



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Caraterização do perfil de consumo de benzodiazepinas na Cova da Beira

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

Joana Marques Carvalho

Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas
Ciclo de estudos integrado

Orientador: Prof. Doutora María Eugenia Gallardo Alba
Co-orientador: Doutora Marina Nogueira

Covilhã, Junho de 2012

Dedicatória

Aos meus pais que sempre acreditaram em mim e nunca me deixaram desistir. O seu exemplo de dedicação, amor e coragem foram a minha força ao longo destes 5 anos.

À minha tia Luísa que, esteja onde estiver, terá com certeza um enorme orgulho em mim.

Aos meus avós e restante família por toda a paciência e força que sempre me transmitiram.

Ao Daniel pela ajuda que me deu nos gráficos e por me ouvir pacientemente todas as noites e me fazer ver sempre o lado positivo das situações.

Agradecimentos

À minha Professora e Orientadora Prof. Doutora Eugenia Gallardo pela dedicação, paciência, disponibilidade e confiança que sempre me transmitiu ao longo deste trabalho.

À Farmácia São Cosme pela disponibilidade total aquando da realização dos inquéritos e por todo o conhecimento transmitido durante o estágio.

Resumo

O presente trabalho está dividido em dois capítulos: Capítulo I - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária e Capítulo II - Caracterização do perfil de consumo de benzodiazepinas na Cova da Beira.

O Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária está subdividido em várias áreas respeitantes aos medicamentos e sua dispensa, ao aconselhamento farmacêutico, à manipulação de medicamentos, determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos e à contabilidade e gestão. O estágio em farmácia comunitária permitiu-me conhecer mais e melhor as verdadeiras funções e competências de um farmacêutico. Mostrou-me que o farmacêutico, enquanto profissional de saúde tem um papel determinante no aconselhamento do utente, tendo o poder de modificar hábitos, transmitir conhecimentos, dar segurança na utilização dos medicamentos e de outros produtos de saúde e indicar, em cada situação, qual o melhor tratamento.

O projeto de investigação consistiu na caracterização do perfil de consumo de benzodiazepinas na Cova da Beira. Esta é uma região do interior marcadamente desfavorecida que propicia o consumo deste tipo de fármacos. Assim, registou-se um elevado consumo de fármacos com indicações para a ansiedade, perturbações do sono e depressão. As mulheres são o género que mais consome estes medicamentos (58,9%). São as faixas etárias mais jovens as que mais consomem medicação para a ansiedade enquanto as mais velhas consomem medicação para perturbações do sono.

De entre as benzodiazepinas, as mais consumidas apresentam ação ansiolítica (93%) e, dentro destas, as com ação intermédia são as mais utilizadas (62,5%). O alprazolam é a benzodiazepina com duração de ação intermédia mais utilizada (68%) sendo o diazepam a mais consumida (36,7%) dentro das com duração de ação prolongada. No que respeita às com ação hipnótica, o brotizolam é o mais consumido.

A grande maioria dos inquiridos tem acesso a este tipo de medicação através da prescrição médica (81,8%).

Perante estes resultados constata-se que existe uma percentagem significativa da população da Cova da Beira que consome estes fármacos e que é necessário um maior controlo sobre a utilização dos mesmos.

Palavras-chave

Estágio, Farmácia Comunitária, benzodiazepinas, indicadores de consumo, Cova da Beira.

Abstract

The present work is divided in two chapters: Chapter I - Report from the stage in community pharmacy and Chapter II - Characterization of the consumption profile of benzodiazepines in the Cova da Beira region.

The report from the stage on the community pharmacy is subdivided in several areas, concerning the drug and its dispensation, pharmacist's counseling, handling of the drugs, biochemistry and physiological parameters, and pharmacy management. The stage on the community pharmacy allowed me to learn about the real functions and skills of the pharmacist. It showed me that the pharmacist, as an health professional, has a key role in counseling the patients, having the power to change habits, transmit knowledge, give security on drug and other health-related products use, and inform, which is the best treatment for each particular situation.

The research project consisted in the characterization of the consumption profile of benzodiazepines in the Cova da Beira region. This is a countryside area markedly underprivileged which promotes the consumption of these kinds of drugs. Thus, we observed high consumption of drugs indicated for anxiety, sleep disturbances and depression. Women are the ones who consume more of those drugs (58,9%). Furthermore, young people consume more anxiety drugs, while the older people consume medication for sleep disturbances.

Among benzodiazepines, the most consumed present an anxiolytic action (93%) and from these, those with an intermediate half-life are the most used (62,5%). Alprazolam is the most used intermediate half-life benzodiazepine (68%), being diazepam the most consumed (36,7%) amongst those presenting long half-life. In what concerns the benzodiazepines with hypnotic action, brotizolam is the most consumed compound.

The majority of the inquired have access to this type of drug through physician prescription (81,8%).

Considering these results, we realized that a significant percentage of population from Cova da Beira consumes these drugs, and a bigger control on their usage seemed necessary.

Keywords

Stage, community pharmacy, benzodiazepines, consumption indicators, Cova da Beira

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice	xi
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Acrónimos	xix
Capítulo I - Relatório de estágio em Farmácia Comunitária	1
1. Introdução	2
2. Instalações e Equipamentos	3
2.1 Instalações gerais	3
2.2 Sistema informático	5
2.3 Fontes de informação	5
3. Recursos Humanos	6
4. Medicamentos e Outros Produtos de Saúde	6
4.1 Aquisição de medicamentos e outros produtos de saúde	6
4.2 Entrada de mercadorias	7
4.3 Armazenamento	9
4.4 Controlo e registo de psicotrópicos e estupefacientes	9
5. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento	10
6. Cedência de Medicamentos	10
6.1 Receção da prescrição e confirmação da sua validade/autenticidade	11
6.2 Interpretação da prescrição pelo farmacêutico	11
6.3 Obtenção e cedência do medicamento/produto prescrito	12
6.4 Cedência de medicamentos em automedicação e indicação farmacêutica	13
6.5 Subsistemas de saúde e entidades de comparticipação	13
6.6 Cedência de medicamentos manipulados	14
6.7 Conferência do receituário	14
7. Manipulação de Medicamentos	15
7.1 Instalações e equipamentos para manipulação de medicamentos	15
7.2 Documentação e registo dos medicamentos manipulados	15
7.3 Preparação de medicamentos manipulados e preparações extemporâneas	16
7.4 Garantia de qualidade dos medicamentos manipulados	17

8. Aconselhamento e Dispensa de Outros Produtos de Saúde	17
8.1 Produtos de dermocosmética, cosmética e higiene	17
8.2 Produtos dietéticos para alimentação especial e infantil	17
8.3 Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	18
8.4 Homeopatia	18
8.5 Medicamentos e produtos de uso veterinário	18
8.6 Dispositivos médicos	19
9. Uso Racional do Medicamento	19
10. Farmacovigilância	20
11. Determinação de Parâmetros Bioquímicos e Fisiológicos	20
11.1 Pressão arterial	21
11.2 Peso, altura e índice de massa corporal	21
11.3 Glicemia capilar	22
11.4 Colesterol total e triglicéridos	22
11.5 Ácido úrico	23
12. Administração de Medicamentos	23
13. Contabilidade e Gestão	23
13.1 Gestão de recursos humanos	23
13.2 Processamento do receituário e faturação	24
13.3 Documentos contabilísticos	25
13.4 IRS, IRC e IVA no contexto da farmácia comunitária	25
14. Conclusão	26
Capítulo II - Caracterização do perfil de consumo de benzodiazepinas na Cova da Beira	27
1. Introdução	28
1.1 Propriedades químicas	28
1.2 Farmacologia	29
1.2.1 Ácido gama-aminobutírico	29
1.2.2 Mecanismo de ação	29
1.3 Farmacocinética	30
1.3.1 Absorção	30
1.3.2 Distribuição	31
1.3.3 Metabolismo	31
1.3.4 Eliminação	33
1.4 Classificação das benzodiazepinas	33
1.5 Indicações Terapêuticas	34
1.6 Posologia	35
1.7 Interações Medicamentosas	35
1.8 Reações Adversas	36
1.9 Contraindicações	36

1.10 Tolerância e Dependência	36
1.11 Sobredosagem	37
2. Justificação do Tema e Objetivos	38
2.1 Objetivos	38
3. Métodos	40
3.1 Seleção da amostra	40
3.2 Material e Métodos	40
3.3 Critérios de inclusão e exclusão	41
4. Resultados e Discussão	42
4.1 Caracterização da amostra	42
4.2 Uso de medicação para indicações como ansiedade, perturbações do sono ou depressão	45
4.3 Acesso à medicação	50
4.4 Posologia	52
4.5 Exemplos da medicação tomada	53
4.6 Renovação da receita médica	57
5. Conclusão	60
Referências Bibliográficas	62
Anexos	66

Lista de Figuras

Figura 1 - Estrutura geral das benzodiazepinas, sendo R1, R2, X e Y são radicais	29
Figura 2 - Vias metabólicas das principais benzodiazepinas	32
Figura 3 - Distribuição dos inquiridos segundo o género	42
Figura 4 - Distribuição dos inquiridos segundo a faixa etária	42
Figura 5 - Distribuição dos inquiridos segundo o grupo profissional	44
Figura 6 - Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil	45
Figura 7 - Distribuição dos inquiridos relativamente ao uso de medicação para indicações como ansiedade, perturbações do sono ou depressão	46
Figura 8 - Distribuição, por género, relativamente ao uso de medicação para indicações como ansiedade, perturbações do sono ou depressão	47
Figura 9 - Distribuição dos inquiridos relativamente ao uso de medicação para indicações como ansiedade, perturbações do sono ou depressão nos últimos 12 meses	48
Figura 10 - Distribuição dos inquiridos segundo os diversos meios de acesso à medicação	51
Figura 11 - Distribuição dos inquiridos segundo a quantidade de comprimidos que tomam por dia	52
Figura 12 - Distribuição dos inquiridos relativamente à administração da medicação	53
Figura 13 - Distribuição dos inquiridos segundo os exemplos de medicação referidos	54
Figura 14 - Distribuição das benzodiazepinas segundo o seu tipo de ação	54
Figura 15 - Distribuição das benzodiazepinas ansiolíticas segundo o seu tempo de ação	55
Figura 16 - Distribuição das benzodiazepinas ansiolíticas segundo o tempo de ação	56
Figura 17 - Distribuição das benzodiazepinas hipnóticas segundo a sua duração de ação	57
Figura 18 - Distribuição dos inquiridos relativamente à visita ao médico para renovação da receita	58
Figura 19 - Distribuição dos inquiridos relativamente ao motivo da não renovação da receita médica	59

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Valores de referência para a PA	21
Tabela 2 - Valores de referência do IMC	22
Tabela 3 - Tempo de semivida das principais benzodiazepinas	33
Tabela 4 - Relação entre o uso de medicação para ansiedade, perturbações do sono ou depressão e a faixa etária	49
Tabela 5 - Relação entre a medicação tomada e o grupo profissional	50

Lista de Acrónimos

AINEs	Anti-inflamatórios não esteróides
ANF	Associação Nacional das Farmácias
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária
BZDs	Benzodiazepinas
DCI	Designação Comum Internacional
DT	Diretor Técnico
FIFO	<i>First in, first out</i>
GABA	Ácido gama-aminobutírico
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
IRC	Imposto de Rendimento de pessoas Coletivas
IRS	Imposto de Rendimento de pessoas Singulares
IVA	Imposto de Valor Acrescentado
MNSRM	Medicamentos não sujeitos a receita médica
MSRM	Medicamentos sujeitos a receita médica
-NO ₂	Grupo nitro
OICE	Organização Internacional de Controlo de Estupefacientes
PA	Pressão Arterial
PMA	Preço Máximo Autorizado
PON	Procedimentos Operativos Normalizados
PSA	Antigénio Prostático Específico
PT	Prontuário Terapêutico
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
RCM	Resumo das Características dos Medicamentos
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico

Capítulo I

Relatório de estágio em Farmácia Comunitária

1. Introdução

O trabalho em Farmácia Comunitária representa, por excelência, a atividade do farmacêutico. A relação de proximidade entre o utente e o farmacêutico, no qual deposita a sua confiança, exige deste profissional de saúde uma enorme responsabilidade, ética profissional e uma constante atualização dos conhecimentos técnicos e científicos, visando sempre a promoção da saúde e a prevenção da doença.

O estágio curricular é um marco muito importante na vida, tanto a nível profissional como pessoal. É através deste que temos a oportunidade de articular os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo destes cinco anos académicos com a verdadeira prática profissional.

O presente relatório retrata resumidamente a minha experiência e aprendizagem no âmbito da Farmácia Comunitária, caracterizando o funcionamento desta e o papel do Farmacêutico Comunitário, não só enquanto especialista do medicamento mas também enquanto agente de saúde pública. O meu estágio foi realizado na Farmácia São Cosme, na Covilhã.

2. Instalações e Equipamentos

2.1 Instalações gerais

A Farmácia São Cosme localiza-se na Covilhã. No exterior da farmácia encontra-se uma cruz verde iluminada, uma placa com a designação da farmácia e o nome do Diretor Técnico (DT), informação sobre o horário da farmácia, uma folha informativa que assinala as farmácias do município em regime de serviço permanente/disponibilidade e respetiva localização e forma de contactar com o farmacêutico responsável e a descrição dos serviços farmacêuticos prestados pela farmácia bem como o respetivo preço. A Farmácia São Cosme é associada da Associação Nacional das Farmácias (ANF).

A Farmácia São Cosme, nos dias úteis, funciona em horário contínuo das 9h às 19:30h e, aos sábados, funciona das 9h às 13h. Uma vez por semana faz serviço permanente.

A montra da farmácia encontra-se decorada com motivos alusivos, normalmente, a produtos sazonais. A montra constitui o primeiro contato comercial com o utente.

A organização da farmácia é feita tendo em conta a otimização do espaço disponível, de modo a maximizar a área de arrumação e a garantir o movimento, comodidade e privacidade dos utentes, de acordo com a Deliberação nº 2473/2007, de 28 de Novembro. (1) Assim, a área funcional da farmácia pode ser dividida em 8 espaços diferentes:

Sala de Atendimento ao Público

Apresenta-se como um espaço bastante funcional que permite ao utente movimentar-se facilmente e ter uma boa visibilidade de todos os produtos expostos. Nesta sala existem quatro balcões de atendimento individualizados que permitem um atendimento mais personalizado e confidencial.

Os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), suplementos alimentares e produtos de dermocosmética encontram-se atrás dos balcões de atendimento, dispostos em lineares para fácil acesso visual dos utentes. Existem também armários e gavetas onde são arrumados outros MNSRM, bem como pílulas, compressas, ligaduras, seringas, entre outros. Distribuídos em lineares e expositores circundantes à zona de atendimento encontram-se mais produtos de dermocosmética, de higiene oral e capilares, produtos de puericultura e de alimentação infantil, dispositivos médicos ortopédicos e produtos naturais.

Na sala de atendimento ao público são também disponibilizadas cadeiras para os utentes e/ou acompanhantes e um suporte com folhetos informativos, publicações periódicas e revistas de distribuição gratuita.

Nesta área existe também um postigo de atendimento a usar quando a farmácia se encontra em serviço permanente.

Gabinete de Atendimento Personalizado

Segundo as Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária (BPF) deve “existir uma sala de consulta farmacêutica que permita um diálogo em privado e confidencial com o doente”. Este gabinete serve também para a realização de outros serviços farmacêuticos como a determinação de parâmetros bioquímicos (glicemia, colesterol total, triglicéridos, ácido úrico e antigénio prostático específico (PSA)) bem como a administração de vacinas.

Área de Armazenamento

A área de armazenamento é contígua à sala de atendimento. Nesta encontram-se os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), os quais são arrumados em armários com gavetas deslizantes de acordo com a forma farmacêutica e/ou fim a que se destina (comprimidos, supositórios, pomadas, gotas, colírios, pomadas oftálmicas, injetáveis, transdérmicos, medicamentos veterinários, medicamentos ginecológicos, carteiras e ortopédicos) e, dentro dessa, por ordem alfabética e, depois, por dosagem.

Esta área possui também basculantes onde são armazenados xaropes, dispositivos de auto vigilância da *Diabetes Mellitus*, pós, loções, entre outros. Existe também um sistema de frio (frigorífico) onde são arrumados os medicamentos e dispositivos médicos que requerem armazenamento entre 2 e 8°C.

No primeiro andar existe uma outra sala de armazenamento onde estão os excedentes dos *stocks*, os quais se encontram arrumados em prateleiras por ordem alfabética.

Espaço de Conferência de Encomendas

Esta sala possui uma bancada, para disposição dos produtos a dar entrada, um computador, que se destina à receção das encomendas, um dispositivo de leitura ótica, uma impressora de etiquetas, uma impressora normal e uma fotocopiadora

Laboratório

É neste local que se preparam os medicamentos manipulados, as preparações extemporâneas e se armazenam as matérias-primas.

O laboratório está equipado com uma bancada de trabalho lisa e facilmente lavável e com o equipamento exigido na Deliberação nº1500/2004, de 7 de Dezembro. (2)

Neste local também se encontram os *dossiers* destinados a arquivar as Fichas de Preparação de Medicamentos Manipulados, os Registos de Movimento das Matérias-primas, as Fichas de Segurança das Matérias-primas, os Boletins Analíticos e os Registos de Calibração dos Aparelhos de Medição e, ainda, livros para consulta (“Farmacopeia Portuguesa IX”, “Formulário Galénico Português” e Legislação Farmacêutica compilada do INFARMED).

Gabinete da Direção Técnica

Este gabinete constitui um espaço onde se trata de vários aspetos relativos à gestão da farmácia. Este espaço possui também uma vasta biblioteca à qual toda a equipa pode recorrer em caso de necessidade.

Instalações Sanitárias

A farmácia dispõe de uma casa de banho para uso dos funcionários e outra para uso dos utentes da farmácia.

2.2 Sistema informático

O sistema informático instalado na farmácia é o Sifarma 2000 da ANF. Este sistema permite: realização de vendas durante o atendimento (com e sem prescrição médica), elaboração, transmissão e receção de encomendas; impressão de códigos de barras; gestão de *stocks*; gestão de lotes por faturar, gestão de utentes, gestão de produtos, entre outros. O Sifarma 2000 disponibiliza informação técnico-científica sobre os medicamentos bem como informação sobre o grupo homogéneo.

Todos os medicamentos e outros produtos de saúde existentes na farmácia possuem uma ficha própria neste programa, com diversas especificações inerentes ao produto, como, por exemplo, fornecedor, *stock* mínimo e máximo, prazo de validade, informações sobre entradas e saídas, entre outros.

2.3 Fontes de informação

A farmácia dispõe de uma vasta biblioteca a que toda a equipa técnica tem acesso, contendo as fontes de informação de acesso obrigatório no momento da cedência de medicamentos consideradas pelo BPF, tais como: Prontuário Terapêutico (PT), Resumo das Características dos Medicamentos (RCM). Dispõe também da Farmacopeia Portuguesa IX, Formulário Galénico Português, Índice Nacional Terapêutico, entre outros.

Existem também Procedimentos Operativos Normalizados (PON), tais como protocolos sobre a Gripe A.

3. Recursos Humanos

A equipa técnica da Farmácia São Cosme é constituída por 6 colaboradores: Dr. Carlos Tavares (Diretor Técnico e Proprietário), Dr.^a Ana Dulce Raposo (Farmacêutica Adjunta com funções de substituição), Dr.^a Marina Nogueira (Farmacêutica Adjunta), Dr.^a Alexandrina Tavares (Farmacêutica Adjunta), Sr. António Querido (Ajudante Técnico), D. Ilda Dias (Ajudante).

4. Medicamentos e Outros Produtos de Saúde

Os medicamentos são sujeitos a legislação específica. O Estatuto do Medicamento, de acordo com o Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de Agosto, estabelece o regime jurídico a que obedecem os medicamentos de uso humano, incluindo os medicamentos homeopáticos, os medicamentos radiofarmacêuticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas. (3)

Também se deve referir a existência de medicamentos genéricos, psicotrópicos e estupefacientes, preparações oficinais e magistrais (cujas normas a que devem obedecer a sua preparação e dispensa constam no Decreto-Lei nº 95/2004 de 22 de Abril), produtos para alimentação especial e dietéticos, produtos cosméticos e dermofarmacêuticos, dispositivos médicos e medicamentos e produtos de uso veterinário. (4)

4.1 Aquisição de medicamentos e outros produtos de saúde

A aquisição de medicamentos e outros produtos de saúde pode ser realizada por aquisição direta aos laboratórios ou aos armazenistas.

A seleção de um fornecedor é um parâmetro muito importante ao nível da gestão farmacêutica. O melhor fornecedor será aquele que oferece melhores condições financeiras, prazos de entrega mais curtos, de modo a evitar problemas de ruturas de *stocks* e insatisfação dos utentes. Deve também garantir boas bonificações.

As encomendas diárias da farmácia são realizadas através dos armazenistas de distribuição, que apresentam mais facilidade de contato e maior rapidez na prestação de serviços. A Farmácia São Cosme trabalha com três fornecedores: a Plural, a Alliance e a Udifar.

As encomendas diretas aos laboratórios são feitas para alguns medicamentos e produtos de saúde de maior rotatividade e, nos quais existem boas bonificações e descontos. No caso da Farmácia São Cosme, são realizadas encomendas, nomeadamente, de produtos de dermocosmética e puericultura. Uma vez que este tipo de encomendas obriga a um maior investimento por parte da farmácia, importa saber qual o consumo destes produtos durante o mesmo período do ano anterior, a evolução do consumo ao longo dos meses e a exposição dos produtos nos media.

A encomenda diária aos fornecedores é realizada através do Sifarma 2000. Este gera uma proposta de encomenda a cada fornecedor com base no *stock* mínimo e máximo e na sua rotatividade. Essa proposta pode ser aprovada ou alterada quando se prevê uma necessidade superior ou inferior ao normal ou mesmo, quando existem bonificações noutros fornecedores que tornem a encomenda de certos medicamentos mais vantajosa. Na Farmácia São Cosme as encomendas são enviadas três ou quatro vezes por dia, dependendo das necessidades da farmácia.

As encomendas também podem ser efetuadas telefonicamente quando é necessário pedir algum produto que não se encontra disponível na farmácia naquele momento. A Plural e a Udifar disponibiliza um *software* (“Stock Checker” e “Stocks Online”, respetivamente) que informa se o medicamento está disponível no armazém, qual o seu preço e o tempo de entrega.

Quando a encomenda é realizada diretamente ao laboratório, normalmente através de um delegado de informação médica, é preenchida uma nota de encomenda em duplicado em que o original é entregue ao delegado e o duplicado arquivado na farmácia para posterior conferência com a fatura que acompanhará a encomenda.

4.2 Entrada de mercadorias

A correta receção da encomenda é importante para gerir eficazmente o *stock* da farmácia.

Para iniciar a receção de uma encomenda seleciona-se no Sifarma 2000 a opção “Receção de Encomendas”, onde estão presentes todas as encomendas que foram enviadas mas que ainda não foram rececionadas. Após selecionar a encomenda pretendida e identifica-la com o número da fatura correspondente, inicia-se a leitura ótica dos produtos. Durante este processo, deve avaliar-se o estado de conservação do produto, conferir as quantidades

enviadas com as encomendadas, verificar-se o prazo de validade de cada um e o preço. O prazo de validade deve ser alterado sempre que o *stock* esteja a zero ou o prazo de validade constante na ficha do produto seja superior ao do produto rececionado.

Sempre que um produto tenha bonificações estas têm de vir referidas na fatura. Quanto ao Sifarma 2000, este alerta automaticamente se os produtos rececionados correspondem a um bónus quando estes ultrapassam a quantidade encomendada.

Após a leitura ótica dos produtos, conferem-se os preços de custo unitário e preços de venda ao público (PVP) presentes no Sifarma 2000 com os constantes na fatura, tendo em atenção para que os produtos de PVP fixo não se encontrem acima do preço máximo autorizado (PMA).

Alguns produtos farmacêuticos, como os MNSRM, os produtos de dermocosmética, os suplementos alimentares, produtos de puericultura, entre outros, apresentam apenas o preço de custo mas não o PVP definido. Assim, este deve ser calculado e marcado na farmácia. O cálculo deste PVP é feito através da multiplicação do preço de custo do produto pela margem legal de lucro da farmácia e pelo imposto de valor acrescentado (IVA). O Sifarma 2000 tem a vantagem de fazer este cálculo automaticamente, bastando para isso introduzir o preço de custo e a margem de lucro.

Na receção de matérias-primas, para além de se verificar o estado da embalagem, estas devem vir acompanhadas de um boletim analítico no qual se deve confirmar o nome do produto, o número de lote, o prazo de validade e a conformidade com as especificações pré-estabelecidas.

No decorrer da receção da encomenda podem ser detetadas algumas irregularidades, tais como prazos de validade demasiado curtos, embalagens danificadas ou produtos trocados. Nestas situações, deve ser efetuada uma reclamação telefonicamente ao fornecedor para, assim, se estabelecer a melhor forma de resolver o problema, nomeadamente, dar entrada do produto para, de seguida, emitir uma nota de devolução a enviar para o fornecedor.

Quando se verifica a existência de produtos esgotados estes devem ser identificados como tal na ficha do produto e entrarem numa proposta de encomenda de “Produtos descontinuados”. Os produtos em falta num determinado fornecedor são transferidos para uma encomenda de um outro fornecedor. Se existir algum produto “retirado”, “redimensionado” ou “descontinuado” deve alterar-se o *stock* mínimo e máximo para zero e colocá-los inativos na ficha do produto.

Finalmente termina-se a encomenda e arquiva-se a fatura num *dossier* específico para cada fornecedor.

4.3 Armazenamento

O armazenamento é feito tendo em conta o espaço disponível, a facilidade de procura e as condições de conservação dos produtos, como a humidade, a luminosidade e a temperatura. Estas condições devem ser adequadas para não interferirem com a estabilidade dos produtos e, assim, comprometer a sua qualidade e segurança. Assim, e para assegurar que os produtos são armazenados em condições ótimas de humidade e temperatura, a farmácia possui termohigrómetros nas zonas de armazenamento e no frigorífico, que registam continuamente estas condições. Mensalmente os dados são impressos em gráficos e arquivados num *dossier*.

O armazenamento deve respeitar a regra do “*First in, first out*” (FIFO), para que o produto com o prazo de validade mais curto seja o primeiro a sair.

4.4 Controlo e registo de psicotrópicos e estupefacientes

Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos estão sujeitos a legislação específica, de acordo com o Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro e as posteriores alterações. (5)

Durante o processamento informático das receitas de psicotrópicos e estupefacientes é necessário introduzir no sistema os dados identificativos relativos ao utente (nome e morada), ao médico prescritor (nome) e ao adquirente (nome, morada, número do bilhete de identidade e idade) no caso de não ser o próprio utente.

Após o processamento da receita é emitido um documento em duplicado que deve ser arquivado juntamente com uma cópia da receita. Os duplicados das receitas devem ser guardados na farmácia, pelo menos, durante três anos. De três em três meses é necessário enviar para o Infarmed uma listagem com as entradas e saídas de psicotrópicos e estupefacientes e, ao final do ano, é necessário enviar um balanço com todas as entradas e saídas deste tipo de medicamentos.

Em relação às requisições de psicotrópicos, estas devem ser guardadas durante três anos, sendo que uma delas é guardada na farmácia e o duplicado é guardado pelo fornecedor.

As entradas destes medicamentos têm de ser sempre identificadas com o número da fatura correspondente.

5. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento

A interação farmacêutico-utente-medicamento é um dos pontos mais importantes da atividade farmacêutica. O farmacêutico, para além de transmitir os seus conhecimentos na área do medicamento, deve conseguir ser suficientemente próximo do utente para estabelecer com ele uma relação de confiança e destacar-se como um elo de ligação entre o utente e o medicamento, uma vez que é, muitas vezes, o primeiro profissional de saúde a quem o utente recorre ou o último contato entre a prescrição e a toma do medicamento.

O farmacêutico deve promover o uso racional, seguro e eficaz do medicamento. Neste sentido, a comunicação é de extrema importância, devendo o farmacêutico falar de forma clara e simples, adaptada a cada utente e situação, para se assegurar que o utente esclareceu todas as suas dúvidas e recebeu e percebeu todas as informações necessárias para a adesão ao tratamento.

Durante o estágio pude constatar a enorme importância que a comunicação representa na qualidade do serviço farmacêutico. Aprendi que devemos estar sempre disponíveis para o utente, receptivos e sabermos colocar as questões corretas para percebermos os seus problemas. Outro ponto importante é complementar a informação oral com a escrita (no caso de os utentes não saberem ler, deverão usar-se símbolos de fácil compreensão), e tentar perceber se o utente apreendeu toda a informação prestada.

6. Cedência de Medicamentos

Uma das atividades mais importantes que um farmacêutico pode desempenhar é, sem dúvida, a dispensa de medicamentos. Esta pode realizar-se mediante a apresentação de uma receita médica ou em automedicação (indicação farmacêutica). A maioria dos utentes que recorre à farmácia apresenta uma receita médica. Assim, deste modo, durante a cedência, o farmacêutico tem a obrigação de prestar toda a informação necessária e adequada ao doente, esclarecendo todas as dúvidas que possam surgir. A qualidade deste serviço é fundamental para a adesão e cumprimento da terapêutica.

6.1 Receção da prescrição e confirmação da sua validade/autenticidade

As receitas médicas seguem o modelo oficial, em suporte papel, com preenchimento manual ou informático, aprovado pela Portaria nº 198/2011, de 18 de Maio. As receitas podem apresentar uma validade de 30 dias ou de 6 meses após a data da prescrição. (6) Antes de dispensar os medicamentos o farmacêutico deve confirmar a validade/autenticidade da receita médica, verificando a conformidade de um conjunto de informações:

- Identificação do utente;
- Identificação do médico prescriptor;
- Identificação da entidade responsável pelo pagamento e do regime especial de comparticipação;
- Identificação do local de prescrição;
- Identificação dos medicamentos prescritos: designação do medicamento (denominação comum internacional (DCI), marca, genérico), dosagem (quando não é referida é dispensada a menor), forma farmacêutica, dimensão das embalagens (quando não é referida é dispensada a menor), posologia e número de embalagens (a receita não pode conter mais de quatro medicamentos distintos, num máximo de quatro embalagens e não mais de duas embalagens de um mesmo medicamento, exceto se o medicamento se apresentar em dose unitária ou for um psicotrópico);
- Interpretar o tipo de tratamento e as intenções do prescriptor;
- Identificação de portarias ou despachos, se aplicável;
- Data de prescrição;
- Assinatura do médico prescriptor;
- Autorização ou não da cedência de um medicamento genérico;

Durante o estágio constatei que algumas receitas não cumpriam alguns desses parâmetros, nomeadamente a ausência da assinatura do médico prescriptor, validade expirada, etc. Nestes casos, deve informar-se o utente da existência destas irregularidades, devolvendo-lhes a receita para que seja realizada a sua correção.

6.2 Interpretação da prescrição pelo farmacêutico

O farmacêutico tem o dever de ter sempre uma postura crítica e interpretativa da receita bem como um espírito interventivo. Assim, o farmacêutico deve procurar associar a necessidade do medicamento com o utente, bem como a sua posologia e modo de administração. Para a obtenção desta informação, o farmacêutico deve colocar questões

chave ao utente, ao prescritor (caso surjam dúvidas ou seja necessária mais informação), bem como procurar informação em farmacopeias, PT, etc.

6.3 Obtenção e cedência do medicamento/produto prescrito

A dispensa de medicamentos é a atividade mais importante do ato farmacêutico ao nível da farmácia de oficina.

Depois de validada a receita médica, o farmacêutico deve verificar se a farmácia possui todos os medicamentos prescritos, nas quantidades desejadas. Se por algum motivo a farmácia não possuir determinado medicamento ou o *stock* não for suficiente para satisfazer as quantidades indicadas na receita médica, o farmacêutico deve combinar com o doente a melhor forma para gerir a falta da medicação. Normalmente, o medicamento necessário é pedido a um dos fornecedores habituais da farmácia. Se for possível alterar a prescrição, por exemplo de um medicamento de marca para um genérico ou um genérico de um determinado laboratório para um de outro laboratório (caso o médico autorize a substituição e o doente não se importe), o farmacêutico deve dispensar de imediato toda a prescrição contida na receita médica.

No processo de cedência de medicamentos pode ocorrer a necessidade de se efetuar uma venda suspensa quando a receita médica não é totalmente dispensada ou quando é conhecida a história clínica do doente e não pode ser interrompida a medicação, sendo a receita entregue posteriormente. As vendas a crédito destinam-se aos utentes com conta corrente na farmácia.

Uma vez selecionados os medicamentos corretos, procede-se à leitura ótica dos códigos de barras e introduz-se o código informático referente ao organismo do qual o utente é beneficiário, prestando atenção à existência de portarias ou despachos. Todos estes dados são impressos no verso da receita juntamente com os códigos de barras dos medicamentos cedidos.

Durante a cedência é prestada toda a informação oral de forma clara e simples, e informação escrita, confirmando se o utente entendeu. No final, verifica-se se a receita foi bem aviada e pede-se ao utente que assine como prova da dispensa dos medicamentos.

6.4 Cedência de medicamentos em automedicação e indicação farmacêutica

A farmácia é, muitas vezes, o local de primeira escolha do utente para resolver ou tentar resolver os seus problemas de saúde. Assim, o farmacêutico deverá saber identificar e despistar situações passíveis de automedicação, distinguindo situações de menor gravidade e autolimitadas de outras mais graves e que requerem o encaminhamento para o médico.

O Despacho n.º 17690/2007, de 10 de Agosto aprova, em termos legais, a lista de situações passíveis de automedicação. (7) Assim, o farmacêutico tem o dever de averiguar se todos os utentes que se dirigem à farmácia para procurar ajuda estão em situação de automedicação. Para isso, podem levantar-se uma série de questões chave, como por exemplo, perguntar ao utente quais são os seus sintomas, qual a sua intensidade e há quanto tempo surgiram, se apresenta outras patologias, se toma medicamentos cronicamente, se já tomou algumas medidas terapêuticas, etc.

Tendo em consideração que nenhum medicamento é inócuo, o farmacêutico deve fazer uma análise racional da relação benefício-risco e, assim, aconselhar o esquema terapêutico mais eficaz e seguro para o utente. O esquema terapêutico pode ser constituído por medidas farmacológicas e não farmacológicas.

As situações que o farmacêutico julgue não serem passíveis de automedicação ou que necessitem de um diagnóstico médico devem ser encaminhadas para o médico.

No final do processo de indicação farmacêutica o farmacêutico deve aconselhar o doente para que volte à farmácia para, deste modo, se poderem avaliar os resultados clínicos da intervenção farmacêutica.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de ceder medicamentos em automedicação/indicação farmacêutica para várias as situações, nomeadamente, de gripe/constipação, rinorreia, tosse, alergias, congestão nasal, etc.

6.5 Subsistemas de saúde e entidades de participação

A maioria das receitas médicas que chegam à farmácia é de utentes beneficiários do SNS. Dentro deste, os utentes podem beneficiar de diferentes regimes de participação: regime geral, para todos os utentes do SNS; regime especial, para pensionistas e pensionistas da indústria dos lanifícios (segundo o Despacho n.º6/2011, que determina que os utentes portadores de receitas médicas com referência expressa ao “Despacho n.º6/2011” passarão a usufruir de uma participação de 100% do PVP dos medicamentos participados pelo

SNS); doentes portadores de doenças profissionais, doentes crónicos especiais, como de lúpus e doentes pertencentes ao protocolo da Diabetes (a comparticipação pelo estado é de 85% em agulhas e lancetas e de 100% nos restantes produtos). As comparticipações regime geral do SNS são efetuadas de acordo com quatro escalões, que integram grupos e subgrupos farmacoterapêuticos, e que variam na percentagem comparticipada sobre o PVP, segundo o Decreto-Lei nº 106-A/2010, de 1 de Outubro. (8) Assim, o escalão A apresenta 90% de comparticipação, o B 69%, o C 37% e o D 15%. A comparticipação é efetuada de acordo com o preço de referência.

O regime especial é facilmente identificado pela letra “R”, presente nas receitas.

Existem outras entidades de comparticipação com acordos com a ANF, associados também a um código no sistema informático, tais como a ADSE, SAD/GNR e SAD/PSP. O utente pode ainda usufruir da comparticipação de mais do que uma entidade, em casos de complementaridade, que acrescenta outra comparticipação sobre a da entidade primária. Nesta situação deve tirar-se uma cópia da receita e do cartão de identificação da entidade. O verso da receita original é impresso com a informação para a entidade principal, enquanto o verso da receita fotocopiada é impresso com a informação correspondente à outra entidade, para que possam ser enviadas para as entidades respetivas.

6.6 Cedência de medicamentos manipulados

A preparação e dispensa de medicamentos manipulados é da responsabilidade do farmacêutico. O Decreto-Lei nº 95/2004, de 22 de Abril regula a sua prescrição e preparação. (4)

Perante uma prescrição médica de um medicamento manipulado, o farmacêutico deve efetuar uma análise crítica da prescrição, verificando se a sua fórmula está ou não explícita, avaliando a viabilidade e legalidade do pedido e a existência de incompatibilidades físico-químicas que ponham em causa a ação do medicamento ou a segurança do doente. Também deve ser verificado se a receita apresenta a indicação da palavra “Manipulado”, da sigla “f.s.a.” (faça segundo a arte), da posologia e via de administração.

6.7 Conferência do receituário

Diariamente, todas as receitas aviadas ao longo do dia são conferidas antes de serem assinadas, datadas e carimbadas pelo farmacêutico ou técnico. Nesta conferência é verificado se a receita médica preenche todos os parâmetros indicados para a sua validação, se o medicamento prescrito corresponde ao medicamento dispensado, se o número de embalagens

prescrito é igual ao número cedido, se o regime de comparticipação se encontra correto, se a receita está assinada pelo médico prescriptor e se o utente assinou o verso da receita. Depois da conferência as receitas são separadas por organismo de comparticipação, dentro dos quais são ordenados por número de receita e lote. Cada lote contém 30 receitas, exceto o último lote que poderá ter menos.

Este procedimento é extremamente importante uma vez que pode detetar atempadamente qualquer erro e, assim, é possível efetuar a correção do erro no próprio dia, com a maior brevidade possível.

7. Manipulação de Medicamentos

7.1 Instalações e equipamentos para manipulação de medicamentos

O laboratório deve ser devidamente iluminado e ventilado, com temperatura e humidade adequadas e com área suficiente para evitar contaminações durante as manipulações. A Deliberação nº 1500/2004, de 7 de Dezembro contém uma lista de equipamento de laboratório mínimo que a farmácia deve possuir para as operações de preparação, acondicionamento, e controlo de medicamentos manipulados. (2)

7.2 Documentação e registo dos medicamentos manipulados

Antes de se proceder à preparação do manipulado, começa-se por criar a ficha de preparação do medicamento manipulado, atribuindo a esta um número de lote que é sequencial, dentro de cada ano. No final da preparação termina-se o preenchimento desta ficha, à qual é anexada a fotocópia da receita e do rótulo, devidamente datados e rubricados pelo operador. É necessário também fazer-se o registo de saídas das matérias-primas no respetivo *dossier* de registo de movimento de matérias-primas.

No rótulo deve constar toda a informação necessária para o doente:

- Nome do doente;
- Identificação do médico prescriptor;
- Fórmula do medicamento manipulado;
- Número do lote atribuído ao medicamento preparado;
- Data de preparação do manipulado;

- Prazo de utilização do medicamento preparado;
- Condições de conservação do medicamento preparado;
- Instruções especiais, como por exemplo, “Agitar antes de usar”, “Uso externo”;
- Via de administração;
- Posologia;
- Identificação da farmácia;
- Identificação do DT.

O cálculo do preço de venda do manipulado é efetuado segundo a Portaria nº 769/2004, de 1 de Julho que estabelece que este é efetuado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem, de acordo com a Fórmula (1). (9)

$$\text{PVP} = (\text{valor honorários} + \text{valor matérias-primas} + \text{valor materiais embalagem}) \times 1,3 + \text{IVA} \quad (1)$$

O cálculo do valor dos honorários tem como base um fator (F), cujo valor é atualizado automática e anualmente pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). Uma vez que este ano o valor ainda não foi atualizado, utiliza-se o valor do ano passado; 4,57. Este fator é, depois, multiplicado por um valor que varia consoante a forma farmacêutica do medicamento manipulado e as quantidades preparadas.

O cálculo do valor das matérias-primas é determinado pelo valor da aquisição (sem IVA) multiplicado por um fator que depende da maior unidade em que forem utilizadas ou dispensadas.

O cálculo do valor dos materiais de embalagem é determinado pelo valor de aquisição (sem IVA) multiplicado pelo fator 1.2.

7.3 Preparação de medicamentos manipulados e preparações extemporâneas

A preparação do medicamento manipulado pode ser realizada tendo por base uma Farmacopeia, o Formulário Galénico Português (nestes casos designa-se preparado oficial) ou a partir de uma receita médica onde conste a fórmula (fórmula magistral).

Ao longo do estágio tive oportunidade de preparar um medicamento manipulado - pomada de vaselina salicilada a 20% (em anexos, Anexo 1) - bem como algumas preparações extemporâneas, como suspensões de antibióticos.

7.4 Garantia de qualidade dos medicamentos manipulados

Deve proceder-se ao controlo de qualidade necessário para garantir a boa qualidade final do medicamento manipulado, incluindo, no mínimo, a verificação dos caracteres organoléuticos. É também conveniente a realização de ensaios não destrutivos, como a determinação do pH.

Os resultados destas verificações devem ser registados na ficha de preparação do medicamento manipulado.

8 Aconselhamento e Dispensa de Outros Produtos de Saúde

8.1 Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene

O Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de Setembro estabelece o regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal. (10)

Apesar destes produtos não serem medicamentos, são, muitas vezes, prescritos por médicos para o tratamento de algumas patologias. Contudo, muitas das vezes, os utentes procuram este tipo de produtos sem qualquer prescrição médica. Assim, o farmacêutico tem o dever de aconselhar e dispensar o produto mais adequado para a situação de cada utente.

Durante o meu estágio verifiquei que, com a aproximação do Verão, um dos produtos mais procurados foram os protetores solares. Nesta situação, o farmacêutico deve alertar o utente para os problemas de pele derivados do sol e aconselhar o utente sobre como apanhar sol em segurança. Os produtos de cosmética (cremes hidratantes faciais, antirrugas, sebo reguladores, etc.) também foram bastante procurados.

8.2 Produtos dietéticos para alimentação especial e infantil

O Decreto-Lei nº 227/99, de 22 de Junho estabelece o regime jurídico dos géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial. (11)

Estes produtos incluem uma grande variedade de géneros alimentícios, tais como: preparados para lactentes, leites de transição, alimentos para bebés, géneros alimentícios destinados ao controlo de peso, alimentos para os desportistas, alimentos destinados a diabéticos e alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos.

8.3 Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

Os produtos fitoterapêuticos são constituídos por plantas, tirando partida das suas propriedades curativas e preventivas.

Durante o meu estágio estes produtos foram bastante procurados na tentativa de conseguirem resolver problemas de ansiedade, irritação e insónias, sendo que os produtos à base de valeriana foram dos mais dispensados. Apesar de serem constituídos por plantas, não deixam de apresentar contraindicações, efeitos adversos e interações pelo que o farmacêutico deve alertar os utentes para esta situação.

Os suplementos nutricionais também foram muito procurados para tentar atenuar e/ou prevenir os problemas causados pelo *stress*, fadiga, má alimentação, perda de memória, etc.

8.4 Homeopatia

O Decreto-Lei nº 176/2006 define medicamento homeopático como todo o “medicamento obtido a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios”. (3)

Na Farmácia São Cosme estes medicamentos têm baixa expressão, sendo que dos poucos medicamentos homeopáticos vendidos foram o xarope Stodal®, os comprimidos Oscillocoquinum® e o granulado Natrium Carbonicum®.

8.5 Medicamentos e produtos de uso veterinário

O Decreto-Lei nº 148/2008, de 29 de Julho estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso veterinário. (12)

Durante o meu estágio os pedidos de medicamentos de uso veterinário mais frequentes foram para animais de estimação e consistiram essencialmente em desparasitantes para parasitas internos e/ou externos.

8.6 Dispositivos médicos

O Decreto-Lei nº 145/2009, de 17 de Junho estabelece as regras a que devem obedecer o fabrico, comercialização e a entrada em serviço dos dispositivos médicos e respetivos acessórios. (13)

Durante o meu estágio os dispositivos médicos mais solicitados foram seringas, compressas, adesivo e preservativos.

9. Uso Racional do Medicamento

O uso racional do medicamento é de extrema importância na situação atual, tanto a nível económico como ao nível da própria saúde. Como profissional de saúde, o farmacêutico tem o dever de promover a correta utilização dos medicamentos, nas situações e doses certas, com intervalos e duração adequados, mantendo sempre a relação de benefício-risco e benefício-custo.

A Farmácia Comunitária tem um papel fundamental nesta gestão da medicação uma vez que dispensa medicamentos, quer por prescrição média quer por aconselhamento na automedicação/indicação farmacêutica.

O farmacêutico comunitário, para além de poder integrar comités terapêuticos e participar na preparação de formulários de aplicação prática, tem também a responsabilidade de alertar e aconselhar os utentes para um uso racional dos medicamentos.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de verificar a existência de muitas situações onde ocorria um mau uso do medicamento, nomeadamente em relação a antibióticos, ansiolíticos, anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), corticoides de aplicação tópica e descongestionantes nasais. A situação dos antibióticos já é muito recorrente. Muitas vezes os utentes pedem este tipo de medicamentos por aconselhamento de amigos e/ou familiares ou porque numa outra situação já os tomaram e sentiram-se melhores. Assim, o farmacêutico deve alertar que este tipo de medicamentos não pode ser usada sem prescrição médica, em situações pontuais e que, quando é necessário usá-los o tratamento deve ser cumprido até ao fim, para evitar possíveis resistências das bactérias aos antibióticos. Em relação aos ansiolíticos, a maioria dos utentes usam-nos correntemente e sistematicamente sempre que têm alguma dificuldade em adormecer ou sempre que se sentem nervosos e ansiosos. Mais uma vez, o farmacêutico tem o dever de alertar os utentes que este tipo de tratamentos deve ser vigiado por um médico uma vez que são medicamentos que facilmente causam

dependência e tolerância. Enquanto farmacêuticos, devemos também alertar para o correto uso dos AINEs, corticoides de aplicação tópica e descongestionantes nasais, aconselhando um tratamento curto.

Toda a informação prestada aos utentes deve ser clara, simples, de rápida compreensão e adequada ao seu nível sociocultural. Mais importante do que a informação verbal, é a informação prestada por escrito uma vez que, desta forma, o utente tem a possibilidade de em casa rever toda a informação e retirar alguma dúvida que possa surgir. Deve também alertar-se os utentes para a importância de ler a informação sobre o medicamento que vai tomar e incentivar os pedidos de esclarecimentos sempre que necessário.

10. Farmacovigilância

O Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF) avalia sistematicamente o perfil de segurança dos medicamentos comercializados, através da análise da relação benefício-risco dos fármacos, tendo em vista a necessidade de adoção de medidas de segurança.

A Farmácia Comunitária representa o elo de ligação entre os medicamentos e os utentes e, assim, encontra-se numa posição privilegiada para detetar e identificar qualquer reação adversa a medicamentos (RAM). Desta forma, o farmacêutico deve notificar ao SNF todas as RAMs e possíveis RAMs detetadas. Para a realização desta notificação existe um formulário específico que deve ser completado com outras informações: descrição da reação adversa, duração, gravidade e evolução; relação dos sinais e sintomas com a toma dos medicamentos, medicamento suspeito, etc.

11. Determinação de Parâmetros Bioquímicos e Fisiológicos

O farmacêutico deve envolver-se nas atividades de promoção de saúde uma vez que, de entre os profissionais de saúde, é o elemento que se encontra mais próximo da população, tendo a oportunidade de educar e detetar precocemente situações de indicação médica.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de determinar diversos parâmetros bioquímicos e fisiológicos, tais como: medição da pressão arterial (PA), peso, altura e índice de massa

corporal (IMC) determinação da glicemia capilar, colesterol total, triglicéridos e ácido úrico. A Farmácia São Cosme também realiza a determinação da PSA, creatinina, hemoglobina glicada (Hba1C) e testes de gravidez.

11.1 Pressão arterial

A PA é uma das determinações que mais se realiza na Farmácia São Cosme. Esta é realizada através de um aparelho que também determina o peso, altura e IMC do utente.

Antes da medição deste parâmetro é necessário recomendar ao utente que repouse durante cinco minutos, que permaneça descontraído e não deve falar nem mexer-se durante a medição.

Existem valores de referência (Tabela 1) contudo, estes devem ser avaliados individualmente uma vez que a PA é um fator que varia muito de pessoa para pessoa e depende do estado fisiológico e emocional momentâneo do utente.

Tabela 1 - Valores de referência para a PA (14)

	Pressão sistólica (mm Hg)	Pressão diastólica (mm Hg)
PA ótima	< 120	< 80
PA normal	120 - 129	80 - 84
PA normal alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensão grau I	140 - 159	90 - 99
Hipertensão grau II	160 - 179	100 - 109
Hipertensão grau III	≥ 140	≥ 110

No final da medição, e dependendo do valor de PA obtido, são colocadas algumas questões ao utente referentes ao estilo de vida e medicação regular tomada para, assim, se poderem adequar os conselhos farmacêuticos a cada utente.

11.2 Peso, altura e índice de massa corporal

Como referido anteriormente, o mesmo aparelho que realiza a medição da PA também determina o peso, a altura e o IMC (Tabela 2). Consoante o valor obtido, aconselha-se o utente a realizar modificações do estilo de vida, a praticar mais exercício e a ter uma dieta mais equilibrada.

Tabela 2 - Valores de referência do IMC (14)

Categoria	IMC (kg/m ²)
Peso normal	< 25.0
Excesso de peso	25.0 - 29.9
Obesidade	> 30

11.3 Glicemia capilar

A determinação da glicemia é muito importante para o controlo e identificação precoce dos indivíduos com diabetes. Esta medição deve ser efetuada preferencialmente em jejum, de pelo menos 12 horas, mas pode também ser realizada uma ou duas horas após a refeição (glicémia pós-prandial).

Os valores de glicemia devem apresentar-se inferiores a 110 mg/dL em jejum e a 140 mg/dL numa medição pós-prandial. Segundo a Norma nº 002/2011 da Direcção-Geral de Saúde, se uma medição em jejum da glicemia for superior a 126 mg/dL e ocasionalmente superior a 200 mg/dL, o utente deve ser logo encaminhado para o médico uma vez que estes são valores considerados de diagnóstico da *Diabetes Mellitus*. (15)

Para determinar a glicémia capilar existem procedimentos que se devem seguir, como massajar o dedo do utente para aumentar o fluxo sanguíneo, desinfetar o dedo com álcool, deixar evaporar antes de picar e, de seguida, picar. Após a picada recolhe-se o sangue para o capilar e deste para a tira-teste, inserindo-a no aparelho que realiza a determinação da glicemia. Este procedimento deve ser sempre realizado usando luvas.

11.4 Colesterol total e triglicéridos

Tal como a PA elevada, o colesterol total e os triglicéridos são fatores de risco para a doença cardiovascular. O valor de colesterol total deve ser inferior a 190 mg/dL, enquanto para os triglicéridos deve ser inferior a 150 mg/dL. O valor dos triglicéridos é muito variável ao longo do dia pelo que as suas determinações devem ser efetuadas em jejum, de pelo menos 12 horas. No entanto, a determinação do colesterol já pode ser realizada sem ser em jejum, embora a medição em jejum seja mais rigorosa, devendo ser preferida em caso de necessidade de confirmação de um valor elevado.

Se os valores obtidos forem elevados deve aconselhar-se o doente para praticar mais exercício físico e ter uma dieta equilibrada, reduzindo a quantidade de gorduras. No caso de o utente já ser medicado, deve tentar compreender-se se este toma a medicação corretamente, nas doses e posologias adequadas. No caso de ainda não ser medicado, e

consoante o valor obtido, pode aconselhar-se o utente a consultar um médico e/ou a repetir as medições dentro de um mês.

11.5 Ácido úrico

A determinação do ácido úrico foi pouco requisitada durante o meu estágio. No entanto, o procedimento para a sua determinação é semelhante ao descrito para a glicémia capilar.

Os valores de referência do ácido úrico variam entre os homens e as mulheres. Para os homens, consideram-se valores normais entre 2 e 7 mg/dL, enquanto para as mulheres os valores normais estão entre 2 e 6 mg/dL.

12. Administração de Medicamentos

A Farmácia São Cosme realiza a administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, como as da gripe, assim como realiza também a administração de outro tipo de medicamentos como anticoagulantes subcutâneos.

13. Contabilidade e Gestão

Na situação económica atual, a farmácia é, não só um espaço público de saúde mas também uma empresa, no sentido em que necessita de uma gestão eficiente, que gira capitais para, assim, se sustentar no mercado.

13.1 Gestão de recursos humanos

A gestão de recursos humanos é um ponto fulcral no bom funcionamento de uma farmácia, bem como a gestão de recursos financeiros e materiais. Para uma boa gestão dos recursos humanos o Diretor Técnico tem de ser um bom líder, saber motivar a sua equipa, apoiando-a, orientando-a a participando ativamente no trabalho realizado por esta.

A formação contínua deve ser uma preocupação sempre presente no seio da equipa uma vez que permite o aperfeiçoamento profissional nas diversas vertentes (técnico, científico, legal e ético).

13.2 Processamento do receituário e faturação

A faturação inicia-se no momento da cedência dos medicamentos prescritos na receita médica, quando se atribui o organismo de que o utente é beneficiário. A comparticipação é feita automaticamente, sendo então emitido o Documento de Faturação, pela sua impressão no verso da receita.

No final de cada lote estar completo, é emitido o respetivo Verbetes de Identificação, o qual é conferido com o lote, carimbado e envolto às receitas do mesmo. Cada verbete contém o nome da farmácia e respetivo código atribuído pelo INFARMED, o mês e o ano, o código, tipo e número sequencial do lote, a informação referente ao organismo, a quantidade de receitas e produtos e o valor total do lote correspondente ao PVP, ao preço pago pelos utentes e à comparticipação a pagar pelo organismo.

No final do mês procede-se ao fecho dos lotes e emite-se a Relação Resumo de Lotes em quadruplicado para o SNS (2 para a Administração Regional de Saúde (ARS), 1 para a farmácia e 1 para a contabilidade) e em quintuplicado para os restantes organismos (3 para a ANF, 1 para a farmácia e 1 para a contabilidade), onde constam os elementos do verbete mas relativos a todos os lotes agrupados desse organismo. É também emitida a Fatura Mensal de Medicamentos que apresenta a identificação da farmácia, o mês e ano, o número da fatura, o organismo, o número total de lotes, os valores totais do PVP, os valores totais relativos à importância paga pelo utente e o total da importância a pagar pela entidade. A Fatura Mensal de Medicamentos é emitida em quintuplicado (3 são enviados para a ARS ou ANF, dependendo se se trata do SNS ou de outros organismos, 1 fica na farmácia e o outro segue para a contabilidade) para todas as entidades, sendo carimbada, datada e assinada.

Para o receituário correspondente aos organismos que não pertencem ao SNS ainda é necessário a emissão de um documento para ANF. Este é emitido através do programa Sifarma 2000.

O receituário correspondente ao SNS é entregue à ARS até ao dia 10 de cada mês, bem como o receituário dos outros organismos que necessita ser enviado para a ANF até ao mesmo dia de cada mês.

Sempre que no decurso da conferência das receitas sejam detetados erros, o Serviço de Conferência de Faturas devolve à farmácia as receitas em situação irregular, acompanhadas da justificação da sua devolução. Nesta situação, o organismo em causa não paga o respetivo valor de comparticipação. Contudo, uma vez regularizada a situação, as receitas podem ser incluídas no receituário do mês seguinte de modo a assegurar a receção do montante relativo à comparticipação.

13.3 Documentos contabilísticos

Relacionada com a gestão da farmácia está a necessidade de conhecer os aspetos legais e funcionais dos vários documentos contabilísticos. Assim, é importante saber que a Guia de Remessa é o documento que obrigatoriamente acompanha todas as encomendas, desde o fornecedor até à farmácia. A encomenda também tem de ser acompanhada pela respetiva Fatura. Quando a farmácia efetua o pagamento das encomendas, é emitida uma Recibo que comprova o pagamento efetuado.

Sempre que ocorra algum problema com um medicamento ou produto de saúde de uma determinada encomenda poderá ser necessário realizar uma devolução. Assim, é emitida uma Nota de Devolução. A Nota de Crédito é o documento enviado pelo fornecedor aquando da receção da Nota de Devolução.

No final de cada ano procede-se à quantificação de todas as imobilizações corpóreas da farmácia, a que se dá o nome de Inventário. Este discrimina todos os produtos existentes na farmácia, de acordo com a taxa de IVA.

De maneira a avaliar-se a situação financeira da farmácia, pode fazer-se o chamado Balanço que constitui um inventário valorizado de todos os bens e direitos (dividas dos utentes, créditos do SNS) - ativo-, assim como de todas as suas obrigações (dividas da farmácia) - passivo. O Balancete é um complemento ao Balanço, realizado todos os meses pelo contabilista.

13.4 IRS, IRC e IVA no contexto da farmácia comunitária

O IVA é o Imposto sobre o Valor Acrescentado, sendo pago todos os meses ou de três em três meses ao longo do ano. Este depende do valor das compras e vendas de cada mês e não do inventário. Existem três tipos de IVA numa farmácia:

- IVA a 0%, que corresponde aos testes bioquímicos e fisiológicos e à administração de vacinas;
- IVA a 6%, que corresponde aos medicamentos e outros produtos de saúde como, por exemplo, pastas de dentes;
- IVA a 23%, que corresponde a todos os outros produtos.

O IRS é o Imposto de Rendimento de pessoas Singulares. Todos os produtos a 6% de IVA entram para as despesas de IRS, enquanto os produtos a 23% só entram quando acompanhados de receita médica. O IRC é o Imposto de Rendimento de pessoas Coletivas e é calculado com base no rendimento gerado pela farmácia no ano.

14. Conclusão

A realização do estágio foi, sem dúvida, um importante e determinante complemento de toda a formação adquirida ao longo do curso. O estágio na Farmácia São Cosme permitiu-me perceber como funcionam as farmácias comunitárias, assim como a relevância do papel do farmacêutico na sociedade e a necessidade de comunicação com os utentes. Durante este período constatei a importância que o farmacêutico tem para as pessoas, sendo o profissional de saúde a quem recorrem mais facilmente para expor os seus problemas e se aconselharem. Esta confiança que depositam no farmacêutico exige dele responsabilidade, competência e dinamismo.

Durante o estágio aprendi que o farmacêutico é um profissional que necessita de estar em constante atualização. A sua formação académica e a prática profissional dão as bases e as ferramentas necessárias para adquirir mais conhecimentos, sempre em benefício do utente. Com uma equipa dotada de conhecimentos técnicos e científicos, num excelente ambiente de trabalho, tive oportunidade de aprender a trabalhar em equipa e a empenhar-me sempre, para poder fazer mais e melhor.

Um dos pontos fortes deste estágio foi a interação com as pessoas, que todos os dias exigiram de mim uma constante procura do conhecimento, uma adequação da minha postura e linguagem e um grande sentido de responsabilidade.

Apesar de ter aprendido e crescido muito durante este período, sinto que ainda tenho muito a aprender, sendo que o estágio foi apenas uma pequena introdução do que é ser Farmacêutico.

Capítulo II

Caraterização do perfil de consumo de benzodiazepinas na Cova da Beira

1. Introdução

As benzodiazepinas (BZDs) são agentes sedativos-hipnóticos que foram, pela primeira vez, introduzidos em Portugal em 1960. Foram consideradas como tranquilizantes eficazes que originam menos efeitos adversos em contraste com os barbitúricos e fármacos relacionados, tendo substituído rapidamente estes últimos como hipnóticos e sedativos. São, comumente, utilizadas para uma variedade de situações que incluem controlo de convulsões, ansiedade, espasmos musculares, sedação pré-operatória, desordens que provoquem movimentos involuntários, na abstinência do álcool, insónia e condições cardiovasculares e gastrointestinais. (16)

Devido ao seu consumo generalizado, estes fármacos têm um grande potencial de abuso assim, o seu consumo durante longos períodos tem sido desaconselhado, devido ao risco de conduzir a habituação, tolerância e dependência o que pode levar a síndromes de privação aquando da interrupção do tratamento. Quanto ao uso crónico, para além dos riscos de dependência, tem efeitos ao nível das capacidades psicomotoras. Além disso, estão frequentemente associadas a episódios de overdose, isoladamente ou em combinação com outras substâncias. (17)

1.1 Propriedades Químicas

O clorodiazepóxido foi a primeira benzodiazepina (BZD) a ser comercializada para uso clínico. A sua efetividade e larga margem de segurança tornaram-se vantagens face a outros compostos, como os barbitúricos. Este tinha excelentes propriedades farmacológicas e um grande potencial como produto farmacoterapêutico contudo, possuía um número inaceitável de propriedades físico-químicas. Num esforço para melhorar a sua elegância farmacêutica, foram realizadas modificações estruturais no clorodiazepóxido, dando origem, em 1959, ao diazepam. (18)

O núcleo comum das BZDs é o anel benzodiazepínico (Figura 1). A maioria possui os grupos azoto do anel benzodiazepínico nas posições 1 e 4 mas, alguns, têm-nos nas posições 1 e 5, como no caso do clobazam. Todas possuem um radical na posição 7 sendo este, geralmente, o Cloro (diazepam, flurazepam, oxazepam, etc.) ou o grupo NO₂ (nitrazepam, flunitrazepam e clonazepam). Na posição 1, algumas possuem um radical metilo (diazepam e temazepam) e, com frequência, têm um grupo carbonilo na posição 2. Podem, também podem estar

hidroxiladas na posição 3 (oxazepam e lorazepam). Mediante a introdução de anéis adicionais obtiveram-se séries derivadas como as triazolobenzodiazepinas (alprazolam). (19)

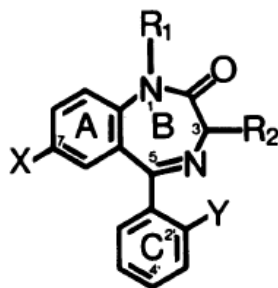


Figura 1 - Estrutura geral das benzodiazepinas, sendo R1, R2, X e Y são radicais (20)

As múltiplas substituições provocam mudanças no espectro farmacológico relativo, na potência farmacológica e nas propriedades farmacocinéticas que, influenciam, de maneira decisiva, a distribuição do fármaco e a duração do seu efeito. (19)

1.2 Farmacologia

As benzodiazepinas possuem propriedades ansiolíticas, anticonvulsivas, relaxantes musculares e sedativas/hipnóticas. (21)

1.2.1 Ácido gama-aminobutírico

O ácido gama-aminobutírico é o principal neurotransmissor inibitório no sistema nervoso central (SNC). As BZDs exercem a sua ação pela potenciação da atividade do GABA. Estas ligam-se a um recetor específico no complexo GABA-A que facilita a ligação do GABA ao seu sítio específico de ligação. (22) O recetor GABA-A é formado por subunidades pertencentes a diferentes famílias: α , β e γ . São encontradas afinidades elevadas para as BZDs nos recetores pertencentes a uma das seis variantes α , na variante β e na subunidade γ_2 . (23)

1.2.2 Mecanismo de ação

A ação molecular das BZDs baseia-se em duas ações fundamentais: facilitam a transmissão fisiológica inibitória mediada pelo GABA e fixam-se no SNC em sítios específicos com uma afinidade que tem uma estreita relação com a sua potência ansiolítica. (19)

A ligação das BZDs ao recetor GABA-A leva a um aumento da frequência de abertura dos canais de cloro complexados com este recetor. A abertura dos canais de cloro resulta numa hiperpolarização da membrana o que vai levar à inibição da excitação celular.

O aumento da neurotransmissão do GABA resulta em sedação, relaxamento dos músculos estriados, ansiólise (sedação mínima) e efeitos anticonvulsivos. A estimulação dos recetores GABA do sistema nervoso periférico (SNP) pode causar uma diminuição da contratilidade cardíaca e vasodilatação. Estas mudanças podem ter o potencial para alterar a perfusão tecidular.

O início de ação das BZDs é determinado pela sua capacidade para atravessar a barreira hemato-encefálica. As BZDs relativamente lipofílicas, usualmente, têm um início de ação mais rápido do que as benzodiazepinas que são relativamente hidrofílicas. (22)

1.3 Farmacocinética

A sua farmacocinética é complexa. Os principais fatores que influenciam a variabilidade inter e intraindividual são:

- A dose administrada;
- Função hepática;
- Idade do doente;
- Administração em dose única ou em dose múltipla;
- Lipossolubilidade do fármaco;
- Interações farmacológicas. (24)

1.3.1 Absorção

A absorção depende em larga escala da lipossolubilidade de cada fármaco que, marcará, assim, o início da ação. (24) São fármacos marcadamente lipossolúveis e, por isso, atravessam facilmente por difusão simples as barreiras biológicas. No entanto, alguns destes compostos também possuem uma boa hidrossolubilidade sendo, assim, seguros para administração intravenosa (IV). (25)

Apresentam características ligeiramente básicas, sendo, por isso, absorvidas mais eficazmente no pH moderadamente baixo do duodeno. (26)

Por via intramuscular (IM), a maioria das BZDs, particularmente o clordiazepóxido e o diazepam, apresentam uma absorção irregular e lenta provavelmente por se concentrarem no tecido adiposo. As benzodiazepinas que são melhor absorvidas são o lorazepam e o midazolam. (19)

1.3.2 Distribuição

A distribuição segue um modelo bicompartimental caracterizado por uma rápida distribuição ao compartimento central seguida de uma segunda fase de redistribuição aos tecidos menos irrigados, principalmente o tecido adiposo. (24)

Os compostos com elevada lipossolubilidade, como o midazolam e o diazepam, apresentam uma fase inicial de distribuição muito rápida e, após uma dose única por via IV, as concentrações plasmáticas podem cair até 10 vezes durante os primeiros 30 minutos.

Ligam-se, com uma percentagem elevada, às proteínas plasmáticas no entanto, a ligação a estas não tem uma influência direta sobre a atividade clínica exceto em indivíduos com insuficiência renal e em queimados. (19)

Para algumas BZDs, a etapa da distribuição constitui o principal fator para o rápido declínio inicial da concentração plasmática.

1.3.3 Metabolismo

A maioria das BZDs é metabolizada no fígado pelo sistema enzimático citocromo P450, sobretudo pelas isoenzimas CYP3A4 e CYP2C19 (Figura 2). As reações metabólicas principais são inicialmente as de oxidação, por oxidases mistas microssômicas hepáticas (N-desalquilação e hidroxilação). Outras BZDs (nitrazepam, flunitrazepam e clonazepam) são metabolizadas por outro mecanismo, a nitro-redução. Os produtos derivados desta primeira fase metabólica, assim como daquelas BZDs que carecem de grupos alquilo e que já se encontram hidroxiladas, sofrem conjugação com o ácido glucurónico ou com sulfato. As vias oxidativas provocam mudanças moleculares relativamente pequenas, originando metabolitos intermediários ativos. Destes importa destacar o N-desmetildiazepam ou nordiazepam por três razões:

- A frequência com que aparece como metabolito de outras BZDs a concentrações elevadas;
- A sua longa semivida (36-96 horas);
- A sua afinidade elevada e atividade biológica.

Pelo contrário, os derivados conjugados são inativos, sendo excretados pela urina. (19)

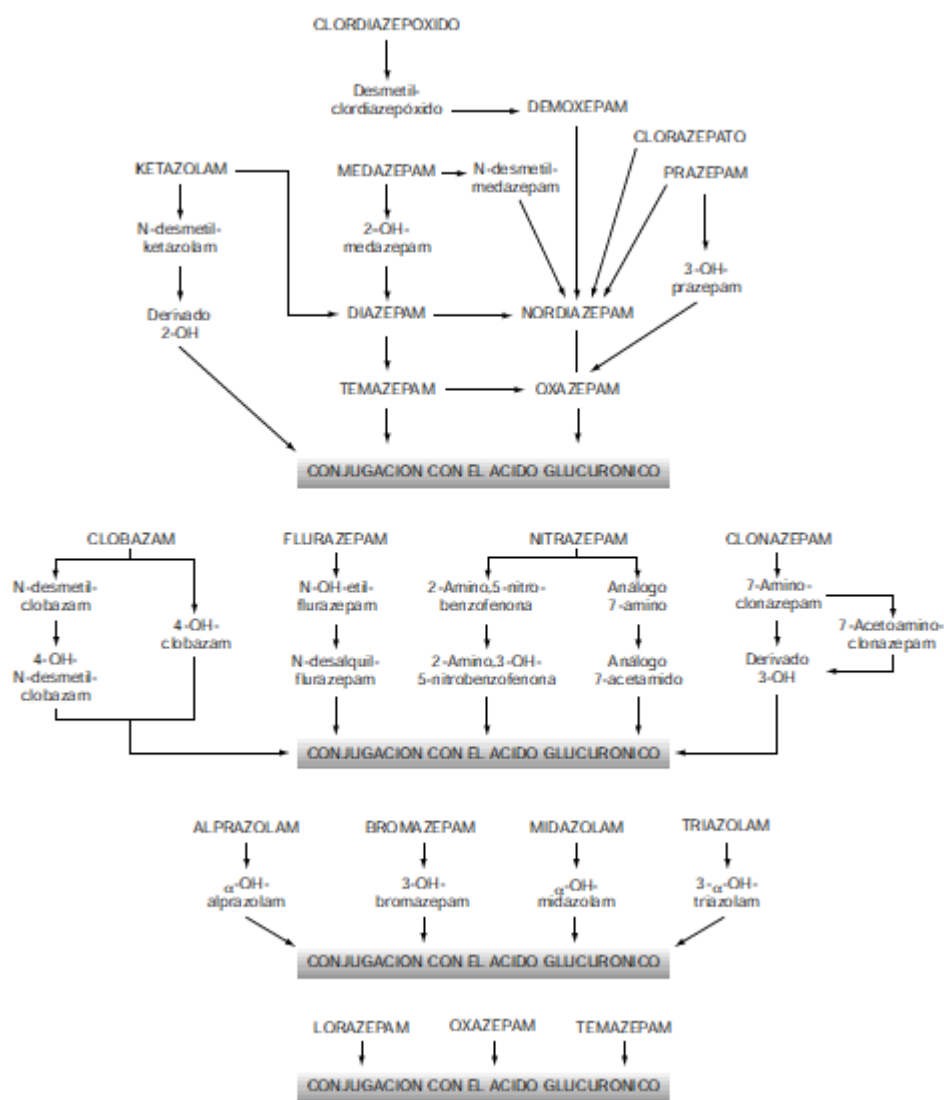


Figura 2 - Vias metabólicas das principais benzodiazepinas (19)

Os compostos benzodiazepínicos cujo fármaco inicial ou cujos metabólitos ativos têm um tempo de semivida longo, têm uma maior probabilidade de causar efeitos cumulativos e residuais, como a sonolência excessiva, com o uso de doses múltiplas. (24)

Uma vez que a conjugação com o ácido glucurônico (fase II) é menos suscetível do que a oxidação (fase I) a variações condicionadas pela idade ou pelo uso de inibidores ou indutores

das enzimas microsomias hepáticas, pode ser preferível usar fármacos exclusivamente inativados pela via da glucuronoconjugação, por exemplo, em indivíduos mais idosos. (19, 24, 25)

1.3.4 Eliminação

Os compostos benzodiazepínicos e os seus metabolitos hidrossolúveis são excretados principalmente na urina sob a forma de glucuronídeos mas, podem ainda, ser eliminados através do suor, saliva e leite materno, pelo que não se aconselha o seu uso em mulheres a amamentar. (26)

1.4 Classificação das benzodiazepinas

As BZDs estão divididas em três grandes grupos (Tabela 3), de acordo com o seu valor de semivida de eliminação e a dos seus metabolitos ativos:

- Ação curta (tempo de semivida de aproximadamente 8 h);
- Ação intermédia (tempo de semivida de aproximadamente 30 h);
- Ação prolongada (tempo de semivida de aproximadamente 100 h).

Tabela 3 - Tempo de semivida das principais benzodiazepinas

Benzodiazepinas	Tempo de semivida (h)
<i>De ação curta</i>	
Brotizolam	5
Midazolam	1,3 - 3,1
Triazolam	2,2
<i>De ação intermédia</i>	
Alprazolam	6 - 20
Bromazepam	10 - 20
Flunitrazepam	15 - 30
Lorazepam	9 - 22
Nitrazepam	18 - 31
Oxazepam	4 - 13
<i>De ação prolongada</i>	
Clobazam	9 - 30
Clorazepato	24 - 60
Clordiazepóxido	14 - 95
Diazepam	20 - 100

No caso de BZDs com tempo de semivida prolongado, como o diazepam, a atividade ansiolítica será crescente até que se alcance o nível máximo estável depois de vários dias de administração. Existe o perigo de acumulação e, se houver um aumento excessivo dos níveis séricos, aparecerão outros fenómenos como sedação, miorelaxamento e sono. (19)

A escolha de uma BZD como hipnótico entre compostos de curta ou muita curta duração e compostos de duração intermédia ou longa é controversa. Os primeiros, como o midazolam, o triazolam ou o brotizolam, têm a vantagem de não induzirem efeitos durante o dia. Os segundos, como o diazepam ou o flurazepam, podem produzir concentrações hipnóticas quando tomadas ao deitar e manter concentrações baixas e sustentadas durante o dia, o que é útil em doentes em que a insónia se acompanha de ansiedade diurna.

Alguns doentes que requerem medicamentos tranquilizantes queixam-se do efeito inicial demasiado intenso das BZDs de absorção rápida assim, compostos como o oxazepam podem ser úteis nestes casos, dada a lentidão da sua absorção.

Para doentes idosos, deve preferir-se os compostos de ação curta ou intermédia. (25)

1.5 Indicações Terapêuticas

Atividade ansiolítica

O consumo de BZDs como ansiolítico é muito elevado. A principal vantagem é a sua resposta imediata quando comparada com a buspirona e antidepressivos.

São eficazes nos casos em que a ansiedade se manifesta com uma preocupação permanente sem causa clara, com sintomas psicológicos ou somáticos mais intensos, ou quando a apreensão, a agitação ou a insónia alteram a vida do doente.

Quanto ao tipo de BZDs, com as de ação curta ou intermédia existe menor perigo de sedação (se a dose não for elevada) e de acumulação contudo, têm de ser administradas 2 a 3 vezes por dia para se manter o efeito ansiolítico. Com as de ação prolongada basta apenas uma dose por dia, demorando 6 a 10 dias até que se alcance um nível estável. Em idosos, em doentes com doença hepática ou naqueles tratados com fármacos que reduzem o metabolismo oxidativo, estão indicadas benzodiazepinas de semivida de eliminação curta. (19)

Atividade hipnótica

A maior parte delas provocam ações muito semelhantes sobre o sono sem variações muito significativas na sua eficácia. Causam uma sensação de sono profundo e reparador e, geralmente, diminuem o número de despertares ao longo da noite pelo que, aumentam a duração total do sono.

Uma BZD ideal será aquela que inicia a sua ação rapidamente à hora de dormir, que tenha uma ação constante, para facilitar o sono durante a noite toda, e que não tenha nenhuma ação residual na manhã seguinte. Assim sendo, o triazolam é a BZD que mais se ajusta a estas características. (27)

1.6 Posologia

Os regimes de dosagem das BZDs variam entre os doentes pelo que, devem ser individualizados. O tratamento deve ser iniciado usando doses baixas sendo, depois ajustado, para aliviar os sintomas de ansiedade ou originar o efeito hipnótico desejado, evitando os efeitos adversos. Após a resposta ao tratamento inicial, as BZDs com tempo e semivida prolongado podem ser ajustados à hora de deitar.

As alterações nas dosagens devem ser feitas semanalmente. (28)

1.7 Interações Medicamentosas

Quando usadas isoladamente, as BZDs apresentam um risco extremamente baixo de causarem toxicidade aguda. Contudo, estas são, muitas vezes, usadas com outro tipo de medicação, incluindo outros fármacos com potencial de abuso e, estes fármacos podem potenciar os efeitos tóxicos das BZDs. Estas interagem com outros depressores do SNC, incluindo outros hipnóticos, antidepressivos, neurolépticos, anticonvulsivos, anti-histamínicos e álcool. (29, 30) Podem também interagir com analgésicos narcóticos, ocorrendo uma intensificação da euforia e provocando um aumento da dependência psíquica.

Sob um ponto de vista farmacocinético, a cimetidina, o dissulfiram e o álcool inibem o metabolismo oxidativo mas não o de conjugação. A fenitoína e o fenobarbital induzem o metabolismo do diazepam. (19)

1.8 Reações Adversas

As reações adversas mais frequentes são sonolência e incoordenação motora, alteração da memória a curto prazo, confusão, depressão, vertigem, alterações gastrointestinais como obstipação, diarreia, vômitos e alterações do apetite, alterações visuais e irregularidades cardiovasculares. (31)

Em certas ocasiões podem produzir comportamentos agressivos ou hostis por desinibição, ou um estado inicial de nervosismo antes que se estabeleça o efeito ansiolítico ou sedativo. Com benzodiazepinas de ação curta podem aparecer, por vezes, fenómenos de ansiedade *rebound* após o efeito do fármaco ter terminado; nestes casos devem usar-se BZDs de ação prolongada. (19)

Os efeitos adversos são dose dependente e variam de acordo com a farmacocinética de cada BZD. Doses elevadas com tempos de semivida prolongados ou intermédios, têm maior potencial para produzirem sedação diurna e comprometimento do desempenho normal do indivíduo. (28)

1.9 Contraindicações

São recomendadas algumas precauções no uso de BZDs em doentes com glaucoma do ângulo fechado e em doentes com a função hepática e renal debilitada e em doentes idosos.

Deve-se evitar o seu consumo durante o primeiro trimestre da gravidez pois podem causar danos fetais. Devem também ser evitadas durante a lactação.

O seu uso deve evitar-se em indivíduos fármacodependentes e alcoólicos e alertá-los de que não devem ingerir bebidas alcoólicas nem conduzir veículos durante o tratamento. (27)

1.10 Tolerância e Dependência

Tolerância é uma resposta diminuída a um fármaco/droga após exposição repetida. Pode resultar na necessidade em aumentar a dose para manter o efeito desejado.

O mecanismo responsável pela tolerância a estes fármacos ainda não é bem compreendido. (26)

Pode desenvolver-se tolerância para todas as ações das BZDs. A tolerância aos efeitos hipnóticos desenvolve-se rapidamente enquanto aos efeitos ansiolíticos se desenvolve mais lentamente. (29)

Podem também provocar dependência psicológica e física, incluindo em doses baixas, com uma síndrome de abstinência que se instala lentamente após a suspensão do fármaco.

Os compostos que apresentam maior potencial para provocar dependência são as de maior potência e menor semivida de eliminação.

A prescrição de doses baixas e a administração intermitente minimiza consideravelmente o problema da tolerância e dependência. (19)

Pode ocorrer abuso e dependência com o uso crónico, especialmente em doentes com padrão de adição a múltiplas substâncias. Os indivíduos alcoólicos, por exemplo, têm uma tolerância cruzada com os agentes tranquilizantes e, assim, é necessário doses maiores para produzir efeitos ansiolíticos. (27)

1.11 Sobredosagem

A sobredosagem de BZDs geralmente manifesta-se por diferentes graus de depressão do SNC, desde a sonolência até ao coma. (27)

O flumazenilo é um antídoto para a reversão parcial ou completa dos efeitos sedativos a nível central provocados pelas BZDs. (32) É um agonista parcial com uma atividade intrínseca mínima. (19) Bloqueia muitas das ações das BZDs mas não antagoniza os efeitos no SNC de outros sedativos-hipnóticos, etanol, opióides ou anestésicos gerais. (26)

Os critérios do *National Institute for Clinical Excellence* no Reino Unido (NICE) afirmam que o seu uso cauteloso pode reduzir a necessidade de internamento. Estes aconselham o uso de flumazenilo em doentes com diminuição do nível de consciência.

Por outro lado, alertam que o flumazenilo não deve ser usado em doentes dependentes de BZDs. A co-ingestão de pró-convulsivos, incluindo antidepressivos tricíclicos, ou história de epilepsia, também são contra-indicações. (33, 34)

O tratamento com flumazenilo deve ser seguido de uma monitorização constante do doente devido ao risco de recorrência da sedação uma vez que, as BZDs têm um tempo de semivida maior do que o do flumazenilo. (26)

2. Justificação do Tema e Objetivos

De acordo com os dados publicados pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED) em 2009, os medicamentos psicotrópicos são o segundo grupo farmacoterapêutico mais vendido em Portugal, tendo registado um crescimento de quase 50% nestes últimos anos. (35)

O uso das BZDs sempre foi polémico. A falta de estudos sobre o seu consumo mostrou ser um motivo de interesse para a realização desta dissertação, uma vez que para além de contribuir para uma melhor compreensão do uso destes fármacos, pode preencher uma lacuna na falta de informação e de estudos sobre o seu consumo em Portugal, nomeadamente na região da Cova da Beira.

Sendo esta uma região de interior, económica e financeiramente desfavorecida e, com a conjuntura atual, o consumo deste tipo de fármacos, nomeadamente das BZDs, provavelmente tenderá a aumentar.

Este estudo permitirá ainda conhecer a faixa populacional que mais consome BZDs. É de esperar que, devido à situação económica e social que o país atravessa, a faixa de população mais consumidora seja a dos desempregados. Por outro lado, devido ao aumento das taxas moderadoras, importa também saber se, o consumo de BZDs é efetuado através da prescrição médica ou por iniciativa dos doentes.

2.1 Objetivos

O principal objetivo deste estudo foi caraterizar o perfil de consumo de BZDs na região da Cova da Beira, mais concretamente:

- Conhecer qual o género que mais consome benzodiazepinas;
- Identificar qual a principal faixa etária consumidora de benzodiazepinas;
- Verificar a situação profissional e social dos principais consumidores deste tipo de medicamentos;
- Descrever o histórico da toma de benzodiazepinas;

- Apurar através de que meios os consumidores tiveram acesso a este tipo de fármacos;
- Estabelecer qual a posologia e modo das tomas praticada com estes medicamentos;
- Identificar qual/quais as benzodiazepinas mais consumidas;
- Verificar se existe renovação da receita das benzodiazepinas e, se esta não existir, determinar o seu motivo.

3. Métodos

3.1 Seleção da amostra

Para se caraterizar o perfil de consumo de benzodiazepinas pela população da região da Cova da Beira foi necessário selecionar uma amostra representativa dessa população. Como tal, recorreu-se aos dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística a fim de determinar a população desta região. Tendo em conta estes dados, a Cova da Beira é constituída pelos concelhos da Covilhã, Fundão e Belmonte, apresentando uma população, em 2011, de 87869. (36)

Para determinar o tamanho da amostra representativa da população, recorreu-se ao programa estatístico Epi Info[™] 7. Assim, e para um intervalo de confiança de 95% e uma frequência de 20%, é necessária uma amostra de 245 indivíduos, no entanto, foi recolhida uma amostra de 264 indivíduos. A frequência escolhida de 20% deveu-se à suposição de que em 100 habitantes, 20 consomem BZDs.

Este estudo de carácter descritivo decorreu entre os meses de Agosto a Dezembro de 2011.

O projeto foi submetido à comissão de ética da Faculdade de Ciências da Saúde (UBI), tendo esta aprovado o mesmo sem a necessidade de uma avaliação criteriosa, por se tratar de um projeto com questionários anónimos e sem a inclusão de dados que justifiquem tal avaliação.

3.2 Material e Métodos

A recolha de dados foi realizada através da distribuição de um inquérito a utentes de 3 farmácias comunitárias da região da Cova da Beira. Procurou-se utilizar uma linguagem simples, clara e acessível, com questões curtas e diretas, de modo a eliminar possíveis equívocos por parte dos inquiridos. Estes foram informados do objetivo do estudo e de que a sua participação seria totalmente anónima e confidencial.

Neste inquérito foram analisadas várias questões para caraterizar a amostra estudada, como o género, idade, profissão e estado civil. De seguida tentou avaliar-se para que tipo de indicação (ansiedade, perturbações do sono ou depressão) se consome mais medicação. Assim, foi questionado se os utentes tinham algum dia utilizado este tipo de medicação e se, nos últimos 12 meses também o tinham feito. Outra das questões propostas foi sobre o acesso à medicação. Relativamente à medicação usada, foram efetuadas uma série de questões para caraterizar a sua posologia. Pediu-se também aos entrevistados que, se se lembrassem

referissem alguns exemplos da medicação tomada. Por último, questionou-se os utentes sobre a renovação da receita médica e o motivo da não renovação.

O inquérito descrito encontra-se apresentado no capítulo Anexos (Anexo 2).

Para a análise destes dados recorreu-se ao programa estatístico Microsoft Office Excel 2007.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para a participação neste estudo, sendo que os critérios de inclusão correspondem a todos os utentes das farmácias, residentes na Cova da Beira, de todas as faixas etárias e situação social.

Os critérios de exclusão corresponderam aos utentes que afirmaram tomar o tipo de medicação questionada mas que como exemplos referiram outro tipo de medicação como anti-hipertensores, antidiabéticos, etc.

4. Resultados e Discussão

4.1 Caraterização da amostra

Através da análise da amostra que serviu de base para este estudo verificou-se que 62% dos utentes inquiridos eram do sexo feminino e que 38% pertenciam ao sexo masculino (Figura 3).

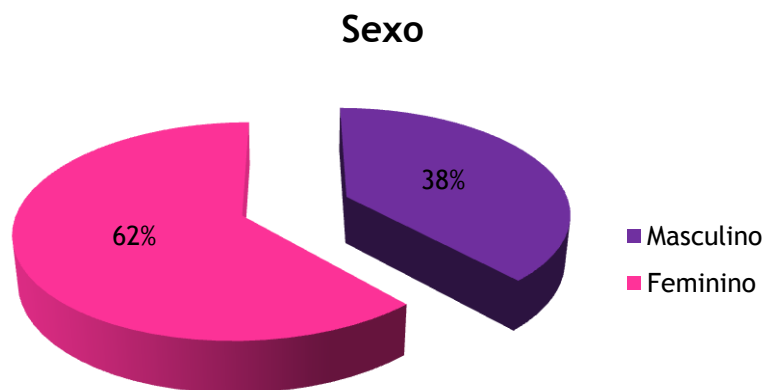


Figura 3 - Distribuição dos inquiridos segundo o género

Em relação à faixa etária, 26,9% dos utentes inquiridos tinham entre 18 e 29 anos, 21,2% apresentavam idades compreendidas entre os 30 e 39 anos, 14,8% tinham entre 40 e 49 anos, 19,3% entre 50 e 59 anos, 7,6% apresentava entre 60 e 69 anos, 7,2% pertenciam à faixa de idades entre 70 e 79 anos, 2,7% tinham entre 80 e 89 anos e 0,4% entre 90 e 99 anos. A faixa etária entre os 18 e 29 anos destaca-se como a mais inquirida ao longo deste estudo, ao passo que a faixa etária entre 90 e 99 anos é a menos inquirida. (Figura 4).

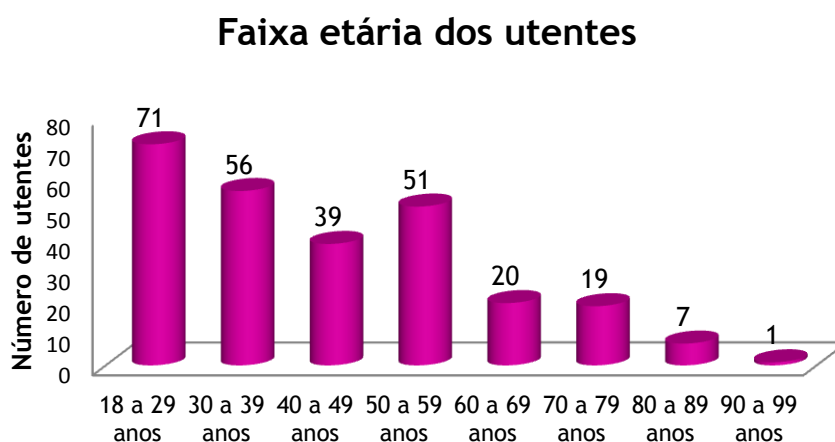


Figura 4 - Distribuição dos inquiridos segundo a faixa etária

Em relação às mulheres inquiridas, procurou-se também saber se estas estariam grávidas, para tentar avaliar se, enquanto grávidas, consomem ou não benzodiazepinas. Das 163 mulheres inquiridas, apenas 2% estavam grávidas.

Os inquiridos foram também distribuídos segundo a sua profissão. Para isso, recorreu-se à Classificação Portuguesa das Profissões 2010 (37) de forma a classificar as profissões apresentadas em 10 grandes grupos: Profissões das Forças Armadas; Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; Especialistas das atividades intelectuais e científicas; Técnicos e profissões de nível intermédio; Pessoal administrativo; Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem e Trabalhadores não qualificados. Para além destes, existem ainda mais quatro grupos em que se distribuíram os inquiridos: Estudantes; Reformados; Desempregados e Domésticas. De modo a facilitar a leitura, a interpretação e tratamento dos resultados, optou-se por classificar estes grupos com as letras de A a N, sendo assim, a classificação final foi:

- A. Profissões das Forças Armadas;
- B. Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos;
- C. Especialistas das atividades intelectuais e científicas;
- D. Técnicos e profissões de nível intermédio;
- E. Pessoal administrativo;
- F. Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores;
- G. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta;
- H. Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices;
- I. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;
- J. Trabalhadores não qualificados;
- K. Estudantes;
- L. Reformados;
- M. Desempregados;
- N. Domésticas.

Assim, segundo esta classificação, 0,4% dos inquiridos pertenciam ao grupo A (do qual se destaca profissões como militares), 3,8% ao grupo B (do qual se destaca profissões como gestores e diretores), 15,2% encontravam-se no grupo C (do qual se destaca profissões como farmacêuticos, professores ou engenheiros), 11,7% no grupo D (do qual se destacam profissões como técnicos de laboratório ou escriturário), 7,2% eram do grupo E (do qual se destaca profissões como administrativo), 7,6% pertenciam ao grupo F (do qual se destacam profissões como cabeleireiras ou comerciantes), 3,8% ao grupo H (do qual se salientam profissões como

pasteleiro ou electricista), 3% pertenciam ao grupo I (do qual se salientam profissões como motorista), 5,3% ao J (do qual se destacam profissões como empregada de limpeza ou operários têxteis), 19,7% encontravam-se no grupo K, 15,5% no grupo L, 4,9% pertenciam ao grupo M e 1,9% ao grupo N.

Nenhum dos inquiridos neste estudo fez parte do grupo G.

O grupo com a maior percentagem de inquiridos foi o grupo K, ou seja, o grupo dos estudantes. Este facto está de acordo com a faixa etária com mais inquiridos, dos 18 aos 29 anos. De seguida, o grupo L (Reformados) foi o segundo grupo com mais inquiridos e o grupo C (Especialistas das atividades intelectuais e científicas) o terceiro grupo (Figura 5).

Distribuição dos utentes segundo a profissão

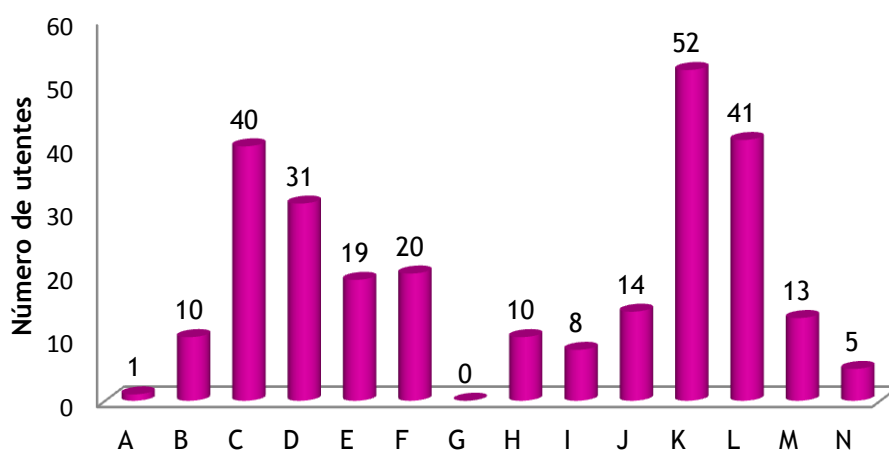


Figura 5 - Distribuição dos inquiridos segundo o grupo profissional

Por último foi realizada a distribuição dos inquiridos segundo o seu estado civil. Assim, 30,3% dos inquiridos eram solteiros(as), 58,7% eram casados(as), 4,5% divorciados(as), 4,5% viúvos(as) e 1,9% encontravam-se em união de facto. A maior parte dos inquiridos pertencia ao grupo dos casados(as) (Figura 6).



Figura 6 - Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil

4.2 Uso de medicação para indicações como ansiedade, perturbações do sono ou depressão

Após a caraterização da amostra, apresenta-se a análise sob o ponto de vista de uso de medicação para indicações como ansiedade, perturbações do sono ou depressão. Para estudar esta questão questionaram-se os inquiridos sobre se já alguma vez tinham tomado este tipo de medicação e também se nos últimos 12 meses a tinham tomado.

Perante a questão: Alguma vez tomou alguma medicação para ansiedade, perturbações do sono ou depressão?

A grande maioria dos utentes, cerca de 47,7% afirma nunca ter tomado qualquer tipo de medicação para ansiedade, perturbações do sono ou depressão. Por outro lado, 15,2% dos utentes diz já ter tomado medicação para a ansiedade, 12,1% já tomou medicação para as perturbações do sono e 5,3% medicação para a depressão.

Ocorreram casos em que os utentes já tomaram mais do que um tipo de medicação, sendo que 5,3% dos utentes afirma já ter tomado medicação para a ansiedade e perturbações de sono, 3,4% já tomou medicação para a ansiedade e depressão e apenas 1,9% diz ter tomado medicação para perturbações do sono e depressão. Por outro lado, 9,1% dos utentes afirma já ter tomado todos estes tipos de medicação. Dos 264 utentes entrevistados, só 138 deles, ou seja, 52,3%, afirmaram já terem tomado medicação para indicações como ansiedade, perturbações do sono ou depressão.

A medicação mais consumida é para a ansiedade, seguida da medicação para as perturbações do sono e, por último, para a depressão (Figura 7). Estes dados vêm comprovar os factos obtidos em estudos realizados pelo INFARMED em 2010 em que se afirma que as benzodiazepinas ansiolíticas são mais consumidas que as benzodiazepinas hipnóticas, ou seja, para perturbações do sono. (38) Nos últimos anos têm sido feitos alguns estudos sobre o consumo de BZDs em países europeus, nomeadamente um estudo feito em Espanha onde também se afirma que as BZDs ansiolíticas apresentam um consumo superior ao das BZDs hipnóticas. (39)

Alguma vez tomou alguma medicação para:

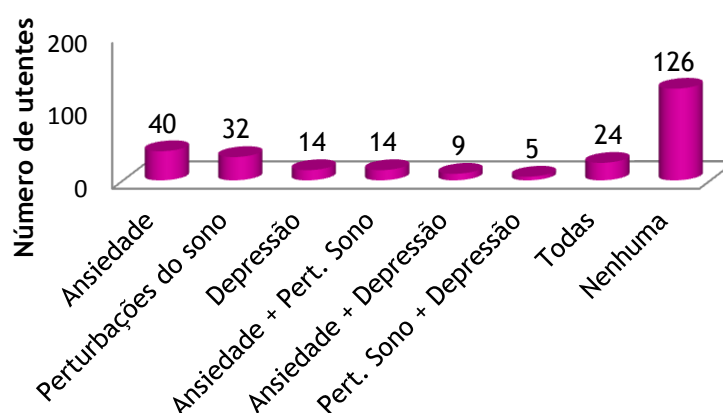


Figura 7 - Distribuição dos inquiridos relativamente ao uso de medicação para indicações como ansiedade, perturbações do sono ou depressão

Julgou-se também importante distinguir entre o sexo feminino e masculino qual o maior consumidor deste tipo de medicação, tendo-se concluído que, na maioria dos casos, o sexo feminino consome mais medicação deste tipo do que o sexo masculino, facto que já foi referido no estudo realizado por Furtado, C. e Teixeira, I. (2006). (40) Foi realizado outro estudo, dentro destes parâmetros, em Itália onde também se conclui que as mulheres são o género mais consumidor de BZDs. (41)

Assim, 18,4% das mulheres afirmaram já ter tomado medicação para a ansiedade enquanto apenas cerca de metade dos homens, 9,9%, o fez. Em relação à medicação para as perturbações do sono, a distribuição das percentagens é de 12,9% para as mulheres e 10,9% para os homens. Quanto à medicação para a depressão, as mulheres voltam a ser as principais consumidoras, com mais do dobro da percentagem dos homens (6,7% para as mulheres e 3% para os homens). Na utilização de medicação para a ansiedade e perturbações do sono, os homens são os maiores consumidores com 6,9% frente a 4,3% das mulheres, assim como na

medicação para as perturbações do sono e depressão (2% para os homens e 1,8% para as mulheres). Em relação à utilização de medicação para a ansiedade e depressão, 3,7% das mulheres e 3% dos homens afirma já ter consumido este tipo de medicação. Nos casos em que é consumida medicação para a ansiedade, perturbações do sono e depressão, as mulheres apresentam um consumo de quase o dobro do dos homens, com 11% para as mulheres e 5,9% para as mulheres. Dos 101 homens entrevistados, apenas 42, ou seja, 41,6%, afirmaram já ter tomado medicação para a ansiedade, perturbações do sono ou depressão e das 163 mulheres, 96, ou seja 58,9%, também o afirmaram (Figura 8).

Em relação às mulheres que se encontravam grávidas no momento da realização deste inquérito (apenas 2%, ou seja, 3 mulheres), uma delas afirmou já ter tomado medicação para a ansiedade, outra para a depressão e a outra refere nunca ter tomado qualquer tipo de medicação para estas indicações.

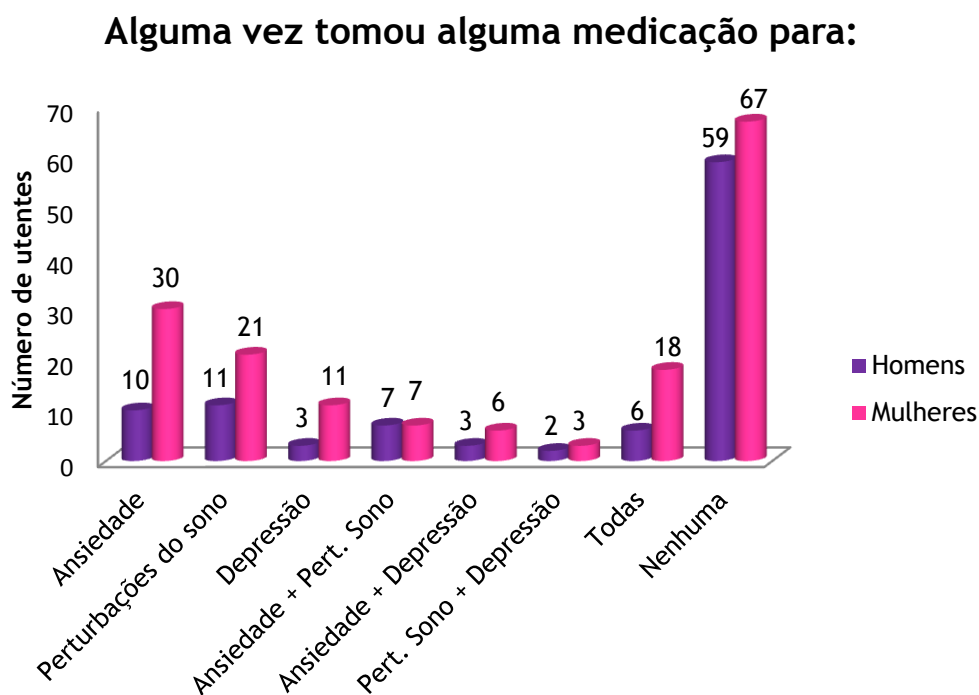


Figura 8 - Distribuição, por género, relativamente ao uso de medicação para indicações como ansiedade, perturbações do sono ou depressão

Relativamente à questão: Nos últimos 12 meses tomou alguma medicação para ansiedade, perturbações do sono ou depressão?

Numa tentativa de avaliar qual a percentagem de população que ainda está ou esteve a tomar nos últimos 12 meses medicação para indicações como ansiedade, perturbações do sono ou depressão, inquiriram-se os utentes sobre esta questão. Estes dados foram tratados tendo em conta o número de inquiridos que afirmou já ter tomado este tipo de medicação, ou seja, 138

utentes. Assim, 19,6% referiu ter tomado medicação para ansiedade nos últimos 12 meses. Em relação à medicação para perturbações do sono, o número de utentes que afirmou ter tomado foi de 18,8%. A toma de medicação para a depressão nos últimos 12 meses foi inferior a metade da toma da medicação para a ansiedade ou perturbações do sono, ou seja, 5,8%. Por outro lado, 9,4% dos inquiridos afirmou ter tomado nos últimos 12 meses medicação para a ansiedade e perturbações do sono, 4,3% para ansiedade e depressão e 1,4% para perturbações do sono e depressão. Cerca de 7,2% referiu ter tomado todo este tipo de medicação nos últimos 12 meses. Contudo, verificou-se uma percentagem elevada de utentes (cerca de 33,3%) que afirma não ter tomado qualquer tipo e medicação nos últimos 12 meses. Tal como na pergunta anterior, aqui também se verifica que a medicação para a ansiedade é a mais consumida, seguida da medicação para perturbações do sono e pela medicação para a depressão. O uso de medicação combinada (ansiedade e perturbações do sono, por exemplo) tem uma baixa expressão quando comparada com o uso de cada medicação isolada. Mais uma vez, a quantidade de utentes que refere não ter tomado qualquer tipo de medicação nos últimos 12 meses é significativa (Figura 9).

As mulheres que se encontravam grávidas durante a realização deste inquérito não estavam a tomar nenhum tipo de medicação para estas indicações.

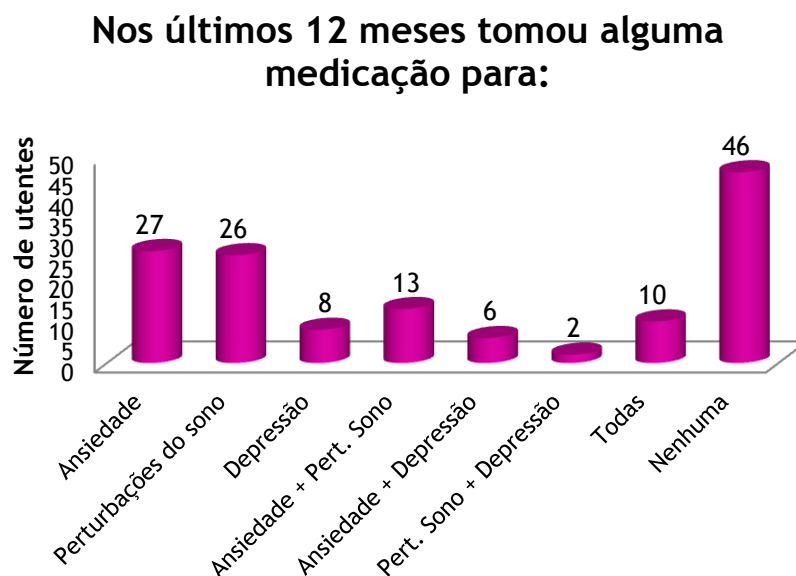


Figura 9 - Distribuição dos inquiridos relativamente ao uso de medicação para indicações como ansiedade, perturbações do sono ou depressão nos últimos 12 meses

Em relação à faixa etária e a medicação tomada

Julgou-se pertinente analisar por que faixa etária seria mais consumido cada tipo de medicação e combinações de medicação uma vez que se julga que as benzodiazepinas são mais consumidas pelas faixas etárias mais elevadas. (42) Assim, verificou-se que a faixa etária

que mais consome medicação para a ansiedade é a faixa entre os 18 a 29 anos. Para a medicação para perturbações do sono, a faixa etária mais consumidora encontra-se entre os 80 e 89 anos. A faixa etária dos 30 aos 39 anos é quem mais consome medicação para a depressão. Em relação às combinações de medicação, a faixa etária dos 80 a 89 anos é a mais consumidora de medicação para a ansiedade e perturbações do sono, combinações de medicação para ansiedade e depressão são mais consumidas pela faixa dos 30 aos 39 anos e, por fim, combinações de medicação para perturbações do sono e depressão são mais consumidas pela faixa etária dos 60 aos 69 anos.

A população da faixa etária dos 40 aos 49 anos é a que mais consome todos os tipos de medicação (Tabela 4). De acordo com estes dados, verifica-se que as faixas etárias mais elevadas consomem tanto medicação para a ansiedade como combinações para ansiedade e perturbações do sono, no entanto, os outros tipos de medicação são também consumidos pelas faixas etárias mais jovens o que prova não haver uma relação direta entre a toma de benzodiazepinas com as faixas etárias mais velhas. No entanto, o estudo realizado em Itália afirma mesmo que o consumo de BZDs aumenta com a idade, consumo este que se revela preocupante. (41)

Tabela 4 - Relação entre o uso de medicação para indicações como ansiedade, perturbações do sono ou depressão e a faixa etária

	18 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	60 a 69 anos	80 a 89 anos
Ansiedade	60,6%				
Perturbações do sono					40%
Depressão		22,7%			
Ansiedade + Perturbações do Sono					20%
Ansiedade + Depressão		22,7%			
Perturbações do Sono + Depressão				8,3%	
Todas			36,4%		

Relação entre a medicação tomada e o grupo profissional

Mais uma vez, é referido em vários estudos que a utilização de benzodiazepinas parece estar associada aos indivíduos em situações de reforma e às altas taxas de desemprego. (42, 43) Deste modo, numa tentativa de verificar estes dados, determinou-se por que grupo profissional é mais tomado cada tipo ou combinação de medicação (Tabela 5).

A medicação para a ansiedade é mais consumida pelo grupo profissional H (Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices). O grupo profissional L (Reformados) é quem

mais consome medicação para perturbações do sono, enquanto a medicação para a depressão é mais consumida pelo grupo profissional E (Pessoal administrativo). A combinação de medicação para ansiedade e perturbações do sono é mais consumida pelo grupo profissional B (Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos), já a medicação para ansiedade e depressão é mais usada pelo grupo profissional D (Técnicos e profissões de nível intermédio), enquanto o grupo profissional L (Reformados) é o que mais consome medicação para perturbações do sono e depressão. O grupo profissional N (Domésticas) é aquele que mais consome todos estes tipos de medicação. Neste caso, o grupo dos reformados é o mais consumidor de medicação para perturbações do sono e da combinação de medicação para perturbações do sono e depressão o que poderia comprovar o referido nos estudos anteriormente citados. No entanto, todos os outros tipos e combinações de medicação são mais consumidos por outros grupos profissionais pelo que não se pode retirar uma relação direta entre o maior consumo de benzodiazepinas pelos indivíduos em situações de reforma. Em relação às altas taxas de desemprego, constata-se que o grupo dos desempregados (M) não foi um dos grupos que consome mais medicação para qualquer tipo destas indicações pelo que não se pode confirmar a informação relatada nos estudos.

Aqui, mais uma vez, os estudos realizados noutros países estão de acordo com os de Portugal, na medida em que afirmam que são os reformados e os desempregados quem mais consome BZDs. (41)

Tabela 5 - Relação entre a medicação tomada e o grupo profissional

	B	D	E	H	L	N
Ansiedade				60%		
Perturbações do sono					35,7%	
Depressão			60%			
Ansiedade + Perturbações do sono	33.3%					
Ansiedade + Depressão		30%				
Perturbações do sono + Depressão					14,3%	
Todas						66,7%

4.3 Acesso à medicação

Segundo a Organização Internacional de Controlo de Estupefacientes (OICE), Portugal apresenta dos maiores níveis de utilização de benzodiazepinas a nível europeu. (42) Devido a este facto, o *Internacional Narcotic Board* aconselhou Portugal a analisar a prática atual no que diz respeito à prescrição e utilização de benzodiazepinas. (43) No entanto, nos últimos anos tem-se assistido ao aumento do consumo deste tipo de substâncias sem prescrição

médica ou, até, através da venda pela internet. Este dado contribui para a falta de controlo do uso de benzodiazepinas. Assim, e numa tentativa de avaliar de que forma os utentes inquiridos têm acesso à medicação estudada, estes foram questionados sobre o mesmo.

Cerca de 81,8% dos inquiridos afirma ter acesso à medicação através de prescrição médica, 10,1% diz fazê-lo através de amigos/familiares, enquanto 5,8% dos utentes fá-lo através de aconselhamento farmacêutico. Uma minoria dos entrevistados, 2,2%, diz ter acesso a este tipo de medicação quer através de prescrição médica quer através do aconselhamento farmacêutico e, apenas 0,7% o faz através de prescrição médica e amigos/familiares (Figura 10).

Podemos concluir que, na população estudada, a prescrição médica continua a ser o meio mais utilizado para se ter acesso a medicação para ansiedade, perturbações do sono ou depressão embora os outros meios de acesso representem uma percentagem significativa (18,8%).

No estudo realizado em Itália também foi questionado de que forma os inquiridos tinham acesso às BZDs. Também aqui a grande maioria afirmou que teve acesso à medicação através da prescrição médica. A diferença registada é que em Itália são mais os inquiridos que decidem tomar BZDs por aconselhamento de amigos/familiares do que por aconselhamento farmacêutico, ao contrário do que se concluiu no presente estudo. (41)

Como teve acesso à medicação?

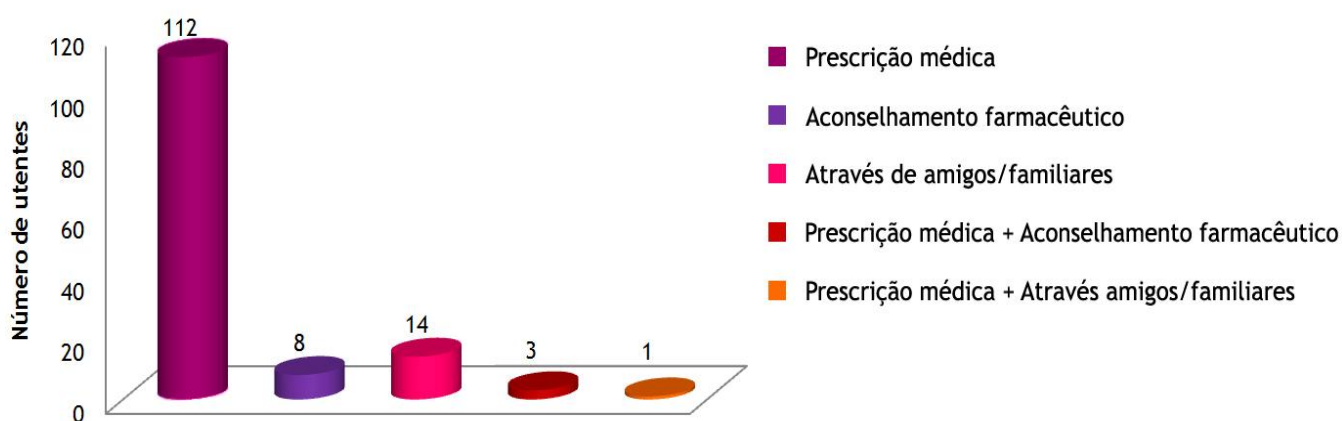


Figura 10 - Distribuição dos inquiridos segundo os diversos meios de acesso à medicação

4.4 Posologia

A posologia das benzodiazepinas varia muito consoante o fármaco utilizado. Existem benzodiazepinas cuja posologia recomendada é de apenas um comprimido por dia ao deitar (ex. brotizolam), outras cuja posologia deve ser dividida por 1 a 2 administrações por dia (ex. loflazepato de etilo), outras em que se recomendam 3 administrações por dia (ex. alprazolam) e outras que se podem administrar mais de 3 vezes por dia (ex. lorazepam). (31) Com o objetivo de perceber a posologia habitual da população da Cova da Beira questionaram-se os utentes sobre quantos comprimidos tomam por dia e quando os tomam.

Quantos comprimidos toma por dia?

A grande maioria dos inquiridos, cerca de 67,4%, afirma que toma apenas 1 comprimido por dia, enquanto 26,8% refere tomar 2 comprimidos por dia. Apenas 5,8% diz tomar 3 comprimidos ou mais por dia (Figura 11).

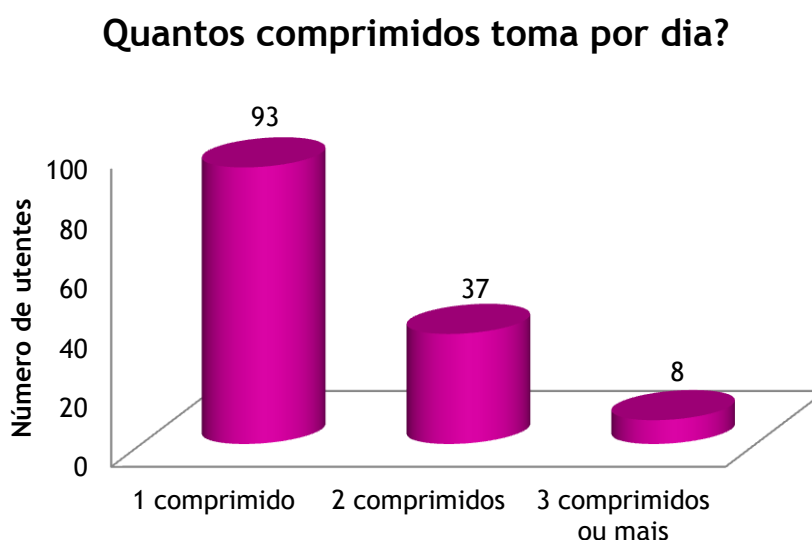


Figura 11 - Distribuição dos inquiridos segundo a quantidade de comprimidos que tomam por dia

Quando toma a medicação?

A análise da Figura 12 indica-nos que a maioria dos participantes neste inquérito toma a medicação após as refeições, nomeadamente 86,2%. Cerca de 9,4% dos inquiridos afirma que o faz antes das refeições e apenas 0,7% admite fazê-lo durante as refeições com uma bebida alcoólica. Existem ainda alguns utentes (2,9%) que dizem tomar esta medicação quer antes quer depois das refeições e, ainda, um pequeno número (0,7%) que admite tomar esta medicação quer antes, quer depois, quer durante as refeições com uma bebida alcoólica.

Quando se realiza apenas uma administração de benzodiazepinas por dia, recomenda-se que esta se realize à noite, ao deitar. Uma vez que a grande maioria dos entrevistados, ao responder que tomam a medicação depois das refeições acrescentava que, normalmente, o faziam à noite ao deitar, os dados obtidos nesta questão estão de acordo com os da questão anterior, ou seja, a maioria dos utentes afirma tomar apenas 1 comprimido por dia e tomá-lo depois das refeições.

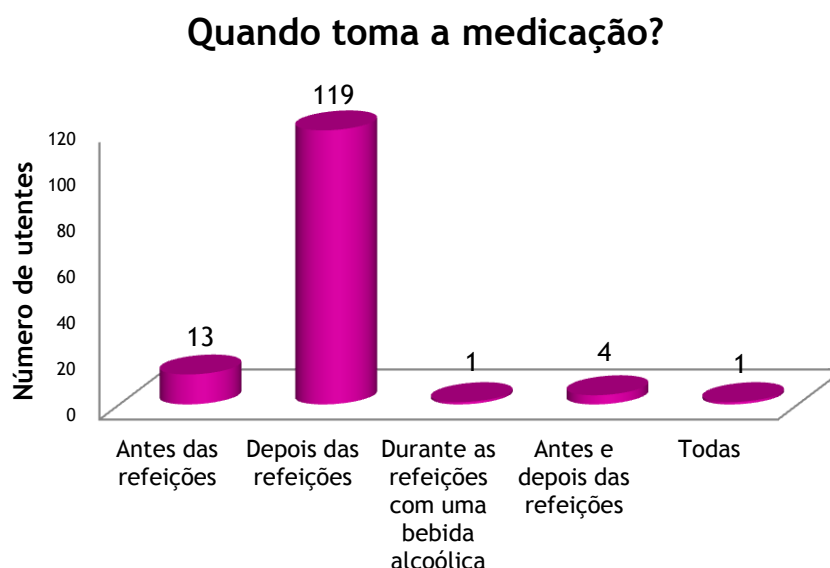


Figura 12 - Distribuição dos inquiridos relativamente à administração da medicação

4.5 Exemplos da medicação tomada

No decorrer da recolha e tratamento dos dados deste trabalho, verificou-se que, para além de benzodiazepinas, foram referidos outros exemplos de medicação tomada, exemplos esses que, muitas vezes, nada tinham a ver com o tipo de medicação administrada para as patologias questionadas (ansiedade, perturbações do sono ou depressão). Assim, antes de tudo, importa distinguir que tipos de medicação os utentes entrevistados sugeriram. A maioria dos inquiridos, cerca de 46,2%, referiu exemplos de fármacos pertencentes ao grupo das benzodiazepinas. Uma outra fatia dos entrevistados referiu exemplos de antidepressivos, nomeadamente 19,9%. Surgiram ainda outros tipos de medicação, entre os quais anti-epilépticos e anti-histamínicos, com uma percentagem de 20,4%. É de referir ainda que cerca de 13,4% dos entrevistados não se lembrou de nenhum exemplo de medicação tomada (Figura 13).

Exemplos de medicação tomada

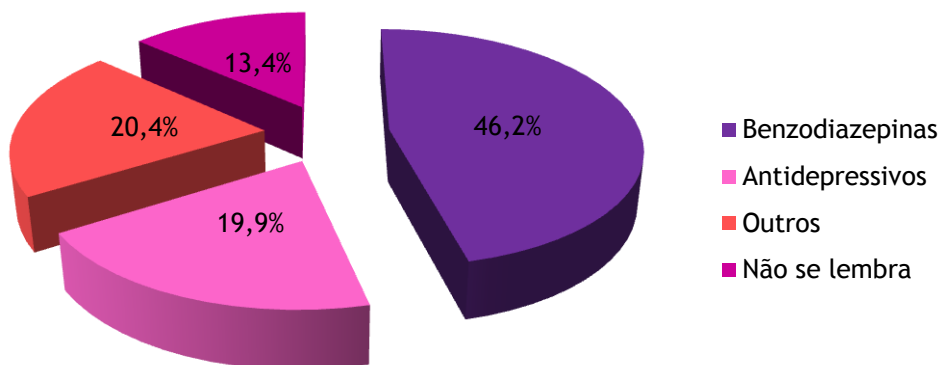


Figura 13 - Distribuição dos inquiridos segundo os exemplos de medicação referidos

As benzodiazepinas existentes em Portugal encontram-se distribuídas em dois grupos farmacoterapêuticos, as benzodiazepinas ansiolíticas e as benzodiazepinas hipnóticas. Assim, é importante distribuir os exemplos dados segundo o seu grupo farmacoterapêutico e o seu tempo de ação, ou seja, ação curta, intermédia ou prolongada.

Cerca de 93% dos exemplos dados pertencem ao grupo das BZDs ansiolíticas, enquanto apenas 7% pertence ao grupo das BZDs hipnóticas (Figura 14). Este facto está de acordo com outros estudos publicados que referem que a grande maioria das BZDs consumidas pertencem ao grupo farmacoterapêutico das BZDs ansiolíticas. (39, 42)

Distribuição das benzodiazepinas segundo o seu tipo de ação

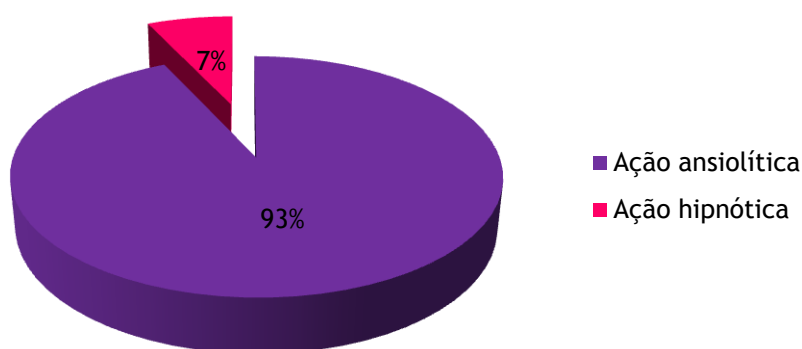


Figura 14 - Distribuição das benzodiazepinas segundo o seu tipo de ação

Foram também distribuídas dentro de cada grupo farmacoterapêutico as BZDs segundo a sua duração de ação. Assim, dentro das BZDs com ação ansiolítica não se registaram quaisquer exemplos com ação curta, no entanto, cerca de 62,5% tinham ação intermédia e 37,5% ação

prolongada (Figura 15). Mais uma vez estes dados estão de acordo com os estudos publicados em 2009. Estes afirmam que as BZDs ansiolíticas com ação curta registaram uma utilização muito reduzida, enquanto as com ação intermédia foram as mais consumidas, seguidas das com ação prolongada. (39, 42)

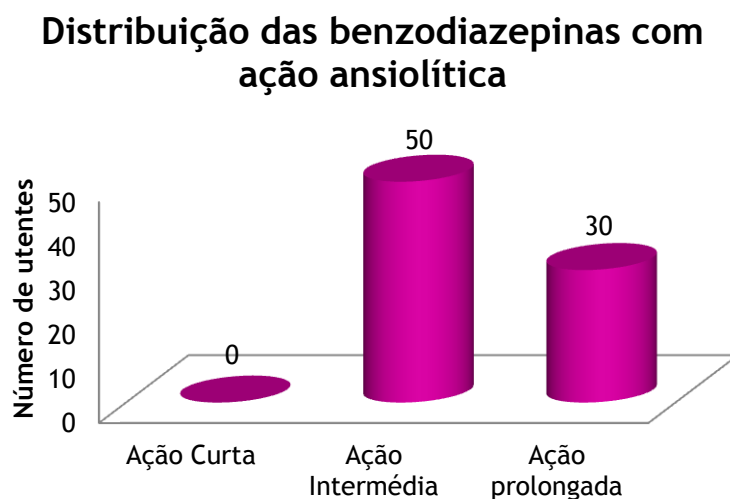


Figura 15 - Distribuição das benzodiazepinas com ação ansiolítica

De entre as BZDs ansiolíticas com ação intermédia, o alprazolam foi o mais consumido, com 68%, seguido pelo bromazepam com 16% e pelo lorazepam com 14%. O oxazepam foi a BZD menos consumida deste grupo com, apenas, 2%.

Julga-se que o alprazolam tenha um consumo tão elevado devido ao aparecimento das formulações de libertação modificada. O alprazolam tem também propriedades farmacocinéticas importantes, como uma rápida absorção e um tempo de semivida à volta de 12 horas o que facilita que não ocorra acumulação. Refere-se também que, por o alprazolam ter propriedades antidepressivas similares à imipramina, pode estar a ser utilizado em doentes com transtornos mistos de ansiedade e depressão. (39)

Dentro das BZDs ansiolíticas com ação prolongada, o diazepam foi o mais consumido, com 36,7%. A segunda BZD mais consumida foi o mexazolam, com cerca de 26,7%, seguido do clobazam com 13,3%. O cloxazolam e o loflazepato de etilo tiveram ambos um consumo de 10%. O halazepam foi a BZD menos consumida, com apenas 3,3% (Figura 16). Os resultados aqui referidos, contudo, já não estão totalmente de acordo com os publicados noutros estudos.

De entre as BZDs com ação intermédia, o alprazolam foi o mais consumido no entanto, os estudos referem que o lorazepam é a segunda BZD mais consumida e o bromazepam a terceira. (40, 42) Este facto não é comprovado com os resultados apresentados, havendo uma

troca entre o lorazepam e o bromazepam. A mesma situação acontece no grupo das BZDs com ação prolongada, onde os estudos referem que o diazepam é a substância mais consumida, seguida pelo cloxazolam e pelo mexazolam. (40, 42) No presente estudo apenas os dados referentes ao diazepam estão de acordo com os estudos publicados.

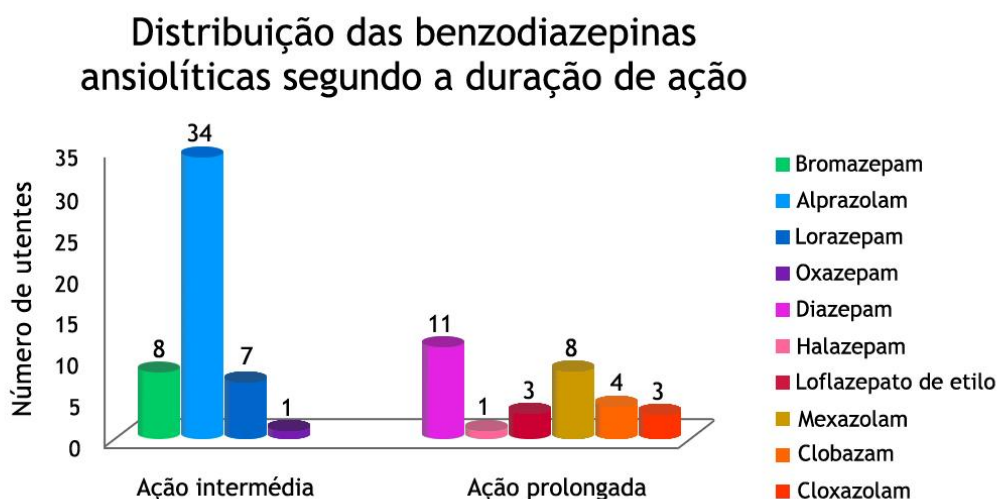


Figura 16 - Distribuição das benzodiazepinas ansiolíticas segundo o tempo de ação

As BZDs com ação hipnótica têm uma baixa expressão, com um consumo de apenas 7%. Desta forma, apenas foi referido um exemplo para cada tipo de duração de ação. Assim, com ação curta, temos o brotizolam, com ação intermédia o estazolam e com ação prolongada o flurazepam (Figura 17). Estes resultados estão de acordo com os apresentados nos estudos previamente publicados. (40, 42)



Figura 17 - Distribuição das benzodiazepinas hipnóticas segundo a sua duração de ação

4.6 Renovação da receita médica

É do conhecimento geral que a grande maioria dos utentes tem o primeiro acesso a este tipo de medicação através da prescrição médica, pelo que se tentou avaliar se estes renovam as receitas médicas e, se no caso de não o realizar, qual é o motivo.

Pelo que, perante a questão: Costuma visitar o médico para renovação da receita?

A maioria dos entrevistados refere que costuma visitar o médico a fim de renovar a receita médica, nomeadamente 55,8%, enquanto cerca de 44,2% confessa não o fazer (Figura 18).

Renovação de receita médica

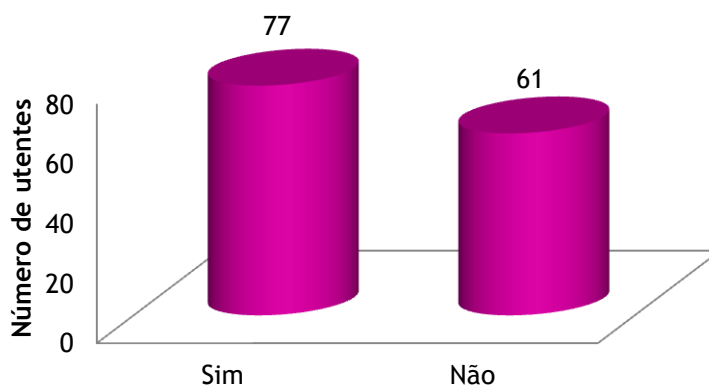


Figura 18 - Distribuição dos inquiridos relativamente à visita ao médico para renovação da receita médica

Se não costuma renovar a receita, por que motivo o faz?

Finalmente, relativamente à última questão deste inquérito, do grupo de utentes que não costuma renovar a receita médica, 44,3% referem fazê-lo pois o tratamento acabou. Alguns indivíduos, cerca de 26,2%, admitem fazê-lo porque já se sentem melhor e a mesma percentagem de inquiridos afirma ter outras razões para fazê-lo. De entre estas razões alguns utentes destacaram o aparecimento de reações adversas e as visitas pouco frequentes ao médico de família. Nenhum dos entrevistados afirmou não renovar a receita médica devido a alteração da medicação pelo médico, enquanto 1,6% admite fazê-lo pois o tratamento acabou e já se sente melhor ou porque já se sente melhor e tem outro tipo de motivos (Figura 19).

Motivo da não renovação da receita médica

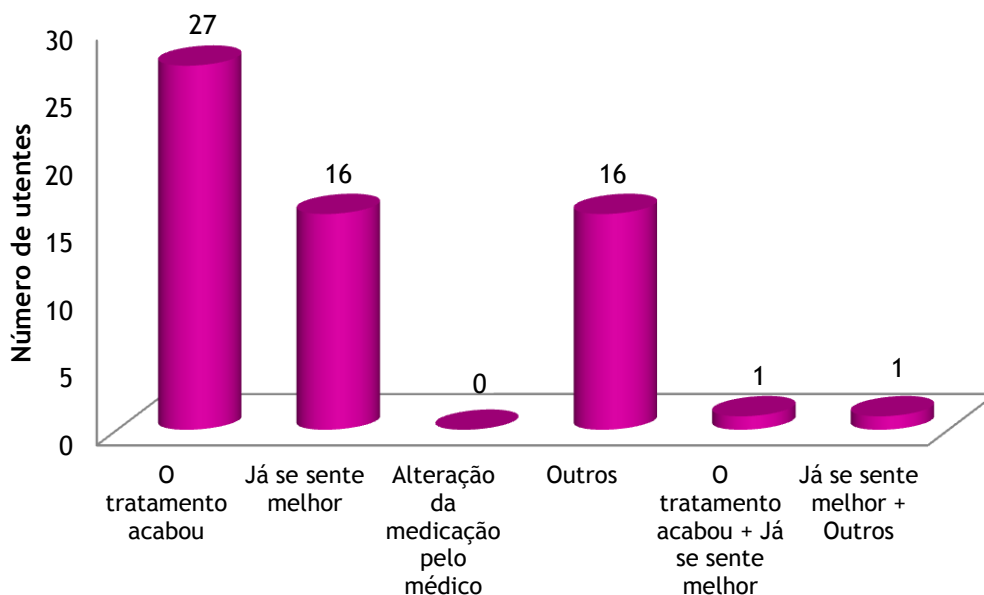


Figura 19 - Distribuição dos inquiridos relativamente ao motivo da não renovação da receita médica

A quantidade de inquiridos que refere não renovar a receita médica porque já se sente melhor é significativa (26,2%). A questão que se levanta é se realmente os utentes já se sentiam melhor ou se decidiram simplesmente interromper o tratamento por iniciativa própria, já que poderiam achar que este não lhes estava a produzir qualquer tipo de efeito benéfico ou curativo. Por outro lado, importa saber se, por já se sentirem melhores, o próprio médico lhes interrompeu o tratamento, não necessitando assim, de renovar a receita médica.

Assim, é necessário um maior cuidado e acompanhamento dos utentes ao longo dos tratamentos com BZDs uma vez que, as interrupções dos tratamentos não devem ser feitas pelo próprio e de uma forma brusca (é necessário um período de desmame do fármaco). Por outro lado é fulcral que se alertem os utentes para a importância do cumprimento do tratamento e da adesão à medicação para, assim, se obter uma terapêutica eficaz, tendo o farmacêutico um papel chave nesta situação.

5. Conclusão

O presente estudo teve como principal objetivo conhecer o perfil de consumo de benzodiazepinas na população da Cova da Beira, através da realização de um inquérito. Pela análise dos resultados obtidos, alcançaram-se um conjunto de respostas que permitiram concretizar o principal objetivo a que este estudo se propunha.

Tendo em conta a amostragem efetuada nesta investigação verifica-se que a população consumidora de BZDs é maioritariamente feminina. São as faixas etárias mais jovens as que mais consomem medicação para a ansiedade enquanto as mais velhas consomem medicação para perturbações do sono. Em relação ao grupo profissional, a medicação com indicação para a ansiedade é mais consumida pelos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, enquanto os reformados são quem consome mais medicação para as perturbações do sono.

De entre todos os tipos de medicação questionadas, a medicação para a ansiedade é a mais consumida (15,2%), seguida de medicação para perturbações do sono (12,1%) e para a depressão (5,3%). Apesar disto, uma grande faixa da população (47,7%) afirma não consumir qualquer tipo de medicação, facto que pode ser explicado pela falta de sinceridade dos utentes uma vez que a maior parte destes inquéritos foram realizados frente a frente com o entrevistado.

A maioria dos inquiridos (81,2%) refere ter acesso a este tipo de medicação através de prescrição médica o que revela uma preocupação por parte dos utentes em tomarem fármacos deste género apenas com prescrição médica. Por outro lado, estes dados indicam-nos que há cada vez mais indivíduos a procurarem ajuda especializada em casos de ansiedade, perturbações do sono e depressões. No entanto é de salientar que uma quantidade significativa de entrevistados (10,1%) admite ter acesso à medicação através de amigos/familiares.

Relativamente à posologia, não se verificou nenhuma anomalia uma vez que grande parte da população toma apenas 1 comprimido por dia (67,4%) depois das refeições (86,2%), concretamente ao deitar.

As benzodiazepinas mais consumidas são as que possuem ação ansiolítica (93%). Dentro destas, são as de duração de ação intermédia as que representam a maior faixa (62,5%). O alprazolam é a BZD com duração de ação intermédia mais utilizada (68%) sendo o diazepam a mais consumida (36,7%) dentro das com duração de ação prolongada. No que respeita às BZDs com ação hipnótica, o brotizolam é o mais consumido.

Em relação à renovação da receita médica, cerca de 55,8% dos entrevistados afirma que o faz. Para os que não efetuam esta renovação, os motivos são vários, nomeadamente ter acabado o tratamento (44,3%). No entanto, é preocupante a quantidade significativa de utentes (26,2%) que afirma ter outros motivos, como idas pouco frequentes ao médico ou aparecimento de efeitos adversos.

É do conhecimento geral que, com a conjuntura económica atual, são cada vez menos as pessoas que pagam para terem uma consulta médica ou para irem buscar receitas e, uma vez que a grande maioria das BZDs tem um custo muito reduzido nas farmácias, a maioria dos utentes afirma não compensar os gastos com as consultas para obterem somente novas receitas.

Contudo, e apesar de ser grande a quantidade de utentes que não renova a receita médica, o consumo destes fármacos na região da Cova da Beira é ainda muito elevado. Este facto é registado não só em Portugal mas também noutros países europeus pelo que diversos organismos têm tentado justificar este consumo elevado. De entre eles destaca-se a falta de informação por parte do médico no que diz respeito à relação risco-benefício das BZDs, diagnósticos imprecisos e à tendência da medicalização tanto do sofrimento humano como dos problemas sociais. (39, 43)

Assim, torna-se necessário realizar mais estudos neste âmbito, abrangendo outras regiões, de forma a conhecer qual a duração dos tratamentos realizados e quais os principais efeitos adversos que surgem com a administração de BZDs, uma vez que é um dos motivos para os utentes suspenderem os tratamentos.

O farmacêutico, enquanto profissional de saúde tem um papel fundamental no aconselhamento dos utentes para a correta utilização deste tipo de substâncias.

Referências Bibliográficas

1. Deliberação nº 2473/2007. Diário da República; (2007-12-24). p. 37268-9.
2. Deliberação nº 1500/2004. Diário da República; (2004-12-29). p. 19288.
3. Decreto-Lei nº176/2006. Diário da República; (2006-08-30). p. 6297- 382.
4. Decreto-Lei nº 95/2004. Diário da República; (2004-04-22). p. 2439-41.
5. Decreto-Lei nº 15/93. Diário da República; (1993-01-22). p. 234-52.
6. Portaria nº 198/2011. Diário da República; (2011-05-18). p. 2792-6.
7. Despacho nº 17690/2007. Diário da República; (2007-08-10). p. 22849-50.
8. Decreto-Lei nº 106-A/2010. Diário da República; (2010-10-01). p. 4372-(2)--(5).
9. Portaria nº 769/2004. Diário da República; (2004-07-01). p. 4016-7.
10. Decreto-Lei n.º 189/2008. Diário da República; (2008-09-24). p. 6826-905.
11. Decreto-Lei nº 227/1999. Diário da República; (1999-06-22). p. 3585-8.
12. Decreto-Lei nº 148/2008. Diário da República; (2008-07-29). p. 5048-95.
13. Decreto-Lei nº 145/2009. Diário da República; (2009-06-17). p. 3707-65.
14. US Department of Health and Human Services. National Institutes of Health Nh, Lung, Blood Institute. The Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7). 2004 [updated 2004; cited]; Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/>.
15. Norma n.º 002/2011. Direcção Geral da Saúde; 2011.
16. Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde. Evolução do consumo de benzodiazepinas em Portugal de 1995 a 2001. 2002 [updated 2002; cited 2012 Janeiro 15]; Available from: http://www.infarmed.pt/porta1/page/porta1/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/re1_benzodiazepinas.pdf.
17. Carmona R, Bicho C. Serão as benzodiazepinas a panaceia para todos os males dos portugueses? Boletim de Farmacovigilância. 2001;5(1):2-3.

18. Williams DA, Lemke TL. Foye's Principles of Medicinal Chemistry. 6ª Edição ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
19. Flórez J, Armijo J, Mediavilla A. Farmacología Humana. 3ª Edição ed. Barcelona: Masson, SA; 1998.
20. Gerecke M. Chemical structure and properties of midazolam compared with other benzodiazepines. *Br J Clin Pharmacol*. 1983;16(Suppl 1):11S-6S.
21. Sieghart W. Pharmacology of benzodiazepine receptors: an update. *J Psychiatry Neurosci*. 1994 Jan;19(1):24-9.
22. Mantooth R. Benzodiazepine Toxicity. 2010 [updated 2010; cited 2012 Março 5]; Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/813255-overview?src=emailthis#showall>.
23. Wieland H, Luddens H, Seeburg PH. A single histidine in GABAA receptors is essential for benzodiazepine agonist binding. *J Biol Chem*. 1992;267(3):1426-9.
24. Lechuga MG, Indart IC. Selección de benzodiazepinas. Bases para su utilización en el hospital. *Farm Hosp*. 1997;21(2):117-22.
25. Osswald W, Guimarães S. Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas. 4ª Edição ed. Lisboa: Porto Editora; 2001.
26. Katzung BG. Basic & clinical pharmacology. 7ª ed.: Stamford: Appleton & Lange; 1998.
27. García AF, Viña AG, Machado MAP. Bases científicas para el uso de las benzodiazepinas. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2003;19(1):0-.
28. Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke G R, Wells BG, Posey LM. Pharmacotherapy - A Pathophysiologic Approach. 7ª Edição ed. New York: Mc Graw Hill Medical; 2008.
29. Longo LP, Johnson B. Addiction: Part I. Benzodiazepines—Side Effects, Abuse Risk and Alternatives. *American Family Physician*. 2000;61(7):2121-8.
30. Zint K, Haefeli WE, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J, Sturmer T. Impact of drug interactions, dosage, and duration of therapy on the risk of hip fracture associated with benzodiazepine use in older adults. *Pharmacoepidemiology & Drug Safety*. 2010;19(12):1248-55.

31. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde IP, (INFARMED). *Prontuário Terapêutico*. 9ª Edição ed. Lisboa: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED)/Ministério da Saúde; 2010.
32. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde IP, (INFARMED). *Folheto Informativo Flumazenilo Fresenius Kabi*. 2011 [updated 2011; cited 2011 Dezembro 12]; Available from: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=40409&tipo_doc=fi.
33. Thomson JS, Donald C, Lewin K. Use of flumazenil in benzodiazepine overdose. *Emerg Med J*. 2006;23(2):162.
34. Nacional Institute for Health and Clinical Excellence. *Clinical Guidelines 16*. [cited 2012 Fevereiro 20]; Available from: <http://publications.nice.org.uk/self-harm-cg16/guidance#medical-and-surgical-management-of-self-harm>.
35. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde IP, (INFARMED). *Estatística do Medicamento*. 2009 [updated 2009; cited 2011 Novembro 29]; Available from: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1264/1/284-295_FCS_06_-8.pdf.
36. Instituto Nacional de Estatística. *Estatística populacional e mapa de Portugal*. 2011 [updated 2011; cited 2012 Fevereiro 22]; Available from: <http://mapas.ine.pt/map.phtml>.
37. Instituto Nacional Estatística. *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. 2011 [updated 2011; cited 2012 Março 1]; Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2.
38. Furtado C, Ribeirinho M, Gaspar M. *Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009*. 2010 [updated 2010; cited 2012 5 Fevereiro]; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/Estudo_psicofarmacos.pdf.
39. Pozo JG, Iglesias FJA, Garcia-Pando AC, Corominas DM, Sanz MM, Pozo VG. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78(3):379-87.
40. Furtado C, Teixeira I. *Utilização de benzodiazepinas em portugal continental (1999-2003)*. *Acta Médica Portuguesa*. 2006;19(3):239-46.

41. Magrini N, Vaccheri A, Parma E, D'Alessandro R, Bottoni A, Occhionero M, et al. Use of benzodiazepines in the Italian general population: prevalence, pattern of use and risk factors for use. *Eur J Clin Pharmacol.* 1996;50:19-25.
42. Guedes J, Carvalho M. Evolução do consumo de benzodiazepinas em Portugal Continental entre 2000 e 2007. 2009 [updated 2009; cited 2012 Janeiro 12]; Available from: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1264/1/284-295_FCS_06_-8.pdf.
43. Furtado C, Teixeira I. Evolução da utilização das benzodiazepinas em Portugal Continental entre 1999 e 2003. *Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde*; 2005 [updated 2005; cited 2011 Dezembro 1]; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/Estudo-BZD.pdf.

Anexos

ANEXO 1 - Exemplo de uma ficha de preparação de um medicamento manipulado



Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados

Medicamento: Vaselina salicilada a 20%

Teor em substância(s) activa(s): 100 g (ml ou unidades) contém 20 g (ml) de Ácido salicílico

Forma farmacêutica: Pomada propriamente dita Data de preparação: 26-4-2012

Número do lote: 5/12 Quantidade a preparar: 50g

Matérias-primas	Lote n.º	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100 g (ou ml, ou unidades)	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Ác. salicílico	081220	Vencilab		20g	10g	10,008g	26/4/12 P.	
Vaselina sólida	882241	Vencilab		80g	40g	40,12g	26/4/12 P.	

Preparação

Rubrica do Operador

1. Técnica de manipulação 1	P.
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

Embalagem

Tipo de embalagem: Unguatar

Capacidade do recipiente:

Material de embalagem	N.º do lote	Origem
Unguatar 150/70mL		Plural

Operador: P.

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	valor da matéria-prima utilizada na preparação	
	quantidade adquirida	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade unitária	preço				
Vaselina sólida	400g	4,44 €	1	0,0111	40g	x 1,9	= 0,375	
A.C. salicílico	500g	9,86€	1	0,01972	10g	x 1,9	= 0,375	
					x	x	=	
					x	x	=	
					x	x	=	
subtotal A								0,75 €

HONORÁRIOS DE MANIPULAÇÃO:					
	forma farmacéutica	quantidade	F (€)	factor multiplicativo	valor
valor referente à quantidade base	Pomada propriamente dita	50g	4,57	x 3	= 13,71 €
valor adicional			x	x	=
subtotal B					13,71 €

MATERIAL DE EMBALAGEM:				
materiais de embalagem	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade	factor multiplicativo	valor
Unguento 50/70	0,85 €	x 1	x 1,2	= 1,02
		x	x 1,2	=
subtotal C				1,02 €

PREÇO DE VENDA AO PÚBLICO DO MEDICAMENTO MANIPULADO:

(A + B + C) x 1,3 = 20,124

+ IVA (6%) = 1,20 €

D = 21,324 €

DISPOSITIVOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO:			
dispositivo	preço unitário	quantidade	valor
E			

PREÇO FINAL: D + E = 21,32 €

Operator: _____ Supervisor: _____

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

Prazo de utilização e Condições de conservação

Condições de conservação: Embalagem fechada à temp. ambiente	Operador: <u>[assinatura]</u>
Prazo de utilização: 3 meses (26/7/2012)	Operador: <u>[assinatura]</u>

Verificação

ENSAIO	ESPECIFICAÇÃO	RESULTADO	Rubrica do Operador
pH	pH = 5	Conforme	[assinatura]
Caracteres organoléuticos	Branco	Conforme	[assinatura]
Caracteres organoléuticos	Homogêneo	Conforme	[assinatura]

Aprovado Rejeitado

Supervisor: _____ 1/1

Nome, morada e telefone do doente

Nome do prescriptor

Anotações

ANEXO 2 - Exemplo de um inquérito entregue aos utentes.



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Covilhã | Portugal



INQUÉRITO SOBRE O CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS NA COVA DA BEIRA

Sou aluna do mestrado integrado em Ciências Farmacêuticas na Universidade da Beira Interior. Estou a elaborar uma tese de mestrado sobre o consumo de benzodiazepinas no concelho da Covilhã e, como tal, o objectivo deste inquérito é a recolha de informação sobre o consumo destes fármacos pela população do concelho da Covilhã. Desde já agradeço a sua colaboração.

Joana Marques Carvalho

Este inquérito é **ANÓNIMO E CONFIDENCIAL** e os dados nele recolhidos serão apenas utilizados no âmbito de um estudo universitário sobre o uso de benzodiazepinas pelos utentes da Farmácia. Ao responder e entregar este inquérito está a autorizar que os dados nele fornecidos sejam utilizados para este estudo. Leia atentamente cada pergunta e **assinale as suas respostas com X**. Se tiver dúvidas, por favor, peça ajuda ao seu farmacêutico.

1. **Sexo:** Masculino Feminino 2. **Idade:** _____

3. **Se é mulher, está grávida?**

Sim
Não

4. **Profissão:** _____

5. **Estado civil:**

Solteiro(a)
Casado(a)
Divorciado(a)
Viúvo(a)
União de facto

6. **Alguma vez tomou alguma medicação para:**

Ansiedade
Perturbações do sono
Depressão

7. **Nos últimos 12 meses tomou alguma medicação para:**

Ansiedade (para os nervos)
Perturbações do sono
Depressão

8. Se já tomou este tipo de medicação, como teve acesso a ela?

Prescrição médica

Aconselhamento farmacêutico

Através de amigos/familiares

9. Se já tomou ou toma este tipo de medicação, quantos comprimidos destes medicamentos toma por dia?

1 comprimido

2 comprimidos

3 comprimidos ou mais

10. Se já tomou ou toma este tipo de medicação, como a costuma tomar?

Antes das refeições

Depois das refeições

Durante as refeições, com alguma bebida alcoólica

11. Lembra-se de algum nome da medicação tomada? Se sim, indique qual ou quais

12. Costuma visitar o médico para renovação da receita?

Sim

Não

13. Se não costuma renovar a receita, por que motivo o faz?

O tratamento acabou

Já se sente melhor

Alteração da medicação pelo médico

Outros

Obrigado pela atenção dispensada.

