do tóxico

Características do agente

Quanto mais concentrado e mais potente for o agente tóxico, maior o risco de morbidade severa e mortalidade. A natureza da substância também é importante. Existe uma maior incidência de lesão associada a substâncias líquidas do que com compostos sólidos. As famílias com filhos pequenos, geralmente, têm mais medicamentos líquidos, uma vez que estas preparações são as mais fáceis de administrar. A aparência física da substância tóxica desempenha um papel importante na sua atratividade para a criança, enquanto a sua composição química determina o seu efeito. As características como o tamanho, cor e textura podem atrair ou impedir uma criança de mexer e ingerir a substância.^[4]

Substâncias líquidas ao invés de sólidas, líquidos claros em vez de escuros, pequenos sólidos são mais apelativos para as crianças pequenas e, portanto, mais propensos a serem ingeridos. As cores brilhantes de algumas formulações sólidas também podem torná-las mais atraentes para as crianças.^[20]

Armazenamento e acesso

O fator de risco mais óbvio para a ingestão de uma substância é a sua presença em ambiente doméstico, ao alcance da criança. Dispensar substâncias, como medicamentos ou outros compostos, em recipientes sem rótulos ou incorretamente rotulados, sem fechos apropriados também aumenta o risco de intoxicação.^[21] Pós brancos, como pesticidas, indevidamente armazenados podem ser facilmente confundidos com outras substâncias, e levarem à intoxicação de uma família completa.^[22] Mesmo quando os produtos são armazenados em recipientes distintos, com etiquetas de advertência visual, como imagens de “caveiras e ossos cruzados”, as crianças têm dificuldade em identificar o significado destes sinais.^[4]

Um estudo realizado na Austrália demonstrou que muitos dos produtos que levaram a intoxicações ou tinham sido recentemente comprados ou não estavam no seu local habitual de armazenamento.^[23]

Nos países desenvolvidos, muitos produtos são obrigados por lei a ser distribuídos numa embalagem resistente à criança. Isso geralmente envolve um frasco com um fecho ou uma embalagem resistente.^[24] No entanto, um fecho resistente à abertura por crianças nunca deve substituir o lugar de uma boa supervisão por parte dos cuidadores.

1.4.3. Fatores ambientais

Existem variações sazonais significativas na incidência de casos de intoxicação para diferentes substâncias. Durante o verão as crianças consomem mais líquidos por causa das temperaturas elevadas e, como nesta altura também estão de férias, geralmente ao cuidado de irmãos mais velhos ou de pessoas mais idosas, ou até mesmo sozinhas, isto pode ser um fator de risco acrescido.^[4, 25] Embora a incidência de intoxicação seja maior durante os meses de verão, alguns tipos de intoxicação são mais comuns durante o inverno ou o tempo frio. Estes incluem a intoxicação por monóxido de carbono (de aparelhos de aquecimento) e a intoxicação com medicamentos, por exemplo, para a tosse, uma vez que, frequentemente, estes medicamentos são considerados inofensivos e, portanto, deixados sem vigilância.^[26]

O ambiente socioeconómico também tem efeito sobre a exposição aos riscos de intoxicação, bem como no seu resultado. Filhos de pais muito jovens, más condições de vida, falta de atenção por parte dos cuidadores são fatores de risco sociais e demográficos no caso de intoxicação.^[4] O facto de já ter ocorrido uma intoxicação anterior também pode ser um fator de risco.^[27]

1.5. Abordagem terapêutica

A abordagem inicial do doente com suspeita ou diagnóstico de intoxicação não deve ser diferente do que em qualquer outra criança doente. Uma história clínica e um exame físico detalhados servem como base para um diagnóstico diferencial e a formação de um prognóstico inicial. A história e o exame físico não devem esperar pela recolha de fluidos corporais e do resultado dos exames toxicológicos. Estes últimos avaliam apenas uma pequena fração de exposições e raramente fazem o diagnóstico, geralmente são mais importantes para confirmá-lo.^[28]

A experiência dos profissionais de saúde é extremamente importante para a identificação de uma possível intoxicação. As crianças mais pequenas muitas vezes aparecem no serviço de urgência sem sintomas, por isso é importante diferenciar exposições de reais ingestões.^[16] Algumas particularidades caracterizam o risco na criança mais jovem: maior suscetibilidade à hipoxia e à falência respiratória (devido a taxas metabólicas mais elevadas e a menores reservas compensatórias), à desidratação por perdas insensíveis mais significativas, e à hipoglicémia devido à escassez de reservas de glicogénio. Na criança mais jovem a substância em causa é mais facilmente identificável, embora a quantidade o seja menos. Se

mais do que uma criança está envolvida, há que partir do princípio de que uma tomou a quantidade máxima possível e não o contrário. Nas crianças mais velhas, poderão não ser óbvios nem o(s) produto(s), nem as quantidades, devendo ser investigadas todas as hipóteses e circunstâncias, incluindo as drogas de abuso. Em ingestões deliberadas deve fazer-se o rastreio, não só dos tóxicos comuns, mas também de outros menos óbvios que ponham em risco a vida.^[3]

A tabela IV discrimina um conjunto de sintomas e sinais relacionáveis com a exposição a determinadas substâncias. Tais sinais e sintomas integram determinadas síndromas, cujo conhecimento é essencial e pode permitir a identificação do grupo ao qual o tóxico pertence. No entanto, é de realçar que determinada sintomatologia obriga a estabelecer diagnóstico diferencial (DD).^[3] Essas situações também se encontram referidas na tabela IV.

Tabela IV - Principais síndromas tóxicas, os seus sinais e sintomas e diagnóstico diferencial. (Adaptado de Amaral (2008))^[3]

Síndrome (S) ou diagnóstico diferencial (DD)	Sinais e sintomas	Causas
Anticolinérgica (S)	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersecreção exócrina • Sede • Rubor • Midríase • Hipertermia • Retenção urinária • Delírio • Alucinações • Taquicardia • Insuficiência respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcaloides da beladona • Atropina • Alguns cogumelos • Anti-histamínicos • Antidepressivos tricíclicos • Escopolamina
Colinérgica (S) (muscarínica e nicotínica)	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersecreção exócrina • Incontinência urinária • Náuseas • Vômitos • Diarreia • Fasciculações musculares • Miose • Fraqueza muscular ou 	<ul style="list-style-type: none"> • Inseticidas organofosforados e carbamatos • Alguns cogumelos • Tabaco • Envenenamentos por aranhas (“viúvas negras”)

	<ul style="list-style-type: none"> paralisia • Broncospasmo • Taquicardia ou bradicardia • Convulsões • Coma 	
Extrapiramidal (S)	<ul style="list-style-type: none"> • Tremor • Rigidez • Opistótono • Torcicolo • Disfonia • Crise oculógiras 	<ul style="list-style-type: none"> • Fenotiazidas • Haloperidol • Metoclopramida
Hipermetabólica (S)	<ul style="list-style-type: none"> • Febre • Taquicardia • Hiperpneia • Prostração • Convulsões • Acidose metabólica 	<ul style="list-style-type: none"> • Salicilatos • Alguns fenóis • Triatilina • Clorfenoxi-herbicidas
Opióides/Opiáceos (S)	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão do SNC • Hipotermia • Hipotensão arterial • Hipoventilação • Miose • Bradicardia 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os opióides/opiáceos • Propoxifeno • Heroína
Simpaticomimética (S)	<ul style="list-style-type: none"> • Excitação • Psicose • Convulsões • Hipertensão arterial • Taquicardia • Hipertermia 	<ul style="list-style-type: none"> • Anfetaminas • Fenciclídina • Cocaína • “crack” • Fenilpropanolamina

	<ul style="list-style-type: none"> • Midríase 	<ul style="list-style-type: none"> • Metilfenidato • Teofilina • Cafeína
Abstinência (S)	<ul style="list-style-type: none"> • Cólicas abdominais • Diarreia • Lacrimejo • Sudação • “pele de galinha” • Bocejos • Taquicardia • Prostração • Alucinações 	<ul style="list-style-type: none"> • Cessação de álcool • Cessação de barbitúricos • Cessação de benzodiazepinas • Cessação de opióides
MCAD, doença de armazenamento de glicogénio (DD)	<ul style="list-style-type: none"> • Colapso • Hipoglicémia não cetónica 	<ul style="list-style-type: none"> • Etanol
Insuficiência hepática idiopática (DD)	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência hepática aguda 	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol
Cetoacidose diabética (DD)	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperglicemia • Cetose • Depressão do SNC 	<ul style="list-style-type: none"> • Acetona • Teofilina
Convulsão febril (DD)	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão do SNC • Tremor • Febre 	<ul style="list-style-type: none"> • “Ecstasy” (MDMA)
Pneumopatia (DD)	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertermia • Taquipneia • Início súbito 	<ul style="list-style-type: none"> • Salicilatos

MCAD - *Medium-ChainAcylCoADehydrogenase*; MDMA - 3,4-metilenodioximetanfetamina; SNC - Sistema Nervoso Central

1.5.1. Tratamento geral

Um tratamento correto das intoxicações deve, antes de tudo, atingir os seguintes objectivos ^[1]:

- 1) Procurar que o tóxico permaneça o menor tempo possível no organismo;
- 2) Neutralizar os seus efeitos patogénicos;
- 3) Tratar sintomaticamente a ação tóxica.

Assim, a fase inicial do tratamento de uma intoxicação séria pode mesmo ocorrer na sala de urgência do hospital, uma vez que nem sempre a primeira preocupação dos profissionais de saúde é o diagnóstico da intoxicação. ^[2]

A natureza, a quantidade e as circunstâncias do contacto devem ser tomadas em conta, incluindo a possibilidade de abuso ou negligência. Em todas as ingestões potencialmente tóxicas a avaliação deve compreender, para além do exame geral (que inclui o neurológico, da pele e mucosas, pesquisa de ruídos intestinais e de sinais de retenção vesical), uma atenção especial aos sinais vitais dada a possibilidade de alterações respiratórias e cárdio-circulatórias. A avaliação laboratorial compreenderá sempre um painel bioquímico de base. Os restantes exames deverão basear-se no padrão sintomatológico para confirmar ou excluir a situação clínica e guiar o tratamento. ^[3]

O tratamento geral envolve a estabilização da criança, a avaliação clínica, a prevenção da absorção do tóxico, o aumento da excreção do tóxico, a administração de antídotos e as medidas de suporte adicionais.

Estabilização do doente

A prioridade em crianças em estado crítico é a verificação da existência de sinais vitais, análise da eficácia da respiração e circulação, também designada por procedimento ABC (*Airway, Breathing, Circulation*). Nesta fase, também é importante a monitorização cardíaca e da saturação de oxigénio periférico e o acesso via intravenosa ou via oral (IV/VO). ^[2, 16]

Deve ser considerada a terapia empírica, tal como o uso de dextrose para hipoglicemia e o uso de naloxona para a intoxicação com opiáceos/opioides. ^[16]

Avaliação clínica

Depois da avaliação dos sinais vitais e o início do tratamento e na ausência de identificação do tóxico / quando não há informação do tóxico em causa, este deve ser determinado por achados físicos e/ou dados laboratoriais e, devem ser tomados cuidados específicos consoante os resultados. Deve ser feito um exame físico completo, focando-se nos sinais vitais, estado mental, ruídos intestinais, aspeto das pupilas e alguns achados na pele e mucosas, que podem levar à identificação de uma exposição específica. ^[16]

Além dos aspetos referidos anteriormente, a anamnese do doente é de extrema importância para identificação do tóxico e, para o estabelecimento da terapêutica. É importante perceber qual a via, a magnitude e o tempo de exposição, assim como a progressão dos sintomas. O médico também deve ser informado de todas as doenças subjacentes do doente e da terapia medicamentosa concomitante.^[28]

Para algumas intoxicações (salicilatos, anticonvulsivantes, paracetamol, ferro, digoxina, metanol, lítio, teofilina, etilenoglicol, monóxido de carbono), as concentrações no sangue podem ser essenciais para confirmar o diagnóstico e para a instituição da terapêutica. A urina também é utilizada para uma pesquisa rápida de vários tóxicos ou dos seus metabolitos.^[28]

Prevenção da absorção

A maioria dos tóxicos são rapidamente absorvidos pelo trato gastrointestinal (GI) ou por inalação. No entanto, muitos tóxicos também podem ser absorvidos pela pele (ex. inseticidas). Assim, é muito importante uma ação rápida de remoção do tóxico para minimização da sua absorção.

Na possibilidade de descontaminação cutânea é imprescindível a lavagem total, incluindo o cabelo e os olhos. Para tóxicos inalados, a descontaminação é geralmente realizada pelo simples movimento de respiração de ar fresco e, se necessário, administração de oxigénio. Nas ingestões são usados vários procedimentos para prevenir a absorção e, cada um tem as suas limitações e riscos.

O tempo que passou desde o contacto com o tóxico é muito importante, uma vez que muitos tóxicos são rapidamente absorvidos no trato GI. Tóxicos líquidos são quase completamente absorvidos entre 30-45 minutos após a ingestão, enquanto formas sólidas são absorvidas entre 1-2 horas. Esta última pode ser adiada por 3-6 horas, recorrendo ao uso de fármacos anticolinérgicos que vão atrasar o esvaziamento gástrico.^[3, 28]

A administração oral de carvão ativado é um meio eficaz de diminuir/impedir a absorção intestinal de alguns tóxicos e, até mesmo de melhorar a sua eliminação, quando este já se encontra na circulação sistémica. O carvão ativado é especialmente preparado para ter uma superfície muito grande de adsorção, mas sem todos os tóxicos são adsorvidos na sua superfície. Metais pesados, ferro, lítio, hidrocarbonetos, cianeto e álcoois de baixo peso molecular não se ligam significativamente ao carvão.^[28]

Normalmente, a dose para uma criança é de 1g/kg, sendo que, para um adolescente ou adulto a dose varia de 50-100 g.

Apesar da administração de carvão ativado ser útil na maioria das ingestões, não deve ser feita se a mesma anular, por adsorção, a ação de antídotos orais, tais como a N-acetilcisteína.^[3]

Não é aconselhada a administração de antieméticos e a lavagem gástrica não deve ser realizada de rotina. Este último procedimento apenas tem indicação se a apresentação do caso for muito precoce, sendo contraindicada nas ingestões de corrosivos e substância

voláteis (hidrocarbonetos). De referir a necessidade de assegurar a proteção das vias aéreas.^[3, 28]

Aumento da excreção

Doses repetidas de carvão ativado (0,5 g/kg de 6/6 horas “per os”) aumentam a excreção, e podem ser dadas para os seguintes tóxicos: carbamazepina, barbitúricos, teofilina, salicilatos, digitálicos, fenilbutazona fenitoína, piroxicam. É ineficaz para álcoois, óleos essenciais, ferro, lítio e lixívia.

Uma outra forma de aumentar a excreção do tóxico é através da alcalinização da urina, para eliminação de ácidos fracos, com bicarbonato de sódio a 8,4% (1-2 mL/kg/dia por via IV para manter o pH urinário superior a 7,5). Esta abordagem pode ser feita para salicilatos, barbitúricos, isoniazida, ácido diclorofenoacético. Para aumentar a eliminação de bases fracas (tais como, anfetaminas e fenciclidina) utilizam-se acidificantes da urina, tais como cloridrato de arginina ou de lisina ou cloreto de amónio. No entanto, apesar das vantagens teóricas, a necessidade de acompanhar de perto o equilíbrio dos fluidos, combinado com a necessidade de alterar o pH sistémico para mudar o da urina, restringe o uso desta técnica para situações muito raras.

A irrigação intestinal completa induz fezes líquidas, aumentando, assim, a eliminação do tóxico. Deve ser administrada uma solução entérica eletrolítica, osmoticamente equilibrada, de 30 mL/kg/hora de polietilenoglicol. O tratamento deve ser continuado até que as emissões rectais sejam claras. Geralmente utiliza-se esta técnica para substâncias que não são adsorvidas pelo carvão ativado, tenham trânsito intestinal lento e apresentem risco de vida.

O tóxico também pode ser removido do organismo por técnicas como a diálise, hemoperfusão e hemofiltração. Esta abordagem é feita em unidades de cuidados intensivos. A diálise permite a remoção de moléculas de baixo peso molecular, podendo ser utilizada para salicilatos, metanol, etilenoglicol, vancomicina, lítio, isopropranolol. Para tóxicos com solubilidade baixa em água, grande afinidade para o adsorvente, rapidez no estabelecimento do equilíbrio dos tecidos periféricos com o sangue e baixa afinidade para as proteínas plasmáticas, como carbamazepina, barbitúricos e teofilina, pode-se remover o tóxico por hemoperfusão. Por fim, a hemofiltração remove moléculas de grande peso molecular, como os aminoglicosídeos, teofilina, ferro e lítio.^[3, 28]

Antídoto

A utilização de antídotos deve ser guiada pela suspeita específica e pode constituir prova terapêutica.

A maioria dos doentes intoxicados requer cuidados de suporte e uma terapia com antídotos não específica (Tabela V). Contudo, se um antídoto está disponível, pode ser indicado em certas situações nas quais a ingestão tem o potencial de causar efeitos tóxicos sérios. É importante lembrar que os antídotos podem ter farmacocinéticas diferentes do

tóxico que estão a tratar. Por exemplo, no caso da naloxona para intoxicações por opiáceos/opioides, os efeitos do antídoto perduram durante um curto período de tempo, sendo necessário administrar repetidamente o antídoto.^[16]

Tabela V - Tóxicos e respetivos antídotos e doses. (Adaptado de Ellen (2010))^[16]

Tóxico	Antídoto	Dose
Paracetamol	N-acetilcisteína	PO: 140 mg/kg IV: 150 mg/kg durante 1h
Anticolinérgicos (não tricíclicos)	Fisostigmina	IV: 0,02 mg/kg
Bloqueadores dos canais de cálcio	Gluconato de cálcio	60-100 mg/kg (máximo 3 g)
Colinérgicos	Atropina	0,05-0,01 mg/kg (mínimo 0,1mg)
Clonidina	Naloxona	1-2 mg IV/IM
Cianida	Kit de antídoto da cianida	
Digoxina	Digibinda	Baseada na quantidade ingerida
Etilenoglicol	Fomepizol (4-metilpirazol)	15 mg/kg IV, seguida de 10 mg/kg a cada 12h
	Tiamina	0,5 mg/kg
Insulina (excesso na dosagem)	Dextrose	0,5-1 g/kg IV
Ferro	Desferoxamina	50 mg/kg IM a cada 6h
Isoniazida	Piridoxina	Grama a grama, 70 mg/kg se a quantidade não for conhecida
Metanol	Fomepizol (4-metilpirazol)	15 mg/kg IV, seguida de 10 mg/kg a cada 12h
	Folato	1-2 mg/kg IV a cada 6h
Metemoglobinemia	Azul de metileno 1%	1-2 mg/kg
Opiáceos/Opioides	Naloxona	1-2 mg IV/IM
Hipoglicémicos orais	Octreotido	1mcg/kg a cada 6h SC
Organofosforados	Pralidoxina (2-PAM)	25 mg/kg IV

Fenotiazidas	Benzotropina	0,02-0,05 mg/kg
(Reação distónica)	Difenidramina	1-2 mg/kg IM, IV
Bloqueadores dos canais de sódio	Bicarbonato de sódio	1-2 mEq/kg IV
Antidepressivos tricíclicos	Bicarbonato de sódio	1-2 mEq/kg IV
Varfarina (veneno de rato)	Vitamina K1	1-10 mg SC/IM/IV

PO - Posologia oral; IV - Via intravenosa; IM - Via intramuscular; SC - Via subcutânea

Medidas de suporte

Após o tratamento inicial da criança, pode ser necessário o seu internamento, quer para uma simples vigilância durante um período de tempo, quer porque o doente se encontra instável ou apresenta elevado risco de instabilidade, ou até mesmo porque necessita de ventilação mecânica ou monitorização hemodinâmica invasiva.

Outro importante componente da fase de cuidados de suporte é a avaliação psiquiátrica. Em doentes com ideação suicida que se intoxicaram, esta avaliação deve ser realizada antes da alta do doente, sendo que estes casos necessitam de um acompanhamento prolongado para evitar novos episódios e avaliar qual a abordagem mais adequada a cada caso. No entanto, em muitas situações, esta avaliação só pode ser realizada após as primeiras fases de tratamento. Assim, quando o doente estiver estabilizado e capaz de colaborar, deve ser feita a avaliação psiquiátrica.

A educação para a prevenção de intoxicações deve ser efetuada, aconselhando os pais e cuidadores sobre os riscos das intoxicações, as principais substâncias envolvidas e o que fazer se uma nova intoxicação ocorrer.^[2, 28]

1.6. Enquadramento do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

O Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) é constituído por dois hospitais (Covilhã e Fundão) e pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Foi inaugurado em janeiro de 2000, e é caracterizado como um hospital de feição universitária.^[29]

Situado na Região da Cova da Beira, no coração do Interior Centro de Portugal, encontra-se estrategicamente assestado no sopé da Serra da Estrela, ponto mais alto de Portugal Continental (Figura II).^[29]

Foi construído segundo padrões de elevada qualidade, sujeito às mais rigorosas exigências tecnológicas e tem uma área de influência de 4 concelhos do distrito de Castelo Branco (Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor).^[29]

Constitui uma valiosa resposta para uma população com mais de 90 000 habitantes, cuja distribuição etária é a seguinte: 7,53% têm idade igual ou inferior a 9 anos; 8,97% têm entre 10 e 19 anos (inclusive); 26, 25% têm entre 20 e 39 anos (inclusive), 33, 24% têm entre 40 e 64 anos (inclusive); 24,01% têm idade igual ou superior a 65 anos.^[30]



Figura II - Localização espacial do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., no mapa de Portugal.

2. Justificação e Objetivos

2.1. Justificação do Tema

Os processos de intoxicação humana têm-se transformado num dos mais graves problemas de saúde pública devido à falta de controlo e prevenção das intoxicações, associadas a um fácil acesso da população a um número crescente de substâncias (lícitas e ilícitas) com alto grau de toxicidade. As intoxicações são uma causa comum de admissão na urgência hospitalar, particularmente na urgência pediátrica. São uma causa bem conhecida de morbilidade e mortalidade em crianças. Assim, é importante a identificação e documentação dos aspetos epidemiológicos e fatores de risco em intoxicações pediátricas, não só para o estabelecimento do tratamento, mas também para a implementação de medidas preventivas.

Até à data, são poucos os estudos que indicam a prevalência de intoxicações clínicas que chegam aos serviços de urgência dos hospitais, particularmente em crianças. Assim, este trabalho pretende alertar para a importância deste tema, e os resultados que serão apresentados pretendem constituir um ponto de partida para uma análise futura mais generalizada.

2.2. Objetivo geral

Este trabalho pretende caracterizar e analisar as intoxicações ocorridas em crianças que chegam ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), com necessidade de internamento.

2.3. Objetivos específicos

Como objetivos específicos, estabeleceram-se os seguintes:

1. Determinar as características demográficas das crianças que chegam ao CHCB por intoxicações;
2. Determinar, o local e a via de intoxicação, o modo de obtenção do tóxico e a etiologia da intoxicação;
3. Verificar a existência de antecedentes toxicológicos/psiquiátricos, bem como a existência de doenças e farmacoterapia concomitantes;
4. Identificar os principais grupos de tóxicos envolvidos e o tratamento instituído em cada caso;
5. Analisar, quando possível, o tempo decorrido entre a intoxicação e a chegada ao CHCB;

6. Analisar os casos em que foi possível o doseamento do tóxico;
7. Determinar o tempo de internamento e o destino do doente após alta hospitalar.

3. Material e Métodos

3.1. Tipo de estudo

Foi efetuado um estudo descritivo e de carácter retrospectivo, onde se incluíram todas as crianças que foram internadas após terem recorrido ao SUP do CHCB por possíveis intoxicações.

3.2. Seleção da amostra

No presente estudo realizado foram incluídas todas as crianças e adolescentes com idade até 17 anos (inclusive), que tenham recorrido ao SUP do CHCB por suspeita de intoxicação e que tenham sido internadas entre 1 de janeiro de 2006 até 31 de dezembro de 2011.

Como critérios de exclusão definiram-se todos os casos cujos doentes apresentavam idade igual ou superior a 18 anos, ou que recorreram ao SUP do CHCB por um outro motivo que não uma intoxicação, ou todos os casos de intoxicações que não se encontravam no período de estudo e, por fim, todos os casos com ausência de informação na ficha clínica sobre as variáveis em estudo. No entanto, é importante referir que não foi excluído nenhum doente por falta de informação clínica.

3.3. Recolha de dados

Após consentimento do Conselho de Administração e do Departamento da Saúde da Criança e da Mulher do CHCB, procedeu-se à revisão e recolha dos dados contidos em cada processo clínico. Os dados estatísticos do CHCB, fornecidos pelo Serviço de Estatística deste hospital, foram selecionados tendo por base os episódios de internamento de intoxicações que ocorreram nesta unidade de saúde no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2011.

Foram analisados informaticamente os processos de 2011 a 2009 (inclusive), enquanto os mais antigos (2008 a 2006 (inclusive)) foram analisados em formato de papel. Todos foram individualmente analisados, recolhendo-se informação acerca dos seguintes parâmetros:

- Género;
- Idade;
- Tempo decorrido entre a intoxicação e a chegada ao CHCB;
- Local de intoxicação;
- Modo de obtenção do tóxico;
- Antecedentes toxicológicos/psiquiátricos;
- Etiologia da intoxicação;

- Doenças concomitantes;
- Farmacoterapia atual;
- Tipo de tóxico,
- Via de contacto;
- Sintomatologia;
- Diagnóstico;
- Doseamento do tóxico;
- Tratamento;
- Tempo de internamento;
- Destino do doente.

Os dados foram recolhidos e analisados de modo a garantir-se sempre a confidencialidade e o cumprimento de todos os princípios éticos aplicáveis a este tipo de estudos.

3.4. Análise dos dados

Para tratamento estatístico dos dados recolhidos e realização dos gráficos, foi utilizado o programa *Microsoft Excel 2010*. Todos os dados referem-se sempre a números de episódios e não a números de doentes, pois, em alguns casos, o mesmo doente recorreu, durante o período do estudo, mais que uma vez ao SUP do CHCB, representando, por isso, vários episódios.

Para as variáveis quantitativas, os resultados são apresentados na forma de média (\pm desvio padrão-SD), enquanto no caso das variáveis qualitativas, são apresentados em número absoluto e em percentagem.

Sempre que necessário, serão referidos os valores mínimos e/ou máximos.

4. Resultados e Discussão

4.1. Caracterização da amostra

As intoxicações em idade pediátrica, com necessidade de internamento, representam 0,04% (n=54) do total de visitas ao SUP do CHCB (n=146 754), durante o período de estudo. A incidência de intoxicações, com necessidade a internamento, neste serviço encontra-se muito próxima das obtidas em alguns estudos publicados de France Gauvin *et al* (2001)^[32], de Yan-Ren Lin *et al* (2010)^[31] e de Santiago Mintegi *et al* (2006)^[13], onde as incidências obtidas foram de 0,06%, 0,13% e 0,28%, respetivamente. Noutros estudos, estas incidências foram ligeiramente mais elevadas, onde apresentavam valores de 1,08% e 2%.^[33, 34]

Em relação ao género, dos 54 casos analisados, 70,4% correspondem ao sexo feminino, sendo que, 29,6% correspondem ao sexo masculino (Gráfico I). Estes resultados são consistentes com os obtidos num trabalho publicado de France Gauvin *et al* (2001), realizado no Estado de Washington e que envolveu 100 hospitais.^[32] No entanto, salienta-se ainda que, em vários estudos, predominou o género masculino.^[10, 11, 33, 35]

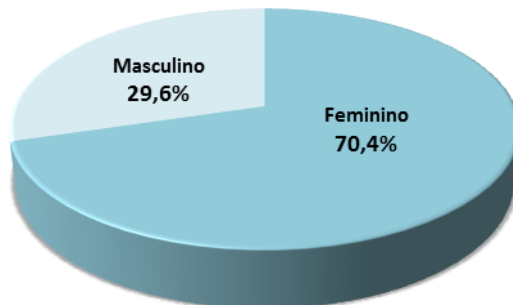


Gráfico I - Distribuição da amostra estudada relativamente ao género

A idade média (SD) foi de 9,02 ($\pm 6,06$) anos, sendo que a idade mínima registada foi de 7 meses e a idade máxima de 17 anos.

Como se verifica no gráfico II, os doentes foram divididos em quatro categorias, de acordo com o seu grupo de idades: [0-4] anos (37,04%), [5-9] anos (12,96%), [10-14] anos (22,22%) e [15-17] anos (27,78%). Perante estes resultados, verifica-se que a faixa etária dos 0 aos 4 anos é a que representa a maior parte da amostra em estudo, pelo contrário, o intervalo de idades dos 5 aos 9 anos é o que ocupa a menor percentagem na amostra. É importante também fazer referência à elevada representação (27,78%) do grupo de doentes intoxicados na faixa dos 15 aos 17 anos.

Os resultados obtidos para esta variável são consistentes com os conseguidos em outros estudos, nomeadamente um estudo de Santiago Mintegi *et al* (2006).^[13] Também num outro estudo foi referido que as crianças até aos 12 anos representam o maior número de intoxicações em idade pediátrica, o que se verifica no presente trabalho.^[33]

Em outras publicações, os mesmos intervalos de idades assumem uma distribuição ligeiramente diferente, nomeadamente num estudo de Fiorin Oprescu *et al* (2011), onde foi referido que o maior número de intoxicações se encontrava na faixa dos [15-17] anos, seguido da faixa etária dos [0-4] anos, sendo que, os restantes intervalos de idades se encontravam de acordo com os resultados obtidos neste trabalho.^[35]

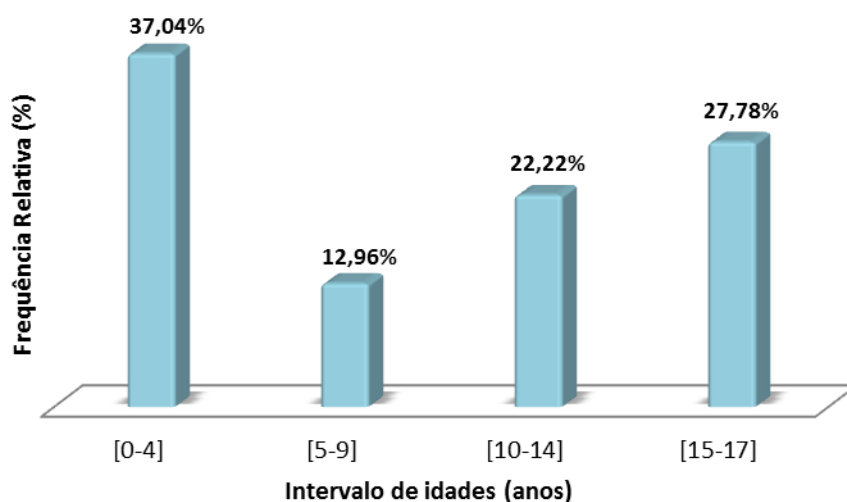


Gráfico II - Distribuição da amostra estudada relativamente à idade.

As intoxicações em idade pediátrica, com necessidade de internamento, no CHCB foram também estudadas relativamente à distribuição anual e à sazonalidade. Foi efetuada a distribuição anual de todas as intoxicações e, posteriormente, dentro das intoxicações que ocorreram em cada ano estudou-se a sazonalidade das mesmas. A sazonalidade foi dividida nos meses quentes (abril a setembro) e nos meses frios do ano (outubro a março).

Analisando o gráfico III, e mais especificamente, a distribuição anual, verifica-se que o maior número de intoxicações (30%), durante o período de estudo, ocorreu no ano de 2011. Por outro lado, em 2007 foi o ano em que se registou o menor número de intoxicações (6%), com necessidade de internamento no CHCB.

Em relação à sazonalidade, conclui-se que, na maioria dos anos, o maior número de intoxicações ocorreram durante os meses quentes do ano. Apesar de não haver muita literatura acerca deste assunto, pode afirmar-se que existem variações sazonais significativas na incidência de intoxicações para diferentes substâncias.^[4]

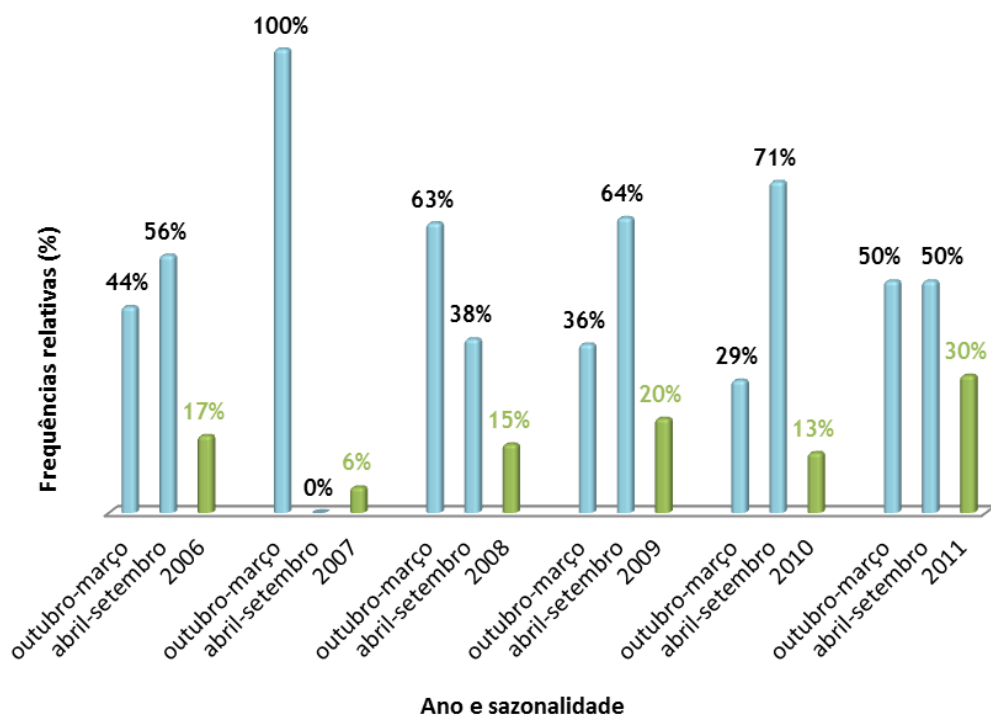


Gráfico III - Distribuição das intoxicações por ano e sazonalidade.

4.2. Tempo decorrido entre a intoxicação e a chegada ao CHCB

Dos 54 casos estudados, apenas foi possível determinar o intervalo de tempo decorrido entre a intoxicação e a chegada ao SUP do CHCB de 24 casos, sendo que, na maioria dos casos (55,56%) não foi possível determinar este parâmetro em estudo, como se pode verificar no gráfico IV.

O tempo mínimo decorrido entre a intoxicação e a chegada ao CHCB registado foi de 10 minutos, e o tempo máximo referido foi superior a 1 dia.

A elevada percentagem de casos em que se não conseguiu determinar o intervalo de tempo entre a intoxicação e a chegada ao SUP do CHCB deveu-se, principalmente, ao facto dos doentes, ou dos seus acompanhantes, não conseguirem definir aproximadamente o momento em que ocorreu a intoxicação. Por outro lado, poderá ter acontecido que apesar dos profissionais de saúde que contactaram com o doente, ou o seu acompanhante, terem conhecimento do momento em que ocorreu a intoxicação, podem não ter feito o registo deste dado à entrada no Serviço de Urgência.

Um estudo publicado de Ozdogan *et al*, realizado em 2008 ^[11], refere que, nos casos em que é possível determinar o tempo entre a intoxicação e a chegada ao Serviço de Urgência, a maioria dos doentes chega entre as 2 e as 4 horas após a ocorrência da intoxicação, sendo que cerca de 22% chegam na primeira hora após a ocorrência.

Devido à existência de poucas publicações com esta variável em estudo, os resultados obtidos não puderam ser comparados com outros.

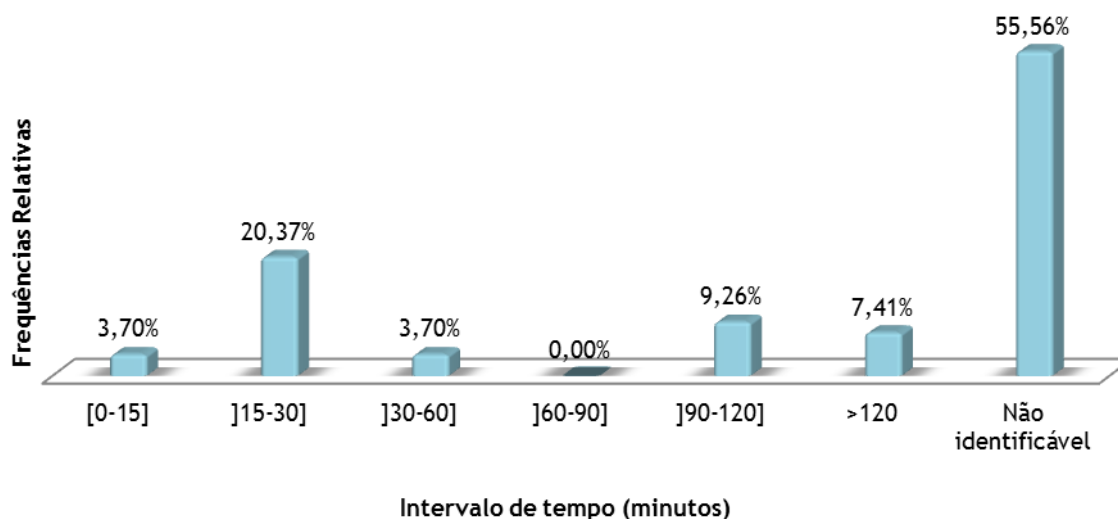


Gráfico IV - Distribuição das intoxicações por intervalo de tempo até à chegada ao SUP do CHCB.

4.3. Sintomatologia

A sintomatologia apresentada pelos doentes intoxicados à chegada ao SUP do CHCB encontra-se representada no gráfico V.

No momento de entrada no Serviço de Urgência, 16,67% dos doentes eram assintomáticos, sendo que, desses casos, 77,78% encontravam-se na faixa de idades dos [0-4] anos. No trabalho de Santiago Mintegi *et al*, publicado em 2006, a percentagem de doentes assintomáticos foi maior (70,8%). No entanto, a maior parte dos casos assintomáticos encontrava-se no grupo de crianças mais jovens, como se verificou neste trabalho.^[13]

No que respeita aos doentes sintomáticos, os sintomas neurológicos foram os mais frequentes, e estavam presentes em 75,91% dos casos. 22,21% da população em estudo apresentava sintomas gastrointestinais, sendo o segundo grupo de sintomas mais frequentes, seguidos pelos sintomas dermatológicos (12,96%), cardiovasculares (3,70%) e respiratórios (1,85%). Comparando estes resultados com os obtidos com o estudo de Santiago Mintegi *et al*, verifica-se que os sintomas mais frequentes foram os neurológicos e os gastrointestinais.^[13] Um outro estudo também referiu a prevalência dos sintomas neurológicos relativamente aos outros sintomas.^[33]

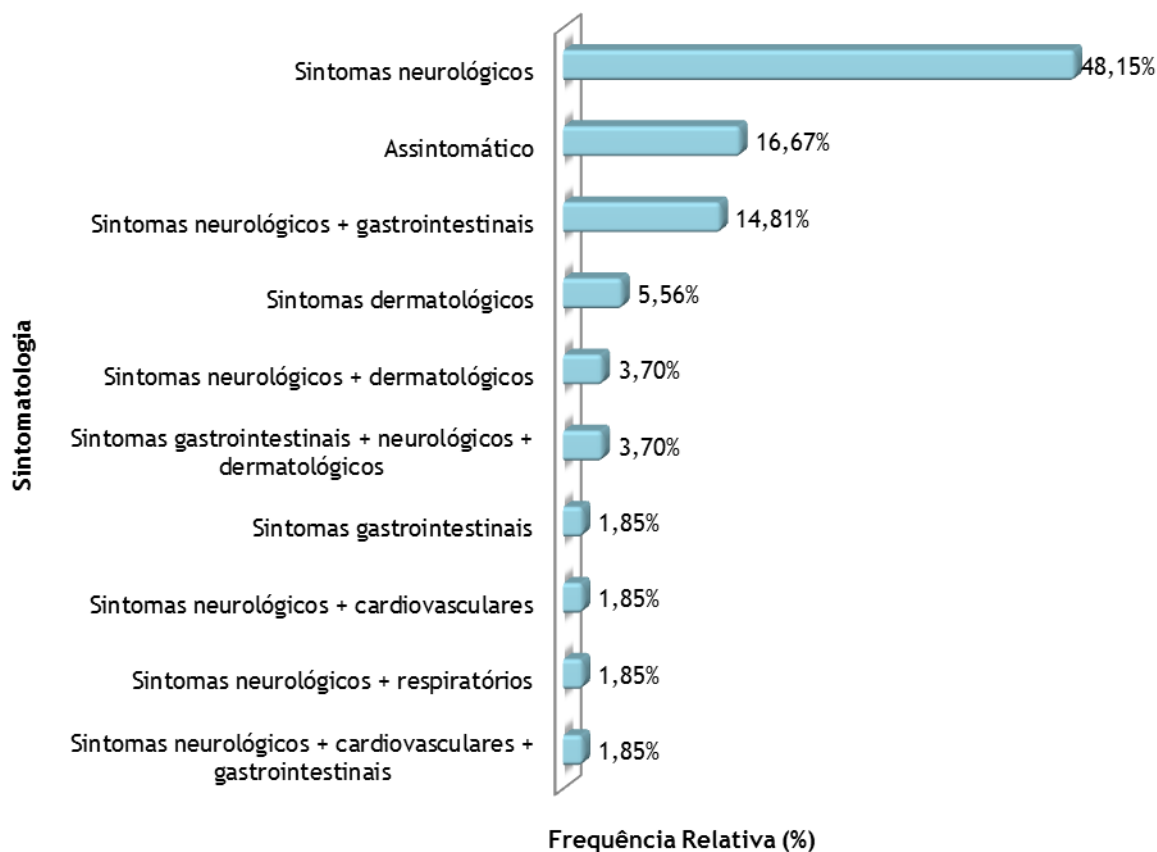


Gráfico V - Sintomatologia apresentada pelos doentes em estudo.

4.4. Via de contacto

Analisando o gráfico VI, que representa as frequências relativas das diferentes vias de contacto que estiveram envolvidas, verifica-se que existe uma elevada prevalência de intoxicações por via oral (90,74%). Esta via também foi a mais prevalente no estudo anual de 2010, já referido anteriormente, da AAPCC.^[10]

A via inalatória está referida em 7,41% dos casos em estudo. Estes resultados são relativamente semelhantes aos encontrados no estudo referido anteriormente, onde a mesma via representou 5,74%. Neste mesmo estudo, a exposição dérmica foi referida em 6,88% dos casos.^[10] Este valor é diferente do encontrado no presente trabalho, onde a mesma via representou 1,85% dos casos.

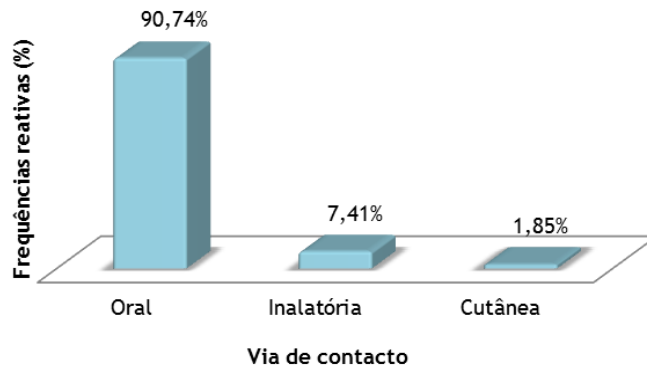


Gráfico VI - Vias de contacto com os agentes tóxicos.

4.5. Local de intoxicação e modo de obtenção do tóxico

Como se pode verificar no gráfico VII, na maioria dos casos estudados (54%) não foi possível determinar o local onde ocorreu a intoxicação, uma vez que esta informação não estava presente na história clínica do doente. No entanto, nos casos em que essa determinação foi possível, verifica-se que a maioria ocorreu no domicílio (33%). Em cerca de 5% dos casos, a intoxicação ocorreu num local público, sendo aqui consideradas todas as intoxicações que ocorreram na rua e em bares ou discotecas. Por fim, 4% das intoxicações ocorreram na escola.

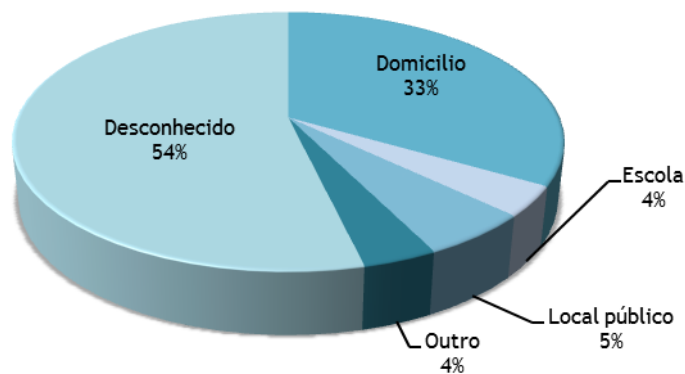


Gráfico VII - Local onde ocorreu a intoxicação.

No gráfico VIII encontra-se descrito o modo de obtenção do tóxico. De todas as intoxicações estudadas, em 42,59% dos casos não foi possível determinar o modo de obtenção do tóxico.

Pela análise do gráfico, verifica-se que a maioria dos tóxicos foi obtida no domicílio (48,15%), onde também ocorre a maioria das intoxicações. Em 5,56% das intoxicações, o

tóxico é obtido através de amigos, sendo que em 3,70% o tóxico foi comprado pela própria pessoa.

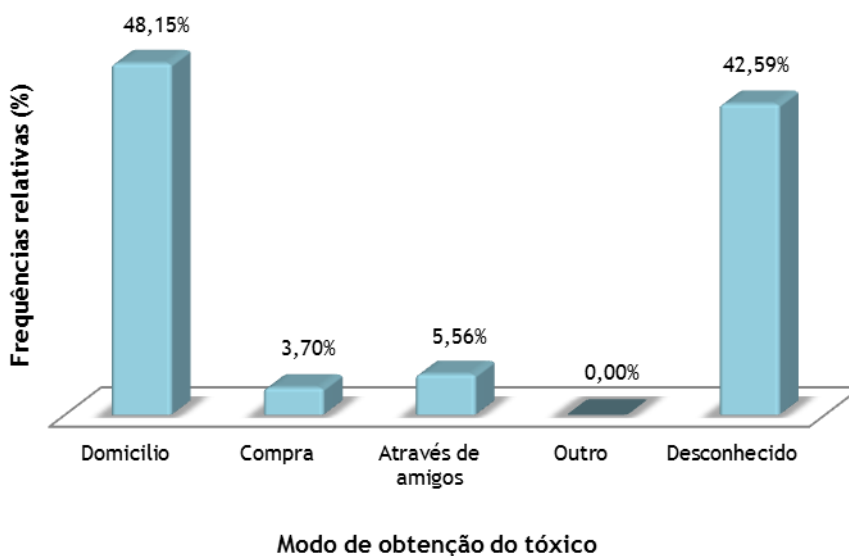


Gráfico VIII - Modo de obtenção do tóxico nos casos estudados.

Os dados encontrados para estas variáveis não puderam ser comparados com outros já publicados, uma vez que não se encontraram publicações para que se pudesse fazer essa comparação.

4.6. Etiologia da intoxicação

Neste estudo, o contexto em que ocorreram as intoxicações em crianças foram classificadas como acidentais e intencionais. Deste modo, consideraram-se intoxicações acidentais aquelas em que não era intenção da vítima, ou no caso de crianças mais pequenas, não era intenção do seu cuidador o contacto com o(s) tóxico(s) (por exemplo, a ingestão acidental de álcool, ou de fármacos por uma criança pequena). Por sua vez, como intoxicações intencionais foram classificadas aquelas em que se verificou a existência de premeditação por parte da vítima em estabelecer contacto com o(s) tóxico(s), como no caso de consumo de drogas e/ou bebidas alcoólicas, entre outros.

Analisando-se o gráfico IX, verifica-se que metade das intoxicações ocorreram de forma acidental, sendo que 44% ocorreram intencionalmente. Em 6% dos casos de intoxicação não foi possível determinar a etiologia da intoxicação.

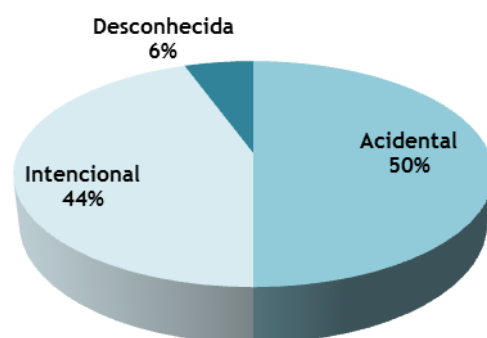


Gráfico IX - Etiologia das intoxicações da amostra em estudo.

Os dados revelam ainda que a proporção de intoxicações intencionais aumenta com a idade, enquanto as intoxicações acidentais ocorrem mais frequentemente na faixa etária de crianças de menor idade (dos 0 aos 9 anos). Estes resultados podem ser verificados na tabela VI, que relaciona a etiologia da intoxicação com a idade.

No estudo de France Gauvin *et al*, o número de intoxicações acidentais também foi superior ao número de intoxicações intencionais, confirmando-se também que as intoxicações acidentais diminuíram com o aumento da idade. Pelo contrário, as intoxicações intencionais aumentaram com o aumento da idade.^[32] Também no trabalho publicado de Ozdogan *et al*, de 2008, se verificam os mesmos resultados.^[11]

A partir dos resultados obtidos conclui-se que em 87,5% das intoxicações intencionais existiam antecedentes toxicológicos/psiquiátricos, descritos na história clínica do doente, sendo também importante referir que, em 29,17% das intoxicações intencionais os doentes apresentavam patologias do foro psicológico.

4.7. Tipo de tóxico(s)

Neste trabalho, foi também analisado o(s) tipo(s) de tóxico(s) envolvido(s) em todas as intoxicações em idade pediátrica, com necessidade de internamento, durante o período de estudo. No gráfico X estão representados todos os tóxicos envolvidos nas intoxicações da amostra em estudo, sendo importante referir que esta determinação foi possível em todos os casos, e que, não se registaram associações de tóxicos. Assim, neste estudo, encontraram-se sete categorias de tóxicos (fármacos, bebidas alcoólicas, pesticidas, gases/vapores, drogas de abuso, compostos químicos e veneno animal).

Analisando o gráfico X, verifica-se que as intoxicações medicamentosas foram identificadas em 68,52% de todos os casos de intoxicações.

Também noutras publicações se concluiu que os fármacos são os tóxicos mais frequentes, embora em valores diferentes dos encontrados neste trabalho, nomeadamente nos estudos de Sarah F. Schillie *et al* (2009)^[13], de France Gauvin *et al* (2001)^[32], Fiorin Oprescu *et al* (2011)^[35] e Santiago Mintegi *et al* (2006)^[36], onde os valores encontrados foram

68,3%, 80%, 34,6% e 54,7%, respetivamente. Um resultado interessante é o facto de que cerca de 40,54% das intoxicações medicamentosas ocorreram com um fármaco (ou fármacos) que o doente tomava habitualmente na altura da intoxicação.

Em cerca de 31,48% das intoxicações foram utilizados tóxicos não farmacológicos, sendo que, neste grupo, os mais comuns são as bebidas alcoólicas (12,96%), seguidas dos pesticidas e dos gases/vapores, que representam 5,56% do total das intoxicações. Por fim, com 1,85% das intoxicações, encontram-se os compostos químicos e os venenos animais.

É importante referir que os pesticidas encontrados foram o lindano e um inseticida agrícola que não se encontrava especificado.

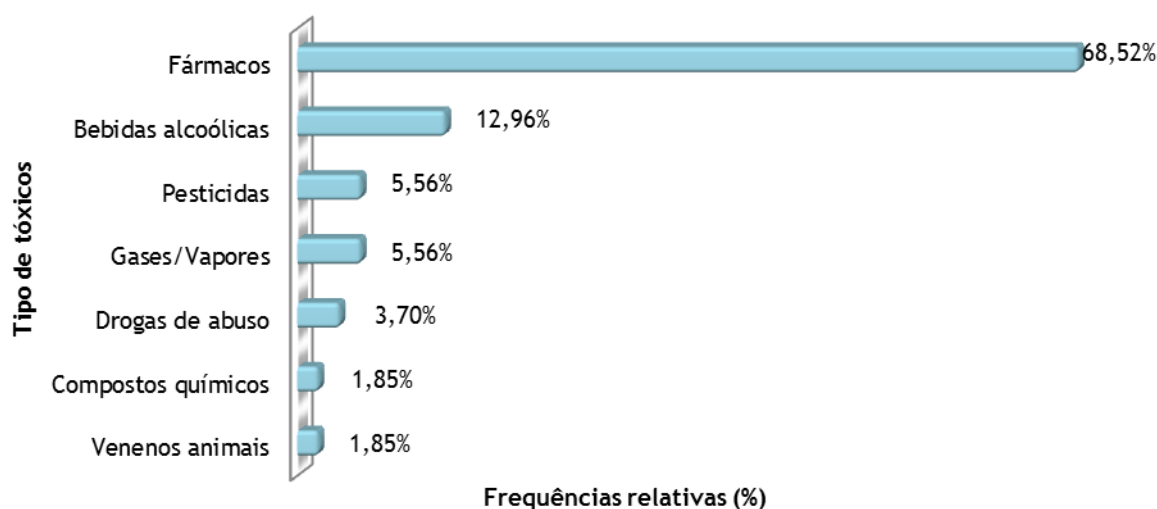


Gráfico X - Tipo de tóxico(s) envolvido(s) nas intoxicações da amostra em estudo.

France Gauvin *et al*, no seu trabalho publicado em 2008,^[32] refere que, os tóxicos não farmacológicos representam cerca de 22% da amostra, sendo que, neste grupo, os mais comuns são as bebidas alcoólicas (6%), seguidas das drogas de abuso (4%) e pelos vapores (3%). Neste estudo, os venenos animais representam 2% da amostra e os insecticidas cerca de 0,4%. Também o trabalho de Fiorin Oprescu *et al*,^[35] refere as bebidas alcoólicas como o principal grupo utilizado de tóxicos não farmacológicos.

Na tabela VI encontram-se as intoxicações estudadas distribuídas de acordo com a idade, a etiologia da intoxicação e o tipo de tóxico envolvido.

Tabela VI - Distribuição das intoxicações estudadas de acordo com a idade, etiologia da intoxicação e tipo de tóxico. (Todos os valores apresentados encontram-se na forma de percentagem)

Etiologia Idade (anos)	[0-4]	[5-9]	[10-14]	[15-17]	TOTAL
Acidental					
Fármacos	25,926	3,704			29,63
Bebidas alcoólicas		1,852			1,85
Pesticidas	3,704	1,852			5,56
Gases/vapores	1,852	3,704			5,56
Drogas de abuso	1,852		1,852		3,70
Compostos químicos	1,852				1,85
Veneno animal		1,852			1,85
Intencional					
Fármacos			18,519	14,815	33,33
Bebidas alcoólicas			1,852	9,259	11,11
Desconhecida					
Fármacos	1,852			1,852	3,70
Drogas de abuso				1,852	1,85
TOTAL	37,04	12,96	22,22	27,78	100,00

Analisando os dados acima representados, verifica-se que a distribuição das substâncias tóxicas varia significativamente de acordo com a idade e a etiologia da intoxicação. Os fármacos, os pesticidas e os gases/vapores são os mais frequentemente envolvidos nas crianças mais jovens. Por outro lado, os fármacos e as bebidas alcoólicas são os tóxicos predominantes nas crianças mais velhas/adolescentes.

No estudo publicado em 2006, de Santiago Mintegi *et al*^[13] e no estudo de France Gauvin *et al* (2001)^[32], os fármacos também foram os tóxicos mais frequentemente utilizados em todas as faixas etárias, sendo que, também nas crianças mais velhas/adolescentes, o segundo tóxico mais utilizado foi também a bebida alcoólica.

No que se refere à etiologia da intoxicação, verifica-se que, nas intoxicações acidentais existe uma maior variedade de substâncias responsáveis pelas intoxicações, enquanto nas intoxicações intencionais, apenas se verifica a utilização de fármacos e de bebidas alcoólicas.

Conclui-se também que as intoxicações medicamentosas são as mais frequentes, independentemente da etiologia da intoxicação.

4.7.1. Classificação farmacoterapêutica dos fármacos envolvidos nas intoxicações medicamentosas

No gráfico XI estão representados os principais grupos farmacoterapêuticos envolvidos nas intoxicações medicamentosas, de acordo com a classificação no Prontuário Terapêutico.

Pela análise do gráfico, verifica-se que a maioria das intoxicações medicamentosas deve-se à utilização de fármacos com ação no sistema nervoso central (SNC), como os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, os antipsicóticos, os antiepiléticos e anticonvulsivantes e os antidepressivos.

Os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (40,53%) são o principal grupo envolvido nas intoxicações medicamentosas da população em estudo. As intoxicações por este grupo de fármacos devem-se exclusivamente a intoxicações por benzodiazepinas (BZD`s).

Os antipsicóticos são utilizados em 27,01% das intoxicações medicamentosas, os antiepiléticos e anticonvulsivantes em 13,51% e os antidepressivos encontram-se envolvidos em 16,21% das intoxicações.

No estudo de Yan-RenLin *et al*, publicado em 2010, são descritos os grupos farmacoterapêuticos envolvidos com maior frequência nas intoxicações medicamentosas por eles estudadas. Nesse trabalho, os fármacos que atuam no SNC foram os responsáveis pela maioria das intoxicações medicamentosas (48,3%). Os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos foram responsáveis pela maioria destas intoxicações (34,5%), seguidos dos antidepressivos (5,7%) e dos antiepiléticos (4,6%).^[31]

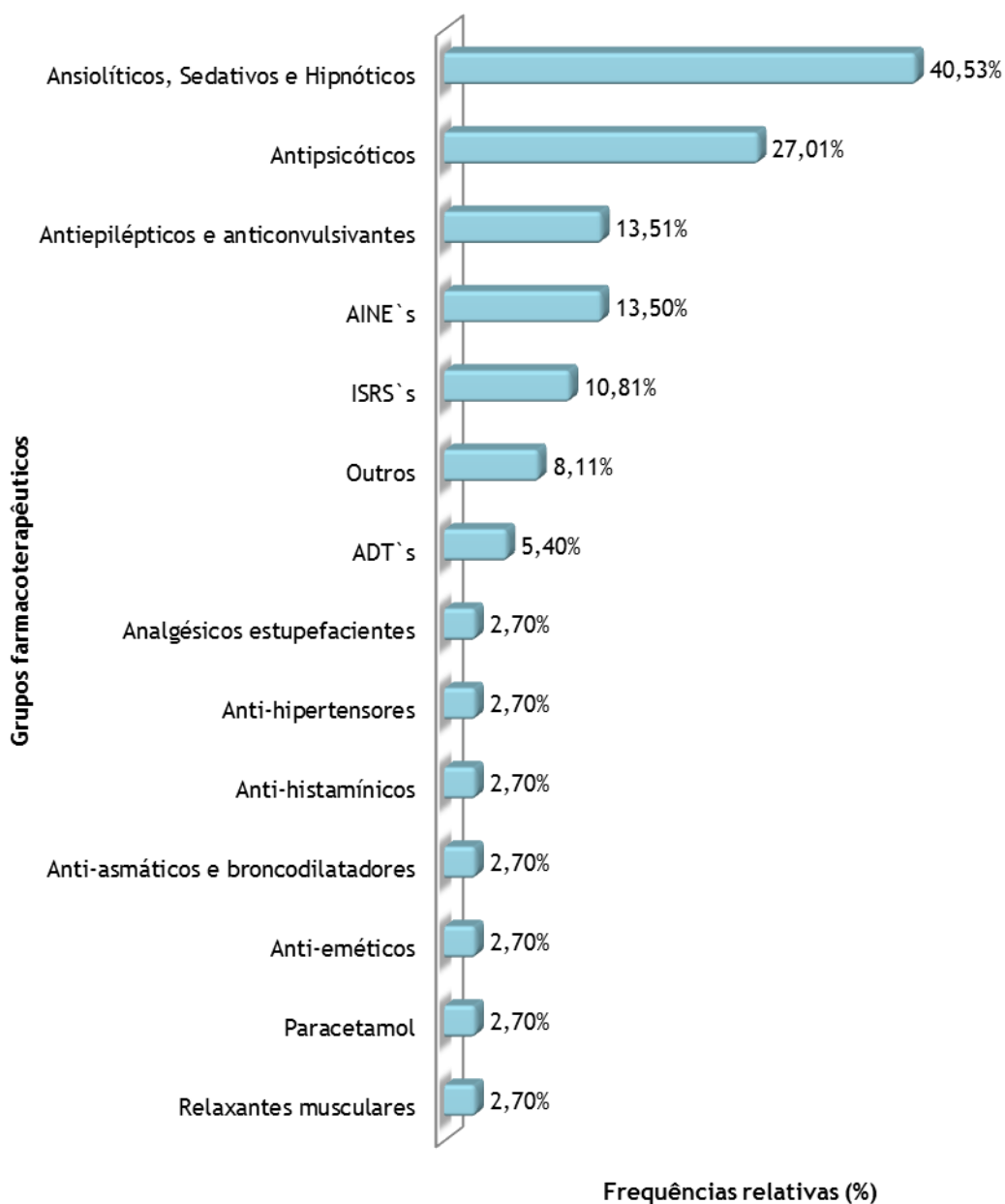


Gráfico XI - Grupos farmacoterapêuticos envolvidos nas intoxicações medicamentosas. (ISRS - Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina; AINE - Anti-inflamatório Não Esteróide; ADT - Antidepressivo Tricíclico)

Relativamente aos analgésicos (paracetamol, analgésicos estupefacientes e anti-inflamatórios não esteróides (AINE`s)), estes representam 18,90% de todas as intoxicações medicamentosas, em contraste com os 34%, representados por este grupo e, verificados no estudo de France Gauvin *et al* (2001).^[32]

Relativamente paracetamol, este representou 13,50% das intoxicações por medicamentos, um valor relativamente próximo do obtido no estudo referido anteriormente,

onde as intoxicações com paracetamol representaram 18% das intoxicações medicamentosas estudadas, e num outro estudo de Sarah F. Schillie *et al* (2009), onde o valor encontrado foi de 10,5%.^[32, 36] Os analgésicos estupefacientes foram responsáveis por 2,70% das intoxicações com fármacos, sendo que, mais uma vez, este valor se encontra muito próximo do referido no estudo de France Gauvin *et al* (2001).^[32] Finalmente, em relação aos AINE`s, os valores encontrados neste trabalho (13,50%) não foram semelhantes aos verificados noutros estudos, como os de France Gauvin *et al* (2001)^[32], de Sarah F. Schillie *et al* (2009)^[36] e de Yan-Ren Lin *et al* (2010)^[31], onde os valores encontrados foram, respetivamente, 3%, 6,1% e 8%. Em relação aos restantes grupos de fármacos (anti-hipertensores, anti-histamínicos, anti-asmáticos e broncodilatadores, antieméticos e relaxantes musculares), a prevalência é a mesma (2,70%), como se pode verificar no gráfico XI. Os valores encontrados neste trabalho para o grupo dos anti-asmáticos e broncodilatadores são semelhantes aos descritos nas publicações de France Gauvin *et al* (2001), onde este grupo representou 3% das intoxicações medicamentosas.^[32] Os anti-histamínicos, na publicação de Yan-RenLin *et al* (2010), também apresentam um valor muito próximo (2,3%) ao encontrado neste trabalho.^[31] Relativamente aos anti-hipertensores, os resultados encontrados em vários estudos não são concordantes com os obtidos neste trabalho, uma vez que as percentagens encontradas foram de 5,4% e de 6,9%.^[31, 36]

Em nenhum estudo foi referido o grupo dos antieméticos e dos relaxantes musculares, pelo que, os resultados obtidos neste trabalho não puderam ser comparados.

4.7.2. Número de princípios ativos envolvidos nas intoxicações medicamentosas

O número de princípios ativos envolvidos nas intoxicações medicamentosas encontra-se representado no gráfico XII. Em 10,53% dos casos que envolveram intoxicações com fármacos não foi possível determinar o número de princípios ativos envolvidos. É importante referir que, em fórmulas farmacêuticas de associações fixas, foram considerados todos os princípios ativos.

Assim, pela análise do gráfico, verifica-se que a maioria dos doentes (57,89%) sofreu intoxicações medicamentosas com apenas um princípio ativo. Em 15,79% das intoxicações foram descritos 2 princípios ativos e, em 7,89% dos casos, 3 princípios ativos. Por fim, a utilização de 5 princípios ativos foi descrita em 5,26% dos casos e 2,63% dos doentes utilizaram 4 princípios ativos.

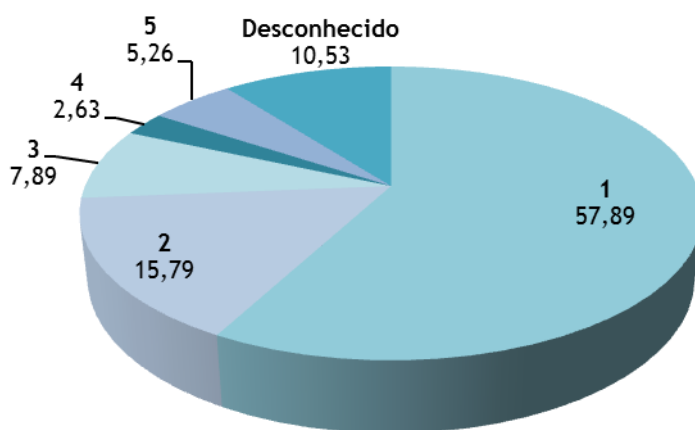


Gráfico XII - Número de princípios ativos envolvidos nas intoxicações medicamentosas.

Conclui-se que, com os resultados obtidos na tabela VII, a ingestão de múltiplos princípios ativos foi mais frequente no grupo dos adolescentes, onde a etiologia da intoxicação é maioritariamente intencional. Esta conclusão é consistente com a encontrada no trabalho de France Gauvin *et al*, publicado em 2001.^[32]

Tabela VII - Distribuição do número de princípios ativos utilizados nas intoxicações medicamentosas de acordo com a idade. (Todos os valores apresentados encontram-se na forma de percentagem)

Idades (anos)	Número de princípios ativos					
	1	2	3	4	5	Desconhecido
[0-4]	28,95	2,63	0	0	0	5,26
[5-9]	5,26	0	0	0	0	0
[10-14]	13,16	2,63	0	0	5,26	5,26
[15-17]	10,53	10,53	7,89	2,63	0	0

4.8. Doseamento do tóxico

Os testes laboratoriais foram solicitados em 50% dos casos em estudo. Como se pode verificar na tabela VIII, cerca de 25,93% foram testes qualitativos para determinação da presença de substâncias tóxicas na urina, sendo importante referir que todas estas determinações foram realizadas para confirmar a presença de BZD`s na urina e, eventualmente, excluir drogas de abuso.

Nos restantes 24,07% dos casos foi realizado o doseamento do tóxico. Em 12,96% dos casos foi feito o doseamento do etanol, em que os valores mínimo e máximo registados foram 1,46 g/L e 4,7 g/L, respetivamente. No caso do doseamento do paracetamol (3,70%), verificou-se que os níveis plasmáticos eram superiores ao limite terapêutico, mas inferiores ao limite tóxico.

Tabela VIII - Testes laboratoriais realizados para determinação da substância tóxica.

Testes laboratoriais	Número de casos (%)
Nenhum	50,00
Níveis plasmáticos	24,07
Etanol	12,96
Paracetamol	3,70
Carboxihemoglobina	3,70
Ácido valpróico	1,85
Carbamazepina	1,85
Deteção de substâncias tóxicas na urina	25,93
Total	100

4.9. Tratamento

O tratamento administrado aos doentes intoxicados incluídos neste estudo foi classificado em:

- Tratamento específico ou administração de antídotos;
- Medidas de descontaminação gastrointestinal (administração de carvão ativado, lavagem gástrica e indução do vômito);
- Tratamento de suporte (administração de tratamento não específico, como por exemplo, correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, tratamento das alterações respiratórias);
- Tratamento sintomático.

O gráfico XIII representa o tipo de tratamento administrado aos doentes da amostra em estudo neste trabalho. Através deste, pode-se verificar que 55,54% dos doentes foi administrado tratamento de suporte. As medidas de descontaminação gastrointestinal foram aplicadas em 57,38% dos doentes. De realçar ainda que, num caso de uma intoxicação medicamentosa numa criança de 1 ano foi administrado xarope de ipeca para indução do vômito.

A percentagem de doentes que recebeu tratamento específico, ou seja, antídoto, foi de 12,95%. Finalmente, cerca de 14,81% das intoxicações requereram tratamento sintomático.

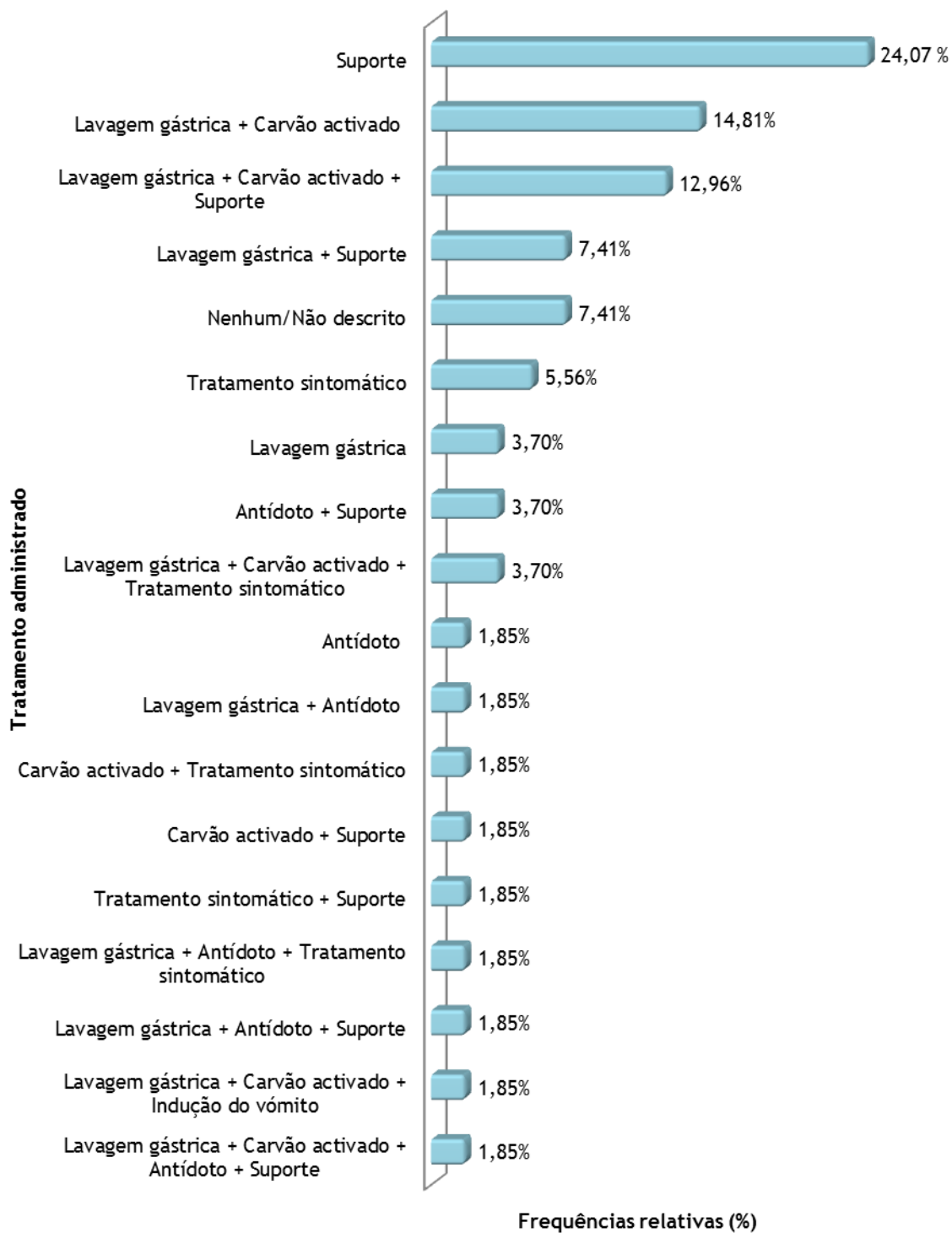


Gráfico XIII - Tratamento administrado aos doentes intoxicados da amostra em estudo.

A utilização de antídotos, como já referido, deve ser orientada pela suspeita específica e deve basear-se em dados concretos e não numa prática de rotina.

Neste trabalho, nos casos onde se utilizaram antídotos, estes foram a naloxona, a N-aceticisteína e o flumazenilo. A naloxona foi utilizada como antídoto numa intoxicação por opiáceos, e a N-acetilcisteína numa intoxicação por paracetamol. No que se refere à utilização do flumazenilo, este foi utilizado como antídoto em 11,11% dos casos de intoxicações, sendo importante referir que, a maioria dos casos (85,71%) em que se utilizou este antídoto se tratavam de intoxicações medicamentosas por BZD`s. Apenas num caso é que isto não aconteceu, onde se administrou flumazenilo a um doente intoxicado por BZD`s antidepressivos tricíclicos (ADT`s).

Tendo em conta a literatura publicada, a administração de flumazenilo recomenda-se apenas nos casos de intoxicações exclusivamente ou principalmente por benzodiazepinas, uma vez que, a administração deste antídoto em doentes intoxicados por BZD`s e ADT`s pode levar ao desenvolvimento de convulsões.^[37-39] Realça-se ainda a importância da confirmação da intoxicação por BZD`s antes da administração do antídoto.

4.10. Duração do internamento e destino do doente

As crianças/adolescentes intoxicadas permaneceram internadas, em média (SD), 2,81 ($\pm 4,30$) dias no CHCB. Sendo que o mínimo de dias de internamento foi de 1 dia e o máximo de 21 dias.

Dos 54 casos estudados, 42,59% estiveram internados 1 dia. Em 40,74% das intoxicações, os indivíduos permaneceram 2 dias no internamento. Entre os 3 e os 6 dias, a percentagem foi de 11,11% e, finalmente, os restantes casos (5,55%) ficaram no internamento entre 19 e 21 dias.

O destino da criança/adolescente após a alta do CHCB foi classificado como:

- Transferência para outro hospital
- Domicílio/centro de saúde
- Consulta externa
- Morte

Analisando-se o gráfico XIV, verifica-se que cerca de 70,37% dos doentes intoxicados, após a alta, foram encaminhados para o domicílio, acompanhados de uma carta para o médico de família.

Cerca de 14,81% dos casos foram transferidos para outro hospital, sendo importante referir que, em todos estes casos, se tratava de um hospital psiquiátrico e, também se verificou, em todos estes casos, a intencionalidade da intoxicação, sendo, a maioria, intoxicações medicamentosas. Destes casos, em 87,5% verifica-se que se encontram na faixa etária dos [15-17] anos.

Os restantes indivíduos (14,81%) foram encaminhadas para a consulta externa de pediatria ou pedopsiquiatria do CHCB.

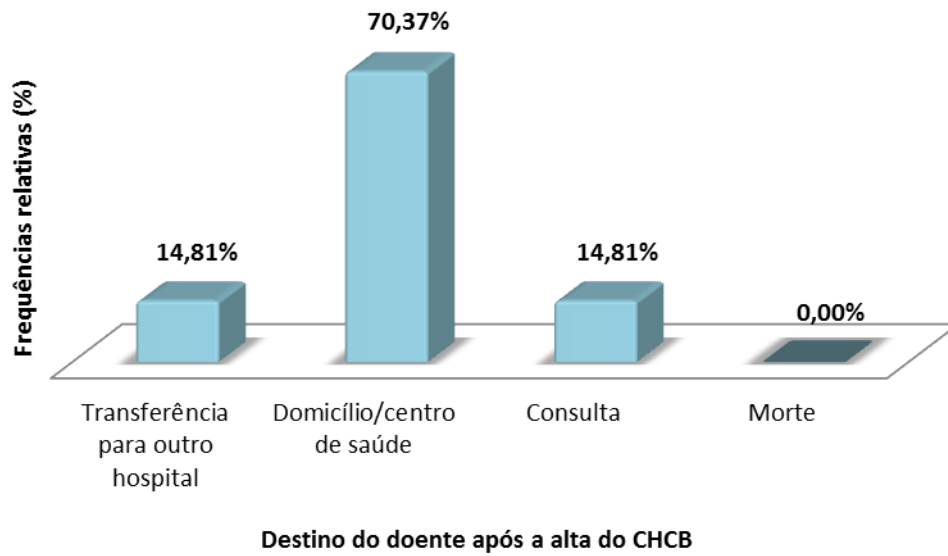


Gráfico XIV - Destino final dos doentes intoxicados após a alta do CHCB de 2006 a 2011.

5. Limitações do estudo

Este estudo apresenta duas limitações. Uma limitação é o facto de se tratar de um estudo retrospectivo e, como tal, tem a ele associadas as limitações próprias do *design* do estudo, nomeadamente, a veracidade das informações prestadas ao profissional de saúde pelo doente, ou pelo seu acompanhante.

A outra limitação deve-se ao facto deste estudo apenas englobar as intoxicações com necessidade de internamento, uma vez que, desde modo, não foram incluídos os casos de intoxicações tratados na Urgência Pediátrica, e que não necessitaram de internamento.

6. Conclusões

As intoxicações em idade pediátrica não são situações muito comuns nos Serviços de Urgência, no entanto apresentam várias peculiaridades, como o tipo de intoxicação, as substâncias envolvidas, e o intervalo de tempo entre a exposição e a chegada ao Serviço de Urgência. Assim, o conhecimento destes aspetos assume extrema importância na rápida e correta instauração do tratamento ao doente intoxicado, permitindo uma diminuição dos custos do tratamento nestes doentes.

No período compreendido entre 2006 e 2011, 54 crianças e jovens menores de 18 anos foram internadas no CHCB, após terem dado entrada no SUP deste hospital, representando um total de 0,04% de todas as entradas neste serviço. Neste trabalho, as intoxicações ocorreram maioritariamente no sexo feminino e a média das idades dos intoxicados foi de, aproximadamente, 9 anos, sendo que, as intoxicações foram mais frequentes nas crianças com menos de 5 anos. Nos casos em que foi possível determinar o tempo decorrido entre a intoxicação e a chegada ao SUP do CHCB, verifica-se que a maioria chega entre 15 a 30 minutos após a ocorrência.

As intoxicações estudadas são maioritariamente acidentais, e ocorrem, em mais de 90% dos casos, pela via oral. Concluiu-se também que, o domicílio é o local onde, maioritariamente ocorrem as intoxicações e, onde as crianças/adolescentes têm acesso ao tóxico.

Os fármacos foram o tipo de tóxico implicado na maioria das intoxicações, seguidos pelas bebidas alcoólicas, sendo que os fármacos, os pesticidas e os gases/vapores são os mais frequentemente envolvidos nas crianças mais jovens. Por outro lado, os fármacos e as bebidas alcoólicas são os tóxicos predominantes nas crianças mais velhas/adolescentes.

As BZD`s são o grupo farmacoterapêutico em maior representação nas intoxicações medicamentosas, seguidos pelos antipsicóticos e pelos antidepressivos.

À chegada ao SUP do CHCB, verificou-se que cerca de 3/4 dos doentes apresentavam sintomas neurológicos e, em 50% das intoxicações foram requeridos testes laboratoriais para confirmação da presença do tóxico e/ou da quantidade presente no plasma.

À maioria das crianças/adolescentes foram aplicadas medidas de descontaminação gastrointestinal (57,38%), sendo que mais de metade dos doentes recebeu tratamento de suporte. O tratamento específico, ou seja, com antídoto, foi apenas utilizado em 12,95% das intoxicações. De salientar que, o flumazenilo foi utilizado corretamente, como antídoto de BZD`s, em cerca de 85,71% das intoxicações por estes fármacos.

Em média, os doentes intoxicados permaneceram, aproximadamente, 3 dias no internamento. Após a alta hospitalar, mais de 70% dos doentes foram encaminhados para o domicílio, acompanhados de uma carta para o médico de família. Em 14,81% das intoxicações, os doentes foram transferidos para outro hospital, sendo que, a mesma percentagem continuou a ser seguida na consulta externa do hospital.

Os resultados encontrados com este trabalho indicam que muitas das intoxicações acidentais em crianças salientam a necessidade de fornecer à população uma informação maior e melhor acerca da prevenção e controlo de intoxicações em crianças e adolescentes. A prevenção pode incluir a educação dos pais e familiares sobre como e onde devem guardar a medicação e outros produtos de uso doméstico.

Com este estudo, pretende-se, que num futuro próximo, seja possível a realização de estudos mais alargados, tendo por base o estudo aqui apresentado, com o objectivo de traçar um melhor perfil das intoxicações ocorridas em crianças e jovens em Portugal.

7. Bibliografia - Capítulo II

1. Calabuig G, Villanueva Cañadas JA. Medicina Legal Y Toxicología. 6ª Edição, Masson. p. 695.
2. Klaassen CD. Casarett and Doull's Toxicology - The Basic Science of Poisons. 7ª Edição, McGraw-Hill. p. 1257-1270.
3. Amaral JMV. Tratado de Clínica Pediátrica. Vol.1. Abbott Laboratórios, 2008. p. 199-202.
4. Peden M, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AKMF, Rivara F, Bartolomeos K. World report on child injury prevention. 2008, World Health Organization.
5. Ladrón de Guevara J, Moya Pueyo V. Toxicología Médica, Clínica y Laboral. New York: McGraw-Hill, 1995.
6. World Health Organization, Acute Intoxication. [cited. 21 de dezembro de 2011]; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/acute_intox/en/index.html
7. Bateman D. The epidemiology of poisoning. *Medicine*, 2007; 35: p. 537-539.
8. Groom L, Kendrick D, Coupland C, Patel B, Hippisley-Cox J. Inequalities in hospital admission rates for unintentional poisoning in young children. *Injury Prevention*, 2006; 12(3): p. 166-70.
9. Rodgers GC. Injury Prevention: Poisoning, *in* Encyclopedia on Early Childhood Development. 2011: Washington.
10. Bronstein AC, Spyker DA, Cantilena LR, Green JL, Rumack BH, Dart RC. Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 28th Annual Report. *Clinical Toxicology (Phila)*, 2010; 49(10): p. 910-41.
11. Ozdogan H, Davutoglu M, Bosnak M, Tutanc M, Haspolat K. Pediatric poisonings in southeast of Turkey: epidemiological and clinical aspects. *Human and Experimental Toxicology*, 2008; 27(1): p. 45-8.
12. Shannon M. Ingestion of toxic substances by children. *New England Journal of Medicine*, 2000; 342(3): p. 186-91.

13. Mintegi S, Fernández A, Alustiza J. Emergency visits for childhood poisoning: a 2-year prospective multicenter survey in Spain. *Pediatric Emergency Care*, 2006; 22(5): p. 334-8.
14. Franklin RL, Rodgers GB. Unintentional child poisonings treated in United States hospital emergency departments: national estimates of incident cases, population-based poisoning rates, and product involvement. *Pediatrics*, 2008; 122(6): p. 1244-51.
15. Hyder AA, Sugerman DE, Puvanachandra P, Razzak J, El-Sayed H, Isaza A, Rahman F, Peden M. Global childhood unintentional injury surveillance in four cities in developing countries: a pilot study. *Bull World Health Organ*, 2009; 87(5): p. 345-52.
16. Crain EF, Gershel JC. *Clinical Manual of Emergency Pediatrics*. 5ª Edição. Cambridge University Press, 2010. p. 389-401.
17. Cheng TL, Wright JL, Pearson-Fields AS, Brenner RA. The spectrum of intoxication and poisonings among adolescents: surveillance in an urban population. *Injury Prevention*, 2006; 12(2): p. 129-32.
18. Turrell G, Mathers C. Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985-1987 and 1995-1997. *International Journal of Epidemiology*, 2001; 30(2): p. 231-9.
19. Roberts I. Cause specific social class mortality differentials for child injury and poisoning in England and Wales. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1997; 51(3): p. 334-5.
20. Gee P, Ardagh M. Paediatric exploratory ingestions of paracetamol. *New Zealand Medical Journal*, 1998; 111(1066): p. 186-8.
21. Chibwana C, Mhango T, Molyneux E.M., Childhood poisoning at the Queen Elizabeth Central Hospital, Blantyre, Malawi. *East African Medical Journal*, 2001; 78(6): p. 292-5.
22. Ferrer A, Cabral R. Recent epidemics of poisoning by pesticides. *Toxicology Letters*, 1995; 82-83: p. 55-63.
23. Ozanne-Smith J, Day L, Parsons B, Tibballs J, Dobbin M. Childhood poisoning: access and prevention. *Journal Paediatrics and Child Health*, 2001; 37(3): p. 262-5.
24. US Consumer Product Safety Commission. Child-resistant packaging saves lives. [cited 23 de dezembro de 2011]; Available from: <http://www.cpsc.gov/cpsc/pub/pubs/5019.html>

25. Matteucci MJ, Hannum JE, Riffenburgh RH, Clark RF. Pediatric sex group differences in location of snakebite injuries requiring antivenom therapy. *Journal of Medical Toxicology*, 2007; 3(3): p. 103-6.
26. Wilson RC, Saunders PJ, Smith G. An epidemiological study of acute carbon monoxide poisoning in the West Midlands. *Occupational and Environmental Medicine*, 1998; 55(11): p. 723-8.
27. Soori H. Developmental risk factors for unintentional childhood poisoning. *Saudi Medical Journal*, 2001; 22(3): p. 227-30.
28. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18ª Edição. Saunders Elsevier, 2007; p. 339-356.
29. Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. [cited 4 de junho de 2012]; Available from: <http://www.chcbeira.min-saude.pt/NR/rdonlyres/D4F863A6-B5EF-440C-B6E6-E24D3B0B97E9/21081/Relat%C3%B3rioContas2010.pdf>.
30. Instituto Nacional de Estatística. [cited 4 de junho de 2012]; Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3.
31. Lin YR, Lui TH, Liu TA, Chang YJ, Chou CC, Wu HP. Pharmaceutical poisoning exposure and outcome analysis in children admitted to the pediatric emergency department. *Pediatrics and Neonatology*, 2011; 52(1): p. 11-7.
32. Gauvin F, Bailey B, Bratton SL. Hospitalizations for pediatric intoxication in Washington State, 1987-1997. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 2001; 155(10): p. 1105-10.
33. Calello DP, Alpern ER, McDaniel-Yakscoe M, Garret BL, Shaw KN, Osterhoudt KC. Observation unit experience for pediatric poison exposures. *Journal of Medical Toxicology*, 2009; 5(1): p. 15-9.
34. Sylla M, Coulibaly Y, Dicko FT, Kourouma N, Togo B, Keita MM. Acute accidental poisoning in children at the pediatrics service of the Gabriel Toure hospital. *Mali Medical*, 2006; 21(2): p. 50-3.
35. Oprescu F, Peek-Asa C, Wallis A, Young T, Nour D. Pediatric Poisonings and Risk Markers for Hospital Admission in a Major Emergency Department in Romania. *Maternal and Child Health Journal*, 2012; 16(2): p. 495-500.
36. Schillie SF, Shehab N, Thomas KE, Budnitz DS. Medication overdoses leading to emergency department visits among children. *American Journal of Preventive Medicine*, 2009; 37(3): p. 181-7.

37. Lheureux P, Vranckx M, Leduc D, Askenasi R. Flumazenil in mixed benzodiazepine/tricyclic antidepressant overdose: a placebo-controlled study in the dog. *American Journal of Emergency Medicine*, 1992; 10(3): p. 184-8.
38. Hoffman EJ, Warren EW. Flumazenil: a benzodiazepine antagonist. *Clinical Pharmacy*, 1993; 12(9): p. 641-56.
39. Goldfrank LR. Flumazenil: a pharmacologic antidote with limited medical toxicology utility, or ... an antidote in search of an overdose. *Academic Emergency Medicine*, 1997; 4(10): p. 935-6.

Anexos

Anexo I

Guia de transporte

Entrega da Encomenda Nº: 87184

ORIGEM	DESTINO
G. Remessa nº:	Local:
de 08-03-2012 10:03	
	Entregue em: 08-03-2012 9:23

Fornecedor: UNIAO FARMACEUTICOS PORTUGAL

Código	Produto	Cat	Qt	Pr Unit	IVA	Condições	Mg	PVP	Prat	Validade
6875138	A Derma Atopicas Exomega Balm Corp 400 MI		1							
6501114	A Derma Atopicas Exomega Cr Corpo 200 MI		1							
8448423	Agiolax x 400 gran frasco	'T' -	2							
5430095	Alprazolam gp 0,5 mg Comp Libertação	'G'	2							
5577895	Alprazolam Prazam MG, 0,5 mg x 60 comp	'G'	2							
7733014	Amendoas Doces Oleo 60 MI Aliand		2							
5026745	Amlodipina Ratiopharm MG, 5 mg x 60 comp	'G'	1							
5999883	Amlodipina Sandoz MG, 5 mg x 60 comp	'G'	1							
5200266	Benflux Forte, 30 mg/5 mL x 200 xar medida	'T' -	2							
9742809	Bertocil, 5 mg/mL x 5 sol col	'E'	2							
5350988	Beta-histina Mylan 16 mg Comprimidos MG, 16	'G'	1							
8709402	Biafine x 1-emul bisn	'T' -	5							
8283309	Bisolvon Linctus Criança, 0,8 mg/mL x 200 xar	'T' -	3							
5065487	Bisoprolol Sandoz MG, 5 mg x 56 comp revest	'G'	1							
3280484	Cálcio + Vitamina D3 Ratiopharm, 600 mg + 400	'E'	3							
2087492	Calicida Indiano x 5 pomada	'T' -	5+1							
9741439	Ciprofloxacina Tetrafarma MG, 500 mg x 16	'G'	2							
5240957	Clopidogrel Actavis MG, 75 mg x 28 comp revest	'G'	1							
5222765	Clopidogrel Vida MG, 75 mg x 28 comp revest	'G'	1							
6118968	Corega Super Cr Fix Prot S/Sabor 40 G		3							
6574707	Decubal Clinic Cr Corpo 475 G C/Dosead		1							
2636082	Dentispray, 50 mg/mL x 5 sol geng	'T' -	2							
2360295	Dermofix, 600 mg/30 g x 1 creme bisn	'E'	3							
6780312	Elgydium Interact Esc Dent Suave		1							
8795013	Eludril, 1/1 mg/mL x 500 sol bucal frasco	'T' -	2							
5763388	Enalapril Generis 20 mg Comprimidos MG, 20	'G'	1							
7355602	Enfalac Ha Digest Po 400 G		1							
3746385	Eutirox, 150 mcg x 60 comp	'E'	2							
2908291	Finasterida ToLife MG, 5 mg x 60 comp revest	'G'	1							
9475913	Flagentyl, 500 mg x 8 comp	'E'	2							
9267401	Flagyl, 500 mg x 10 óvulo	'E'	3							
5861281	Gabapentina Sandoz MG, 600 mg x 60 comp	'G'	4							
2688489	Ibuprofeno Ratiopharm MG, 600 mg x 60 comp	'G'	1							
5219332	Ibuprofeno Tolife MG, 400 mg x 60 comp revest	'G'	1							
5567789	Lansoprazol Ciclum MG, 30 mg x 56 cáps	'G'	1							
4538195	Largactil, 100 mg x 60 comp revest	'E'	2							
8747915	Liponor, 100 mg x 60 cáps	'E'	3							

Significado das iniciais

T - Transferido

E - Esgotado

R - Retirado

Impresso em: 08-03-2012 10:43:02

Operador: 08

Página 1

Anexo I

Guia de transporte (continuação)

Entrega da Encomenda Nº: 87184

ORIGEM	DESTINO
G. Remessa nº: 20301377	Local:
de 08-03-2012 10:03	Entregue em: 08-03-2012 9:23
Fornecedor: UNIAO FARMACEUTICOS PORTUGAL	

Código	Produto	Cat	Qt	Pr Unit	IVA	Condições	Mg	PVP	Prat	Validade
2494086	Minigeste, 0,02/0,075 mg x 21 comp revest	'E'	5							
5791694	Nimesulida Basi MG, 100 mg x 20 comp	'G'	1							
4089785	Normison, 20 mg x 14 cáps mole	'E'	2							
5198148	Omeprazol Tolife MG, 20 mg x 56 cáps	'G'	1							
4085189	Omeprazol Zentiva MG, 20 mg x 56 cáps	'G'	5+1							
6191387	One Touch Comf Pl Lanceta X 100		1							
2336782	Optrex, 0,13 mg/mL x 10 sol col	'T' -	3							
2137297	Pandermil, 10 mg/g x 30 creme bisn	'E'	2							
4867081	Ramipril Romace MG, 1,25 mg x 56 cáps	'G'	2							
5068382	Rosiced, 7,5 mg/g x 30 creme bisn	'E'	3							
4497483	Sertopic, 300 mg x 1 óvulo	'E'	1							
5383781	Sertralina Mylan MG, 50 mg x 60 comp revest	'G'	1							
4157186	Sinvastatina GP MG, 20 mg x 60 comp revest	'G'	3							
5648886	Tansulosina Zentiva MG, 0,4 mg x 30 cáps lib prc	'G'	2							
2889384	Tantum Verde, 1,5 mg/mL x 30 sol pulv	'T' -	1							
7401612	Terramicina Po Sol 113,5 G	'V'	1							
9888701	Terricil, 25 mg/5 g x 1 pda oft bisnaga	'E'	5							
5829981	Triatec, 1,25 mg x 56 cáps	'E'	3							
4747085	Trimetazidina Mylan MG, 20 mg x 60 comp	'G'	1							
4883187	Trimetazidina Teva MG, 20 mg x 60 comp revest	'G'	1							
4804381	Xumadol 1 g, 1 g x 20 gran eferv saq	'E'	3							

Valor Bruto:
Total de Descontos:
Sujeito a IVA:
Total de IVA:
Custo Total :

Total de Produtos / Unidades Recebidas :

Significado das iniciais

T - Transferido

E - Esgotado

R - Retirado

Impresso em: 08-03-2012 10:43:02

Operador:08

Página 2

Anexo II

Requisição de Psicotrópicos

REQUISICAO DE PSICOTROPICOS

Pagina 1 de 1
Duplicado

Requisicao: 56295
Data: 07.03.2012
Relativa a factura: 7002319100

De acordo com o Dec. Lei 15/93 de 22 de Janeiro (rectificado pelo Dec. de Rectificacao 20/93 de 20 de Fevereiro) e Dec. Regulamentar 61/94 de 12 de Outubro, requisita-se:

SUBSTÂNCIAS ACTIVAS E SUAS PREPARAÇÕES		QUANTIDADE	
Código	Designação, Forma Farmacêutica / Dosagem	Pedida	Fornecida
3887981	TRANSTEC SIST TRANSD 35MCG/H X 10	2	2

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

Entidade requisitante	(carimbo)	Dir. Técnico ou Farmacêutico Responsável,
FARMACIA PEDROSO, JOAO FONSECA, SOC. UNIP., LDA. Farmacia Pedroso Rua Comendador Campos Melo 11 a 13 P-6200-066 COVILHA		No de Insc. na O.F.: Data: ___/___/___ Ass. (legível):

Entidade fornecedora	(carimbo)	Dir. Técnico ou Farmacêutico Responsável,
Plural - Cooperativa Farmaceutica, CRL Caixa postal 8144 P-3021-997 COIMBRA	Plural	Olga Cristina Simoes Cristo No de Insc. na O.F.: C-1541 Data: 07.03.2012 Ass. (legível):
	Cooperativa Farmacêutica, Crl. NIF: 500 349 142 Sede: Rua Adriano Lucas Apartado 8144 3021-997 COIMBRA	<i>Olga Cristina Correia Simões Cristo</i>

Processado por computador

Anexo III

Nota de devolução

FARMACIA

NIF:
Telefone
Dir. Téc.

Cód. Farmacia:



Nota Devolução Nº: 1716

Para: Plural-Cooperativa Farmacéutica, CRL (Covilhã)
Largo de Santa Marinha, 19 6200-139 Covilhã

Contribuinte Nº: 500349142

Produto	Qtd.	Pr. Custo	Pr. Venda	IVA	Motivo	Origem
5033162 Aceclofenac Ratiopharm MG,	1			6%	Fora de Prazo	
7300061 Algabela Cha	1			6%	Fora de Prazo	
6536268 Alpha 3 Sh Cab Finos 200 MI	1			23%	Fora de Prazo	
5259668 Amoxicilina Generis MG, 250	1			6%	Fora de Prazo	
7365569 Aptamil Pepti 2 Leite Po 450 G	1			6%	Fora de Prazo	
7324327 Arkocapsulas Caps Cardo	1			23%	Fora de Prazo	
9922302 Benergina, 12,5 mg/g x 20	1			6%	Fora de Prazo	
7350454 Bioactivo Cromio Comp Cromio	1			23%	Fora de Prazo	
5289699 Bisoprolol Labesfal 10 mg Comp	1			6%	Fora de Prazo	
2491488 Captopril Mylan MG, 50 mg x 60	1			6%	Fora de Prazo	
5908785 Cétussin x 10 gran eferv saq	2			6%	Fora de Prazo	
2240588 Chibroxol, 15 mg/5 mL x 1 sol	1			6%	Fora de Prazo	
6635847 Elastoplast Lig 2,5m X 6cm 2506	1			6%	Fora de Prazo	
7368662 Eukid Caps Mast X 30	1			23%	Fora de Prazo	
6808683 Fadiamone Cr Dia 30 MI	1			23%	Fora de Prazo	
2638781 FemSete, 50 mcg/dia x 12 sist	1			6%	Fora de Prazo	
6144782 Feniferidas Gel Feridas 50 G	1			23%	Fora de Prazo	
2009785 Finalgon, 4/25 mg/g x 20	1			6%	Fora de Prazo	
4799599 Fluconazol Farmoz 150 mg	1			6%	Fora de Prazo	
4469383 Fluconazol ITF 150 mg	4			6%	Fora de Prazo	

Quantidade Total:

Custo Total:

Início do Transporte em 08-03-2012 16:44

Observações:

Carga: Morada da Farmácia
Descarga: Morada do Fornecedor

Impressão: 08-03-2012 16:44:28

Operador: 08

Página

(Processado por Computador)

Anexo IV

Nota de crédito



Plural - Cooperativa Farmacêutica, Crl

Parque Industrial do Tortosendo - Rua H - Lote 32
6200-823 Tortosendo
Reg CRCC / NIF 500349142
Capital social variável

Tel: 275320990
Fax: 275320993
e-Mail: geral@plural.pt
Url: www.plural.pt

Nota de Crédito

Doc. N.º:

Data:

Cliente:

NIF:

Data/Hora:

Armazém:

Req.:

Doc. Ref.ª:

Moeda:



FARMÁCIA

Original

Página 1 de 1

Processado por computador

Código	Designação	Quantidade	PVP (*)	Pr. Unit.	IVA	Valor
6190561	BETACHEK G5 GLICEMIA TIRAS X 50 PVSNS	1 UN				

N.º Pedido da Farmácia: 1283

Taxa	Incidência	Valor	Valor s/IVA
0 %		0.00	Valor IVA
			Total Documento

* Medicamentos abrangidos p/DL 106-A/2010, 1Out, PVP já inclui dedução de acordo com Portaria 1041-A/2010, 7Out.



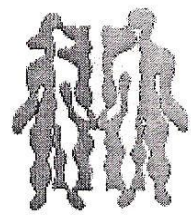

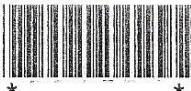

S/ reg. de IVA ao abrigo do n.º 2 do art. 78.º do CIVA

> Flash Campanha <

Descubra todas as semanas as vantagens comerciais que temos para si! Saiba mais em www.plural.pt

Anexo V


Receita informatizada

Receita Médica Nº  * 1 0 0 2 8 1 2 0 6 5 0 1 3 *		Local de Prescrição: C.H.C. Beira E.P.E.-H.COVLHA- URGENCIA  * U 0 5 7 1 0 4 *	 Ministério da Saúde
UTENTE Nome: _____ Telefone: _____ Entidade Resp.: SNS - SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE Nº de Beneficiário: _____		Nº Utente:  R.C.: RO	
MEDICO  * *		Dr. _____ Especialidade: URGENCIA GERAL Contacto Telefónico: _____	
R_x Designação do medicamento, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem Nº Extenso		Identificação óptica	
Ácido fusídico, [Fucithalmic], 10 mg/g, Gel oftálmico, Bisnaga - 1 1 Uma unidade(s) - 5 g Despacho nº6/2011 Posologia 3x dia		 * 8 7 0 1 6 0 7 *	
Assinatura do médico prescriptor: _____		1 2 3 4 Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico Assinatura do médico prescriptor: _____	
Data: 2012 / 04 / 26 Validade: 30 DIAS		X 2 3 4 Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico Assinatura do médico prescriptor: _____	
Processado por computador - Sistema de Apoio ao Médico - ACSS			

Anexo VI

Receita manual

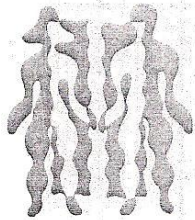
Receita Médica Nº.



000315304621

Local de prescrição

Vinheta do local



Ministério da Saúde

U. P. S.
Alves A

UTENTE

Utente: _____

Telefone: _____

Entidade responsável: S. A. S.

N.º de beneficiário: _____

Dr. MANUEL VILHELA

Especialidade MEDICINA INTERNA

Contacto telefónico 272 905 478

R Designação do medicamento, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem	N.º	Extenso	Identificação óptica
<u>ritido mawide 107</u>		<u>cm</u>	
Posologia <u>1 pr. 15' minutos até de sono</u>			
<u>UL 200 gr.</u>		<u>4</u>	
Posologia <u>1 pr. 3 a das</u>			
Posologia <u>/</u>			
Posologia			

Assinatura do médico prescriptor: _____

Data 12/4/5

Validade: 10 DIAS ÚTEIS

Modelo n.º 1806 (Exclusivo da INCM, S. A.)

Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico



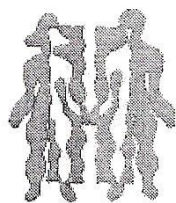





Assinatura do médico prescriptor: _____

Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico

Assinatura do médico prescriptor: _____

Anexo VII

Receita médica renovável

Receita Médica Renovável Nº  *1131406759528*		CS COVILHA - SEDE  *U050300*	 Ministério da Saúde
UTENTE Nome: _____ Nº Utente 		1ª VIA	
Telefone: _____ R.C.: O Entidade Resp.: SNS Nº de Beneficiário: _____			
MEDICO 		Dr. _____ Especialidade: MEDICINA GERAL E FAMILIAR Contacto Telefónico: _____	
R_x	Designação do medicamento, dosagem, forma farmacéutica, dimensão da embalagem	Nº Extenso	Identificação óptica
	<input checked="" type="checkbox"/> Carvedilol, Carvedilol Coronat 6,25 mg Comprimidos, 6.25 mg, Comprimido, Blister - 60 unidade(s) <i>Despacho nº6/2011</i> <i>Posologia</i>	1 Uma	 *3418597*
	<input checked="" type="checkbox"/> Metformina, Risidon, 1000 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 60 unidade(s) <i>Despacho nº6/2011</i> <i>Posologia</i>	1 Uma	 *3639184*
	<input checked="" type="checkbox"/> Enalapril + Lercanidipina, Zaniipress, 20 mg + 10 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 56 unidade(s) <i>Despacho nº6/2011</i> <i>Posologia</i>	1 Uma	 *5108659*
Assinatura do médico prescriptor: _____		<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico Assinatura do médico prescriptor: _____	
Data: 2012 / 04 / 13		<input checked="" type="checkbox"/> X X X 4 Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico Assinatura do médico prescriptor: _____	
Validade: 6 MESES			
processado por computador - Sistema de Apoio ao Médico - ACSS			

Anexo VIII
Documento de faturação

FARMACIA PEDROSO - COVILHA



DOCUMENTO PARA FACTURAÇÃO
24/04/12/ Vnd - 409563 (13)
LA - R/L/S:19/31/12
Rec.: 1131406759528
Ben.:

Prod	PVP	PRef	Qt	Comp	Utente
Carvedilol Coronat	MG, 6,25 mg x 60 comp				
6,24	4,99	1	6,24	0,00	
Risidan, 1000 mg x 60 comp revest					
5,88	3,17	1	5,88	0,00	
Zanipress, 20/10 mg x 56 comp revest					
38,47	0,00	1	38,47	0,00	
Total Eur					
50,59		3	50,59	0,00	



3418597 - Carvedilol Coronat MG, 6,25 mg x 60 c



3639184 - Risidan, 1000 mg x 60 comp revest



5108659 - Zanipress, 20/10 mg x 56 comp revest

Declaro que me foram dispensadas as 3 embalagens de medicamentos constantes da receita e prestados os conselhos e informações sobre a sua utilização.
O utente _____

Anexo IX

Lista de situações passíveis de automedicação

(http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AUTORIZACAO_DE_INTRODUCAO_NO_MERCADO/ALTERACOES_TRANSFERENCIA_TITULAR_AIM/ALTERACOES/Lista_de_situacoes.pdf)

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

Anexo IX

Lista de situações passíveis de automedicação (continuação)

	<ul style="list-style-type: none"> o) Calos e Calosidades p) Frieiras q) Tratamento da pitiríase versicolor r) Candidíase balânica s) Anestesia tópica em mucosas e pele nomeadamente mucosa oral e rectal m) Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio
Nervoso/psique	<ul style="list-style-type: none"> a) Cefaleias ligeiras a moderadas b) Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação desta substância em pessoas que desejem deixar de fumar c) Enxaqueca com diagnóstico médico prévio d) Ansiedade ligeira temporária k) Dificuldade temporária em adormecer
Muscular/ósseo	<ul style="list-style-type: none"> a) Dores musculares ligeiras a moderadas b) Contusões c) Dores pós-traumáticas d) Dores reumáticas ligeiras moderadas (osteoartrose/osteoartrite) e) Dores articulares ligeiras a moderadas f) Tratamento tópico de sinovites, artrites (não infecciosa), bursites, tendinites e) Inflamação moderada de origem músculo-esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática
Geral	<ul style="list-style-type: none"> a) Febre (< 3 dias) b) Estados de astenia de causa identificada g) Prevenção de avitaminoses
Ocular	<ul style="list-style-type: none"> a) Hipossecção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a 3 dias b) Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio c) Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio
Ginecológico	<ul style="list-style-type: none"> a) Dismenorreia primária b) Contraceção de emergência c) Métodos contraceptivos de barreira e químicos d) Higiene vaginal e) Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfecção vaginal f) Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio. Situação clínica caracterizada por corrimento vaginal esbranquiçado, acompanhado de prurido vaginal e habitualmente com exarcebação pré-menstrual c) Terapêutica tópica nas alterações tróficas do tracto génito-urinário inferior acompanhadas de queixas vaginais como disparêunia, secura e prurido
Vascular	<ul style="list-style-type: none"> a) Síndrome varicosa – terapêutica tópica adjuvante g) Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica (com descrição de sintomatologia)

Anexo X

Centros de tratamento habilitados para prescrição de produtos dietéticos para efeitos de comparticipação

Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 19 de Fevereiro de 2008

6503

- d) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, E. P. E.;
- e) Hospital Central do Funchal;
- f) Hospital do Divino Espírito Santo, de Ponta Delgada;
- g) Hospital de Santa Maria, E. P. E.;
- h) Hospital de Santo Espírito, de Angra do Heroísmo;
- i) Hospital de S. João, E. P. E.;
- j) Hospitais da Universidade de Coimbra.

O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

23 de Janeiro de 2008. — O Secretário de Estado da Saúde, *Francisco Ventura Ramos*.

Despacho n.º 4326/2008

O despacho n.º 25 822/2005, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 239, de 15 de Dezembro de 2005, veio clarificar as condições de comparticipação dos produtos dietéticos que, com carácter terapêutico, são indicados para satisfazer as necessidades nutricionais dos doentes afectados de erros congénitos do metabolismo.

O mesmo despacho define que estes produtos dietéticos são comparticipados na sua totalidade desde que prescritos pelo Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães ou nos centros de tratamento protocolados com o este Instituto.

Contudo, alguns dos doentes rastreados naqueles centros de tratamento já atingiram a fase da adolescência e o seu acompanhamento passou a ser efectuado nos serviços de medicina interna de hospitais não protocolados.

Assim, o despacho n.º 25 822/2005 carece de ser alterado de modo a ajustar-se às actuais circunstâncias.

Aproveita-se o ensejo para proceder à actualização da designação de alguns dos hospitais que, entretanto, alteraram a sua natureza jurídica.

Assim, determino o seguinte:

Os centros de tratamento dos hospitais identificados no n.º 2 do despacho n.º 25 822/2005, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 239, de 15 de Dezembro de 2005, passam a ser os seguintes:

- a) Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E.;
- b) Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E.;
- c) Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.;

Anexo XI

Lista de produtos dietéticos com carácter terapêutico, comparticipados a 100% pelo SNS

Lista de produtos dietéticos com carácter terapêutico, comparticipados a 100% pelo SNS, (disponível em www.dgsaude.pt)

1. Lista das misturas de aminoácidos sob a forma líquida, em pó, comprimidos ou tabletes:

- Add Ins
- Anamix ananás e baunilha
- Anamix Neutro
- Easiphen Frutos Silvestres
- Easiphen Toranja
- GA 1
- GA 2 - prima
- HOM 1
- HOM 2
- LEU 1
- LEU 2
- Lophlex LQ
- LYS 1
- LYS 2
- MSUD 1
- MSUD 2
- OS 1
- OS 2
- PhenylAde 40
- PhenylAde barras proteicas
- PhenylAde Baunilha
- PhenylAde Integral
- PhenylAde Morango
- Phenyl-Free 1
- Phlexy - 10 Bars Limão
- Phlexy - 10 Capsules
- Phlexy - 10 Drink Mix Tropical
- Phlexy -10 Drink Mix Limão
- Phlexy -10 Drink Mix Maça
- Phlexy -10 tablets
- PKU 1
- PKU 2
- PKU 2 prima
- PKU 2 secunda
- PKU 2 Shake chocolate - caramelo
- PKU 2 Shake morango - baunilha
- PKU 3
- PKU 3 advanta
- PKU 3 tablets
- PKU Express pó laranja
- PKU Express pó limão
- PKU Express pó neutro
- PKU Express pó tropical
- PKU gel neutro

Anexo XI

Lista de produtos dietéticos com carácter terapêutico, comparticipados a 100% pelo SNS (continuação)



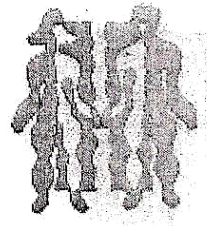

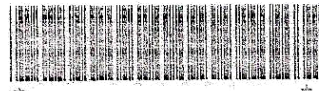

- TYR 1
- TYR 2
- UCD 1
- UCD 2
- Vitaflo EAA Supplement
- Vitaflo MSUD Cooler Laranja
- Vitaflo MSUD Express Neutro
- Vitaflo MSUD Gel Neutro
- Vitaflo PKU Express Cooler 10 laranja
- Vitaflo PKU Express Cooler 10 purpura
- Vitaflo PKU Express Cooler 15 laranja
- Vitaflo PKU Express Cooler 15 purpura
- Vitaflo PKU Express Cooler 20 laranja
- Vitaflo PKU Express Cooler 20 purpura
- XP Analog LCP
- XP Maxamum Laranja
- XP Maxamum Neutro

2. Lista de leites de soja, triglicerídeos de cadeia média e de pó dietético sem proteínas, com hidratos de carbono e lípidos enriquecidos com vitaminas e minerais:

- | | |
|---------|-----------------------|
| 7355016 | - Energivit |
| 7322248 | - MCT OIL Module |
| 7352773 | - PFD 1 |
| 7512988 | - Prosobee |
| 7358382 | - Resource aceite MCT |
| 7320663 | - Visoy |

Anexo XIII

Receita de um manipulado

Receita Médica Nº  * 1 0 0 2 8 1 2 0 5 4 5 5 5 *		C.H.C. BEIRA E.P.E.H.COVILHA- H.COVILHA-CONSULTA EXTERNA  * U 0 5 7 1 0 2 *	 Ministério da Saúde
Nome: _____ Telefone: _____ Entidade Resp.: ADSE - SNS Nº de Beneficiário: _____	Nº Utente:  R.C.: 		
 * *	Dr. _____ Especialidade: CIRURGIA GERAL-COVILHA Contacto Telefónico: 275.590000		
<input checked="" type="checkbox"/> Designação do medicamento, dose/gen, forma farmacêutica, dimensão da embalagem Nº Extensão		Identificação óptica	
<input checked="" type="checkbox"/> VASELINA SALICILADA A 20% X 50 GRAMAS (Manipulado) 1 Uma Posologia Para aplicação à noite ao deitar em penso oclusivo aplicado depois de ser previamente lavado e desbridado a área afectada f.s.a.			
Assinatura do médico prescriptor: _____	1 2 3 4 Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico Assinatura do médico prescriptor: _____		
Data: 2012 / 04 / 04 Validade: 30 DIAS	1 2 3 4 Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico Assinatura do médico prescriptor: _____		
Processado por computador - Sistema de Apoio ao Médico - ACSS			

Anexo XIV

Medicamentos manipulados comparticipados

(<http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B9EBB192-952E-4C97-94FD-6B54A9F75A58/25217/6102861029.pdf>)

61028

Diário da República, 2.ª série — N.º 242 — 16 de Dezembro de 2010

13 de Maio, com a redacção introduzida pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro, estabelece que os medicamentos manipulados comparticipáveis constam de lista a aprovar anualmente por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, mediante proposta do conselho directivo do INFARMED, I. P.

A avaliação dos medicamentos para efeitos de comparticipação assenta em critérios de natureza técnico-científica que evidenciem a sua eficácia e efectividade terapêutica.

Por outro lado, a comparticipação dos medicamentos manipulados requer ainda avaliação suplementar quanto às preparações que a justificam.

Para este efeito, considerou-se importante aprofundar o estudo desta matéria, tendo o conselho directivo do INFARMED, I. P., constituído um grupo técnico com o objectivo de assegurar a elaboração da primeira lista de medicamentos manipulados comparticipáveis, apoiando e reforçando as actividades do INFARMED, I. P., na área dos medicamentos.

Foram ouvidas as Ordens dos Farmacêuticos e dos Médicos, as associações representativas das farmácias e dos farmacêuticos hospitalares e a Comissão de Avaliação de Medicamentos.

Assim, considerando a proposta apresentada pelo INFARMED, I. P., e ao abrigo do artigo 23.º do regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio, com a redacção introduzida pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro, determino o seguinte:

1 — Podem ser objecto de comparticipação pelo Serviço Nacional de Saúde e pela ADSE os medicamentos manipulados relativamente aos quais ocorre uma das seguintes condições:

- a) Inexistência no mercado de especialidade farmacêutica com igual substância activa na forma farmacêutica pretendida;
- b) Existência de lacuna terapêutica a nível dos medicamentos preparados industrialmente;
- c) Necessidade de adaptação de dosagens ou formas farmacêuticas às carências terapêuticas de populações específicas, como é o caso da pediatria ou da geriatria.

2 — É aprovada a lista de medicamentos manipulados comparticipados a que se refere o artigo 23.º do regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio, com a redacção introduzida pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro.

3 — Os medicamentos manipulados comparticipados previstos no número anterior são os constantes do anexo deste despacho, que dele faz parte integrante.

4 — O medicamento manipulado comparticipado deve ser prescrito mediante indicação na receita da substância ou substâncias activas, respectiva concentração, excipiente ou excipientes aprovados e forma farmacêutica.

5 — Considera-se excipiente apropriado qualquer substância de uso farmacêutico susceptível de utilização como veículo ou base adaptada à manipulação de forma farmacêutica, à respectiva posologia ou à via de administração.

6 — Exceptuam-se de comparticipação as prescrições médicas que façam referência a marcas de medicamentos, produtos de saúde ou outros produtos.

7 — Os medicamentos que constam do anexo ao presente despacho são comparticipados em 30% do respectivo preço.

8 — Podem ser incluídos no anexo ao presente despacho outros medicamentos manipulados que preencham as condições do n.º 1.

9 — O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

18 de Novembro de 2010. — O Secretário de Estado da Saúde, *Óscar Manuel de Oliveira Gaspar*.

ANEXO

(a que se refere o n.º 3 do despacho n.º 18 694/2010)

Substância activa	Forma farmacêutica
Acetato de flecainida	Solução oral, xarope.
Acetonido de triamcinolona	Gel.
Ácido acético	Solução aquosa.
Ácido bórico	Cápsulas vaginais, gel, óvulos, pomada, solução alcoólica saturada.
Ácido fólico	Solução oral, xarope.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Despacho n.º 18694/2010

O artigo 23.º do regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de

Anexo XIV

Medicamentos manipulados compartilhados (continuação)

Diário da República, 2.ª série — N.º 242 — 16 de Dezembro de 2010

61029

Substância activa	Forma farmacêutica	Substância activa	Forma farmacêutica
Ácido salicílico	Creme, gel, pomada, pó cutâneo, solução hidroalcoólica.	Maleato de enalapril	Solução oral.
Ácido salicílico + alcatrão mineral.	Creme, gel, pomada, suspensão cutânea.	Messalazina	Cápsulas, papéis medicamentosos.
Ácido salicílico + óxido de zinco + amido.	Pasta, pó cutâneo, suspensão cutânea.	Metotrexato	Suspensão oral.
Ácido salicílico + ureia	Creme, gel, pasta, pomada.	Minoxidil	Solução oral.
Ácido tricloroacético	Gel, solução alcoólica, solução aquosa.	Nifedipina	Suspensão oral, xarope.
Ácido ursodesoxicólico	Suspensão oral.	Nitrato de prata	Solução aquosa.
Alcatrão mineral	Creme, gel, pasta, pomada, solução cutânea, tintura.	Nitrofurantoína	Cápsulas, papéis medicamentosos, suspensão oral.
Alcatrão mineral + óxido de zinco + amido.	Pasta.	Óleo de cade	Loção, pomada.
Alopurinol	Suspensão oral.	Omeprazol	Suspensão oral.
Atenolol	Suspensão oral.	Oxido de zinco + amido	Pasta.
Benzoato de metronidazol	Suspensão oral.	Permanganato de potássio	Solução aquosa.
Benzoato de sódio	Solução oral, xarope.	Peróxido de benzoílo + enxofre	Gel.
Bicarbonato de sódio	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução aquosa.	Pirazinamida	Suspensão oral.
Biotina	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope.	Pirimetamina	Cápsulas, papéis medicamentosos.
Captopril	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope.	Podofilino	Gel, pomada, solução alcoólica, solução oleosa.
Carbamazepina	Suspensão oral.	Prednisolona	Suspensão oral.
Carvedilol	Cápsulas, papéis medicamentosos, suspensão oral.	Prednisona	Suspensão oral.
Cetoconazol	Suspensão oral.	Propiltiouracilo	Suspensão oral.
Citrato de sódio di-hidratado + ácido cítrico mono-hidratado.	Solução oral.	Resorcina + ácido salicílico	Solução alcoólica.
Cloreto de potássio	Solução oral, xarope.	Riboflavina	Cápsulas, papéis medicamentosos, suspensão oral.
Cloridrato de amiodarona	Suspensão oral.	Sais de zinco	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope.
Cloridrato de arginina	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope.	Solução de Albright	Solução oral.
Cloridrato de diltiazem	Solução oral, xarope.	Solução de Joulie	Solução oral.
Cloridrato de piridoxina	Solução oral, xarope.	Solução de Shohl	Solução oral.
Cloridrato de propranolol	Solução oral, xarope.	Sulfato de hidroxicloroquina	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral.
Cloridrato de ranitidina	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope.	Tintura de alcatrão mineral + óxido de zinco	Loção aquosa, loção hidroalcoólica.
Cloridrato de tetraciclina	Solução oral, xarope.	Tocopherol	Cápsulas, papéis medicamentosos.
Cloridrato de verapamil	Solução oral.	Trimetoprim	Suspensão oral, xarope.
Coaltar saponinado	Tintura.	Ureia	Gel, pomada.
Ditranol + ácido salicílico + óxido de zinco + amido.	Pasta.	Valina	Cápsulas, papéis medicamentosos.
Ditranol + alcatrão mineral + óxido de zinco + amido.	Pasta.		
Enxofre (precipitado ou sublimado).	Creme, loção, pomada.		
Espironolactona	Suspensão oral.		
Etambutol	Cápsulas, papéis medicamentosos.		
Etinilestradiol	Solução oral.		
Fenitoína	Suspensão oral, xarope.		
Fenobarbital	Suspensão oral.		
Fenol	Solução aquosa.		
Fosfato de sódio dibásico anidro	Cápsulas, papéis medicamentosos.		
Fosfato sódico de riboflavina	Solução oral.		
Furosemida	Solução oral, suspensão oral.		
Griseofulvina	Suspensão oral.		
Hidrato de cloral	Solução oral.		
Hidroclorotiazida	Suspensão oral.		
Hidrocortisona	Suspensão oral.		
Hidroquinona	Creme, gel.		
Hidroquinona + a-hidroxiácidos + ácido retinóico + hidrocortisona.	Creme, gel.		
Hidroquinona em associação com ácido glicólico e ou ácido kójico e ou ácido fítico.	Creme, gel, pomada.		
Iodeto de potássio	Solução oral.		
Iodo	Solução aquosa, solução alcoólica, solução hidroglicérica.		
Isoleucina	Cápsulas, papéis medicamentosos.		
Lamotrigina	Suspensão oral.		

204053542

Anexo XV

Ficha de preparação de manipulados

(Carimbo da Farmácia)

Ficha de Preparação

Medicamento: _____

Teor em substância(s) activa(s): 100 g (ml ou unidades) contêm _____ g (ml) de _____

Forma farmacêutica: _____ Data de preparação: _____

Número do lote: _____ Quantidade a preparar: _____

Matérias-primas	Nº do lote	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100 g (ou mL ou unidades)	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data

Preparação

	Rubrica do operador
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Rubrica do Director Técnico

Data

Anexo XV

Ficha de preparação de manipulados (continuação)

7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	

Aparelhagem usada:

Embalagem

Tipo de embalagem _____

Capacidade do recipiente _____

Material de embalagem	Nº do lote	Origem

Operador: _____

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

Anexo XV

Ficha de preparação de manipulados (continuação)

Prazo de utilização e condições de conservação

Condições de conservação:	Operador: _____
Prazo de utilização:	Operador: _____

Rotulagem

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

Modelo de rótulo

Identificação da Farmácia Identificação do Director-Técnico Endereço e telefone da Farmácia	Identificação do Médico prescritor Identificação do Doente
DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO	
<i>Teor em substância(s) activa(s)</i> <i>Quantidade dispensada</i> <i>Referência a matérias-primas cujo conhecimento seja eventualmente necessário para a utilização conveniente do medicamento</i> <i>Via de administração</i> <i>Uso externo (caso se aplique) (em fundo vermelho)</i>	<i>Data da preparação</i> <i>Prazo de utilização</i> <i>Condições de conservação</i> <i>Nº do lote</i> <i>Manter fora do alcance das crianças</i> <i>Advertências (precauções de manuseamento, etc.)</i>

Operador: _____

Verificação

Ensaio	Especificação	Resultado	Rubrica do Operador

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

Anexo XV

Ficha de preparação de manipulados (continuação)

Ensaio	Especificação	Resultado	Rubrica do Operador

Aprovado Rejeitado

Supervisor _____ / /

Nome e morada do doente

Nome do prescriptor

Anotações

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

Anexo XVI

Folha de cálculo dos preços dos manipulados

Cálculo do preço de venda

MATÉRIAS-PRIMAS:

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

HONORÁRIOS DE MANIPULAÇÃO:

forma farmacêutica preparada	quantidade	valor
subtotal B		

MATERIAL DE EMBALAGEM:

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

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

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

subtotal F (C + D + E)

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

+ IVA

TOTAL

Operador _____

Supervisor _____

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