



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Agentes anti-enzima - perfil de utilização,
efeitos secundários e interações
medicamentosas**

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

Ana Filipa de Jesus Marques

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

Orientador: Prof. Doutor Samuel Martins Silvestre

Covilhã, outubro de 2015

À minha mãe,

Ao meu pai.

Agradecimentos

Depois de 5 anos de luta, dedicação e empenho, chego agora à reta final com a elaboração deste trabalho que exigiu muito esforço e organização. Resta-me agradecer a todos os que contribuíram para que tudo isto fosse possível.

Em primeiro lugar, agradeço ao Professor Doutor Samuel Silvestre por se ter disponibilizado para orientar este projeto e pelo apoio no desenvolvimento do mesmo.

A toda a equipa da farmácia Albino Pais pelo companheirismo, pela amizade e por todos os valores que me transmitiram ao longo do estágio.

Aos meus pais, António e Augusta, que permitiram que este sonho se concretizasse, agradeço pelo amor incondicional e pelo esforço para que nunca nada me faltasse, pois todas as minhas conquistas e vitórias a eles as devo.

À minha irmã Carolina, pelas gargalhadas, pela atenção, por ser uma sonhadora e me fazer voar com ela. Por ser a melhor irmã do mundo.

À Joana, ao Rafael e ao Emanuel por serem o meu porto seguro, por estarem presentes em todos os momentos, por serem os melhores amigos, por permanecerem comigo o resto da vida.

À família que a Covilhã me deu, à Chica, à Lúcia, ao Manel e ao Miguel por percorrermos juntos um caminho novo e desconhecido, por terem sido os meus irmãos durante 6 anos, por terem sido os melhores exemplos de amizade e companheirismo.

Aos verdadeiros amigos da faculdade, ao Dennis, à Sara, à Joana e ao Resende pela partilha, pelo apoio em todos os momentos, pelas alegrias e bons momentos que me proporcionaram. Por, graças a eles, poder dizer que sei o que é a faculdade.

Ao Tiago, por ter marcado este último ano, pelo amor, pela compreensão, pela paciência, pelo carinho e pela força. Por ter sido o melhor que me aconteceu.

Às minhas duas estrelas que me guiam lá em cima.

A todos, o meu mais sincero obrigada!

Resumo

O presente documento foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas e encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro aborda a experiência profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária e o segundo descreve o projeto de investigação e os resultados obtidos envolvendo um tema relacionado com as Ciências Farmacêuticas.

O estágio em Farmácia Comunitária decorreu entre o dia 26 de janeiro e o dia 13 de junho de 2015 na Farmácia Albino Pais, em Nelas. Este capítulo descreve as atividades desenvolvidas na farmácia, o seu funcionamento, as tarefas de cada elemento e é destacada a importância do farmacêutico enquanto promotor do uso racional do medicamento e profissional de saúde. O estágio revelou-se uma experiência bastante enriquecedora e constituiu uma boa preparação para desafios futuros.

O segundo capítulo enquadra-se no projeto de investigação que aborda a temática dos agentes anti-enxaqueca. Os principais objetivos deste trabalho foram a avaliação do nível de conhecimento da população da Região Centro de Portugal sobre a definição de enxaqueca, o cálculo da prevalência das mesmas e o estudo do perfil de utilização destes medicamentos, assim como potenciais efeitos adversos e reações medicamentosas. Este estudo baseou-se na informação obtida através de inquéritos individuais e recorreu-se a um tratamento estatístico dos dados. Dos 519 utentes estudados, a maioria revelou saber diferenciar uma enxaqueca de uma cefaleia comum. Os utentes que referem ter enxaqueca foram, maioritariamente, mulheres e a origem da dor mais apontada foi o stress. Os fármacos mais utilizados nas crises de enxaqueca foram os anti-inflamatórios não esteróides e os fármacos mais utilizados concomitantemente foram os antihipertensores. Os efeitos adversos mais referidos foram arritmias e palpitações.

Assim, verificou-se que as mulheres estão mais suscetíveis a sofrer enxaquecas e, geralmente, no seu tratamento são utilizados fármacos anti-inflamatórios e triptanos. Estes agentes não são desprovidos de efeitos adversos e há que ter em conta possíveis interações com outros fármacos. O acompanhamento dos utentes e a correta utilização dos agentes anti-enxaqueca são essenciais no sucesso terapêutico.

Palavras-chave

Ciências Farmacêuticas; Farmácia Comunitária; Enxaqueca; Fármacos anti-enxaqueca.

Abstract

This document was prepared as part of the traineeship component of the Pharmaceutical Sciences integrated master's degree program and is divided into two chapters. The professional experience in the area of Community Pharmacy is described in the first chapter and in the second chapter, the research project is developed, addressing a topic related to the Pharmaceutical Sciences.

The Community Pharmacy internship was held between January 26 and June 13, 2015 at "Farmácia Albino Pais", in Nelas. This chapter describes the activities undertaken in the pharmacy, its functioning, the tasks of each element and it is emphasized the importance of the pharmacist as a promoter of the rational use of medicines and a health professional. The internship proved to be a very enriching experience and was a good preparation for future challenges.

The second chapter describes the research component developed that addresses the theme of anti-migraine agents. The principal objectives of this study were the evaluation of the level of knowledge in center region of Portugal about the definition of migraine, the calculation of the prevalence and the study of the usage profile of these drugs, as well as their potential adverse effects and drug interactions. This study was based on information obtained by applying a survey and it was performed a statistical data treatment. Of the 519 studied users, the majority was able to differentiate a migraine and a common headache. The users who reported having migraine were, mostly, women and the main reported origin of the pain was stress. The non-steroidal anti-inflammatory drugs were the most used and antihypertensives were the most concomitantly used medicines with antimigraine drugs. Arrhythmias and palpitations were the most referred side effects.

From this study, it was concluded that women are more susceptible to suffer migraines and, generally, anti-inflammatory drugs and triptans are used in their treatment. These drugs are not devoid of side effects and possible interactions of them with other drugs must be taken into account. The management of the patients and the correct use of anti-migraine agents are essential for the therapeutic success.

Keywords

Pharmaceutical Sciences; Community Pharmacy; Migraine; Anti-migraine drugs.

Índice

Lista de Figuras	xiii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
Capítulo 1 - Farmácia Comunitária	1
1. Introdução	1
2. Organização da farmácia	1
3. Informação de documentação científica	9
4. Medicamentos e outros produtos de saúde	10
5. Aprovisionamento e armazenamento	12
6. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento	16
7. Dispensa de Medicamentos	19
8. Automedicação e indicação farmacêutica	26
9. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	28
10. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia Albino Pais	33
11. Preparação de medicamentos	34
12. Contabilidade e Gestão	36
13. Conclusão	36
14. Referências bibliográficas	37
Capítulo 2 - Agentes anti-enxaqueca - perfil de utilização, efeitos secundários e interações medicamentosas	41
1. Introdução	41
1.1. História	41
1.2. Epidemiologia da enxaqueca e do uso dos fármacos anti-enxaqueca	42
1.3. Características e tipos de crise de enxaqueca	44
1.3.1. Enxaqueca sem aura	45
1.3.2. Enxaqueca com aura	45
1.3.2.1. Enxaqueca com aura típica	46
1.3.2.2. Enxaqueca com aura do tronco cerebral	47
1.3.2.3. Enxaqueca hemiplégica	47
1.3.2.4. Enxaqueca retiniana	47
1.3.3. Enxaqueca crónica	48
1.3.4. Complicações da enxaqueca	48
1.3.5. Enxaqueca provável	49
1.3.6. Síndromes episódicos que podem estar associados a enxaqueca	49

1.4.Etiologia	49
1.4.1. Principais fatores de risco	49
1.4.2. Bases biológicas da enxaqueca	51
1.5. Clínica	53
1.6. Diagnóstico	53
1.7. Tratamento	54
1.7.1. Tratamento não farmacológico	54
1.7.2. Tratamento farmacológico	55
1.7.2.1. Tratamento sintomático	55
2. Justificação do Tema de Investigação e Objetivos	60
3. Material e Métodos	60
3.1. Tipo de estudo e critérios de seleção da amostra	60
3.2. Análise dos dados	62
4. Resultados	62
5. Discussão dos resultados	77
6. Limitações do estudo	84
7. Conclusões e sugestões futuras	85
8. Referências bibliográficas	86
Anexos	91

Lista de Figuras

Figura 1: Incidência de problemas de saúde individuais.	43
Figura 2: Fármacos utilizados no tratamento agudo e na profilaxia de enxaquecas e respectivos mecanismos.	55
Figura 3: Distribuição dos inquiridos relativamente ao sexo.	63
Figura 4: Distribuição dos inquiridos de acordo com a faixa etária.	63
Figura 5: Distribuição dos inquiridos por faixa etária de acordo com o sexo.	63
Figura 6: Distribuição dos inquiridos de acordo com a sua opinião em relação à cronicidade das enxaquecas.	66
Figura 7: Distribuição dos inquiridos que têm enxaqueca de acordo com a frequência das crises.	67
Figura 8: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca de acordo com o grau de intensidade da dor experienciada durante a crise.	68
Figura 9: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca de acordo com o tipo de dor e duração da crise.	69
Figura 10: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca de acordo com a toma de substâncias/ medicamentos para reduzir as dores.	72
Figura 11: Distribuição dos inquiridos de acordo com a frequência com que recorrem a substâncias/ medicamentos no alívio da enxaqueca.	74
Figura 12: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca que tomam substâncias/ medicamentos de acordo com a eficácia destes e consequente melhoria da qualidade de vida.	75
Figura 13: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca que tomam substâncias/ medicamentos no alívio da dor de acordo com a correta administração destes produtos.	75
Figura 14: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca que tomam substâncias/ medicamentos no alívio da dor de acordo com a presença de efeitos adversos.	76

Lista de Tabelas

Tabela 1: Valores de referência para tensão arterial.	33
Tabela 2: Valores de referência para colesterol total, colesterol LDL e colesterol HDL.	34
Tabela 3: Valores de referência para glicemia.	34
Tabela 4: Terapêutica sintomática, não específica.	56
Tabela 5: Terapêutica sintomática específica.	58
Tabela 6: Terapêutica profilática.	59
Tabela 7: Distribuição dos inquiridos por sexo em função da faixa etária.	64
Tabela 8: Distribuição dos inquiridos por sexo de acordo com a sua opinião acerca dos conceitos de enxaqueca e dor de cabeça.	65
Tabela 9: Distribuição dos inquiridos que consideraram que a frequência, a duração, a localização, a intensidade da dor ou outro são a principal diferença entre enxaqueca e dor de cabeça.	65
Tabela 10: Distribuição dos inquiridos por sexo de acordo com a existência de enxaqueca.	67
Tabela 11: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca de acordo com a localização da dor.	68
Tabela 12: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca de acordo com os sintomas associados à dor.	70
Tabela 13: Distribuição dos inquiridos que referem ter enxaqueca de acordo com os sintomas associados, o tipo e duração da dor.	70
Tabela 14: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca de acordo com o motivo que consideram ter precipitado a doença.	71
Tabela 15: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca que referiram tomar medicação, de acordo com as substâncias/ medicamentos que utilizam no alívio da dor.	73

Tabela 16: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca que referiram tomar medicação, de acordo com o motivo que levou a iniciar a toma. 74

Tabela 17: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca que referiram tomar medicação, de acordo com os diversos efeitos adversos. 76

Tabela 18: Distribuição dos inquiridos que tomam medicação para a enxaqueca de acordo com as patologias e medicação concomitante. 77

Lista de Acrónimos

a.C.	Antes de Cristo
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
AFP	Associação de Farmácias Portuguesas
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
AINE	Anti-inflamatório não esteroide
ANF	Associação Nacional de Farmácias
ASCT	Associação Social e Cultural de Trabalhadores
CCF	Centro de Conferência de Faturas
CGRP	Péptido relacionado com o gene da calcitonina
CEDIME	Centro de Documentação e Informação de Medicamentos
d.C.	Depois de Cristo
DCA	Depressão Cortical Alastrante
DCI	Denominação Comum Internacional
DM	Dispositivo Médico
DNA	Ácido desoxirribonucleico
FHM	Enxaqueca hemiplérgica familiar
ICHD-II	Classificação Internacional de Cefaleias
IHS	Sociedade Internacional de Cefaleias
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INR	Razão Normalizada Internacional
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
LEF	Laboratório de Estudos Farmacêuticos
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
MUV	Medicamento de Uso Veterinário
MVL	Medicamento de Venda Livre
NO	Óxido nítrico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PT	Prontuário Terapêutico
PVF	Preço de Venda de Fatura
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reação Adversa Medicamentosa
RCM	Resumo de Características do Medicamento
SAD/PSP	Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
SNC	Sistema Nervoso Central
SNS	Serviço Nacional de Saúde
STV	Sistema trigémeo-vascular
UBI	Universidade da Beira Interior
5-HT	5-hidroxitriptamina
5-HIAA	Ácido 5-hidroxi-indolacético

Capítulo 1 - Farmácia Comunitária

1. Introdução

A farmácia comunitária representa, nos dias de hoje, o principal local de assistência de saúde por ser de fácil acesso a toda a população, não ter encargos e responder à maioria das necessidades de quem a procura. Nestas instalações são disponibilizados cuidados de saúde de qualidade, dispensados medicamentos e produtos nas devidas condições e são prestados vários serviços de prevenção em Saúde.

O farmacêutico, profissional de saúde qualificado, deve prontificar-se a esclarecer todas as dúvidas dos utentes, assim como alertar para possíveis riscos que envolvam o bem-estar dos mesmos. Para isso, o profissional deve manter-se constantemente informado e atualizado, adequando a linguagem para cada tipo de indivíduo.

Em relação à farmácia, esta deve estar equipada com tecnologias funcionais e atualizadas, de modo a permitir a satisfação dos utentes e o bom funcionamento do estabelecimento.

Aqui estão disponíveis medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), produtos de dermocosmética, fitoterapia, ortopedia, puericultura, veterinária, dispositivos médicos em quantidade e variedade, mantendo estes recursos de forma sustentável.

Desta forma, cabe ao farmacêutico gerir recursos, utilizar estratégias de promoção de produtos, estabelecer preços e margens ou definir regras de bom funcionamento. Este profissional nunca trabalha sozinho, mas integra uma equipa que deve funcionar como um só, promovendo a entreaajuda e bom ambiente.

O farmacêutico é um elemento fundamental na promoção do uso racional e seguro do medicamento e na prestação dos diferenciados cuidados de saúde, mantendo-se acessível a toda a população.

2. Organização da farmácia

Recursos Humanos

O quadro pessoal é constituído por:

Farmacêutica/ Diretora-Técnica: Dr^a Cristina Coelho

Farmacêutico: Dr. Marcelo Ferreira
Farmacêutico: Dr. João Paulo Cerdeira
Farmacêutica: Dr^a Marta Santos
Técnica de farmácia: Elisa Sales
Técnica de farmácia: Fátima Loureiro
Técnica de farmácia: Paula Oliveira
Técnica auxiliar de farmácia: Madalena Albuquerque
Caixeiro: Paula Lopes
Serviço de limpeza: Natalyia Ivanova

Funções de cada elemento

Segundo o Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de agosto, ao diretor-técnico da farmácia compete¹:

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

O diretor técnico pode ser coadjuvado por farmacêuticos e por pessoal devidamente habilitado, sob a sua direção e responsabilidade².

Aos restantes farmacêuticos cabe²:

- “- Promover o direito a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança;*
- Aconselhar sobre o uso racional dos medicamentos, e a monitorização dos doentes, entre outras atividades no âmbito dos cuidados farmacêuticos;*

- *Assegurar a máxima qualidade dos serviços que prestam e definição clara das responsabilidades em atividades específicas exclusivas dos farmacêuticos;*
- *Respeitar e aderir aos princípios enunciados no seu código de ética;*
- *Manter-se informado a nível científico, ético e legal e assumir um nível de competência adequado à prestação de uma prática eficiente;*
- *Supervisionar, verificar e avaliar as tarefas delegadas no pessoal de apoio, intervindo sempre que necessário.*
- *Garantir que o pessoal de apoio possui formação atualizada para as tarefas que desempenha.”*

As ajudantes técnicas têm a função de auxiliam os farmacêuticos nas diferentes etapas do circuito do medicamento, iniciando-se na sua aquisição até à sua dispensa.

Espaço exterior

A farmácia Albino Pais encontra-se nas suas novas instalações há cerca de cinco anos, num espaço amplo e moderno.

Esta farmácia encontra-se bem situada, numa das principais avenidas da vila, ao nível da rua, sem qualquer obstáculo, acessível a todos os utentes (incluindo crianças, idosos, portadores de deficiência) e está visivelmente bem identificada com uma placa com o nome e logotipo da farmácia e a “cruz verde” que dá informação sobre o horário de funcionamento, alguns serviços prestados na farmácia, a temperatura e horas atualizadas; a “cruz verde” está iluminada também durante as noites em que a farmácia se encontra de serviço.

Esta avenida apresenta bastantes lugares para estacionamento, o que é uma mais-valia para que os utentes possam escolher esta farmácia e não outra. Na entrada, em cima, existe um letreiro com a inscrição “Farmácia Albino Pais”, o logotipo e a referência ao grupo em que se insere. A fachada encontra-se limpa e em ótimas condições de conservação.

As montras de vidro e portas deslizantes elétricas dividem o espaço exterior do interior, sendo que, no vidro exterior encontra-se afixada a informação da farmácia que se encontra em regime de disponibilidade durante a semana decorrente na vila. Nas montras publicitam-se alguns produtos existentes na farmácia, sendo que esta manutenção é feita por um profissional mensalmente. Pode ainda ler-se a placa com a informação da direção técnica e o proprietário da farmácia.

Espaço interior

No interior, a farmácia apresenta um espaço organizado, calmo, limpo e profissional, proporcionando assim uma boa comunicação com os utentes. Encontra-se devidamente iluminada e ventilada e todos os materiais de armários, prateleiras e superfícies de trabalho

são perfeitamente adequados, lisos e laváveis. Existe uma placa com a informação da direção técnica e o proprietário da farmácia junto aos balcões centrais.

Todos os funcionários e colaboradores estão devidamente identificados com um cartão que indica o nome e o título profissional.

Estão visivelmente afixados todos os serviços prestados na farmácia, assim como a indicação da existência de livro de reclamações e da proibição de fumar neste local².

Nos balcões de atendimento não existem elementos que possam dificultar a visualização e comunicação entre os utentes e o farmacêutico/outra colaborador, e existem balcões em que o atendimento é realizado sentado, de forma a permitir uma maior comodidade e privacidade do utente.

Espaço físico e divisões funcionais

A farmácia está dividida em três grandes espaços:

1. Área de atendimento ao público:

Existem quatro balcões de atendimento centrais e três balcões para atendimento sentado. Esta área divide-se por secções de livre serviço de higiene, dietética, dermocosmética, puericultura e podologia, organizados em prateleiras e gavetas; existem ainda gôndolas distribuídas pela farmácia com artigos com descontos e kits promocionais, calçado, cremes hidratantes e solares. Encontram-se ainda disponíveis bancos para que os utentes possam esperar pela sua vez e um espaço dedicado às crianças com bancos coloridos, uma pequena mesa e brinquedos.

Na zona não acessível ao público, atrás dos balcões, encontram-se expostos alguns dispositivos médicos e medicamentos não sujeitos a receita médica devidamente organizados por indicação terapêutica. Existem instalações sanitárias com indicação de adequação a utentes portadores de deficiência.

As gavetas deslizantes com os medicamentos sujeitos a receita médica encontram-se organizadas, de forma geral, por medicamentos éticos e genéricos e ainda por formas farmacêuticas e vias de administração: gotas, medicamentos de uso oftálmico, aerossóis, supositórios, injetáveis, vaginais, xaropes/soluções orais, ampolas e carteiras, todos organizados por ordem alfabética. Existe ainda um armário deslizante onde se encontram, também organizados alfabeticamente, os medicamentos de venda livre, os medicamentos de uso tópico (pomadas, cremes, sprays), champôs, agulhas e tiras para medir glicémia, material de pensos (gases, compressas, adesivos, etc.) e ainda as fichas de todos os clientes da farmácia organizadas numericamente. Os medicamentos de uso veterinário encontram-se organizados em gavetas perto dos balcões centrais.

À entrada da farmácia existe um contentor da Valormed destinado à recolha de embalagens vazias e de medicamentos fora de uso para posterior reciclagem.

2. Gabinetes

Já fora da zona de atendimento, e ao longo do corredor que liga a área de atendimento ao público ao armazém, existem quatro gabinetes:

- O primeiro gabinete destina-se à medição de parâmetros bioquímicos dos utentes, avaliação de peso e altura, avaliação do crescimento de bebés, administração de injetáveis; neste local também são feitos tratamentos de drenagem linfática.
- A seguir existe o laboratório, o local onde são feitos os medicamentos manipulados, onde são guardados os produtos químicos, com bancadas de superfície lisa e facilmente lavável, seguindo todas as normas de segurança de um laboratório. Aqui também se encontra o frigorífico onde são guardados os medicamentos termolábeis por ordem alfabética, com um pequeno espaço para os medicamentos de uso veterinário e, no fundo, um espaço destinado às reservas feitas pelos utentes, estando divididas em “pagas” e “não pagas”.
- O terceiro gabinete é o local onde são prestados alguns serviços da farmácia como os de nutrição e dietética ou de cosmética. Este gabinete é constituído por uma marquesa, um móvel de suporte e alguns materiais necessários.
- No último gabinete, o escritório, é tratada toda a parte burocrática da farmácia, são corrigidas e organizadas as receitas, e é onde se trata da faturação e onde se encontram organizados dossiês em várias estantes com toda a informação sobre diversos assuntos inerentes à farmácia. Este espaço também dispõe de um cofre e de uma mesa redonda com cadeiras onde são feitas as reuniões com delegados de informação médica, reuniões entre a equipa de trabalho ou até mesmo pequenas formações.

3. Armazém

Terminado o corredor, e num piso ligeiramente acima do anterior, encontra-se o armazém, onde estão organizados todos os medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos vendidos na farmácia, que não têm espaço para ser armazenados nas gavetas e armários da zona de atendimentos ao público. O armazém tem várias estantes altas com várias prateleiras formando quatro pequenos corredores onde os medicamentos se encontraram organizados, tal como na área de atendimento, havendo ainda espaço para calçado, fraldas e outros produtos que não tenham lugar nos lineares expostos ao público.

Aqui encontra-se uma área de receção de encomendas com dois computadores e um móvel onde são guardadas as reservas dos utentes. Estas estão divididas em “pagas” e “não pagas” e organizadas por ordem crescente do número da reserva. Está também aqui disponível uma casa de banho para os funcionários, uma pequena divisão para refeições com mesa, cadeiras, lava-loiça, micro-ondas e frigorífico, uma zona de cacifos e bengaleiro para colocar os pertences dos funcionários, um compartimento com a central técnica de toda a informatização, e uma porta de serviço, por onde entram as encomendas e os funcionários.

Existe ainda um armazém externo à farmácia, na cave do edifício em que se insere, que serve para arrumação de materiais e encomendas excedentes e de documentação de arquivamento obrigatório.

Equipamentos gerais e específicos

A farmácia apresenta todos os materiais e equipamentos necessários e adaptados aos produtos dispensados e preparados na mesma. Estes apresentam-se em bom estado de funcionamento, cumprem o desempenho requerido e são alvo de manutenção e validações periódicas. Estes incluem mesas, bancos, cadeiras, escadotes, material de escritório simples, e até equipamentos mais sofisticados.

Em todas as divisões existe um sistema de ar condicionado que permite a manutenção dos requisitos legais de temperatura e humidade.

À entrada da farmácia encontra-se um dispositivo que disponibiliza senhas com um número para que os utentes possam ser atendidos na sua vez, aparecendo, num ecrã reservado ao efeito, o número da senha que o funcionário irá atender e o número do respetivo balcão.

Todos os sete balcões de atendimento estão equipados com um computador, uma impressora de receitas e um leitor de códigos de barras e existe também outro computador e uma impressora de cartões de cliente junto às gavetas e ao armário deslizante na zona de atendimento ao público. O primeiro, terceiro e quarto gabinetes apresentam também um computador, impressora de receitas e leitor de códigos de barras, assim como no armazém se encontram mais dois destinados, principalmente, às encomendas.

Existem duas impressoras multifunções, uma atrás dos balcões centrais na área de atendimento ao público, que funciona como fax, e outra no armazém.

O gabinete destinado à medição de parâmetros bioquímicos tem todos os aparelhos necessários para tal, devidamente calibrados e em condições adequadas de utilização: o Reflotron Plus[®] onde são quantificados os níveis de colesterol total, colesterol HDL e LDL, triglicéridos e ácido úrico (este equipamento segue um plano de manutenção e calibração adequado); o CoaguChek[®] para efetuar o teste do INR (Razão Normalizada Internacional), que avalia o nível de coagulação do sangue dos doentes que tomam medicação anticoagulante; dispositivos e respetivas tiras para medição dos níveis de glicémia; tensiómetros para medição da tensão arterial, também existentes nos três balcões de atendimento sentado, na zona de atendimento ao público; uma balança para medição de peso.

No laboratório existe material específico (balança, material de vidro, plástico e porcelana, espátulas), um exaustor e o frigorífico que permite o armazenamento específico e controlado de produtos termolábeis.

No escritório existe um aparelho que digitaliza todas as receitas e deteta todos os erros que possam existir, sendo que esta é a única farmácia do grupo que adquiriu este equipamento. Aqui também se encontram disponíveis farmacopeias, formulários e documentação oficial de acordo com a legislação vigente e outras normas¹.

Sistemas de segurança

Na farmácia estão implantados sistemas de segurança, de modo a proteger os utentes, funcionários e medicamentos.

Na entrada, lateralmente, existe um postigo para atendimento noturno.

A farmácia está equipada com câmaras de vigilância que gravam imagens do interior, sinalizadores das mesmas, sinalizadores de saída de emergência e um sistema de alarme contra incêndio e extintores em locais acessíveis².

Existe na farmácia um sistema de proteção que protege contra intrusão e furto (alarmes nos produtos acessíveis ao público que disparam à saída se estes não forem desativados).

Sistema informático

Os equipamentos informáticos utilizados na farmácia são mantidos em condições que garantam o funcionamento adequado e a integridade da informação. Assim, são efetuadas manutenções preventivas e *back-ups* diários, a fonte de alimentação é sempre assegurada e a exposição a vírus informáticos é minimizada.

A aplicação informática utilizada é o *Spharm*, uma aplicação moderna e bastante simplificada. Esta está instalada em todos os computadores da farmácia e permite efetuar todas as operações necessárias, ou seja, vendas, encomendas, devoluções, e faturação, entre outros.

O programa está preparado para não existir perda de informação em caso de falha informática, recuperando todos os dados rapidamente. Está também assegurada toda a integridade dos dados, segurança da informação e estão definidos níveis de acesso diferentes para os funcionários, ou seja, existem tarefas ou acessos que só são acessíveis a colaboradores autorizados.

Os clientes da farmácia têm um “cartão de cliente” correspondente a um número de cliente (que permite acumular pontos que equivalem a descontos, que podem utilizar nas suas compras) que contém a informação sobre o utente (nome, morada, contacto, número de contribuinte) e todo o histórico de compras, vendas suspensas ou contas por liquidar,

histórico de medição de parâmetros bioquímicos e administração de medicamentos, facilmente acessível através da introdução do respetivo número no sistema informático.

Através deste sistema é possível ver todas as operações efetuadas por cada operador, ver a ficha de um determinado artigo (o extrato de movimentos, o stock, o número de reservas do produto ou quantas unidades estão encomendados ao armazenista), efetuar reservas de produtos que não se encontrem disponíveis nesse momento na farmácia, rececionar encomendas ou aceder a mapas de vendas, por exemplo.

Durante o atendimento, nas “Vendas ao balcão”, o programa dá-nos informação sobre possíveis interações entre os medicamentos, diz-nos se o medicamento foi retirado de comercialização, pesquisa medicamentos por substância ativa ou grupo homogéneo, os existentes em stock, os que não existem no momento, e ainda um Dicionário com todos os produtos aprovados pelo Infarmed (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde) e toda a informação pertinente acerca dos mesmos.

Cada operador tem um número respetivo com um código pessoal para aceder ao sistema, o que pretende minimizar erros e manter a rastreabilidade da execução de tarefas.

Tarefas sem apoio Informático

Durante o atendimento ao público, e quando não existe stock de determinado medicamento ou produto, é necessário pedi-lo aos armazenistas, a outras farmácias do grupo ou diretamente aos fornecedores, sendo que estes pedidos são feitos via telefone.

Algumas reservas de produtos são também feitas manualmente, quando, por exemplo, não há acesso ao código do produto ou este ainda não está criado no sistema.

As marcações para os vários serviços existentes na farmácia são efetuadas manualmente, num dossiê destinado para esse fim, que se encontra junto aos balcões.

Para consultar as entidades de participação de medicamentos para um determinado utente, consultam-se as circulares da AFP (Associação de Farmácias de Portugal) que vão sendo enviadas para a farmácia, no entanto, o próprio sistema *Spharm* disponibiliza uma lista das entidades existente e respetivos descontos; pode também consultar-se o Índice Nacional Terapêutico.

Legislação aplicável ao quotidiano da Farmácia Comunitária

Toda a legislação em vigor é consultada no Diário da República, Infarmed ou circulares enviadas pela AFP.

3. Informação e Documentação Científica

Neste âmbito, a farmácia preza pelo conhecimento e pela constante atualização científica da sua equipa. Desta forma, os funcionários participam regularmente em formações de forma a atualizarem e aprofundarem os seus conhecimentos, esclarecerem dúvidas, o que permitirá um aconselhamento ao utente mais eficaz o que, por sua vez, aumentará o nível de satisfação deste com o produto que adquiriu. As formações são muitas vezes feitas na farmácia, outras são realizadas em centros exteriores.

No gabinete da administração/escritório encontra-se a biblioteca básica com a informação sobre medicamentos continuamente atualizada e organizada. Aqui podem consultar-se interações, posologia, contraindicações, precauções com a utilização do medicamento e informação sobre protocolos de preparação de manipulados. Além deste acesso físico, existe obrigatoriamente o acesso eletrónico à mesma informação.

É de salientar a existência do Prontuário Terapêutico (PT) e o Resumo das Características dos Medicamento (RCM) às quais o acesso é obrigatório no ato da dispensa do medicamento, que também está disponível no menu de Vendas do *Spharm*.

Na biblioteca básica estão ainda disponíveis para consulta a Farmacopeia Portuguesa, o Índice Nacional Terapêutico, o Simposium Terapêutico, o Dicionário Médico, o Index Merck, o Mapa Terapêutico, Manual Merck Veterinária, livros de Legislação Farmacêutica, entre outros. O Formulário Galénico Português encontra-se no laboratório.

O *software Spharm* é uma ferramenta útil e facilmente acessível no ato da dispensa do medicamento ao balcão uma vez que é possível aceder à ficha do artigo e consultar informação relativa à indicação terapêutica, posologia, reações adversas, contraindicações e ao restante RCM.

Atualização de informação

É da máxima importância que o farmacêutico, enquanto profissional de saúde, se mantenha atualizado sobre todos os assuntos inerentes à sua atividade, pois a atualização científica é um dever deontológico da profissão farmacêutica⁴. Para isso, existem ainda estruturas de apoio que prestam suporte técnico e científico à atividade da farmácia, como o Centro de Informação de Medicamentos da Ordem dos Farmacêuticos, o Centro de Documentação e Informação de Medicamentos (CEDIME) e o Laboratório de Estudos Farmacêuticos (LEF), sendo que os dois últimos pertencem à ANF (Associação Nacional das Farmácias) e respondem a questões colocadas pelos farmacêuticos diariamente.

De uma forma geral, os colaboradores da farmácia são informados das alterações ou atualizações importantes, via e-mail ou fax, por entidades como a APF ou o Infarmed que

enviam circulares com informações para recolha de medicamentos ou nova legislação, por exemplo. Os armazenistas podem também enviar circulares com a ordem de recolha de medicamentos e a Softreis (entidade responsável pela aplicação informática Spharm) envia também, habitualmente, atualizações relacionadas com o sistema informático e os medicamentos, simultaneamente.

Durante o período de estágio chegaram à farmácia algumas circulares de recolhas de medicamentos onde é referido o nome do produto, a dosagem, a quantidade, o número do lote e a validade, onde é também justificado o motivo da recolha. Os produtos correspondentes são então devolvidos ao armazenista ou fornecedor respetivo para posterior alteração ou destruição. Mais tarde, é enviada para a farmácia a nota de crédito relativa aos mesmos.

Toda esta informação que é enviada para a farmácia é armazenada em dossiês, organizadamente, e estão disponíveis na biblioteca.

4. Medicamentos e outros produtos de saúde

De acordo com o Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de Agosto, define-se³:

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

- Substância psicotrópica: *“substância química que age principalmente no sistema nervoso central, onde altera a função cerebral e temporariamente muda a percepção, o humor, o comportamento e a consciência”;*

- Estupefaciente: *“qualquer substância que atue no sistema nervoso, que tenha capacidade de provocar analgesia, sono ou inconsciência e cujo uso prolongado provoque dependência”;*

- Medicamento genérico: *“medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados”;*

- Preparado oficial: *“qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia comunitária ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço”;*

- Fórmula magistral: *“qualquer medicamento preparado numa farmácia comunitária ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um doente determinado”*.

Na farmácia estão então disponíveis:

- Medicamentos éticos
- Medicamentos genéricos
- Preparações oficinais e magistrais
- Medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos
- Produtos fitoterapêuticos (produtos para infusões, medicamentos à base de plantas, por exemplo)
- Produtos para alimentação especial e dietéticos (espessantes, suplementos proteicos, drenantes, por exemplo)
- Produtos cosméticos e dermofarmacêuticos (cremes, protetores solares, maquilhagem, etc.)
- Dispositivos médicos (ligaduras, material de penso, fraldas, meias de compressão, colares cervicais, seringas, termómetros, preservativos, tensiómetros, por exemplo)
- Medicamentos e produtos de uso veterinário (desparasitantes internos e externos, pílulas para gatas, vacinas, por exemplo)

Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos apenas se encontram disponíveis na farmácia mediante reservas dos clientes e com as respetivas receitas.

Quanto aos manipulados, estes são preparados no laboratório, seguindo todas as normas de segurança e satisfazendo as normas de preparação de medicamentos manipulados, mediante a receita médica. São registados os movimentos das matérias-primas utilizadas assim como as fichas de preparação. O rótulo é colocado na embalagem com todas as informações e o utente é contactado quando este está pronto.

Verificação da existência de qualquer medicamento ou produto de saúde, com e sem a utilização da aplicação informática

Durante um atendimento, para saber se determinado medicamento ou produto se encontram disponíveis na farmácia utiliza-se o sistema informático que permite saber o número de unidades disponíveis na farmácia, o número de reservas que existem e, acedendo à ficha do artigo, é possível verificar se este está encomendado, para que armazenista ou laboratório foi feita a encomenda e o extrato de movimentos indica-nos a data e hora em que este deu entrada na farmácia e que foram vendidos ou debitados no sistema. É possível ainda, aceder à base de dados das restantes farmácias do grupo e ver o stock do artigo em cada uma e a quantidade que está encomendada. Além de consultar o sistema, é essencial que o profissional se desloque ao local onde os artigos se encontram armazenados, quer seja nas gavetas, no armário deslizante, ou no armazém, de maneira a verificar fisicamente a

disponibilidade deste, pois podem existir erros nas existências do *stock* informático, apesar destes serem pouco comuns, sendo necessário corrigir a informação quando está errada.

5. Aprovisionamento e Armazenamento

Numa farmácia comunitária é essencial uma boa gestão de todos os produtos. Desta forma, é fundamental a existência de critérios de seleção de fornecedores e critérios de *stocks*, para que estejam disponíveis na farmácia os medicamentos e produtos requeridos pelos utentes e estes sejam encomendados tendo em conta o capital disponível e as vantagens que cada armazenista oferece, além dos requisitos de existência obrigatória de determinado número de laboratórios dentro de um grupo homogêneo (genéricos).

Critério para seleção de fornecedor/ armazenista

É fundamental a existência de critérios de seleção dos fornecedores ou armazenistas para que a farmácia possa usufruir do máximo de vantagens possíveis. Assim, esta seleção tem em conta as melhores condições comerciais e de negociação (possíveis bonificações e descontos), a receção dos artigos dentro dos prazos estipulados, a disponibilidade dos produtos requeridos, o número de entregas diárias, a gestão de stock entre as quatro farmácias do grupo ou as facilidades de pagamento. Desta forma está garantido o melhor serviço possível ao utente e evitam-se gastos desnecessários para a farmácia.

A farmácia Albino Pais trabalha principalmente com três armazenistas: Alliance Healthcare, Cooprofar e Agroviseu. Tendo em conta os critérios de seleção anteriormente referidos, as encomendas são efetuadas pelo sistema informático *Spharm*, via e-mail ou via telefone. Em casos mais específicos de cosmética ou puericultura, por exemplo, as encomendas são realizadas diretamente ao fornecedor/laboratório ou através dos delegados responsáveis, sendo que estas são encomendas feitas em maiores quantidades para que se beneficie de bonificações ou descontos.

Dependendo do medicamento ou produto que é necessário, da sua disponibilidade no armazenista ou do prazo estipulado pelo utente requerente, recorre-se frequentemente às outras farmácias do grupo, sendo que um funcionário da farmácia Paranhense passa na farmácia Albino Pais diariamente, e o transporte de artigos entre as restantes farmácia é feitos às terças e sextas-feiras, e é assegurado por um determinado funcionário do escritório.

Critérios de aquisição dos diferentes medicamentos e produtos de saúde

Quando se encomenda o artigo, deve-se verificar os custos para o utente e para a farmácia e ter em conta a rotatividade deste, para que não existam quantidades excessivas na farmácia. Neste sentido é feita uma gestão de stocks a nível das farmácias do grupo, para que estas mantenham quantidades proporcionais à rotatividade dos artigos em cada uma, utilizando os conceitos de stock máximo e mínimo. O primeiro é quantidade máxima permitida e a segundo é a existência abaixo da qual o sistema informático sugere que o produto seja encomendado.

Critérios de armazenamento

Como foi referido anteriormente, todos os MSRM encontram-se organizados de acordo com a forma farmacêutica e alfabeticamente, nas gavetas deslizantes de um armário na zona de atendimento. Todos os produtos em excessos em relação ao estipulado neste armário são arrumados no armazém pelo mesmo critério. Os medicamentos termolábeis encontram-se também organizados por ordem alfabética no frigorífico que se encontra no laboratório. Geralmente, não existem psicotrópicos ou estupefacientes na farmácia sem estarem reservados na estante destinada às reservas dos clientes. No entanto, caso haja stock sem ser nestas condições, estes medicamentos encontram-se no cofre. Os MNSRM encontram-se no armário deslizante, nas gavetas atrás dos quatro balcões centrais ou expostos atrás dos balcões, agrupados de acordo com o fim a que se destinam. Atrás do balcão também se encontram expostos alguns dispositivos médicos, como tensiómetros e faixas térmicas. Os medicamentos excedentes são organizados alfabeticamente no armazém, na zona dos MNSRM.

Os medicamentos e produtos de uso veterinário encontram-se organizados em gavetas reservadas para este efeito atrás dos balcões.

Ao alcance dos clientes existem várias áreas de livre serviço. Uma delas é destinada à higiene oral, onde se encontram as pastas dentífricas, escovas de todos os tipos, colutórios, acessórios para aparelhos ortodônticos, produtos de fixação e limpeza de próteses dentárias e produtos para tratar doenças relacionadas com a boca.

Seguidamente, existe uma secção dedicada aos produtos dietéticos onde se encontram alimentos destinados a vários tipos de doentes com necessidades específicas ou com dificuldade em se alimentarem corretamente, entre os quais, suplementos hipercalóricos, hiperproteicos e destinados a diabéticos, etc..

Na zona de gerontologia, estão disponíveis fraldas, géis e espumas de limpeza, cremes de hidratação, toalhetes entre outros produtos de higiene.

Em relação à cosmética, esta zona encontra-se organizada pelas diferentes marcas. De forma geral, existem as marcas Avène, Uriage, La Roche Posay, Vichy, Roger&Gallet e Caudalie, estando visíveis produtos de hidratação, anti-idade, anti-manchas, exfoliantes, limpeza/desmaquilhagem, maquiagem, perfumes, desodorizantes, águas termais, géis lavantes, anti-celulíticos e cremes reafirmantes. No linear dos produtos capilares estão disponíveis champôs, condicionadores, óleos e máscaras para todo o tipo de problemas relacionados com o cabelo e couro cabeludo como caspa, oleosidade, irritação, queda. Recentemente, foram adicionadas tintas para cabelos sem amoníaco.

Noutra área distinta, reservada à puericultura estão distribuídos produtos destinados à mãe, como faixas pré e pós parto; e ao bebé, como brinquedos, biberões, chupetas e tetinas em látex ou borracha para todas as idades, porta-chupetas, utensílios e acessórios de várias marcas, fraldas e ainda todo o tipo de alimentação infantil. Acrescentam-se ainda a este espaço a cosmética infantil, que inclui os cremes hidratantes, géis lavantes, cremes de muda de fralda, cicatrizantes, cremes destinados a peles secas e atópicas de três principais marcas (Mustela, A-Derma e Uriage).

Por fim, existe ainda a zona dos dispositivos médicos e ortopedia onde estão organizadas meias de compressão e meias de descanso por tipos e tamanhos, cintas abdominais, cintas lombares, apoios de braço, colares cervicais, almofadas cervicais, pulsos, cotovelos, joelhos e pés elásticos e da qual também faz parte o calçado ortopédico. Associado a esta área encontram-se os artigos de podologia (acessórios para calçado, palmilhas de vários materiais, cremes, vernizes, tratamentos para fungos ou verrugas, pensos, entre outros.) Os andarilhos, canadianas, cadeiras de rodas e outro tipo de ajudas técnicas, encontram-se no armazém.

É de referir também que, o armazenamento é feito de modo a que haja um controlo o mais rigoroso possível das validades e que permita que os artigos mais antigos sejam os primeiros a ser escoados - “First expire, First out”.

Encomenda: elaboração, transmissão, estado, receção e conferência

O *Spharm* permite aceder a todos os parâmetros relacionados na opção “Encomendas”. Na elaboração de uma encomenda é necessário ter em conta o armazenista ou fornecedor, o stock de cada produto e as saídas que determinado produto tem, para perceber se é ou não necessário encomendá-lo. Assim, existe a opção “Encomenda com Sugestão” que indica os produtos que devem ser pedidos de acordo com uma quantidade mínima de stock predefinida no sistema para cada artigo. Esta opção mostra ainda gráficos e extratos das saídas dos meses anteriores, permitindo, por comparação, que o funcionário que efetua a encomenda perceba se é necessário ou não adquirir o produto. Habitualmente, os

MVL (Medicamentos de Venda Livre) são encomendados para a Coopprofar e os MSRM são pedidos para a Alliance, por oferecerem melhores preços.

É possível, a qualquer momento, verificar o estado da encomenda e, quando esta chega à farmácia, é necessário rececioná-la. As encomendas são entregues na farmácia várias vezes ao dia e chegam dentro de contentores de plástico, acompanhados da fatura e duplicado. Os produtos termolábeis são transportados em caixas específicas para que seja mantida a cadeia de frio. A fatura vem identificada com os dados da farmácia e fornecedores, número de fatura e data.

Aquando da receção, é dada prioridade às encomendas que chegaram há mais tempo e àquelas que contêm produtos reservados que foram pedidos por telefone, sendo que todos os produtos que necessitam de refrigeração (insulinas, vacinas, entre outros) são logo colocados no frigorífico mesmo antes de se dar entrada deles no sistema. Na opção “Receção de Encomendas”, seleciona-se o fornecedor e são lidos todos os produtos que se fazem parte da encomenda. São verificados o PVP, o preço de venda na fatura (PVF), as datas de validade, a quantidade de produtos encomendada e recebida e ainda os stocks. Os produtos cujo PVP é definido na Farmácia são etiquetados e depois de conferida a encomenda, a fatura é assinada pelo funcionário e arquivada no respetivo dossiê. Os artigos vão sendo colocados em prateleiras móveis para posterior arrumação.

No caso de medicamentos psicotrópicos, estupefacientes ou benzodiazepinas, para além de virem descritos na fatura como os restantes medicamentos, são acompanhados por uma requisição que é carimbada, datada e assinada pelo Farmacêutico responsável, sendo o original arquivado e o duplicado enviado, mensalmente, ao armazenista respectivo.

Caso haja alguma anomalia com os parâmetros que são verificados (prazos de validade quase a terminar, quantidade enviada superior à faturada ou pedida, embalagens danificadas, por exemplo) ou caso os artigos enviados não coincidam com os encomendados (medicamentos com dosagens, medicamentos com formas farmacêuticas diferentes, por exemplo), é feita uma devolução ao fornecedor/armazenista e é enviado o produto. As devoluções podem também ser motivadas por recolhas de lotes feitas pelo Infarmed ou pelo fornecedor, devido a erros na rotulagem, erros de fabrico ou o não cumprimento de determinados parâmetros em certos estudos (como ocorreu com o medicamento Olcadil® durante o período de estágio). A nota de devolução apresenta o artigo devolvido, o motivo da mesma, a fatura em que foi recebido e é datada e assinada pelo funcionário do respetivo fornecedor, para manutenção da rastreabilidade do produto. A nota de crédito dos artigos devolvidos é enviada mais tarde para a farmácia. No caso de a devolução não ser aceite, é necessário informar a contabilidade e registar a quebra contabilística do stock.

Marcação de preços e margens legais de comercialização

No caso dos MSRM, o PVP vem descrito na embalagem e é esse o preço praticado. No caso dos MNSRM, a farmácia aplica uma margem consoante a família a que o produto pertence e consoante o IVA a 6% ou 23%. Estas margens podem sofrer alterações mediante valores mais baixos praticados pela concorrência ou por comparação com os preços praticados nas outras farmácias do grupo.

Controlo de validades

Os prazos de validades são dos parâmetros mais importantes a ter em conta durante o armazenamento dos produtos.

O controlo rigoroso das datas de validade permite a garantia das melhores condições de uso e segurança dos produtos existentes na farmácia. Inicialmente, o controlo é feito na receção de encomendas em que se verifica o stock de determinado produto e se regista a validade dos produtos recebidos. Se a existência for nula são apagados todos os prazos registados anteriormente e mantido apenas o novo.

A segunda parte do controlo dos prazos de validade é feita mensalmente, através da listagem de todos os produtos que expiram num prazo de três meses. Confere-se manualmente e fisicamente produto a produto indicado na lista, aproveitando para se conferirem os stocks. Os registos informáticos são, posteriormente, atualizados.

Os produtos com prazo de validade inferior a três meses são colocados à parte para posterior devolução ao último fornecedor que enviou o artigo. Caso a devolução seja aceite, a farmácia recebe um crédito por parte do fornecedor; caso a devolução não seja aceite, o medicamento ou produto em causa é colocado num recipiente onde se encontram as “quebras”, para poder manter o stock atualizado. As quebras têm que ser comunicadas às Finanças.

6. Interação Farmacêutico - Utente - Medicamento

A primeira e principal responsabilidade do farmacêutico prende-se com a saúde e o bem-estar do utente, devendo, por isso, pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais, promovendo ao utente a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança⁴.

Um dos principais objetivos do utente quando se dirige à farmácia é ser bem atendido e ser esclarecido sobre todas as dúvidas que possa ter e que, muitas vezes, o médico não esclarece. Esta interação entre o farmacêutico, utente e medicamento é fulcral uma vez que, muitas vezes, o farmacêutico é o único contacto que o utente tem com o sistema de saúde e é de extrema importância promover o uso seguro do medicamento.

A diversidade populacional da vila é significativa e, portanto, é preciso saber distinguir cada tipo de utente para que se possa prestar o melhor atendimento possível. Ou seja, é necessário adequar a postura e o diálogo para pessoas com maior ou menor nível sociocultural e preencher as necessidades específicas de cada utente. A atitude que o profissional tem perante um adulto é diferente da que tem com uma criança, assim como um utente com nível sociocultural baixo deve ser abordado de forma diferente de um utente com nível sociocultural alto. Cada caso é um caso, todos os utentes são diferentes e igualmente importantes.

Posologia e modo de administração dos medicamentos

Principalmente em idosos, em pessoas mais debilitadas ou em pessoas que vão iniciar o tratamento, é extremamente importante esclarecer a forma de tomar os medicamentos. Muitas vezes, o farmacêutico escreve na caixa a posologia para que seja fácil para o utente compreender o que deve fazer, permitindo uma maior adesão à terapêutica.

Precauções de utilização, contraindicações, reações adversas, interações

O Farmacêutico deve sempre interpretar a prescrição e certificar-se da adequação da mesma ao diagnóstico e ao utente.

Essencialmente quando se trata de nova medicação, o farmacêutico deve sempre certificar-se que o utente tem conhecimento da correta utilização dos fármacos e alertar para possíveis interações que possam ocorrer com medicação concomitante. Assim, o profissional deve questionar o utente se a medicação é nova ou habitual, tendo também o auxílio do sistema informático que permite aceder ao histórico do doente caso seja cliente da farmácia. No menu das “Vendas ao balcão”, quando se leem dois ou mais produtos na mesma venda, o sistema alerta também para as interações que podem ocorrer entre eles, apresentando uma pequena explicação e sugerindo um aconselhamento para dar ao utente.

Muitas vezes, o utente queixa-se de efeitos adversos que sente desde que toma uma medicação diferente, pelo que o farmacêutico deve tentar perceber se é ou não normal acontecer num determinado caso e, caso seja necessário, aconselhá-lo a falar com o seu médico para alterar ou reduzir a dose do medicamento que é tomado, por exemplo.

Se o Farmacêutico achar pertinente deve contactar o clínico para esclarecer alguma dúvida ou resolver alguma situação de uma forma cordial e profissional.

Farmacovigilância

Neste âmbito, é importante que o circuito do medicamento não termine no ato da dispensa do mesmo. O profissional deve estar atento para poder despistar possíveis reações adversas medicamentosas (RAM), ou seja, reações nocivas e não intencionais a um ou mais medicamentos. Para isso deve questionar o utente sobre o seu estado de saúde, a sua adaptação ao novo medicamento ou a medicação concomitante.

Assim, através da deteção, avaliação e prevenção de reações adversas a medicamentos, a farmacovigilância tem como objetivo melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos, em defesa do utente e da saúde pública⁵.

O profissional de saúde deve reconhecer e notificar, o mais rápido possível, o Infarmed nomeadamente quando suspeita de uma RAM. A notificação pode ser feita por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, médicos dentistas, técnicos de farmácia ou utentes. Para isso, deve fornecer-se o maior número de dados possível, de modo a facilitar a avaliação do caso, tais como a descrição da reação adversa, a identificação do medicamento em causa, informação do utente que sofreu a reação e o contato do profissional que notifica para que possa obter uma resposta. Para proceder à notificação deve preencher-se um formulário (Anexo 1) e enviá-lo para o Infarmed onde o caso será estudado e analisado por uma equipa especializada em segurança de medicamentos constituída por médicos e farmacêuticos. A notificação pode ser feita online no portal RAM⁶.

Conservação adequada dos medicamentos no domicílio

Durante o atendimento ao balcão, deve esclarecer-se o utente sobre o correto armazenamento dos medicamentos em casa. É importante lembrar que as insulinas, vacinas, anéis vaginais ou xaropes preparados na farmácia necessitam de refrigeração, que os colírios têm prazo de validade de um mês depois de abertos (a maior parte deles) e que os restantes medicamentos devem estar guardados em locais frescos e secos.

Medicamentos fora de uso

O programa VALORMED foi criado com o intuito garantir a segurança dos doentes e promover a saúde pública e visa a implementação de um sistema autónomo para a recolha e tratamento de resíduos de medicamentos, conduzindo a um processo e recolha e tratamento seguros⁷. Para que a reciclagem se processe, o utente pode deixar no contentor VALORMED todos os medicamentos ou produtos fora de uso, para posteriormente serem recolhidos. Quando estão cheios, os contentores são selados, pesados e é preenchido um impresso com o peso, nome e código da farmácia, a data da recolha e o responsável pela sua selagem e recolha. Este impresso é preenchido em duplicado sendo que o original segue com o contentor e o duplicado é arquivado na farmácia. Finalmente o contentor é recolhido e encaminhado para o local de processamento.

7. Dispensa de medicamentos

A dispensa do medicamento é a atividade principal do farmacêutico comunitário, de modo a assegurar o uso racional do medicamento. Segundo o Manual de Boas Práticas de Farmácia Comunitária, a cedência de medicamentos define-se como sendo o ato profissional em que o farmacêutico, após avaliação da medicação, cede medicamentos ou substâncias medicamentosas aos doentes mediante prescrição médica ou em regime de automedicação ou indicação farmacêutica, acompanhada de toda a informação indispensável para o correto uso dos medicamentos². Na cedência de medicamentos, o farmacêutico avalia a medicação dispensada, com o objetivo de identificar e resolver problemas relacionados com os medicamentos (PRM), protegendo o doente de possíveis resultados negativos associados à medicação. O mesmo manual sugere várias etapas para este procedimento²:

- 1- Receção da prescrição e confirmação da sua validade/autenticidade.
- 2- Avaliação farmacoterapêutica da prescrição, indicação/automedicação pelo farmacêutico.
- 3- Intervenção para resolver eventual PRM identificado.
- 4- Informações clínicas para garantir que o utente recebe e compreende a informação oral e escrita de modo a retirar o máximo benefício do tratamento.
- 5- Revisão do processo de uso da medicação.
- 6- Oferta de outros serviços farmacêuticos.
- 7- Documentação da atividade profissional

Receitas médicas

Atualmente, o médico pode prescrever os medicamentos em receitas informatizadas, a maior parte já eletrónicas, ou manuscritas⁸ (Anexo 2).

A receita eletrónica funciona de forma diferente do habitual, ou seja, em vez de ser a normal receita em papel, esta passa a estar acessível através do cartão de cidadão que é colocado num leitor, acedendo rapidamente à medicação prescrita pelo médico que está numa base de dados nacional. As regras de prescrição são precisamente as mesmas e é uma iniciativa que tem como vantagens o facto de ser prática, inovadora e sustentável⁹. A entrada em vigor teve início em fevereiro de 2015, no entanto, a farmácia Albino Pais ainda não dispõe do equipamento necessário. A única diferença prática é que uma receita eletrónica pode ser aviada por várias vezes e em Farmácias diferentes até que sejam cedidos todos os medicamentos prescritos na mesma.

As receitas manuscritas estão apenas indicadas nas seguintes exceções: falência informática, inadaptação do prescriptor, prescrição no domicílio, até 40 receitas/mês.

Legislação em vigor

Segundo a legislação em vigor, a prescrição médica tem que ser feita por Denominação Comum Internacional (DCI) e o utente tem direito de opção entre os medicamentos que pertençam ao mesmo grupo homogéneo. Isto permite uma maior segurança no processo de prescrição e dispensa e facilita a comunicação e processos entre o profissional de saúde e o utente. No entanto, nos casos em que a lei permite, é possível a prescrição por nome comercial do medicamento, marca ou nome do titular da Autorização da Introdução no Mercado (AIM) nas seguintes situações¹⁰:

- Medicamento de marca, sem similar ou que não disponha de medicamento genérico similar participado.

- Existência de justificação técnica do prescriptor:

- Alínea a): Medicamento com margem ou índice terapêutico estreito (menção da “Exceção a) do n.º3 do art. 6.º”). O farmacêutico apenas pode dispensar o medicamento que consta na receita.
- Alínea b): Reação adversa prévia (menção da “Exceção b) do n.º 3 do art. 6.º - Reação adversa prévia”). O farmacêutico apenas pode dispensar o medicamento que conta na receita.
- Alínea c): Continuidade de tratamento superior a 28 dias (menção da “Exceção c) do n.º3 do art. 6.º - continuidade de tratamento a 28 dias”). O farmacêutico apenas pode dispensar outro medicamento similar ao prescrito desde que seja de preço inferior.

Receção da prescrição e confirmação da sua validade/autenticidade

Quando o utente entrega a receita ao funcionário, este deve fazer uma leitura atenta, tendo em consideração vários tópicos que deve verificar antes de dispensar qualquer medicamento. Os elementos a identificar são¹⁰:

- Número da receita;
- Identificação do médico prescritor;
- Dados do utente (nome e número de utente do Sistema Nacional de Saúde (SNS), número de beneficiário da entidade financeira responsável e regime especial de comparticipação de medicamentos, se aplicável);
- Identificação do medicamento (prescrição por DCI ou por marca);
- Posologia e duração do tratamento;
- Comparticipações especiais;
- Número de embalagens (em cada receita podem ser prescritos até 4 medicamentos distintos, num total de 4 embalagens por receita. No máximo, podem ser prescritas duas embalagens por medicamento, exceto se for dose individual, na qual podem ser prescritas 4 unidades do mesmo medicamento);
- Data da prescrição (a verificação da data da prescrição é necessária para determinar a validade da receita. A receita normal é válida pelo prazo de 30 dias seguidos, contados a partir da data da sua emissão. A receita renovável tem uma validade de seis meses, contados a partir da data de emissão e são passadas 3 vias);
- Assinatura do médico prescritor.

O mesmo se verifica nas receitas manuscritas. Este tipo de receitas não pode conter rasuras ou caligrafias diferentes sendo que, a utilização de canetas diferentes ou a prescrição a lápis são motivos para que as receitas não sejam comparticipadas e, não é permitida mais do que uma via da receita manual, ou seja, a receita renovável não pode ser emitida por via manual. Se na receita manual não referir a dimensão da embalagem, o farmacêutico tem de fornecer a embalagem comparticipada de menor dimensão disponível no mercado, o mesmo se passando com a dosagem.

Numa segunda fase, dispensam-se os medicamentos prescritos, confirmando sempre se o código do produto ou do grupo homogéneo que vem indicado na receita é coincidente com o do produto que se vai dispensar. O passo seguinte é selecionar um organismo, segundo a comparticipação que vem na receita e colocá-la na impressora. No verso da receita são impressas informações sobre a entidade, lote e número de receita, os códigos dos medicamentos dispensados, quantidade e preços de venda, valor da comparticipação e o valor que o utente pagou e, ainda, uma linha para o utente poder assinar para confirmar a dispensa dos medicamentos. Finalmente, a receita é datada, assinada e carimbada pelo farmacêutico ou pelo técnico e guardada na primeira gaveta de cada balcão, de acordo com o organismo. Atualmente, o utente tem o direito de opção, sendo que a maioria das pessoas

opta pelo medicamento mais barato, no entanto, ainda existem muitos utentes que duvidam da equivalência dos genéricos.

Quando se tratam de tratamentos crónicos, as receitas são prescritas em 3 vias e com validade de 6 meses - receitas renováveis. Isto facilita o utente, uma vez que não tem que se dirigir todos os meses ao médico para renovar as receitas. No entanto, existem casos em que tal não é possível, como algumas benzodiazepinas, que são prescritas em receitas com validade de 30 dias pois não são consideradas tratamento crónico.

Medicação prescrita

Ao interpretar uma receita médica deve-se questionar já é uma medicação habitual ou se vai iniciar o tratamento. Principalmente no segundo caso, deve-se tentar perceber quais são os sintomas que o utente apresenta, de forma a perceber se a terapêutica é adequada. É, também, importante perceber se o utente tem conhecimento sobre a medicação que toma, se a toma da forma correta e deve alertar-se para o quão importante é seguir todas as indicações corretamente.

Caso exista alguma dúvida ou se verifique uma terapêutica potencialmente incorreta, deve, imediatamente, contactar-se o médico prescriptor de forma a resolver a situação da melhor forma possível. Podem também ocorrer dúvidas com as receitas manuscritas, onde a caligrafia do médico pode não ser perceptível, sendo necessário perguntar ao utente quais são os sintomas ou qual foi o problema que o levou ao médico, para tentar perceber qual o medicamento prescrito, e, no extremo, também contactar o médico prescriptor.

Na identificação da posologia, os médicos costumam utilizar alguns símbolos para abreviar, por exemplo, a via de administração, a frequência, os intervalos das tomas. Os mais utilizados foram ID (uma vez por dia), BID (duas vezes por dia), *Per os* (via oral), 8/8h (tomar de 8 em 8 horas), 12/12h (tomar de 12 em 12 horas), i.m. (via intramuscular), iv. (via intravenosa), SOS (em situações de necessidade).

É fundamental que o utente esteja esclarecido acerca da correta administração dos seus medicamentos. O profissional deve sempre questionar se tem alguma dúvida e escrever nas embalagens, caso seja necessário. Durante o estágio ocorreram duas situações em que foi necessário fazer uma pequena demonstração ao utente para que ela pudesse reproduzir corretamente: uma com um aerossol (Avamys[®]), em que o utente ia iniciar o tratamento; e outra passou-se com um nebulizador para um bebé, que também ia iniciar o tratamento. Em ambos os casos foi explicado, passo a passo todo o procedimento para uma correta utilização, permitindo uma maior eficácia do tratamento.

Essencialmente em crianças, idosos ou doentes crónicos, deve alertar-se para possíveis efeitos adversos que possam ocorrer com a medicação que foi prescrita, ou para interações com outros medicamentos que possam ocorrer. O medicamento para o qual mais vezes se alertou acerca das suas interações foi a varfarina (Varfine[®]). Este fármaco interage

com inúmeros outros, que podem alterar o processo de coagulação e que aumentam o risco de hemorragias. São exemplos destes fármacos as hormonas tiroideias, o clofibrato, a aspirina, AINEs e trombolíticos¹¹. Por este motivo, é de extrema importância que o farmacêutico tenha atenção à medicação prescrita e crónica do utente, quando este toma varfarina.

Verificação da receita médica após a dispensa

Como foi referido anteriormente, na primeira gaveta atrás de cada balcão, o funcionário coloca as receitas separadas por organismos consoante faz o atendimento. Estas receitas são mais tarde reorganizadas por organismos, lotes e número de receita.

A farmácia Albino Pais está equipada com um digitalizador de receitas médicas que lê todas as receitas e as apresenta no computador, apresentando os erros de dispensa que devem ser analisados e validados pelo utilizador.

Numa primeira fase, é verificada a frente da receita: prazo de validade, assinatura do médico prescriptor, número de receita, número de utente, código do médico, carimbo do local de prescrição e quantidade de medicamentos prescritos. Numa segunda fase, é verificado o verso da receita, ou seja, verifica-se se os medicamentos dispensados correspondem aos prescritos (pelos códigos dos produtos ou pelos códigos dos grupos homogêneos), se o organismo de comparticipação é o correto, e ainda se a assinatura do utente, do farmacêutico ou técnico, a data da dispensa e o carimbo da farmácia se encontram no verso da receita, e ainda se os valores de comparticipação estão corretos.

Caso se encontre algum erro, seja na dosagem, na quantidade ou no número de comprimidos/cápsulas de cada embalagem, por exemplo, o utente é imediatamente contactado para o informar do erro, e, se possível, para pedir que se dirija novamente à farmácia para proceder à troca do medicamento erradamente dispensado pelo prescrito realmente. Por esta razão, é importante que as receitas sejam corrigidas o mais rápido possível, evitando que o utente tome o medicamento errado e as consequências que daí advêm. Por outro lado, a verificação das receitas é importante do ponto de vista financeiro porque só são pagas à Farmácia receitas com todos os dados referidos anteriormente corretos.

Utilização do sistema informático

É através do *Spharm* que todo este processo, descrito anteriormente, se processa. Na opção “Atendimento ao balcão”, é possível fazer a venda, com ou sem comparticipação, e aceder a toda a informação relacionada com os medicamentos como stocks, stocks das outras farmácias do grupo, movimentos, encomendas do produto, reservas para o produto, informação científica ou preços.

Princípios de acordos com o SNS e outras entidades

Para cada organismo de comparticipação, o *SPharm* atribuiu um código. Os mais utilizados são: SNS-01, SNS Pensionista-48, SAD PSP-01, SAD GNR-01, ADSE-01, SNS-Diabetes-DS, SBC-M9, EDP Savida-SNS (AA). Na localidade de Nelas existe ainda uma associação de trabalhadores da Câmara Municipal (Associação Social e Cultural dos Trabalhadores) que beneficiam de uma maior comparticipação por complementaridade de organismos: ASCT SNS-101, ASCT SNS60%-113 (membros com ADSE), ASCT Pensionista-102.

Através de acordos com as várias entidades, são feitas as comparticipações, sendo que algumas são mesmo na ordem dos 100%. Quando se trata de complementaridade entre dois organismos, é tirada uma cópia da receita com a cópia do cartão de identificação do subsistema no verso. O sistema informático dá a indicação da introdução da receita original na impressora, que corresponde à comparticipação do SNS Geral ou SNS Pensionista, e seguidamente, a introdução da cópia da receita que corresponde ao respetivo subsistema. A receita original é enviada para o sistema de comparticipação primário e a cópia para o organismo que faz a comparticipação complementar.

Adicionalmente existem também despachos e portarias que podem ir indicados nas receitas, influenciando a comparticipação. Segundo o Decreto-Lei n.º48-A/2010, de 13 de maio, alterado pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro, existe a possibilidade de comparticipação de medicamentos através de um regime geral e de um regime especial, o qual se aplica a situações específicas que abrangem determinadas patologias ou grupos de doentes¹² (Anexo 3). Também estes códigos são diferentes em receitas com portarias/despachos: SNS-45, SNS Pensionista-49. Depois da introdução do organismo no sistema informático, este pede para confirmar se o despacho/portaria em causa vem descrito na receita.

Dispensa de medicamentos psicotrópicos/estupefacientes

Os medicamentos contendo uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópica^{13, 14} (compreendidas nas tabelas I a II anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro) têm que ser prescritos isoladamente, ou seja, a receita médica não pode conter outros medicamentos¹⁰. No ato da dispensa, aquando da leitura do código do medicamento e aplicação do organismo de comparticipação, o sistema informático apresenta campos adicionais de preenchimento obrigatório. Nestes campos é necessário indicar:

- Médico prescritor;
- Número da receita médica;

- Nome do doente e respetiva morada;
- Nome do adquirente do medicamento e respetiva morada, data de nascimento, número do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão e data de validade do cartão (Anexo 4).

A receita original é enviada para o organismo responsável pelo pagamento do medicamento, e é tirada uma cópia onde é anexado um talão de registo de saída emitido na hora da venda. A cópia da receita e respetivo talão é arquivada num dossier e guardada na farmácia durante um período mínimo de 3 anos. Anteriormente, fazia-se uma segunda cópia que era enviada para o Infarmed no final de cada mês. Atualmente, o Centro de Conferência de Faturas do SNS é responsável por esse envio. No início de cada mês, é enviado ao INFARMED uma listagem dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos dispensados, um exemplar dos talões relativos aos registos de saída, para o caso de prescrições eletrónicas, a cópia da prescrição manual e um dos talões relativos ao registo de saída respetivo e um dos exemplares do balanço de entradas e saídas de estupefacientes e psicotrópicos.

A nível dos fornecedores é, também efetuado um controlo sobre estes medicamentos. Como referido anteriormente, o fornecedor envia dois exemplares da requisição de psicotrópicos ou benzodiazepinas relativamente ao fornecimento dos estupefacientes e psicotrópicos, em que o original fica na farmácia e o duplicado é enviado para o armazenista devidamente assinado e carimbado pelo Diretor Técnico.

No caso das benzodiazepinas, o balanço é feito anualmente. Nos psicotrópicos o balanço é trimestral e também anual, contudo a listagem de receitas aviadas é de envio mensal.

Dispensa de outros produtos ao abrigo de protocolos

Em relação aos produtos destinados ao autocontrolo da diabetes mellitus, estes encontram-se ao abrigo de um protocolo que consiste num acordo entre o Estado e as farmácias e outras instituições. Ao abrigo deste, as lancetas, seringas e agulhas são comparticipadas a 100% e as tiras reativas destinadas à pesquisa da glicémia capilar são comparticipadas a 85%. Não existe qualquer margem de comercialização sobre estes produtos nas farmácias, e a dispensa destes produtos só pode ser efetuada mediante a apresentação de uma prescrição médica válida. Assim, estes têm que ser prescritos isoladamente, ou seja, a receita médica não pode conter outros medicamentos/produtos, seguindo as mesmas regras que os medicamentos, nomeadamente no que respeita ao número de embalagens por receita¹⁰.

Um exemplo de medicamento que se encontra ao abrigo de desconto especial é o Betmiga[®]. O laboratório Astellas Farma oferece um desconto ao utente e não é

comparticipado pelo SNS. Desta forma não é necessário enviar a receita para o organismo, mas sim, os dois códigos de barras da embalagem do medicamento e o talão que é emitido.

8. Automedicação e indicação farmacêutica

A instauração de um tratamento medicamentoso por iniciativa própria do doente, de forma responsável, destinada ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde é denominada de automedicação. Tendo em conta que atualmente existem um grande número e variedade de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), são inúmeros os casos de automedicação e, aqui, é essencial a intervenção do farmacêutico no aconselhamento e orientação do utente, de modo a garantir uma automedicação segura e racional. O farmacêutico deve assegurar-se que tem a informação suficiente sobre o problema e características do utente para poder avaliar a situação e tomar a atitude correta. Se esta for praticada de forma responsável e informada, são muitas as vantagens desta prática.

As situações passíveis de automedicação estão descritas no anexo do Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho¹⁵ (Anexo 5). Portanto, os MNSRM têm de conter indicações terapêuticas que se incluam nas situações descritas. Estes medicamentos não são comparticipáveis, não necessitam de receita médica e podem ser vendidos em farmácias ou noutros Locais de Venda autorizados.

Quadros sintomáticos e intervenção farmacêutica

A automedicação apresenta muitas vantagens para a sociedade, e para o indivíduo que se dirige à farmácia com as suas queixas, numa tentativa de solucionar o problema que o incomoda. Esta permite a resolução de problemas menores de saúde de forma mais rápida e com menor dispêndio de recursos financeiros, evita o tempo de espera da consulta médica e os respetivos encargos. No entanto, é importante salientar que o profissional nem sempre deve dispensar um medicamento pois este pode mascarar um problema mais grave que necessite de cuidados médicos.

O farmacêutico é o responsável pela seleção de um MNSRM ou de eventual tratamento não farmacológico com o objetivo de aliviar ou resolver um problema de saúde considerado como um transtorno menor ou sintoma menor, entendido como problema de saúde de carácter não grave, autolimitante, de curta duração, que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente². Este procedimento da cedência de medicamentos por indicação farmacêutica deve envolver²:

1. Entrevista ao doente (recolher informações sobre sintoma ou motivo de consulta ao farmacêutico, duração do problema de saúde, existência de outros sinais ou sintomas associados ao problema de saúde, outros problemas de saúde, medicamentos que o doente toma);

2. Intervenção farmacêutica (reencaminhamento médico, em caso de patologias mais graves ou necessidade de cedência de um medicamento sujeito a receita médica; cedência de um medicamento apropriado, quando estritamente necessário ou a indicação de medidas não farmacológicas);

3. Avaliação dos resultados.

Durante o estágio, grande parte dos quadros sintomáticos dos utentes prendiam-se com sintomas de gripe, tosse, febre, rouquidão, alergias, obstipação, diarreia, manchas na pele, picadas de insetos e outros sintomas menores. Neste âmbito, foi necessário proceder a todo o processo acima descrito para poder fazer a melhor intervenção possível, associando, muitas vezes, medicamentos a medidas não farmacológicas. Aconteceu algumas vezes, irem à farmácia utentes com elevada tensão arterial, medida em repouso, várias vezes por dia e em dias consecutivos, tendo sido necessário aconselhar o utente a dirigir-se ao médico para averiguar a razão da elevada pressão arterial.

A Farmácia Albino Pais dá grande preponderância ao Aconselhamento Farmacêutico e à Prevenção em Saúde, valores são sempre transmitidos à equipa.

Riscos da automedicação

Apesar das inúmeras vantagens, a automedicação acarreta também alguns riscos. Algumas vezes devido à falta de conhecimento e de um aconselhamento adequado, ou por casos de sobredosagem. O facto de estes medicamentos não precisarem de ser receitados pelo médico pode estar, de forma errada, associado a um abuso destes, desencadeando reações adversas ou o efeito aditivo por toma do medicamento por períodos de tempo prolongados. Outro dos riscos é a maior probabilidade de erros na posologia e no modo de administração e podem, ainda, ocorrer interações com medicamentos que o doente tome para outras terapêuticas concomitantes, e existe, como já referido, o risco de se mascarar a verdadeira doença.

Todos os fatores anteriores conferem grande relevância ao papel do farmacêutico na gestão das expectativas e necessidades do utente.

Dispensa de MNSRM e promoção do uso racional

A dispensa do medicamento é feita depois de se verificar que é apropriado e indicado para o problema e que, de facto, não existem contraindicações nem possíveis interações medicamentosas. Devem ser dadas todas as indicações acerca da posologia, modo de administração, possíveis reações adversas e do tempo que deve tomar até sentir melhoras. É importante salientar ao utente que, caso não melhore, deve dirigir-se ao médico com a maior brevidade possível.

9. Aconselhamento e dispensa e outros produtos de saúde

Para além dos medicamentos, quer os MSRM quer os MNSRM, existe na farmácia uma enorme variedade de outros produtos, procurados pelo utente, que merecem o melhor aconselhamento possível. Desta forma, é necessário que o farmacêutico esteja bem preparado e informado para ser o mais prestável possível.

Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene

Segundo o Decreto-Lei n.º189/2008 de 24 de setembro, por produto cosmético define-se qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, nomeadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais^{16,17}.

Na farmácia existe uma grande variedade destes produtos que podem ser:

- Cremes, loções, emulsões, leites, geles, óleos hidratantes;
- Produtos de limpeza, tónicos, exfoliantes, desmaquilhantes;
- Máscaras de beleza;
- Produtos anti-rugas.
- Produtos de maquilhagem: pós, *blush*, bases, sombras, lápis;
- Produtos para proteção solar e pós-solar e para bronzeamento artificial;
- Produtos para cuidados íntimos, de uso externo;
- Desodorizantes, sabonetes;
- Perfumes e águas-de-colónia;
- Depilatórios;

- Produtos capilares e de manutenção do cabelo e penteados;
- Produtos para a barba;
- Produtos para aplicação nos lábios;
- Produtos para os cuidados dentários e bucais;
- Produtos para as unhas;

Dada a vasta gama destes produtos, há uma farmacêutica especializada nesta área, o que se torna uma mais valia para que o utente possa ter acesso a todas as informações que necessita e para que possa ter um aconselhamento mais personalizado.

As situações mais frequentes neste âmbito durante o estágio prenderam-se com problemas de acne, manchas na pele, herpes labial, verrugas, calosidades e micoses nos pés e nas unhas que rapidamente se resolveram com aconselhamento farmacêutico e automedicação. Situações menos frequentes como psoríase, sinais com suspeita de patologia maligna ou lesões na pele provocadas por substâncias químicas são de imediata recomendação médica.

Cada situação é diferente e o aconselhamento, para além de ser o mais personalizado possível, deve ser bem explicado verbalmente e por escrito, se necessário. No aconselhamento, deve clarificar-se o tempo de tratamento, posologia e cuidados a ter. Para formulações fotossensíveis, deve recomendar-se a mínima exposição solar possível e o uso de protetor solar. No caso de formulações com corticosteroides, deve explicar-se os cuidados a ter na sua utilização e efeitos adversos.

Produtos dietéticos para alimentação especial

Segundo o Decreto-lei nº 216/2008 de 11 de novembro, os alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos são uma categoria de géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais de pacientes e para consumo sob supervisão médica. Estes destinam-se à alimentação exclusiva ou parcial de pacientes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabólicos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares que não géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial ou por uma combinação de ambos¹⁸.

O Decreto-Lei n.º 74/2010 de 21 de Junho define os alimentos destinados a uma alimentação especial como os géneros alimentícios que, devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos alimentos de consumo corrente, e são adequados às necessidades nutricionais de cada pessoa¹⁹. As principais patologias ou situações que podem conduzir à necessidade de alimentação especial são enumeradas em três grupos:

- Pessoas cujo processo de assimilação ou cujo metabolismo se encontrem perturbados;

- Pessoas que se encontram em condições fisiológicas especiais e que, por esse facto, podem retirar benefícios especiais de uma ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos;

- Lactentes ou crianças de pouca idade em bom estado de saúde¹⁹.

A dispensa destes produtos foi esporádica urante o estágio e, maioritariamente, destinavam-se a idosos com carências nutricionais. Os profissionais de saúde tiveram, inclusive, formações da Nestlé onde adquiriram conhecimentos para poder aconselhar os seus produtos como Meritene[®] e Resource[®], por exemplo, de forma a potenciar o resultado da medicação tomada e a sobrevida em diversas patologias, como é o caso das doenças oncológicas.

Produtos dietéticos infantis

Os princípios de alimentação habitual de uma criança dividem-se por três faixas etárias: a primeira dos 0 aos 4 meses de idade em que é dado o leite materno; a segunda vai dos 4 aos 6 meses de idade e são aconselhadas as papas sem glúten; e as por fim, as papas com glúten que são dadas a partir dos 6 meses. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno até aos 6 meses²⁰. De facto, as vantagens do leite materno são inúmeras, entre as quais ser de fácil digestão e absorção, possuir todos os nutrientes nas quantidades necessárias para o bebé, estar pronto a tomar e à temperatura ótima, diminuir o risco de obesidade, reforçar o sistema imunitário que diminui riscos de infeções e alergias, desenvolver os músculos da face e diminuindo as dificuldades da fala, promover o contacto físico e a relação afetiva entre a mãe e o filho²¹.

Para a mãe, também há vantagens ao amamentar incluindo a diminuição do risco de hemorragia pós-parto e desenvolvimento de cancro da mama e ovário e de osteoporose e a recuperação mais facilitada do peso corporal prévio à gravidez. No entanto, nem sempre é possível o aleitamento materno pelo que se recorre a outras alternativas.

Na farmácia Albino Pais existem leites para os lactentes (até ao 6 meses), leites de transição (a partir dos 6 meses) e leite para condições especiais como prematuridade, alergias ou intolerâncias. Além destes, existem também leites com diferentes formulações associadas aos problemas do bebé como leites hipoalergénicos (H.A.), anti-regurgitantes (A.R.), anti-obstipação (Confort, Transit) e leites com formulações especiais (sem glúten, sem lactose, entre outros).

Quanto à dispensa das latas de leite, deve explicar-se a preparação deste e alertar para a importância de esterilizar biberões e tetinas, facilmente contamináveis, de modo a

evitar a transmissão de infecções. Deve sempre salientar-se a vantagem da amamentação materna.

Existe também uma grande variedade de papas, divididas nas que têm preparação com água e nas que têm preparação com leite. Estas são aconselhadas para crianças a partir dos 4, 6 ou 12 meses e estão disponíveis vários sabores.

Os produtos dietéticos infantis são regulados pelo Decreto-Lei n.º 217/2008 de 11 de novembro, o qual estabelece algumas normas de segurança no fabrico, limites máximos de resíduos pesticidas, proíbe a utilização de alguns pesticidas nos produtos agrícolas destinados à sua produção, estabelece regras de rotulagem, apresentação, publicidade, comercialização²².

Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

Em relação à fitoterapia, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define medicina herbática ou fitomedicina como: "Aquela que utiliza preparações herbáticas produzidas pela sujeição dos materiais de origem vegetal à extração, fracionamento, purificação, concentração, ou outros processos físicos ou biológicos". Os produtos fitoterápicos podem conter excipientes, ou ingredientes inertes, adicionados aos ingredientes ativos²³.

Estes produtos encontram-se regulamentados pelo Decreto-lei nº45/2003 de 22 de agosto²⁴ e, normalmente, destinam-se ao alívio de problemas circulatórios, gastrointestinais, crises de ansiedade ou nervosismo, estimulantes cerebrais ou para emagrecimento.

Estão também disponíveis produtos homeopáticos, como *nux vomica* (para estados ansiosos ou depressivos), *belladonna* (sistema nervoso e digestão), entre outros. Os farmacêuticos tiveram formação sobre estes medicamentos de forma a atender as necessidades dos utentes.

Os suplementos nutricionais proporcionam efeitos benéficos na saúde, incluindo a prevenção e o tratamento de doenças e neles estão incluídos antioxidantes, suplementos vitamínicos e ácidos gordos, por exemplo.

Na dispensa ao utente, deve perguntar-se qual o efeito desejado, indicar a forma como deve tomar e possíveis contraindicações e aconselhar a procurar o médico caso haja algum efeito adverso.

Os produtos mais recorrentes na farmácia neste contexto foram a valeriana e passiflora para, stress, insónia ou ansiedade, ginseng para cansaço físico e mental, carvão vegetal para combater a flatulência, arando vermelho para prevenção de infeções urinárias e o alho para proteção cardiovascular e redução de colesterol. O papel do Farmacêutico é vital na identificação de necessidades e aconselhamento personalizado.

Medicamentos de Uso Veterinário (MUV)

São considerados medicamentos de uso veterinário as substâncias, ou associação de substâncias, que possuem propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possam ser utilizadas ou administradas para estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, ainda, que exerçam uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica^{25,26}.

Na farmácia estão disponíveis MUV para cães, gatos, porcos, coelhos, cavalos e têm várias finalidades. As mais comuns são a desparasitação interna (Drontal[®]), desparasitação externa (FRONTLINE[®], Advantage[®], Scalibor[®]), tratamento de doenças (Terramicina[®]), pílulas e prevenção do cio (PILUSOFT[®] e Megecat[®]).

Os principais cuidados a ter na dispensa dos MUV têm a ver com o facto de se adequarem ao peso do animal e deve alertar-se o perigo de alguns produtos que contêm substâncias tóxicas para o humano.

Dispositivos médicos (DM)

Finalmente, os dispositivos médicos são importantes instrumentos de saúde que englobam um vasto conjunto de produtos. São destinados, pelo seu fabricante, a fins como prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença humana, tal como os medicamentos. Estes atuam através de mecanismos que não se traduzem em ações farmacológicas, metabólicas ou imunológicas, por isso, distinguem-se dos medicamentos²⁷.

Os dispositivos médicos são classificados de acordo com o nível dos potenciais riscos inerentes ao tipo de dispositivo, atendendo à vulnerabilidade do corpo humano a estes:

- Dispositivos médicos de classe I - baixo risco
- Dispositivos médicos de classe IIa - médio risco
- Dispositivos médicos classe IIb - médio risco
- Dispositivos médicos classe III - alto risco

Esta classificação depende da duração do contacto com o corpo humano, da invasibilidade do corpo humano, a anatomia afetada pela utilização e os potenciais riscos decorrentes da conceção técnica e do fabrico²⁸.

Na farmácia existe uma vasta gama de dispositivos médicos, de sendo de salientar gazes, pensos, fita adesiva, compressas para desinfeção de feridas, sacos coletores de urina, cateteres, frascos de recolha de urina, fraldas, pensos para incontinência, cadeiras de rodas, canadianas, colares cervicais, meias de compressão; seringas, agulhas, equipamento de medição de glicémica, tensiómetros, termómetros, testes de gravidez, preservativos masculinos, luvas de exames, pensos com medicamentos, entre muitos outros.

É importante perceber se o utente tem conhecimento da forma de funcionamento do dispositivo médico na hora da dispensa. Caso seja a primeira vez que utiliza ou esteja a utilizar de forma errada, deve explicar-se como proceder corretamente.

10. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia Albino Pais

A farmácia não se destina apenas a tratar doenças através da dispensa medicamentos, mas sim a promover a saúde e o bem-estar do utente, pelo que este tem ao seu dispor vários serviços. No primeiro gabinete são feitas medições de colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, ácido úrico, INR, glicémia, tensão arterial, peso e altura. Antes de ser efetuar qualquer teste, deve verificar-se que o aparelho a ser utilizado está calibrado e em boas condições de funcionamento, e caso se utilizem tiras, deve confirmar-se se estão dentro do prazo de validade e se correspondem ao teste que vai ser realizado².

Antes de iniciar qualquer teste, deve questionar-se o utente sobre alguma medicação ou patologia e se costuma ter algum valor alterado.

De seguida, o procedimento faz-se de acordo com o teste a efetuar. Caso seja a medição da pressão arterial, deve perguntar-se se tomou algum café ou fumou na última meia hora ou se fez esforço físico, podendo ser, necessário repousar alguns minutos. No caso da medição de parâmetros bioquímicos como a glicémia ou o colesterol, deve questionar-se se o utente está em jejum ou há quanto tempo comeu, para poder interpretar-se corretamente os dados obtidos. O profissional deve colocar luvas descartáveis e utilizar o sangue capilar de um dos dedos do utente como amostra, colocando-o, seguidamente na tira correspondente ao parâmetro. A tira é colocada no aparelho Reflotron[®], na maioria dos testes, que indica o valor medido em poucos minutos.

A interpretação do valor medido deve ser feita de acordo com os valores de referência de cada teste. (Tabelas 1, 2 e 3)

Tabela 1: Valores de referência para tensão arterial²⁹

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

Tabela 2: Valores de referência para colesterol total, colesterol LDL e colesterol HDL³⁰

Colesterol total	<190 mg/dL
Colesterol LDL	<115 mg/dL
Colesterol HDL	>40 mg/dL em homens e >45 mg/dL em mulheres

Tabela 3: Valores de referência para glicémia³¹

Classificação de acordo com o valor de glicémia capilar	Glicémia capilar em jejum (mg/dL)	Glicémia capilar pós-prandial (mg/dL)
Hipoglicémia	<70	<70
Normal	70-99	70-139
Pré-diabetes	100-125	140-199
Diabetes	>126	>200

Os valores medidos são apontados num cartão apropriado onde se indica o nome do utente, a data, a hora e os respetivos valores. Assim o utente pode comparar os vários valores ao longo do tempo. O farmacêutico deve alertar para os fatores de risco e promover um estilo de vida saudável questionando se tem ido a consultas médicas, feito análises frequentemente e tomado os medicamentos corretamente. Caso os valores medidos na farmácia se encontrem bastante alterados, deve aconselhar-se o utente a dirigir o médico ou ao hospital de forma a identificar o problema e esclarecer todas as dúvidas.

11. Preparação de medicamentos

Outras das funções do farmacêutico é a preparação de medicamentos, sendo necessário que o laboratório disponha de todas as condições para preparação de manipulados. O Decreto-lei nº 95/2004, de 22 de Abril estabelece regras de prescrição e preparação de

medicamentos manipulados³², enquanto que as boas práticas na preparação destes em farmácia da oficina encontram-se descritas na Portaria nº 594/2004, de 2 de Junho³³.

As matérias-primas e materiais utilizados devem cumprir os parâmetros descritos nas respetivas monografias e devem ser adquiridas a fornecedores autorizados pelo Infarmed, fazendo-se acompanhar por um boletim de análise. Adicionalmente, devem cumprir todos os parâmetros legislados e devem ser armazenadas em local não exposto diretamente à luz e onde a humidade e temperatura estejam controladas. No laboratório, todos os materiais se encontram organizados por matérias-primas já abertas (com a data da abertura inscrita no rótulo), matérias-primas seladas, material de laboratório (espátulas, almofariz, pilão, provetas), material de embalagem e material de limpeza.

Durante o estágio foram realizadas algumas preparações tais como pomada de vaselina salicilada, papéis medicamentosos de nitrofurantoína para um bebé e solução de ácido bórico à saturação. As embalagens são devidamente rotuladas e o preço é devidamente estabelecido de acordo com a Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho³⁴.

No rótulo devem constar as seguintes informações:

- a) Nome do doente (no caso de se tratar de uma fórmula magistral);
- b) Fórmula do medicamento manipulado prescrita pelo médico;
- c) Número do lote atribuído ao medicamento preparado;
- d) Prazo de utilização do medicamento preparado;
- e) Condições de conservação do medicamento preparado;
- f) Instruções especiais, eventualmente indispensáveis para a utilização do medicamento, como, por exemplo, «agite antes de usar», «uso externo» (em fundo vermelho), etc.;
- g) Via de administração;
- h) Posologia;
- i) Identificação da farmácia;
- j) Identificação do farmacêutico diretor técnico³⁴.

Quanto ao prazo de validade dos medicamentos manipulados, este encontra-se descrito no Formulário Galénico Português de acordo com a forma farmacêutica³⁵.

A comparticipação é de 30% do seu preço desde que os preparados officinais estejam incluídos na Farmacopeia Portuguesa ou no Formulário Galénico Nacional e as fórmulas magistrais constem da lista de medicamentos manipulados comparticipáveis, de acordo com estabelecido no Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio³⁶.

Em relação ao cálculo do preço destes medicamentos, este obedece ao disposto na mesma Portaria, sendo que os honorários da preparação são calculados com base num fator F de valor fixo, que será multiplicado em função das quantidades preparadas, das formas farmacêuticas, da exigência técnica e do tempo de preparação dos medicamentos manipulados em causa³⁴.

12. Contabilidade e Gestão

Para que todas as tarefas sejam realizadas de forma rápida e eficaz, cada funcionário está destinado a determinadas tarefas e é responsável por uma determinada “família” de produtos. Desta forma, torna-se mais fácil o trabalho em equipa e o alcance pelos objetivos propostos.

Como já foi referido, depois de todas as receitas serem conferidas, são organizadas por organismo e em lotes de 30 receitas cada e são impressos os verbetes de identificação dos lotes ordenadamente. Estes verbetes contêm o nome da farmácia, o organismo de participação, lote em causa, mês e ano da faturação, quantidade de receitas e produtos, PVP total do lote, custo total do lote, custo total para utentes e valor participado por organismo. No final de cada mês, é impressa a relação de resumos de lotes, onde se encontra descrito o valor total de cada lote, o valor da participação a ser reembolsada e o valor pago pelo utente aquando da dispensa e a respetiva faturação. Estes documentos são emitidos em quadruplicado, sendo que dois são enviados, o terceiro é enviado à contabilidade e o quarto fica arquivado na farmácia.

Até dia 4 de cada mês toda a faturação deve estar finalizada e o receituário pronto para ser verificado no Centro de Conferencia de Faturas (CCF), entidade responsável pela conferência de receituário a nível nacional.

No caso dos documentos enviados não se encontrarem corretos, com falhas ou erros na dispensa dos medicamentos, de faturação ou participação, são devolvidos à farmácia com a respetiva justificação. A farmácia pode corrigir os erros e repetir o procedimento.

13. Conclusão

O estágio curricular iniciou-se no dia 26 de janeiro e terminou a 13 de junho de 2015 na farmácia Albino Pais, em Nelas. A farmácia tem um espaço amplo, moderno e acolhedor e dispõe de tecnologias e equipamentos de alta qualidade, respeitando os parâmetros e requisitos legais.

Durante este período, acompanhei todo o circuito do medicamento, assumindo várias tarefas, desde a receção de encomendas, o armazenamento do medicamento, e por fim, a dispensa e aconselhamento. Além disso, tive a possibilidade de passar ainda pela organização de receituário, medição de parâmetros biológicos e fisiológicos, preparação e manipulação de medicamentos.

O balanço é bastante positivo pois, para além de todo o conhecimento e informação que adquiri (a nível técnico e científico), foram-me, também, incutidos valores de responsabilidade, de trabalho em equipa, sendo sempre desafiada a fazer mais e melhor.

A equipa, composta por profissionais competentes, marcou pela hospitalidade e simpatia, mostrando-se sempre disponível e disposta a ajudar e esclarecer as mais diversas dúvidas e situações.

O contacto com o público foi uma experiência bastante enriquecedora, para além de imprevisível, o que permitiu concluir que todas as situações são distintas e o farmacêutico tem que estar preparado para lidar com todas elas.

Este profissional deve saber esclarecer o utente, mantendo uma relação de confiança e proximidade, permitindo que o utente adira mais facilmente à terapêutica. Desta forma, é fundamental que o farmacêutico seja polivalente e multifacetado, mantendo conhecimentos sobre todas as áreas, chegando assim à excelência.

Assim, o enfoque do farmacêutico deve ser sempre o utente e a promoção da saúde, otimizando a utilização de recursos que são de todos.

14. Referências Bibliográficas

1. Decreto-Lei n.º 307/2007; Diário da República, 1.ª série – N.º 168 – 31 de agosto de 2007
2. Ordem dos Farmacêuticos; Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária; 3ª edição; 2009
3. Legislação Farmacêutica Compilada; Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto de 2006
4. *Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos*. Ordem dos Farmacêuticos. Disponível em: http://www.ceic.pt/portal/page/portal/CEIC/UTILIDADES_INFORMACAO/NORMATIVO/NACIONAL/CodigoDeontologico_OF.pdf (Consultado a 3 de março de 2015)
5. Infarmed. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/MUH_FARMACOVIGILANCIA (Consultado a 18 de março de 2015)
6. Portal RAM. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage> (Consultado a 11 de setembro de 2015)
7. Valormed. Disponível em <http://www.valormed.pt> (Consultado a 15 de abril de 2015)
8. Despacho n.º 15700/2012; Diário da República, 2.ª série – N.º 238 – 10 de dezembro de 2012
9. Nova Receita Eletrónica. Disponível em: <http://www.receitaeletronica.pt/#/> (Consultado a 10 de maio de 2015)

10. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. INFARMED. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/Normas_dispensa.pdf (Consultado a 25 de maio de 2015)
11. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=9007&tipo_doc=rcm (Consultado a 2 de junho de 2015)
12. Infarmed. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADOS/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Oficina (Consultado a 12 de junho de 2015)
13. Legislação Farmacêutica Compilada; Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro
14. Legislação Farmacêutica Compilada; Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro
15. Legislação Farmacêutica Compilada; Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho.
16. Infarmed. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/COSMETICOS> (consultado a 14 de fevereiro de 2013). (Consultado a 13 de junho de 2015)
17. Decreto-Lei n.º 189/2008; Diário da República, 1.ª série – N.º 185 – 24 de setembro de 2008.
18. Decreto-Lei n.º 216/2008, de 11 de novembro. Diário da República, 1.ª série N.º 219 de 11 de novembro de 2008.
19. Decreto-Lei n.º 74/2010 de 21 de Junho. Diário da República, 1.ª série – N.º 118 – 21 de junho de 2010
20. Nestlé. Disponível em: <http://www.nestlebebe.pt/porque-amamentar-e-o-melhor-para-o-bebe> (Consultado a 18 de junho de 2015)
21. Nestlé. Disponível em: <http://www.nestlebebe.pt/alimentacao-do-bebe> (Consultado a 18 de junho de 2015)
22. Decreto-Lei n.º 217/2008 de 11 de novembro. Diário da República, 1.ª série. N.º 219 de 11 de novembro de 2008
23. Associação Nacional dos Fitoterapeutas. Disponível em: <http://anfitoterapeutas.wix.com/anf-fitoterapia#!/c517> (Consultado a 20 de junho de 2015)
24. Legislação Farmacêutica Compilada. Decreto-Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto
25. Decreto-Lei n.º 148/2008 de 29 de julho. Diário da República, 1.ª série. N.º 145 de 29 de julho de 2008.
26. Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de Outubro. Diário da República, 1.ª série. N.º 209 de outubro de 2009

27. Infarmed. Disponível em:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS
(Consultado a 21 de junho de 2015)
28. Infarmed. Disponível em:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS/CLASSIFICACAO_E_FRONTIERS (Consultado a 21 de junho de 2015)
29. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 2/DGCG de 31/03/04: Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial. Disponível em:
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006254.pdf> (Consultado a 22 de junho de 2015)
30. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Disponível em
http://www.spc.pt/DL/Publico/Folheto_Colesterol.pdf (Consultado a 22 de junho de 2015)
31. Portal da Diabetes. Disponível em <http://www.apdp.pt/index.php/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/valores-de-referencia> (Consultado a 22 de junho de 2015)
32. Decreto-Lei n.º 95/2004 de 22 de abril. Diário da República, 1.ª série. N.º 95 de 22 de abril de 2004.
33. Legislação Farmacêutica Compilada; Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho
34. Legislação Farmacêutica Compilada; Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho
35. Formulário Galénico Português. Associação Nacional das Farmácias - CETMED, Lisboa, edição de 2001 e atualização/ampliação de 2005.
36. Decreto-Lei n.º 48-A/2010; Diário da República, 1.ª série — N.º 93 — 13 de Maio de 2010.

Capítulo 2 - Agentes anti-enxaqueca - perfil de utilização, efeitos secundários e interações medicamentosas

1. Introdução

1.1. História

A enxaqueca é classificada pela OMS como uma das doenças mais incapacitantes¹ e acompanha a humanidade em toda a sua história, sendo conhecida como uma das mais antigas. Relatos e pesquisas arqueológicas de civilizações neolíticas, com data aproximada de 7000 anos a.C., já sugeriam a presença de humanos com intensas crises, interpretadas como a presença de maus espíritos dentro do crânio. Nesta época, faziam-se orifícios na cabeça da pessoa viva, para a “saída” dos maus espíritos.

Mais tarde, em 1200 a.C., exemplos de dores de cabeça dolorosas foram gravados pelos Egípcios antigos. O papiro de Ebers prescrevia tratamentos para dor de cabeça e mencionava a dor com características sugestivas de enxaquecas e neuralgias. Neste papiro, que era baseado em escritos médicos de 1550 a.C, os egípcios confirmavam a sua crença de que os deuses também podiam curar as doenças.

Em 400 d.C., Hipócrates descreveu distúrbios visuais que precedem a enxaqueca, mencionando que esta pode ter sido originada por exercícios e relações sexuais. Uma vez que a dor diminuía depois da pessoa vomitar, acreditava-se que o conteúdo do estômago ascendia até à cabeça².

Adicionalmete, Celsius verificou que fatores como o vinho, frio, calor e exposição ao sol poderiam provocar dores de cabeça, mas foi Aretaeus da Capadócia que fez a primeira descrição clássica da enxaqueca, associada a dores unilaterais e vômitos, já no século II.

A palavra enxaqueca deriva do latim “hemicrania” que significa “metade” (hemi) e “crânio” (crania). Galenus de Pergamon utilizou este termo pela primeira vez para descrever a dor sentida de um dos lados da cabeça que caracteriza a enxaqueca e sugeriu que a dor era originada pelas meninges ou pelos vasos sanguíneos. Também o filósofo Avicenna deu o seu contributo referindo que comer, beber, alguns sons e luzes poderiam agravar a dor e verificou que em doentes que descansaram numa sala escura tiveram melhoras significativas. No entanto, foi Abu Bakr Mohamed Ibn Zakariya Râzi que associou as enxaquecas a fatores hormonais pois verificou que estas dores de cabeça ocorriam durante a menopausa, dismenorreia ou após uma gravidez. Outro nome que contribuiu para a história foi o de EL Qasim de Abu, que sugeriu um tratamento para a dor unilateral com ferros quentes aplicados

na cabeça ou com a aplicação de alho, sendo que também se tentavam feitiçarias ou usavam sangue na Idade Média².

Em 1712, a enxaqueca foi descrita juntamente com os principais tipos de dores de cabeça em “Bibliotheca Anatomica, Medic, Chirurgica”, publicado em Londres.

Graham e Wolff relataram, no final dos anos 30 do século XX, que extratos de ergotamina poderiam aliviar as dores através do seu efeito vasoconstritor, atuando nos vasos sanguíneos do cérebro que se encontram vasodilatados. Em 1950, Harold Wolff propôs experimentalmente que anomalias dos vasos sanguíneos no cérebro também poderiam estar associadas à enxaqueca².

Em 1981, foi fundada a Sociedade Internacional de Cefaleia, cujo primeiro congresso teve lugar em Munique em 1983, sendo que foi nesta altura que se deu o grande impulso ao estudo da cefaleia. Desde então, este congresso tem-se vindo a realizar de dois em dois anos em diferentes partes do mundo. Em 1988, a esta Sociedade publicou a Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaleias, Nevralgias Cranianas e Dor Facial e foram descritos cerca de 150 tipos diferentes de cefaleia, onde se apresenta as suas características e tratamento diferenciado³. Em 2004 foi publicada uma segunda edição de classificação de cefaleias, e em 2014 a terceira edição, que é a que se encontra em vigor atualmente⁴.

1.2. Epidemiologia da Enxaqueca e do uso dos fármacos anti-enxaqueca

As cefaleias afetam pessoas de todas as raças, sexos, faixas etárias, níveis socioeconómicos, áreas geográficas⁵ e podem tornar-se condições limitantes na qualidade de vida do indivíduo, o que constitui um problema mundial de saúde pública⁶. Um estudo elaborado em Portugal há alguns anos atrás, revelou uma prevalência de cefaleias de 88,6%⁷ e na Europa verificou-se que a prevalência de cefaleias na população adulta é cerca de 53%⁸.

A enxaqueca é o tipo de cefaleia mais comum, sendo uma importante causa de incapacidade e diminuição do desempenho no mercado de trabalho^{1,9}. Esta condição é considerada a sétima doença que causa maior impacto negativo na qualidade de vida a nível físico, emocional e social, sendo das que acarretam mais custos e mais debilitam trabalhadores¹⁰. A avaliação da sua prevalência torna-se difícil devido à grande variabilidade da sua apresentação clínica. No entanto estima-se, que afete cerca de 12% da população entre os 18 e 65 anos de idade, e é mais frequente a ocidente e não é tão comum na África e na Ásia.

Segundo um inquérito sobre problemas de saúde (Eurobarómetro) realizado na União Europeia em 2007, as dores de cabeça e enxaquecas foram consideradas um dos problemas de saúde individuais com mais incidência (16%) (Figura 1)¹¹.

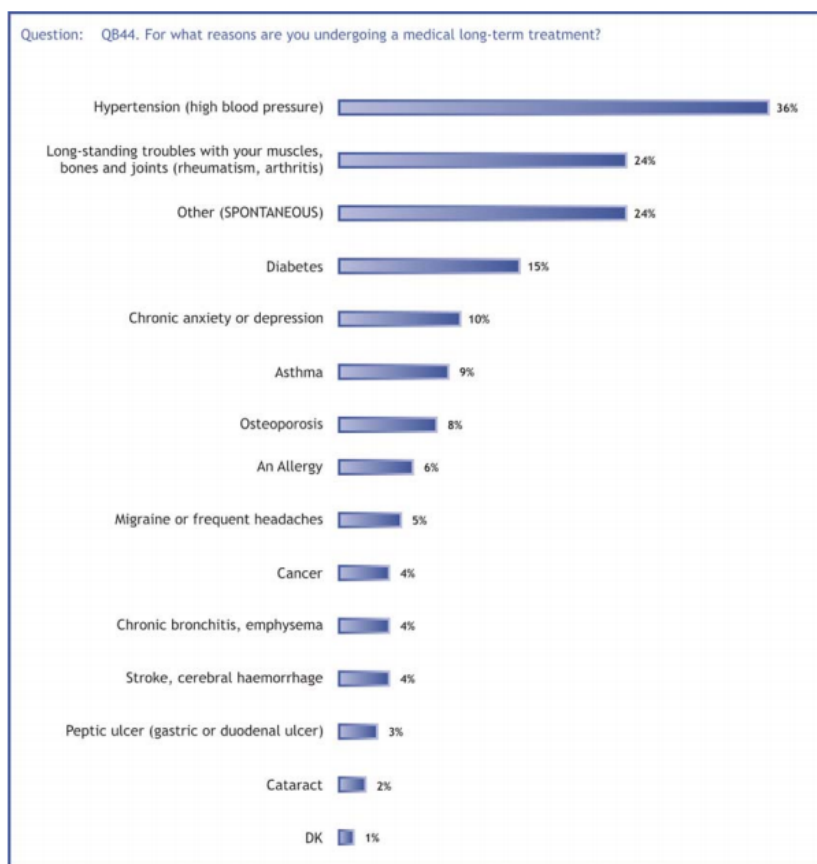


Figura 1: Incidência de problemas de saúde individuais. Fonte: Special Eurobarometer 272

Em Portugal, segundo dados relativamente recentes, a prevalência das enxaquecas situa-se entre os 12% e os 16%, sendo que as mulheres são mais afetadas do que os homens, numa razão de 1:2-3, especialmente em idade ativa (dos 25 aos 55 anos), associado à influência de fatores hormonais. A enxaqueca, geralmente, aparece pela primeira vez aos 20-30 anos e, raramente, após a meia-idade, tendendo a diminuir ou desaparecer após a quinta década¹². No relatório de 2001 da Organização Mundial de Saúde sobre a saúde mundial, a enxaqueca ocupa a 12ª posição na escala das doenças mais incapacitantes para as mulheres e admite-se que as crises de enxaqueca afetem cerca de um milhão de portugueses¹³. Muitas vezes, esta situação inicia-se na infância ou na adolescência e, nas raparigas em particular, pode ter início na puberdade. Três quartos das pessoas com enxaqueca têm apenas um dos tipos, a enxaqueca sem aura, enquanto que uma em cada dez apresenta enxaqueca com aura, e cerca do dobro apresentam ambas. Os outros tipos de enxaqueca são mais raros.

Dada a subjetividade na descrição desta situação, a enxaqueca foi sub-diagnosticada e tratada de forma inadequada durante vários anos. Contudo, com a evolução da ciência, hoje é possível lidar com a doença de forma bem mais adequada e, apesar de não existir nenhum medicamento que cure a enxaqueca, existem várias opções de tratamento das crises ou para a prevenção destas¹. Infelizmente, em muitos países em desenvolvimento, a doença continua a não ser reconhecida nem tratada⁹.

É de destacar também que a maioria dos estudos respeitantes ao tratamento e à utilização dos serviços médicos é realizado com a população adulta. Com crianças e adolescentes existem atualmente muito poucos dados disponíveis, e a pouca informação que há sugere que uma grande parte dos jovens com enxaqueca não recorre aos serviços médicos¹⁰. Em Portugal, os últimos estudos, datados de 1994, revelam uma alta prevalência de dores de cabeça globais nesta faixa etária¹⁴.

Só a enxaqueca é a causa de cerca de 400.000 dias de trabalho perdidos por ano, por milhão de habitantes, nos países desenvolvidos¹⁵ e em Portugal estima-se que mais de 2 milhões de dias de trabalho por ano são subtraídos à produtividade nacional. Estes valores só por si, já demonstram a dimensão do problema a nível económico e são um indicador da extensão do problema na sociedade portuguesa¹³.

No que diz respeito à utilização dos fármacos para tratamento das dores, estudos indicam que, na Alemanha, 1% da população toma 10 comprimidos de analgésicos por dia. Nos centros Europeus, as percentagens aumentam e variam entre os 5 a 15% do total dos doentes referenciados por cefaleias. Já na América, chegam a ser referidos valores de 50 a 80% do total dos doentes admitidos. Estes valores tão exagerados podem ser justificados com a facilidade de acesso aos medicamentos de venda livre, muitos dos quais contêm analgésicos narcóticos, barbitúricos, codeína, cafeína, fenilefrina, ergotamínicos, além dos analgésicos comuns. Outra justificação para estes valores serem tão altos prende-se com o facto de estes doentes consultarem vários médicos, não terem informação em relação ao consumo de analgésicos ou terem receitas de medicação anterior¹⁶. Para fármacos específicos para enxaqueca não existem muitos estudos acerca do seu uso.

1.3. Características e tipos de crises da enxaqueca

A cefaleia é definida pela Sociedade Portuguesa de Cefaleias como o desconforto ou dor de cabeça que raramente aparece como sintoma isolado. A Classificação Internacional de Cefaleias (“International Classification of Headache Disorders” - ICHD-II) (Anexo VI) da Sociedade Internacional de Cefaleias (“International Headache Society” - IHS) referencia 14 grandes tipos principais e estes dividem-se e subdividem-se em mais de 200 formas diferentes, apresentando critérios de diagnóstico para cada um deles. No entanto, existe uma classificação mais simples que divide as cefaleias em:

- Cefaleias primárias (ou idiopáticas): representam cerca de 90% das cefaleias e são, elas próprias, a doença, sendo que não traduzem nem expressam outros problemas de saúde. A enxaqueca inclui-se neste grupo.

- Cefaleias secundárias (ou sintomáticas): representam sintomas de doenças do sistema nervoso ou de outros órgãos do corpo humano. Estas podem traduzir situações comuns

como gripes, pequenos traumatismos cranianos, intoxicações, crises de hipotensão e hipertensão e hipoglicemia, ou situações mais graves, como meningites ou aneurismas¹⁷.

A enxaqueca é dos tipos de cefaleias mais frequentes e bem caracterizadas, sendo considerada uma perturbação cefalálgica primária, simples e incapacitante⁴. Esta condição tem um perfil temporal e paroxístico, com episódios de frequência e duração variáveis, intervalados por períodos totalmente assintomáticos¹⁸.

As suas características gerais são as seguintes:

- dor pulsátil/latejante (com tendência a agravar-se com o esforço físico ou com movimentos da cabeça);
- intensidade da dor entre moderada e forte;
- dor hemicraniana/unilateral (podendo localizar-se em qualquer parte da cabeça);
- dor acompanhada de náuseas, vômitos, intolerância ao ruído (fonofobia), à luz (fotofobia) e a odores;
- pode durar entre 4 horas a 72 horas e, entre as crises, normalmente não há sintomas;
- frequência variável (pode ocorrer duas vezes por semana assim como ocorrer um vez por ano).

Estas são as principais características, mas não é obrigatório que estejam todas presentes simultaneamente¹⁷. Os dois tipos principais de enxaqueca são: enxaqueca sem aura e enxaqueca com aura⁴.

1.3.1. Enxaqueca sem aura

Previamente designada de enxaqueca simples ou hemicraniana, este tipo caracteriza-se como uma perturbação cefalálgica recorrente e apresenta os sintomas descritos anteriormente, ou seja, diagnostica-se enxaqueca sem aura se já se verificaram pelo menos 5 episódios cumprindo as seguintes características:

- a dor dura entre 4 e 72 horas;
- a localização é unilateral, a dor é pulsátil, a intensidade é de moderada a grave ou pode agravar com atividade física (verificam-se pelo menos duas das quatro características);
- está associada a vômitos, fotofobia ou fonofobia⁴.

1.3.2. Enxaqueca com aura

A aura é o complexo de sintomas neurológicos que ocorre normalmente antes da cefaleia, mas que pode ter início após a dor se ter iniciado. Também designada como enxaqueca clássica, a enxaqueca com aura caracteriza-se por episódios recorrentes,

unilaterais, com minutos de duração e totalmente reversíveis, com sintomas visuais, sensitivos ou relacionados com o sistema nervoso central, e que, normalmente, são seguidos por cefaleias com características de enxaqueca e sintomas associados. Portanto, é diagnosticada enxaqueca com aura se já ocorreram pelo menos dois episódios com pelo menos um dos seguintes sintomas de aura, completamente reversíveis:

- visual (mais comum),
- sensitivo,
- fala e/ou linguagem,
- motor,
- tronco cerebral,
- retiniano,

sendo que resultaram em pelo menos duas das seguintes situações:

- pelo menos um sintoma de aura alastrou gradualmente em 5 ou mais minutos e/ou dois ou mais sintomas apareceram sucessivamente;
- cada sintoma individual de aura durou entre 5 e 60 minutos;
- pelo menos um sintoma de aura foi unilateral;
- a aura é acompanhada por cefaleia, ou seguida desta em 60 minutos.

Por fim, deve considerar-se este tipo depois de excluída a possibilidade de acidente isquémico transitório⁴.

1.3.2.1. Enxaqueca com aura típica

Nestas situações, a aura apenas consiste em sintomas visuais e/ou sensitivos, e/ou da fala/linguagem, caracterizando-se por um desenvolvimento gradual, sendo que a duração de cada sintoma não é superior a uma hora, e por serem completamente reversíveis. As enxaquecas com aura típica não têm aura de fraqueza motora, do tronco cerebral ou retiniana.

Esta pode ser subdividida em:

- Aura típica com cefaleia: a aura é acompanhada ou seguida por uma cefaleia com ou sem características de enxaqueca
- Aura típica sem cefaleia: a aura não é acompanhada nem seguida por cefaleia.

Em alguns doentes, uma aura típica é sempre seguida por enxaqueca ou cefaleia menos distinta, enquanto que noutros casos verifica-se a ausência de cefaleia mas o diagnóstico de aura é preciso. Estes sintomas devem ser distintos de outros indicadores de doenças graves, como o acidente isquémico transitório.

1.3.2.2. Enxaqueca com aura do tronco cerebral

Este subtipo de enxaqueca com aura é considerado quando a aura é claramente originária do tronco cerebral, e não por fraqueza motora, e verifica-se pelo menos um dos sintomas:

- disartria (dificuldade em articular palavras)
- vertigem
- zumbido
- hipoacusia (perda de audição)
- diplopia (visão dupla)
- ataxia (perda de coordenação de movimentos musculares)
- diminuição do nível de consciência

1.3.2.3. Enxaqueca hemiplégica

O termo “plégico” significa paralisia, no entanto, na maioria dos casos, esta enxaqueca é caracterizada por fraqueza muscular.

A enxaqueca hemiplégica pode subdividir-se em enxaqueca hemiplégica familiar (FHM), ou seja, enxaqueca com aura incluindo fraqueza muscular, em que pelo menos um familiar em primeiro ou segundo grau sofre da mesma doença. Novos dados genéticos permitem uma definição mais precisa, em:

- Enxaqueca hemiplégica familiar tipo 1 (FHM 1): foi demonstrada uma mutação no gene CACNA1A;
- Enxaqueca hemiplégica familiar tipo 2 (FHM 2): foi demonstrada uma mutação no gene ATP1A2;
- Enxaqueca hemiplégica familiar tipo 3 (FHM 3): foi demonstrada uma mutação no gene SCN1A;
- Enxaqueca hemiplégica familiar, outros loci: os testes genéticos não demonstraram mutação nos genes CACNA1A, ATP1A2 ou SCN1A.

Caso se verifique que nenhum familiar padece desta patologia, esta enxaqueca com aura que inclui fraqueza motora designa-se por enxaqueca hemiplégica esporádica⁴.

1.3.2.4. Enxaqueca retiniana

Esta está associada a episódios repetidos de perturbação visual monocular que incluem cintilações, escotomas ou amaurose. Estes episódios devem ser confirmados com um

exame clínico dos campos visuais e/ou um desenho feito pelo doente de um defeito monocular do campo visual⁴.

1.3.3. Enxaqueca crónica

Uma cefaleia que ocorre em 15 ou mais dias por mês, durante mais de três meses, e que tem característica de enxaqueca em pelo menos 8 dias, é considerada enxaqueca crónica. Neste contexto, houve necessidade de distinguir a enxaqueca crónica da episódica uma vez que é impossível distinguir episódios individuais em doentes que tem cefaleias muito frequentemente.

A causa mais comum deste tipo de enxaquecas é apontada ao abuso de medicamentos. A cefaleia por abuso de medicamentos surge nos doentes com história prévia de cefaleias primárias, geralmente enxaqueca ou cefaleia tipo tensão, que tomam frequentemente ou excessivamente medicação para o alívio da dor causada. Ou seja, gera-se um ciclo vicioso entre a cefaleia e o analgésico que resulta numa progressiva tolerância ao fármaco e conseqüente aumento da dose e da frequência de administração. Desde que utilizados de forma excessiva e continuada, todos os medicamentos utilizados no tratamento são capazes de provocar este efeito. Os analgésicos centrais morfomiméticos são os que originam mais abuso medicamentoso, seguindo-se as misturas que contêm barbitúricos ou benzodiazepinas, a ergotamina e associações, os analgésicos compostos que contêm cafeína e simpaticomiméticos, os triptanos, os analgésicos simples, AINES de curta duração de ação, e finalmente, os AINES de longa duração de ação^{16,19}.

1.3.4. Complicações da enxaqueca

Para além de todos os tipos de enxaqueca referidos anteriormente, esta pode ter várias complicações, entre elas:

- Estado de mal enxaqueca: episódio de enxaqueca severa, associado a dor e sintomas debilitante, com duração superior a 72 horas, que não responde à terapêutica;
- Aura persistente sem enfarte: sintomas de aura que persistem por uma ou mais semanas, sem evidência de enfarte cerebral.
- Enfarte cerebral: sintomas de aura associados a uma lesão cerebral isquémica;
- Crise epilética: crise provocada por um episódio de enxaqueca com aura, sendo que ocorre uma convulsão durante ou após o episódio de enxaqueca (migralepsia).

1.3.5. Enxaqueca provável

Quando os episódios são semelhantes a enxaqueca mas falta uma característica para cumprir todos os critérios de um subtipo de enxaqueca e não cumpre os critérios de outro tipo de cefaleia, considera-se uma enxaqueca provável. De igual forma, estas subdividem-se em provável enxaqueca sem aura e provável enxaqueca sem aura.

Assim sendo, estas devem ser registadas como enxaquecas pois, apesar de não atingirem todas as características para o diagnóstico, habitualmente respondem aos tratamentos específicos da enxaqueca.

1.3.6. Síndromes episódicas que podem estar associadas a enxaqueca

Associados a esta patologia, principalmente as crianças, mas também adultos, podem vir a sofrer de síndromes adicionais como:

- Perturbação gastrointestinal recorrente: episódios recorrentes de dor abdominal, desconforto, náuseas, vômitos;
- Vertigem paroxística benigna: perturbação que descreve episódios breves e recorrentes de vertigem, que aparecem espontaneamente em crianças saudáveis, com sintomas de nistagmo (oscilações repetidas e involuntárias rítmicas de um ou ambos os olhos²⁰), ataxia, vômitos, palidez ou medo;
- Torcicolo paroxístico benigno: ocorre em lactente e crianças até um ano a inclinação da cabeça para um lado, com eventual rotação, e com sintomas de palidez, irritabilidade, mal-estar, vômitos ou ataxia.

1.4. Etiologia

1.4.1. Principais fatores de risco

A enxaqueca é uma doença multifatorial, e podem-se distinguir:

- Fatores genéticos:

A descoberta de risco aumentado para familiares de doente com enxaqueca sugere que podem estar implicados fatores genéticos nas várias formas da doença, existindo um risco substancial entre parentes em primeiro grau.

O sexo também é um fator de risco, pois as mulheres são mais afetadas pela patologia. Descobriu-se que a sua transmissão para filhos é feita em maior proporção pela mãe do que pelo pai, e isto deve-se à transmissão do DNA mitocondrial materno e genes que afetam mecanismos mitocondriais, influenciando a suscetibilidade para a enxaqueca²¹ (Anexo VII).

- Fatores hormonais:

Assim como a idade, as hormonas femininas são fatores importantes a ter em conta, sendo que a prevalência de enxaqueca em mulheres em idade fértil é maior. As hormonas femininas têm um papel importante na fisiopatologia da enxaqueca, o que ajuda a explicar a diferença da incidência da doença entre sexos. De facto, apesar de variar de mulher para mulher, esta patologia está geralmente relacionada com a menarca, a menstruação, a gravidez, a menopausa, o uso de contraceptivos orais ou a terapia de reposição hormonal. Assim, esta patologia parece estar associada ao declínio súbito dos níveis de estrogénios que ocorre imediatamente antes da menstruação, durante a transição para a menopausa ou pós-menopausa, assim como com as alterações que se verificam com a terapêutica feita com hormonas exógenas²².

- Fatores ambientais:

Fatores ambientais como o tabaco, a poluição, variações climatéricas, barulho, luz ou odores fortes, ou produtos químicos, também podem estar na origem das enxaquecas²³. A saúde pública tem também um papel importante nesta matéria, uma vez que se verificou um aumento da prevalência da doença em casos de saúde e recursos debilitados²⁴.

- Fatores sociais e psicológicos:

Estados de ansiedade, stress prolongado e frequente, irritação, medo, desordens psicológicas ou psiquiátricas como a depressão, ou irregularidades nos padrões do sono (falta ou excesso de sono) são propiciadores do desenvolvimento de enxaquecas⁴.

- Fatores alimentares:

Alguns indivíduos apresentam enxaqueca desencadeada por alimentos. Esta pode ocorrer até 48 horas depois de ingerir o alimento ou a bebida causadora e estas substâncias incluem: a cafeína (café, chá, chocolate), glutamato monossódico (temperos), nitrato (carnes processadas), tiramina (queijo), álcool (vinho), entre outros. A desidratação e o jejum (saltar refeições, horários irregulares de alimentação) podem também desencadear crises de enxaqueca.

Adicionalmente, podem existir outros fatores menos comuns que estão na origem da doença, tal como a obesidade, o uso de vasodilatadores ou lesões na espinal medula, por exemplo²⁵.

É importante salientar que todos estes fatores de risco podem não ser a causa da enxaqueca, provocando crises apenas em indivíduos suscetíveis.

1.4.2. Bases biológicas da enxaqueca

As teorias mais antigas dizem que a enxaqueca tem uma origem vascular ou uma origem neurogénica²⁶.

A teoria vascular baseia-se na hipótese de uma isquemia focal ser a causa da aura devido à hipoperfusão secundária à vasoconstricção do vaso sanguíneo responsável pela irrigação da área cortical correspondente ao sintoma da aura (visual, sensitiva ou motora). A dor é explicada pela vasodilatação reativa, através da estimulação das fibras perivasculares sensíveis à dor, justificando o facto da enxaqueca se apresentar de forma pulsátil, da dor ser desencadeada por substâncias vasoativas e dos vasoconstritores, como a ergotamina, serem atenuantes da dor. No entanto, esta teoria assenta no contexto de uma enervação somatossensorial densa das veias intracranianas, pelo que só assim se explica o facto do péptido intestinal vasoativo, um vasodilatador intracraniano, não desencadear enxaquecas, ou o facto de fármacos não vasoconstritores, como o ácido acetilsalicílico, poderem cessar crises¹⁸.

A teoria neurogénica baseia-se no fenómeno chamado depressão cortical alastrante (DCA), descrita por Aristides Leão em 1940, e que sugere que as alterações no débito sanguíneo são consequência de eventos neuronais. Durante a crise, há uma breve fase de hiperperfusão que corresponde à DCA. Esta define-se como uma onda de despolarização neuronal e glial, de curta duração (cerca de 1 a 2 minutos), que se propaga através de áreas contíguas do córtex cerebral, acompanhada por um fluxo de iões Ca^{2+} , Na^+ e K^+ e posterior inibição de longa duração da atividade neuronal espontânea. Esta teoria evidencia a relação entre a aura e a DCA, pois os sintomas de aura têm um mecanismo de propagação comparável à DCA. Outra evidência foi a semelhança demonstrada entre as alterações no fluxo sanguíneo cerebral durante a aura, e as mesmas alterações em animais durante a DCA, estudadas através de neuro-imagem funcional³⁰.

Atualmente, acredita-se que a enxaqueca tem origem neurovascular, pois a cefaleia não é apenas consequência da vasodilatação que causa dor, mas é também devida à ativação do sistema trigémeo-vascular (STV). Este sistema é constituído pelos vasos sanguíneos meníngeos e corticais superficiais que são enervados por fibras nervosas sensitivas, com origem na divisão oftálmica do trigémeo, em conjunto com o núcleo do nervo trigémeo. Quanto ao mecanismo, verifica-se que durante a crise são libertados neuropéptidos vasoativos (substância P, CGRP e neuroquinina A) pelas fibras sensitivas que provocam uma resposta inflamatória na dura-máter, sensibilizando as fibras nervosas a estímulos anteriormente inócuos. A sensibilização periférica dos neurónios trigémeo-vasculares medeia a dor pulsátil e o seu agravamento pela inclinação anterior da cabeça, enquanto que a sensibilização central

medeia a hipersensibilidade do couro-cabeludo e pele peri-orbitária (alodínia cutânea). A ativação de STV ocorre secundariamente a um fator que origina a crise de enxaqueca, não sendo ainda claro o que será. Estruturas do tronco, do córtex ou uma disfunção neuroquímica podem ser a base da gênese da enxaqueca, sendo que o cérebro das pessoas com enxaqueca é mais hiperexcitável, devido a fatores genéticos ou a fatores externos^{18,30,31}.

Outra teoria defendida sugere que a dor sentida se deve ao extravasamento de proteínas plasmáticas na dura-máter com inflamação neurogênica consequente. O extravasamento das proteínas plasmáticas é induzido pela estimulação elétrica dos gânglios trigeminais, mas pode ser bloqueado por substâncias ativas utilizadas nas crises agudas, como o sumatriptano.

Os principais neurotransmissores envolvidos nestes processos biológicos são:

- a serotonina ou 5-hidroxitriptamina (5-HT) - a partir da 5-HT foram desenvolvidos os fármacos da família dos triptanos, com o objetivo de estimular os seus recetores de serotonina, sendo que estes têm a capacidade de estimular os recetores 5-HT_{1B/1D}, localizados nos vasos sanguíneos e nas terminações nervosas. Durante as crises de enxaqueca, verificou-se que a excreção urinária de 5-HIAA (ácido 5-hidroxi-indolacético), metabolito da 5-HT, se encontra aumentada; durante uma crise de enxaqueca sem aura observa-se igualmente uma libertação de 5-HT; e entre crises, com ou sem aura, os doentes apresentam níveis plasmáticos baixos de 5-HT e elevados de 5-HIAA, provavelmente porque têm um metabolismo sistémico aumentado. Para além de uma libertação de 5-HT, também se verifica a diminuição da atividade das enzimas envolvidas no seu metabolismo, de forma a que os níveis de 5-HT se normalizem. Desta forma, a enxaqueca ocorre em doentes com níveis de serotonina farmacologicamente ativa baixos, e o aumento de 5-HT durante as crises pode ser considerado um mecanismo de autodefesa.

- a dopamina - neurotransmissor que induz a maior parte dos sintomas da enxaqueca e responsável por comportamentos como hiperatividade, bocejar, náuseas e vômitos, irritabilidade, gastroparesia, observados durante a crise de enxaqueca.

A intervenção de outros neurotransmissores como a noradrenalina e o óxido nítrico (NO), foi também confirmada em vários estudos, nomeadamente onde se observou a sensibilidade dos doentes com enxaqueca a sistemas doadores de NO e a eficácia clínica dos inibidores da sintase do NO³⁰.

Posto isto, a enxaqueca é considerada uma doença neurovascular, cujas alterações vasculares são secundárias à ativação neuronal. Atualmente considera-se que a sua causa é uma disfunção primária cerebral e não uma perturbação dos vasos sanguíneos, pelo que não se deve considerar uma cefaleia vascular^{18, 26, 27}.

1.5. Clínica

O início da crise varia de pessoa para pessoa, podendo ocorrer durante o dia ou durante a noite com uma frequência bastante variável. A descrição convencional consiste numa sequência de acontecimentos descritos habitualmente em quatro fases:

1. Pródromos

Alguns indivíduos com enxaqueca conseguem identificar sintomas vagos e mal definidos que precedem horas ou dias a cefaleia. Estes sintomas premonitórios podem incluir sintomas neurológicos (bocejo, visão enevoada, tonturas), alterações de humor ou comportamento (apatia, ansiedade, lentidão, excitação, depressão), fadiga, palidez, náuseas, rigidez cervical, entre outros.

2. Aura

Esta disfunção neurológica transitória desenvolve-se entre 5 a 60 minutos antes da cefaleia, sendo que a mais comum é a aura visual (alucinações, flashes, pontos, estrelas, setas luminosas). Em Portugal, é mais prevalente a enxaqueca sem aura.

3. Cefaleia

A cefaleia é intensa e descrita como pulsátil e unilateral, no entanto, esta última pode faltar em um terço das pessoas. Todas as regiões da cabeça podem ser atingidas, sendo as mais habituais a fronto-temporal ou a para-ocular, sendo que a dor é aliviada pelo sono e repouso e aumentada pelo esforço físicos ou movimentos da cabeça.

4. Resolução/Pós-dromos

A dor é reduzida lentamente em horas, mas não são claros os mecanismos que levam à sua resolução. Em muitos casos, principalmente em crianças, a dor só cessa com o sono ou é aliviada com vômitos. Nesta fase já é possível o esforço físico, já não sentem dor mas mantêm-se as queixas cognitivas, podendo manter-se a fadiga e fraqueza; noutros casos verifica-se euforia e sensação de rejuvenescimento^{18, 27}.

1.6. Diagnóstico

Uma boa ferramenta de triagem para o diagnóstico de doenças é essencial para identificar e tratar a patologia. No entanto, a identificação e diagnóstico da enxaqueca pode ser uma tarefa difícil uma vez que não existem testes laboratoriais ou marcadores que confirmem o problema. O trabalho médico torna-se, por isso, mais difícil, dada a ausência de biomarcadores e a natureza da doença, o que resulta num diagnóstico baseado na anamnese (entrevista)²⁶. A chave do diagnóstico é, portanto, a história clínica.

Inicialmente, o médico deve procurar sinais de alerta que sugiram que se trata de uma cefaleia secundária, questionando acerca do perfil temporal, cronicidade, intensidade, condições, de forma a despistar a enxaqueca. Adicionalmente, pode ser feito um exame neurológico, que consiste num conjunto de testes feitos no consultório com o auxílio de alguns instrumentos simples, em que o médico testa as funções do cérebro, cerebelo, tronco cerebral, plexos e nervos, complementando com os dados da anamnese. Se existirem sintomas clínicos com suspeita de situação estrutural, o doente deve ser observado por um neurologista, que recorre a exames de neuroimagem, por exemplo. Desta forma, podem ser solicitados exames complementares para excluir outras doenças, que incluem tomografia computadorizada ou imagem por ressonância magnética nuclear^{17,18,28}.

Em Portugal, foi utilizada uma versão portuguesa de ID-Migraine™ (Rastreamento de Identificação de Enxaquecas). Este método consiste num questionário que aborda aspetos como as limitações das atividades habituais, náuseas e fotofobia, que é auto-aplicado e apresenta valores de especificidade e sensibilidade altos e é de fácil e rápida aplicação²⁹.

Como já foi referido, a *International Headache Society* publicou a *International Classification of Headache*, mais tarde traduzido em Portugal, onde é possível fazer o diagnóstico do tipo e subtipo de enxaqueca, atendendo aos critérios mencionados⁴.

1.7. Tratamento

Apesar de não existir cura para a enxaqueca, existe tratamento que pode classificar-se em não farmacológico e farmacológico (sintomático ou profilático). O objetivo principal do tratamento é eliminar a dor e sintomas associados, diminuir a frequência das crises e melhorar a qualidade de vida do doente¹⁸. Para ajudar a definir uma estratégia de tratamento, os doentes devem registar a data das crises e todos os fatores associados para mais tarde apresentarem ao médico¹⁷.

1.7.1. Tratamento não farmacológico

Muitos doentes preferem este tipo de tratamento à administração de medicamentos. As medidas não farmacológicas incluem técnicas específicas de relaxamento, psicoterapia, acupunctura e técnicas cognitivo-comportamentais. Neste tratamento em especial, é importante o registo/calendário de todas as crises e respetivos fatores precipitantes, para que possam ser evitados ou para que se identifiquem os comportamentos a modificar¹⁸ (Anexo 8).

Os comportamentos mais habituais passam por ficar no escuro e em silêncio, evitar odores causadores da dor, controlar o stress ou fazer refeições regulares.

1.7.2. Tratamento farmacológico

Quando as crises são isoladas ou acontecem com pouca frequência, é feito unicamente um tratamento sintomático. Caso estas ocorram com muita frequência, deve associar-se um tratamento profilático (Figura 2).

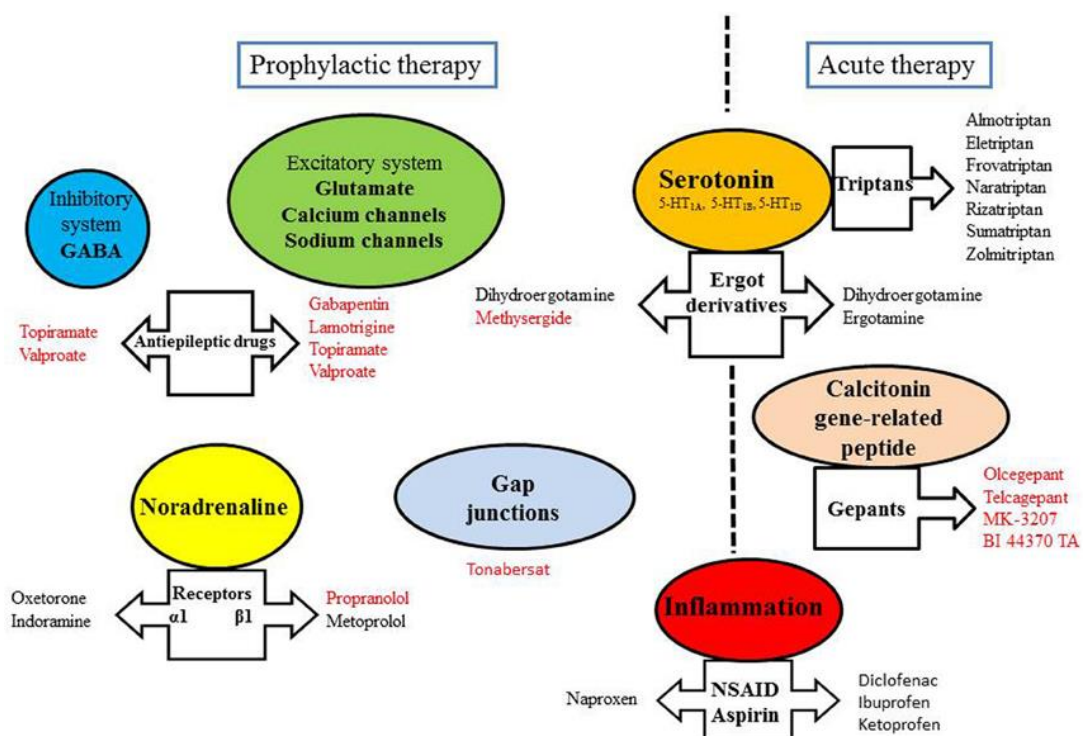


Figura 2: Fármacos utilizados no tratamento agudo e na profilaxia da enxaqueca e respetivos mecanismos. Fonte: Frontiers in Physiology³⁰

1.7.2.1. Tratamento sintomático

A escolha do tratamento depende do tipo, frequência e intensidade da dor, dos sintomas associados, da idade, do perfil de resposta do doente e das patologias concomitantes que o doente apresenta. O tratamento deve ser feito o mais precocemente possível, pois é quando ele é mais eficaz.

Quando as crises são leves a moderadas, podem ser tratadas com fármacos não específicos (Tabela 4). Os mais habituais são o paracetamol, o ácido acetilsalicílico, o acetilsalicilato de lisina e os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) como ibuprofeno, diclofenac, cetoprofeno, indometacina e naproxeno. Os AINEs inibem a inflamação neurogénica (inibem as ciclooxigenases, prevenindo a síntese de mediadores químicos como prostaglandinas) e provocam um efeito analgésico, constituindo assim a principal forma de terapêutica sem prescrição médica. Como tratamento não específico e na presença de vômitos, podem também ser administrados antieméticos (metoclopramida e domperidona). Estão também disponíveis alguns medicamentos com combinação de opióides e analgésicos, não entanto não devem ser administrados com frequência³¹.

No caso das crises mais graves são usados fármaco mais específicos.

Tabela 4: Terapêutica sintomática, não específica. Fonte: Sociedade Portuguesa de Cefaleias¹⁵

Analgésicos	Antieméticos
ácido acetilsalicílico 900-1000mg (só adultos) <i>ou</i> ibuprofeno 400-800mg <i>ou</i> diclofenac 50-100mg <i>ou</i> cetoprofeno 100mg <i>ou</i> naproxeno 500-1000mg <i>ou</i> (caso os anteriores sejam contra-indicados) paracetamol 1000mg	domperidona 20mg <i>ou</i> metoclopramida 10mg

Ergotamínicos

Até à década de 90, os medicamentos com ergotamina foram considerados os fármacos de eleição no alívio das crises fortes de enxaqueca.

A utilização inicial dos derivados ergotamínicos resultou exclusivamente da sua ação vasoconstritora craniana, uma vez que se excluía a hipótese de uma ação central pela sua fraca penetração no Sistema Nervoso Central (SNC). Estes atuam, não seletivamente, em recetores de noradrenalina, dopamina e serotonina, nomeadamente, diminuindo a atividade de serotonina e conseqüente diminuição de de 5-hidroxitriptamina.

No entanto, verificaram-se vários efeitos adversos potencialmente graves como náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, câibras, parestesias e aperto no peito. Além disso, os doentes que tomam estes fármacos mais de uma vez por semana correm o risco de desenvolver uma cefaleia dependente da ergotamina. Estes fármacos devem ser administrados nas 24 horas antes ou depois do uso de triptanos pois podem provocar

vasoconstrição, que pode originar isquemia. Os derivados ergotamínicos não são considerados uma boa opção de tratamento e só existe em associação com outros fármacos^{18,26,27,30}.

Triptanos

Este grupo de fármacos surgiu na década de 90 e foram submetidos a ensaios clínicos rigorosos, bem desenhados e conduzidos, tornando-se dos fármacos mais bem estudados e com perfil eficácia-tolerabilidade mais favorável³⁶. Em comparação com os derivados ergotamínicos, apresentam a vantagem de terem farmacocinética simples e consistente, eficácia bem estabelecida, perfil farmacológico seletivo, efeitos laterais moderados, instruções de prescrição e registo de segurança bem estabelecidos¹⁵. O seu mecanismo de ação baseia-se no papel da serotonina e constituiu um grande avanço no tratamento de enxaquecas. Os triptanos são agonistas parciais dos recetores 5-HT_{1B/1D} a nível central e periférico, e têm efeito vasoconstritor através da modulação da libertação do péptido relacionado com o gene da calcitonina de (CGRP)³⁷. Para além dos mecanismos de ação periféricos que envolvem a vasoconstrição craniana e a inibição neuronal, existe também um mecanismo central que inclui a inibição da transmissão central entre os neurónios de primeira ordem e os de neurónios de segunda ordem do complexo trigeminocervical¹⁸ (Figura 2).

Os vários fármacos triptanos diferem entre si na eficácia, no início da ação, frequência e risco de recorrência da crise. Para a sua administração estão disponíveis em várias formulações, entre elas, oral, orodispersível (dispersíveis na cavidade bucal, de fácil administração), subcutânea (útil para doentes com vômitos, atua em minutos, origina resposta terapêutica na grande parte dos casos, mas provoca mais efeitos adversos), intranasal e retal (não comercializada em Portugal). Por outro lado, os triptanos têm um custo elevado e provocam efeitos adversos como sensação de tontura, rubor, parestesias, sensação de fraqueza e outros. Adicionalmente, podem causar dependência e estão contraindicados em gravidez, hipertensão arterial e doença vascular (coronária, cerebral ou periférica)^{26,27,30}.

Os agonistas 5-HT₁ podem ser divididos em seletivos e não seletivos. Todos os triptanos (sumatriptano, zolmitriptano, naratriptano, rizatriptano, eletriptano, almotriptano e fravotriptano) são seletivos por natureza. Os não seletivos incluem a ergotamina e a dihidroergotamina (DHE), que se ligam também a receptores dopaminérgicos, o que pode explicar as náuseas que costumam provocar. O sumatriptano tem alta afinidade para recetores humanos do tipo 5-HT_{1B}, 5-HT_{1D}, 5-HT_{1F} e, por um lado, causa vasoconstrição de vasos cranianos dilatados, mas por outro inibe a libertação de neuropéptidos vasoativos pelos neurónios sensoriais trigeminais, prevenindo a inflamação neurogénica.

Vários estudos indicam que os triptanos com rápido início de ação e elevada potência são o sumatriptano, o zolmitriptano e o rizatriptano. Os triptanos com rápido início de ação

e elevada potência são o almotriptano e o eletriptano. Finalmente, os triptanos com lento início de ação e baixa potência são o naratriptano e o flovatriptano Tabela 5)^{13,15,34,35,36}.

De acordo com o Resumo das Características do Medicamento, os efeitos adversos mais frequentes dos triptanos são náuseas, boca seca, astenia muscular, mialgia, fadiga, tonturas, sonolência, dormência, parestesias, sensação de calor na cabeça, pescoço, peito e membros; e os menos frequentes são afrontamentos, taquicardia, palpitações, dor, rigidez, aperto, peso ou pressão no pescoço e peito^{38,39,40}. Desta forma, para além da sua eficácia, torna-se importante prever e considerar estes potenciais efeitos adversos, a fim de tomar a melhor decisão terapêutica para o doente⁴¹.

Tabela 5: Terapêutica sintomática, específica. Fonte: Sociedade Portuguesa de Cefaleias¹⁵

Fármacos, formulações e doses para o tratamento específico de enxaquecas, aplicáveis no segundo patamar	
almotriptano	comprimidos 12,5mg
eletriptano	comprimidos 20mg e 40 mg (80mg poderão ser eficazes quando 40mg não forem suficientes). Em Portugal só existe a formulação de 40mg
frovatriptano	comprimidos 2,5mg
naratriptano	comprimidos 2,5mg
rizatriptano	comprimidos 10mg (e 5mg, unicamente com a toma simultânea de propranolol); pastilhas oro-dispersíveis 10mg. Em Portugal só existem comprimidos a 10mg
sumatriptano	comprimidos normais e de dissolução rápida 50mg e 100mg; supositórios 25mg (não existem em Portugal); pulverizador nasal 10mg (autorizado para adolescentes) e 20mg; injeção subcutânea 6mg
zolmitriptano	comprimidos 2,5mg e 5mg; comprimidos oro-dispersíveis 2,5mg e 5 mg; pulverizador nasal 5mg
ergotamina (tartarato)	comprimidos 1mg e 2 mg; supositórios 2mg (não existe esta apresentação em Portugal)

Tratamento Profilático

Quando as crises ocorrem mais de duas vezes por mês, quando estas são de intensidade forte interferindo na qualidade de vida do doente, e quando o tratamento sintomático é ineficaz ou é contraindicado ou noutros casos especiais, torna-se importante preveni-las, administrando um agente profilático. Esta medicação é habitualmente mantida de forma contínua durante alguns meses.

Os fármacos utilizados para isto têm, muitas vezes, utilização *off-label*, e apresentam vários mecanismos de ação. Os agentes que apresentam maior eficácia e menos efeitos adversos são (Tabela 6):

- Beta-bloqueadores: o propranolol e metoprolol são os mais usados mas estão contraindicados em asmáticos, diabéticos tipo 1, doentes com insuficiência cardíaca ou isquemia periférica.

- Antidepressivos tricíclicos: amitriptilina é o mais usado, sendo eficaz em doses baixas, prevenindo a libertação de neurotransmissores através da intervenção em canais de cálcio.

- Antiepiléticos: valproato de sódio e topiramato (agonistas do recetor GABA-A) e gabapentina e lamotrigina (previne especificamente enxaqueca com aura)^{15,18,26,27,30} (Figura 2).

Os AINEs como o naproxeno e o ácido mefenâmico são usados para prevenção de enxaquecas relacionadas com a menstruação. Nestas situações também podem administra-se estrogénios.

Tabela 6: Terapêutica profilática. Fonte: Sociedade Portuguesa de Cefaleias¹⁵

Fármacos profiláticos com comprovada eficácia (a disponibilidade e a homologação variam de país para país; o uso de fármacos não autorizados é de responsabilidade clínica individual)	
bloqueadores beta-adrenérgicos sem agonismo parcial	atenolol 25-100mg 2x/dia <i>ou</i> bisoprolol 5-10mg 1x/dia <i>ou</i> metoprolol 50-100mg 2x/dia <i>ou</i> propranolol LA 80mg 1x/dia -160mg 2x/dia
topiramato	25mg od-50mg 2x/dia
flunarizina	5-10mg 1x/dia
valproato de sódio	600-1500mg diariamente
amitriptilina	10-100mg à noite

Regra geral, os portugueses não costumam recorrer aos analgésicos centrais para tratamento sintomático das enxaquecas. Os derivados ergotamínicos e medicamentos compostos de venda livre que contêm codeína são os mais problemáticos e com os quais se deve ter precaução.

Outra consideração a ter em conta é a recorrência das enxaquecas que se mostram intratáveis. Fatores como a idade, sexo, diagnóstico e tratamento devem ser tidos em conta para aumentar a eficácia do tratamento e reduzir o risco de recorrência⁴².

2. Justificação do Tema da Investigação e Objetivos

A enxaqueca é uma patologia cada vez mais recorrente na sociedade atual, precipitada pelo stress e cansaço psicológico na população adulta, principalmente. Atualmente, nas situações mais graves, este distúrbio interfere na qualidade de vida do indivíduo e, conseqüentemente, tem impacto económico relevante no país¹⁰.

Assim, cada vez mais as pessoas têm a necessidade de recorrer ao médico de família ou médico neurologista devido a esta condição e, conseqüentemente, aumenta a necessidade da utilização de fármacos anti-enxaqueca. No entanto, é extremamente importante a individualização do tratamento, melhorar a compliance, reduzir os efeitos adversos e possíveis interações medicamentosas e prevenir o abuso destes medicamentos.

Desta forma, devido à indefinição deste tipo de patologia e aos potenciais riscos com o uso de fármacos para a tratar, bem como à existência de poucos estudos neste âmbito, este trabalho pretende avaliar o perfil de utilização dos medicamentos anti-enxaqueca numa população portuguesa, assim como os seus efeitos adversos e interações medicamentosas. Para se conseguir este estudo, aplicou-se um questionário à população maior de 18 anos, em algumas farmácias comunitárias da região centro do país.

Os principais objetivos deste trabalho focam-se nos seguintes pontos específicos:

- Analisar o nível de conhecimento da população acerca das enxaquecas;
- Inferir acerca da prevalência de enxaquecas na região centro;
- Analisar os dados das pessoas que têm ou referem ter enxaquecas;
- Verificar quais os sintomas mais prevalentes durante a crise e motivos que a originaram;
- Verificar quais os fármacos mais utilizados e eficácia dos mesmos;
- Inferir acerca da prevalência de efeitos adversos e verificar possíveis interações medicamentosas.

3. Material e Métodos

3.1. Tipo de estudo e critérios de seleção da amostra

O trabalho baseou-se num estudo observacional, descritivo e transversal, em farmácias comunitárias da região centro do país, abrangendo os distritos de Viseu, Guarda, Castelo Branco e Coimbra.

Para isso, foram abordados utentes ou familiares com mais de 18 anos entre o mês de maio e julho de 2015. Os indivíduos foram solicitados a preencher um inquérito (Anexo 9) que foi previamente validado por 5 pessoas sem conhecimentos na área de saúde e por 6

profissionais de saúde (Anexo 10). Em cada uma da farmácia foi entregue uma autorização para que se pudesse distribuir estes inquéritos no local, a qual foi datada e assinada pelo respetivo diretor-técnico (Anexo 11).

O inquérito encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte refere-se ao nível de conhecimento da doença (destinada a todos os indivíduos); a segunda parte refere-se à doença propriamente dita (destinada aos indivíduos que referem ter enxaqueca). Os inquiridos foram informados de que se tratava de um inquérito anónimo, destinado à recolha de dados para tratamento estatístico, no âmbito da componente de investigação do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior.

Após consentimento verbal, os indivíduos preencheram o inquérito, pelo qual foi possível recolher dados como a idade e sexo e a sua opinião em relação ao significado de enxaquecas, numa primeira parte. A segunda parte apenas foi preenchida por aqueles que mencionaram sofrer da doença, referindo a frequência das crises, as características da dor (localização, intensidade, duração e tipo) e os sintomas e motivos associados às crises. Relativamente à utilização dos fármacos, foram registados quais os medicamentos utilizados no alívio da dor, assim como as razões que levaram à sua toma, a frequência, adesão e eficácia da sua utilização. Os utentes foram ainda questionados acerca da existência de efeitos secundários e referiram outros fármacos administrados frequentemente.

Atualmente, não estão ainda definidos valores para a prevalência de enxaquecas na região centro no país. No entanto, vários estudos apontam para uma prevalência de cerca de 15% em Portugal^{12,18}. A partir desta estimativa calculou-se o tamanho da amostra a considerar, sendo que o número de indivíduos com enxaqueca em Portugal definiu-se como p , a população como P e o número de indivíduos que fazem parte da amostra como N , ou seja:

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

Considerando um Intervalo de Confiança de 95% ($z=1,96$), tem-se que:

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

Sendo $z = 1,96$, $p \approx 0,15$ e $E \approx 0,05$, resolve-se a seguinte equação em ordem a N :

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

Assim, obtém-se $N \geq 196$ e conclui-se que é necessária uma amostra igual ou superior a 196 indivíduos que refiram ter enxaqueca, para que os resultados sejam significativos estatisticamente, com um intervalo de confiança de 95%.

Uma vez que os inquéritos são destinados a pessoas com e sem a doença, assumindo $p=0,15$ e $N=196$, obtém-se o valor de P :

$$p = \frac{N}{P}$$

Ou seja, $P=1307$. Assim, é necessário inquirir 1307 indivíduos para calcular a prevalência da doença corretamente. Por questões práticas, não foi possível alcançar este número de inquiridos, totalizando apenas 518 indivíduos, o que influencia o correto valor da prevalência.

3.2. Análise dos dados

O tratamento estatístico descritivo foi efetuado com recurso ao *software* SPSS®. Este programa permitiu a análise estatística dos dados recolhidos através dos inquéritos, analisando as várias questões individualmente ou associando-as consoante o objetivo pretendido. Assim, foi possível descrever, associar e comparar variáveis para conclusões posteriores.

Nesta análise estatística foram usadas variáveis qualitativas, tabelas de distribuição de frequências (com contagens e percentagens) e gráficos elucidativos.

4. Resultados

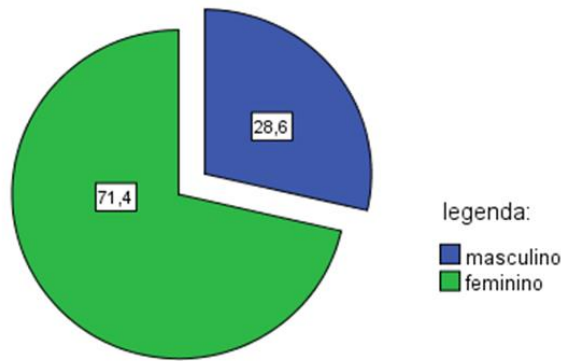
Os resultados obtidos após a recolha dos dados dos inquéritos, são apresentados nesta secção. Estes resultados dizem respeito a todos os utentes que responderam ao inquérito, com e sem enxaqueca. Posteriormente, relacionando variáveis, são analisados os dados apenas daqueles que responderam sofrer de enxaqueca.

Apesar de alguma falta de disponibilidade dos utentes ou dos profissionais de saúde, todas as farmácias abordadas entregaram inquéritos devidamente preenchidos. No total, foram 7 farmácias que colaboraram neste estudo, das quais 3 pertencem ao distrito de Viseu, 2 pertencem ao distrito da Guarda, 1 ao distrito de Coimbra e 1 ao distrito de Castelo Branco.

Os inquéritos foram distribuídos de forma aproximadamente proporcional, totalizando 518 inquéritos válidos, o que fica aquém dos 1307 inquéritos calculados. No entanto, o total de indivíduos que refere ter enxaqueca é 254, um valor acima do número mínimo de dimensão da amostra considerada ($N \geq 196$).

Análise Estatística Descritiva

Dos 518 indivíduos que responderam ao inquérito, verificou-se que 148 eram homens e 370 mulheres, o que corresponde a 28,6% de homens e a 71,4% de mulheres (Figura 3).



sexo dos inquiridos

Figura 3: Distribuição dos inquiridos relativamente ao sexo

Os utentes tinham idades entre os 18 e os 83 anos, sendo que a maioria dos inquiridos tem entre 18 e 35 anos (40,2%), seguindo-se a faixa etária entre os 36 e os 50 anos (29%), depois os indivíduos com idades compreendidas entre os 51 e os 65 anos (23,6%), uma pequena parte com idades entre 66 e 80 anos (6,9%), e por fim, inquiridos com mais de 80 anos (0,4%) (Figura 4).

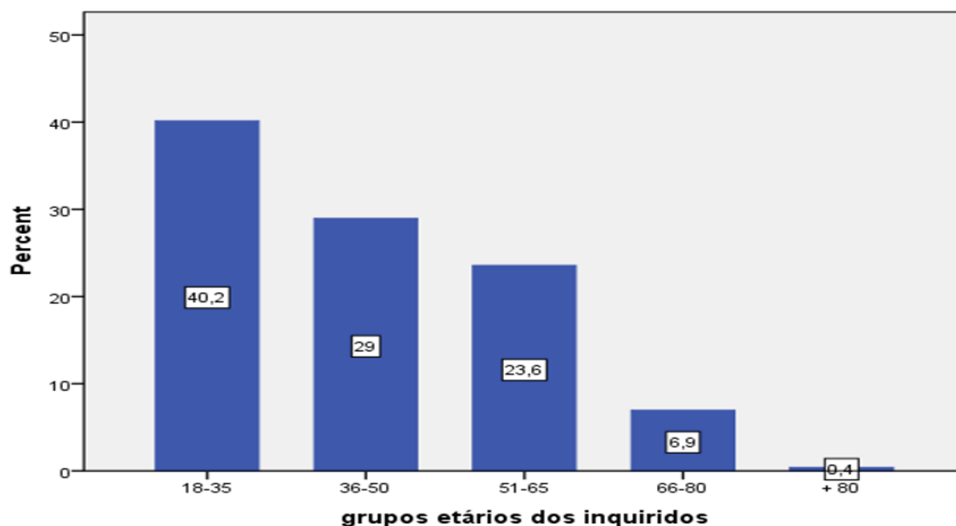


Figura 4: Distribuição dos inquiridos de acordo com a faixa etária.

De acordo com a figura 5 e, mais detalhadamente exposto na tabela 7, verifica-se que nas cinco as faixas etárias definidas há maior percentagem de mulheres do que de homens, com a exceção da faixa etária 66-80.

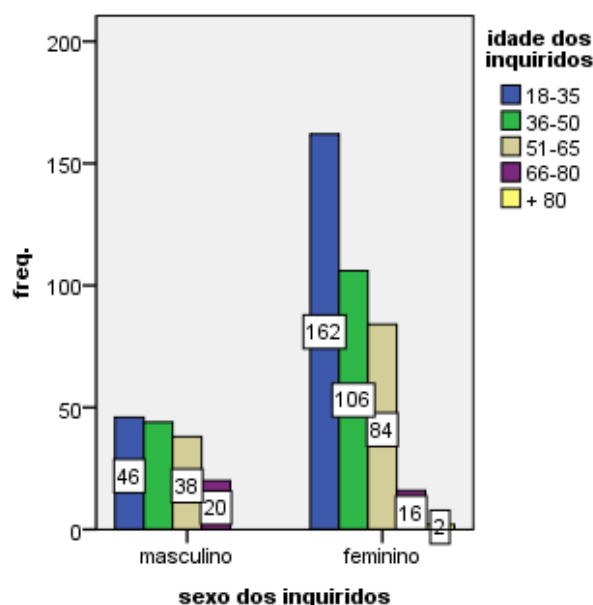


Figura 5: Distribuição dos inquiridos por faixa etária de acordo com o sexo.

Tabela 7: Distribuição dos inquiridos por sexo em função da faixa etária.

		idade dos inquiridos					Total
		18-35	36-50	51-65	66-80	+ 80	
sexo dos inquiridos	masculino	46	44	38	20	0	148
	freqüência						
	% total idade dos inquiridos	22,1%	29,3%	31,1%	55,6%	0,0%	28,6%
	% Total	8,9%	8,5%	7,3%	3,9%	0,0%	28,6%
	feminino	162	106	84	16	2	370
	freqüência						
% total idade dos inquiridos	77,9%	70,7%	68,9%	44,4%	100,0%	71,4%	
% Total	31,3%	20,5%	16,2%	3,1%	0,4%	71,4%	
Total	208	150	122	36	2	518	
freqüência							
% total idade dos inquiridos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% Total	40,2%	29,0%	23,6%	6,9%	0,4%	100,0%	

Para concluir acerca do nível de conhecimento dos inquiridos sobre enxaquecas, foi questionado se consideravam equivalente as enxaquecas e as dores de cabeça comuns. De acordo com a tabela 8, a maioria, 434 indivíduos, considerou que são conceitos distintos (83,8%), enquanto que 84 indivíduos consideraram que são sinónimos (16,2%).

Tabela 8: Distribuição dos inquiridos por sexo, de acordo com a sua opinião acerca dos conceitos de enxaqueca e dor de cabeça.

		Na sua opinião, enxaqueca e dor de cabeça são equivalentes?			
		sim	não	Total	
sexo dos inquiridos	masculino	Frequência	30	118	148
		% sexo	20,3%	79,7%	100,0%
		% Total	5,8%	22,8%	28,6%
	feminino	Frequência	54	316	370
		% sexo	14,6%	85,4%	100,0%
		% Total	10,4%	61,0%	71,4%
Total	Frequência	84	434	518	
	% sexo	16,2%	83,8%	100,0%	
	% Total	16,2%	83,8%	100,0%	

Dos 434 inquiridos que consideraram que enxaqueca e dor de cabeça não são equivalentes, a maioria considerou que a principal diferença é a intensidade da dor, seguindo-se a localização da dor, a sua duração e, finalmente, a frequência da dor. Uma minoria considerou outra diferença mas não especificou qual (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição dos inquiridos que consideraram que a frequência, a duração, a localização, a intensidade da dor ou outro são a principal diferença entre enxaqueca e dor de cabeça.

Diferenças entre enxaqueca e dor de cabeça comum	Inquiridos que assinalaram	Inquiridos que não assinalaram	Total de inquiridos
Frequência da dor	152	282	254
Duração da dor	174	260	254

Localização da dor	178	256	254
Intensidade da dor	336	98	254
Outro	14	420	254

Ainda dentro dos 434 inquiridos que consideraram que a enxaqueca e dor de cabeça não são equivalentes, a grande maioria considerou que a enxaqueca é uma doença crónica. A figura 6 dá conta das percentagens relativamente a esta questão, considerando o número total de 518 inquiridos, e a percentagem referente a “questão seguinte” corresponde aos utentes que não responderam a esta questão.

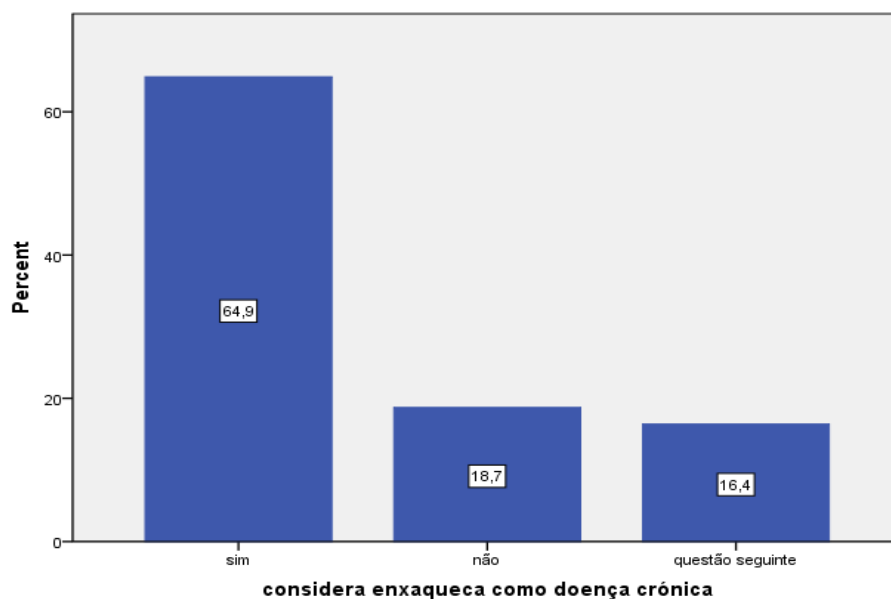


Figura 6: Distribuição dos inquiridos de acordo com a sua opinião em relação à cronicidade das enxaquecas.

No que diz respeito à existência da doença, dos 518 inquiridos, 254 referiu ter enxaquecas e 264 diz não sofrer desta doença e destes, 35,5% são mulheres e 13,5% são homens. Relativamente aos que referem ter enxaquecas, 72,4% são do sexo feminino e 27,6% são do sexo masculino (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição dos inquiridos por sexo de acordo com a existência da enxaqueca.

		Costuma ter enxaquecas?			
		sim	não	Total	
sexo	masculino	Frequência	70	78	148
		% Frequência	72,6	75,4	148,0
		% costuma ter enxaquecas	27,6%	29,5%	28,6%
		% Total	13,5%	15,1%	28,6%
sexo	feminino	Frequência	184	186	370
		% Frequência	181,4	188,6	370,0
		% costuma ter enxaquecas	72,4%	70,5%	71,4%
		% Total	35,5%	35,9%	71,4%
Total		Frequência	254	264	518
		% Frequência	254,0	264,0	518,0
		% costuma ter enxaquecas	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	49,0%	51,0%	100,0%

A segunda parte do inquérito é destinada aos inquiridos que têm enxaqueca. Assim sendo, a partir desta questão, todos os resultados são referentes aos 254 inquiridos que referiram sofrer de enxaqueca.

Relativamente à frequência das crises de enxaqueca, 78 (30,7%) inquiridos relatam ter duas vezes por mês, 74 (29,1%) inquiridos dizem sofrer uma vez por mês, 58 (22,8%) menos de uma vez por mês e 44 (17,3%) têm crises três ou mais vezes por mês (Figura 7).

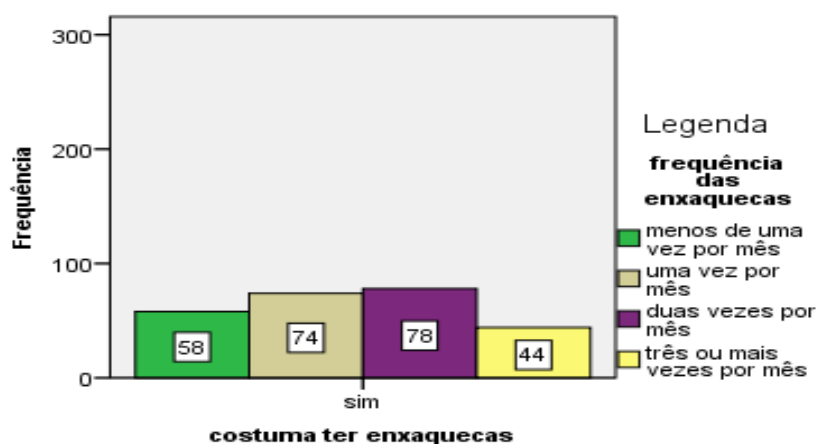


Figura 7: Distribuição dos inquiridos que têm enxaquecas de acordo com a frequência das crises.

Quanto às características da dor durante as crises, foram abordados os principais parâmetros: localização, intensidade, duração e tipo de dor.

Quanto à localização da dor, a grande maioria assinalou a dor unilateral, ou seja, de apenas um dos hemisférios da cabeça. Em menor percentagem os utentes consideraram ter uma dor difusa, dor na zona da testa (frontal), lateral, nuca e 2 inquiridos referiram dor na cavidade ocular (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição dos inquiridos que têm enxaqueca de acordo com a localização da dor.

Localização da dor	Inquiridos com enxaqueca que assinalaram	Inquiridos com enxaqueca que não assinalaram	Total de inquiridos com enxaqueca
Unilateral	104	150	254
Testa	66	188	254
Nuca	20	234	254
Lateral	38	216	254
Difusa	74	180	254
Outro: cavidade ocular	2	252	254

A intensidade da dor foi descrita numa escala com números de 1 a 5, sendo que o 1 corresponde à menor intensidade e o 5 à intensidade mais forte da dor. Assim, durante as crises, 0,8% referiu sentir dor muito fraca, 2,4% sentiu dor fraca, 26% considerou ter dores moderadas, a grande parte, 45,7% referiu ter dores fortes e 25,2% sentiu dores muito fortes (Figura 8).

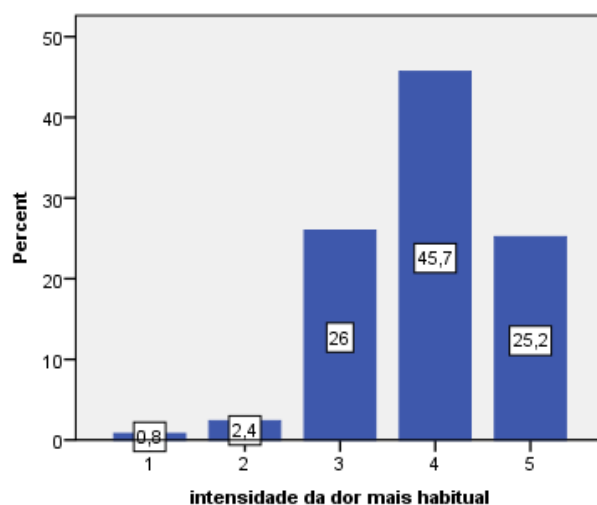


Figura 8: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca de acordo com o grau de intensidade da dor experienciado durante a crise.

As outras características da dor comuns na enxaqueca prendem-se com a duração da crise e o tipo de dor sentida. Na figura 9 estão relacionadas estas duas variáveis, onde se verifica que a maioria dos inquiridos que referem ter enxaqueca experienciaram uma dor pulsátil que durou mais de 3 horas. Verificou-se também uma elevada percentagem de indivíduos com dor difusa e com duração de mais de três horas. Com menor percentagem surgem os indivíduos cuja duração da enxaqueca dura mais de 3 dias ou menos de 1 hora.

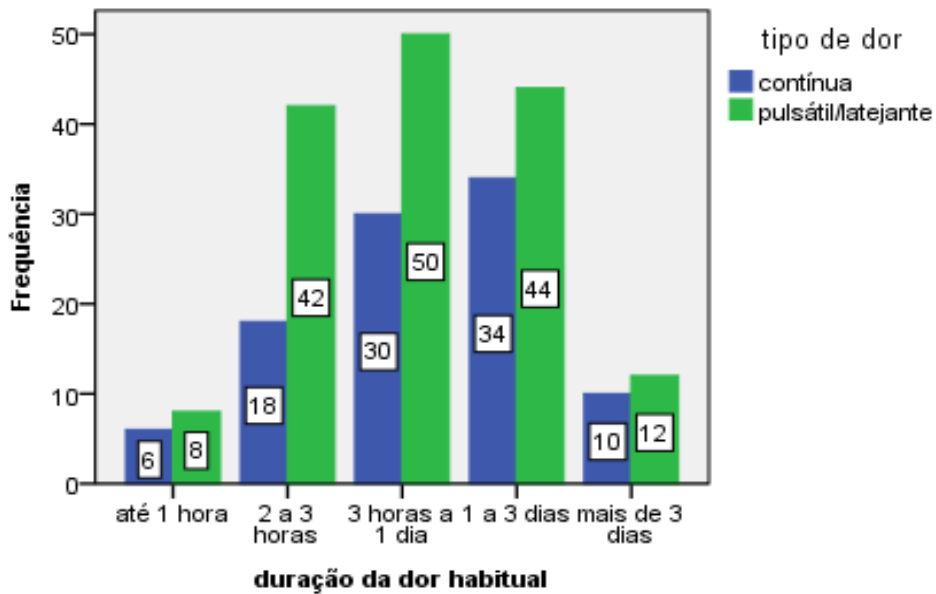


Figura 9: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca de acordo com o tipo de dor e a duração da crise.

Associados à enxaqueca surgem geralmente outros sintomas caraterísticos, dos quais as náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia e irritabilidade são os mais comuns. Além destes, foram descritas visões de pontos brilhantes e tonturas e, ainda, tonturas. 24 doentes referem não ter mais nenhum sintomas além da dor de cabeça sentida durante a crise (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca de acordo com os sintomas associados à dor.

Sintoma associado	Inquiridos com enxaqueca que assinalaram	Inquiridos com enxaqueca que não assinalaram	Total de inquiridos com enxaqueca
Náuseas e vômitos	134	120	254
Fotofobia	124	130	254
Fonofobia	110	144	254
Irritabilidade	104	150	254
Visões de pontos brilhantes	66	188	254
Tonturas	2	252	254
Nenhum	24	230	254

Para ser possível concluir acerca da provável verdadeira existência da doença nos inquiridos que referiram ter enxaqueca, resumiram-se as suas principais características na tabela 13. Os principais parâmetros aqui relacionados são a associação de outros sintomas além da dor, o tipo de dor e a duração da mesma.

Tabela 13: Distribuição dos inquiridos que referem ter enxaqueca de acordo com outros sintomas associados, o tipo e a duração da dor.

tipo de dor			costuma ter enxaquecas?		
			sim		
Não apresenta mais sintomas além da dor	contínua	duração da dor habitual	até 1 hora	Frequência	4
			2 a 3 horas	Frequência	2
			1 a 3 dias	Frequência	2
		Total		Frequência	8
	pulsátil/latejante	duração da dor habitual	até 1 hora	Frequência	6
2 a 3 horas			Frequência	6	
		3 horas a 1 dia	Frequência	2	
		1 a 3 dias	Frequência	2	
		Total		Frequência	16
contínua	duração da dor habitual	até 1 hora	Frequência	2	
		2 a 3 horas	Frequência	16	
		3 horas a 1 dia	Frequência	30	
		1 a 3 dias	Frequência	32	

Apresenta outros sintomas além da dor			mais de 3 dias	Frequência	10
	Total				90
pulsátil/ latejante	duração da dor habitual	até 1 hora		Frequência	2
		2 a 3 horas		Frequência	36
		3 horas a 1 dia		Frequência	48
		1 a 3 dias		Frequência	42
		mais de 3 dias		Frequência	12
Total				Frequência	140

Relativamente à origem das enxaquecas, existem vários fatores precipitantes. Dos 254 inquiridos que indicaram ter a doença, a maioria dos referiu ter enxaqueca devido ao stress a que está sujeito no dia-a-dia. Outros dos fatores mais referidos foram as alterações do sono e fatores hormonais associados à menstruação, menopausa ou toma da pílula anticoncepcional, por exemplo. Alguns inquiridos também pensam que a origem da dor esteja relacionada com a exposição a luzes e sons intensos, a perfumes e odores fortes, a esforços físicos e ao abuso de medicamentos. Uma minoria considerou também, fatores como alterações de clima e cansaço (Tabela 14).

Tabela 14: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca de acordo com o motivo que consideraram ter precipitado a doença.

Motivos da origem da dor	Inquiridos com enxaqueca que assinalaram	Inquiridos com enxaqueca que não assinalam	Total de inquiridos com enxaqueca
Stress	186	68	254
Jejum prolongado	18	236	254
Dormir mais ou menos que o costume	94	160	254
Perfumes e odores fortes	30	224	254
Esforça físico	34	220	254
Luzes e sons intensos	54	200	254
Abuso de medicamentos	6	248	254
Fatores hormonais	94	160	254
Alimentos e bebidas	32	222	254
Alteração do clima	2	252	254
Cansaço	2	252	254

No que diz respeito à utilização de medicamentos, 224 dos inquiridos com enxaqueca referiu recorrer a fármacos ou outras substâncias para o alívio da dor e 30 disseram não tomar nada (Figura 10).

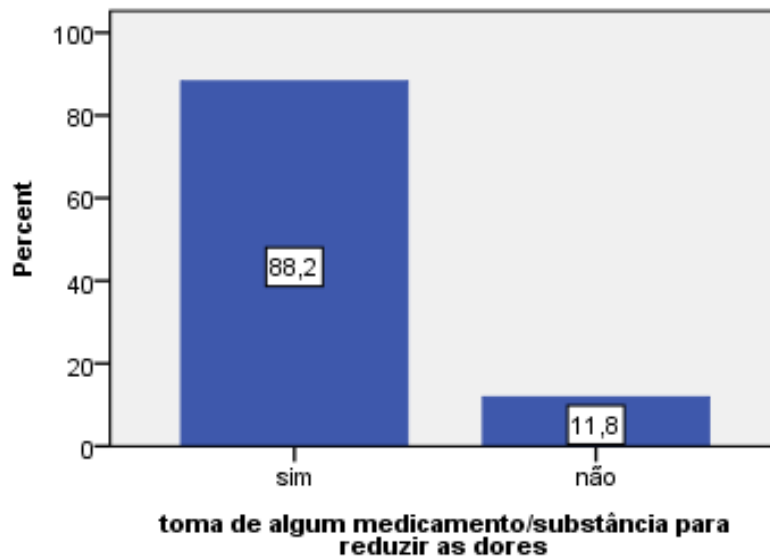


Figura 10: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca de acordo com a toma de substâncias/medicamentos para reduzir as dores.

Dos 224 inquiridos que referiram tomar medicação ou outro produto para aliviar a dor de cabeça durante a crise, verificou-se que a maioria toma paracetamol, seguido de ibuprofeno. Muitos também referiram a administração de aspirina, nimesulida e ainda a ingestão de café. Os medicamentos específicos utilizados no tratamento de enxaquecas foram os menos assinalados (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca que referiram tomar medicação, de acordo com as substâncias/ medicamentos que utilizam no alívio da dor

Substância/ Medicamento tomado para reduzir a dor	Inquiridos com enxaqueca que assinalaram	Inquiridos com enxaqueca que não assinalaram	Total de inquiridos com enxaqueca que refere tomar substâncias/ medicamentos
Café	54	170	224
Chás/ Produtos naturais	20	204	224
Paracetamol	108	116	224
Aspirina	50	174	224
Ibuprofeno	82	142	224
Nimesulida	46	178	224
Migrétil®	28	196	224
Migraleve®	34	190	224
Zomig®	24	200	224
Dorlise®	4	220	224
Migard®	2	222	224
Maxalt®	0	224	224
Não se lembra	16	218	224

Alguns dos inquiridos referiram tomar outros fármacos como naproxeno (2 inquiridos), topiramato (6 inquiridos) e outros triptanos que não se encontravam nas opções de escolha, como Cincofarm® (2 inquiridos) e Almogran® (2 inquiridos).

É importante perceber a razão que levou as pessoas a iniciar a toma de determinado medicamento. Assim, a maioria dos inquiridos referiu ter sido por indicação médica. Seguidamente referiram iniciar a medicação por iniciativa própria, conselho do farmacêutico e conselho de amigos ou familiares. Uma pequena parte afirmou que a publicidade o levou a experimentar o produto (Tabela 16).

Tabela 16: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca que referiram tomar medicação de acordo com o motivo que levou a iniciar a toma.

Motivo que levou ao início da toma	Inquiridos que tomam substâncias/ medicamentos que assinalaram	Inquiridos que tomam substâncias/ medicamentos que não assinalaram	Total de inquiridos que refere tomar substâncias/ medicamentos
Indicação médica	118	106	224
Conselho do farmacêutico	38	186	224
Conselho de amigos/ familiares	28	196	224
Iniciativa própria	72	152	224
Publicidade	20	204	224

Quando questionados acerca da frequência com que recorrem a estas substâncias ou medicamentos, 25,1% dos inquiridos assumiu tomá-las algumas vezes, 8,1% toma frequentemente, 7,7% recorre raramente a estes produtos e uma minoria diariamente, 2,3% (Figura11).

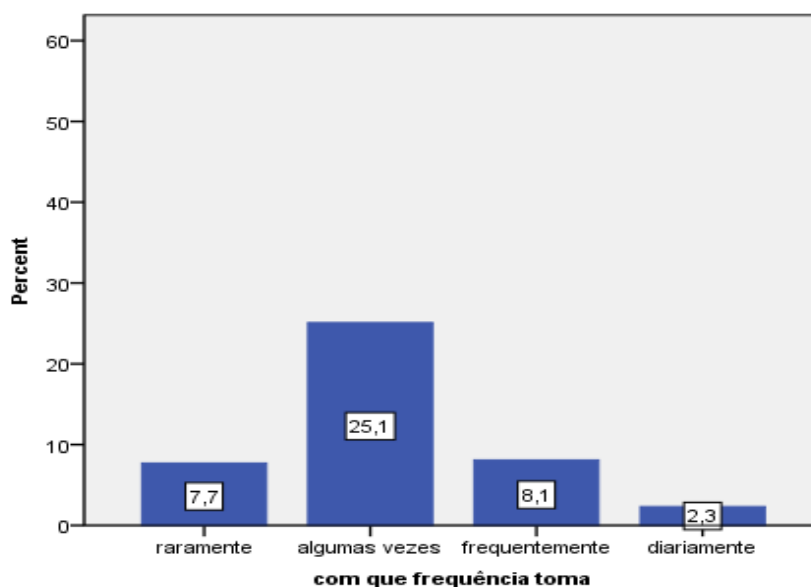


Figura 11: Distribuição dos inquiridos de acordo com a frequência com que recorrem a substâncias/ medicamentos no alívio da enxaqueca.

Em relação à eficácia destes produtos, dos 224 inquiridos que os tomaram, 176 consideraram que foi um tratamento eficaz, satisfaz as suas necessidades e aumentou a qualidade de vida. Os restantes 48 não o consideraram (Figura 12).

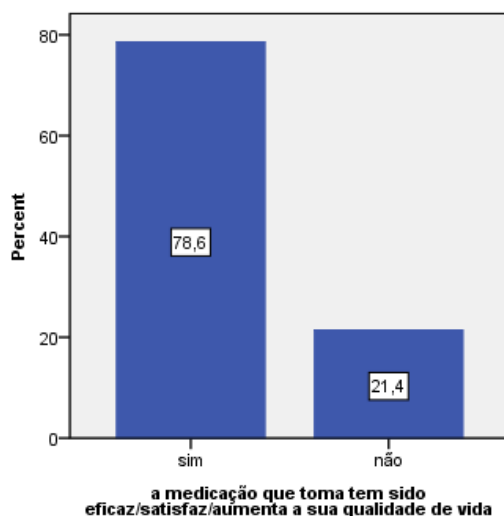


Figura 12: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca que tomam substâncias/ medicamentos de acordo com a eficácia destes e consequente melhoria da qualidade de vida.

Com o objetivo de perceber se os utentes tomam este tipo de medicação da forma correta, questionou-se se os administravam de acordo com a orientação do médico, do farmacêutico ou de acordo com as indicações incluídas no folheto informativo. A esta questão, a grande maioria referiu fazê-lo corretamente (Figura 13). Aqueles que assumiram não ter atenção ao correto uso do medicamento, referiram tomar o medicamento sempre até a dor desaparecer sem atender às doses e posologias recomendadas.

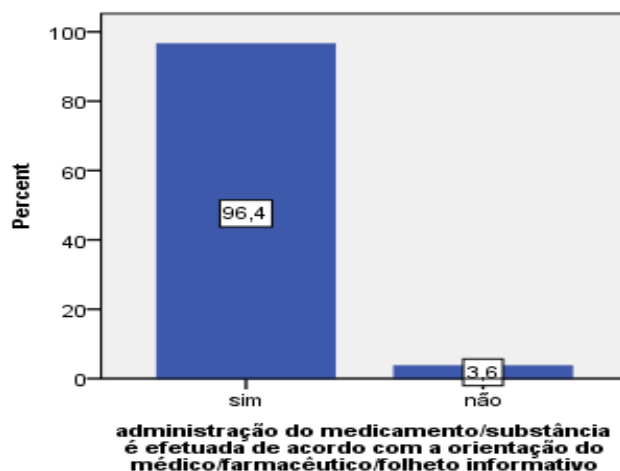


Figura 13: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca que tomam substâncias/ medicamentos no alívio da dor de acordo com correta administração destes produtos.

Em relação aos possíveis efeitos adversos associados aos fármacos utilizados, a maioria dos utentes referiu não sentir qualquer efeito derivados da toma do medicamento (Figura 14).

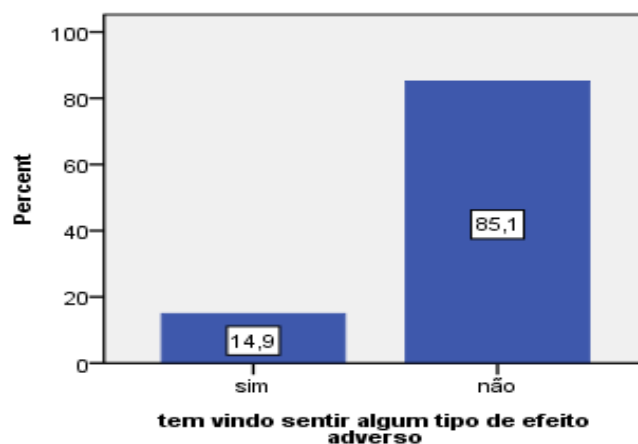


Figura 14: Distribuição de inquiridos com enxaqueca que tomam substância/ medicamentos no alívio da dor de acordo com a presença de efeitos adversos.

Na tabela 17 estão indicados os efeitos adversos mais reportados pelos utentes. Os efeitos mais sentidos estiveram relacionados com arritmias e palpitações, sendo que as alterações gastrointestinais, tonturas, sonolência cansaço e fadiga também foram dos sintomas mais relatados.

Tabela 17: Distribuição dos inquiridos com enxaqueca que tomam substâncias/ medicamentos no alívio da dor, de acordos com os diversos efeitos adversos.

Efeitos adversos referidos	Inquiridos que tomam substâncias/medicação que assinalaram
Alterações gastrointestinais	10
Tonturas	10
Nervosismo, agitação	14
Sonolência, fadiga/cansaço	10
Perturbações visuais	8
Rubores/vermelhidão na pele	6
Desconforto na garganta	0
Arritmias/ palpitações	18

Por fim, dos inquiridos que referiram tomar medicação para o tratamento da enxaqueca, 88 descreveram outras patologias concomitantes e respetivos fármacos associados. A tabela 18 indica o número de utentes que, para além de enxaqueca, sofrem de outras doenças ou condições e respetiva classe de fármacos utilizada. Sem margem para dúvidas, os fármacos mais utilizados são os antihipertensores, aos quais se seguem os ansiolíticos e hipnóticos. Também nesta questão, 5 utentes revelaram tomar anticoncecionais.

Tabela 18: Distribuição dos inquiridos que tomam medicação para a enxaqueca de acordo com as patologias e medicação concomitante

Doença/condição associada	Classe farmacológica	Inquiridos que tomam substâncias/ medicamentos para a enxaqueca que assinalaram
Epilepsia	Antiepiléticos	4
Hipertensão arterial	Antihipertensores	32
Asma	Antiasmáticos e broncodilatadores	4
Diabetes	Antidiabéticos e insulinas	8
Inflamações/ Infeções	Antinflamatórios e antibióticos	7
Doenças da visão	Antihipertensores oculares	10
Ansiedade/ Insónias	Ansiolíticos e hipnóticos	22
Alergias	Antihistamínicos	4
Tiroide	Hormona da tiroide	6
Depressão	Antidepressivos	6

5. Discussão dos Resultados

No nosso país, a enxaqueca é um problema que assume um impacto social e económico cada vez mais significativo.¹³ No entanto, a enxaqueca pode ser, muitas vezes, confundida com uma cefaleia comum. Com este trabalho pretendeu-se avaliar se a população sabe verdadeiramente a definição de enxaqueca e os principais sintomas associados, assim como analisar o perfil de utilização dos agentes anti-enxaqueca, os seus efeitos adversos e possíveis interações medicamentosas na região centro do país.

Neste estudo, a amostra de pessoas que referiram sofrer de enxaquecas foi composta por 254 indivíduos e a amostra total (indivíduos com e sem enxaqueca) é de 518 indivíduos. Desta última amostra, 71,4% eram utentes do sexo feminino e 28,6% do sexo masculino (Figura 3). A maioria dos utentes tinha idades compreendidas entre os 18 e os 36 anos, e em todas as faixas etárias verificou-se maior percentagem de utentes do sexo feminino, exceto a faixa etária entre os 66 e os 80 anos que se verificou maior número de utentes do sexo masculino (Figura 5 e Tabela 7). Dentro da amostra que refere ter a doença, 35,5% eram do sexo feminino e 13,5% eram do sexo masculino (Tabela 10), verificando-se que as enxaquecas são cerca de três vezes mais prevalentes em mulheres do que em homens. Assim, os resultados da distribuição da amostra em função da doença e do sexo são semelhantes aos resultados já descritos noutros estudos que descrevem as mulheres como sendo mais afetadas do que os homens, numa razão de 1:2-3, especialmente em idade ativa (dos 25 aos 55 anos), associado à influência de fatores hormonais (menstruação, menopausa, anticoncecionais). Estes estudos também referem o aparecimento da enxaqueca em idades mais jovens e raramente se iniciam após a meia-idade, tendendo a diminuir ou desaparecer¹².

Na primeira parte do inquérito realizado, o principal objetivo foi perceber se a população se encontra informada sobre esta temática, verificando-se que a grande maioria, 83,8%, considerou corretamente que a enxaqueca e a cefaleia comum não são equivalentes. Apenas 16,2% dos utentes assinalou que estes dois conceitos são sinónimos. Tanto num como noutro caso, a percentagem do sexo feminino é superior ao sexo masculino (Tabela 8). Assim, esta pequena minoria, 84 utentes, encontra-se mal informada e utiliza o termo “enxaqueca” de forma errada. Esta situação não é, no entanto, de surpreender, devido à subjetividade de definição destas patologias. Estes inquiridos foram excluídos da amostra, restando 434 utentes que prosseguiram. Relativamente às principais diferenças entre a enxaqueca e a dor de cabeça, estes 434 indivíduos dividiram-se entre várias opções, sendo que a mais apontada foi a opção “intensidade”. Segundo a Sociedade Portuguesa de Cefaleias, as principais características da enxaqueca relacionam-se com a duração da dor (entre 4 e 72 horas), a localização da dor (hemicraniana/unilateral) e a intensidade da dor (moderada a forte). Por sua vez, a frequência da dor é variável (pode ocorrer duas vezes por semana assim com uma vez por ano)¹⁷. Ou seja, os 152 utentes que afirmaram que a frequência é um parâmetro característico da enxaqueca não se encontram bem esclarecidos acerca da temática. Para concluir esta primeira parte do inquérito, foi solicitado aos utentes que dessem a sua opinião acerca da cronicidade da doença. Do total de inquiridos, 64,9% considerou a enxaqueca como doença crónica (Figura 6). A enxaqueca crónica é definida como uma cefaleia que ocorre em 15 ou mais dias por mês, durante mais de três meses e tem característica de enxaqueca em pelo menos 8 dias⁴. Assim, a enxaqueca pode ser considerada ocasional ou crónica se cumprir os parâmetros referidos. De forma geral, os utentes inquiridos encontraram-se corretamente informados sobre este assunto e conseguem diferenciar uma crise de enxaqueca de uma cefaleia comum.

Relativamente à existência de enxaquecas, 254 utentes referem sofrer da doença, a maioria do sexo feminino, como já foi referido. Estes valores traduzem-se numa prevalência de enxaqueca de 49% na região centro, um valor bastante elevado, sujeito a limitações e erros associados ao estudo, entre os quais a veracidade das respostas dadas. Ou seja, destes 254 utentes que dizem sofrer de enxaqueca, nem todos sofrerão realmente da patologia, como será explicado mais à frente. Os restantes 264 utentes referem não ter enxaquecas não avançaram no inquérito e não contribuem mais para este estudo.

Uma vez que a frequência da dor pode ser variável e não existem parâmetros definidos, a questão relativa a este tema surge mais para se obter conhecimento sobre o tema e não como critério para validar uma crise de enxaqueca. Os utentes referiram ser afetados uma a duas vezes por mês e alguns referiram sofrer de crises três ou mais vezes por mês. Além disso, apenas 58 inquiridos referiram ter enxaquecas menos de uma vez por mês (Figura 7). Estes são dados preocupantes na medida em que estas crises prejudicam a qualidade de vida do utente a nível físico, emocional e profissional, o que se reflete na capacidade de trabalho do indivíduo, com a consequente diminuição da produtividade nacional e contribuição para a extensão do problema na sociedade portuguesa^{10,13}.

A localização da dor é uma característica das crises típicas de enxaqueca. A questão referente a este parâmetro tinha várias opções que podiam ser selecionadas simultaneamente, onde se verificou que 104 utentes referem sentir a dor unilateralmente, podendo ser na zona lateral, testa ou nuca. 74 utentes referiram sentir uma dor difusa que não é tão comum durante as crises (Tabela 11). Estes resultados encontram-se de acordo com a literatura que refere que a dor sentida é hemicraniana, podendo ocasionalmente ocorrer de forma difusa¹⁷.

Quanto à intensidade da dor, esta apresenta-se moderada a muito forte, o que é confirmado pelos resultados obtidos, em que 26% dos doentes sofre de dor moderada, 45,7% tem dores fortes e 25,2% apresenta dores muito fortes (Figura 8). Os restantes 3,2% referem ter dor fraca ou muito fraca, o que leva a concluir que estes utentes sofrem provavelmente de cefaleias comuns e não de enxaqueca.

Outra das principais características da patologia é a duração da dor, podendo variar entre 4 a 72 horas^{17,18}. No estudo, 31,5% afirmaram que a crise dura entre 3 horas e 1 dia e 30,7% disseram que a crise tem a duração de 1 a 3 dias. Houve utentes que se queixaram de crises com duração de mais de 3 dias. Por outro lado, 5,5% tem dores que duram até 1 hora e 23,6% disseram ter dores entre 2 a 3 horas, o que leva a concluir novamente que estes utentes possivelmente sofrem de cefaleias comuns e não de enxaquecas (Figura 9).

A este último parâmetro referido, associou-se a caracterização do tipo de dor. Verificou-se que 61,4% descreve a dor como sendo pulsátil ou latejante e 38,6% avaliou-a como dor contínua. De acordo com a literatura, sabe-se que outra das principais características das crises é o facto de a dor se apresentar de forma pulsátil, contrariamente às comuns cefaleias que são dores contínuas^{17,18}. Assim, de acordo com a figura 9, conclui-se que aqueles utentes que provavelmente sofrem verdadeiramente de enxaquecas são utentes

que sofrem de dor latejante e que dura entre 3 horas e 3 dias, podendo ultrapassar o limite dos 3 dias.

Finalmente, para concluir acerca do verdadeiro estado de doença, foram analisados outros sintomas associados às crises. Os sintomas mais referidos foram as náuseas e vômitos, fotofobia, fonofobia e irritabilidade; os menos indicados foram as visões de pontos brilhantes e houve quem referisse tonturas (Tabela 12). Uma vez que a enxaqueca está sempre associada a outros sintomas, os 24 utentes que referiram que apenas sentem a dor característica, provavelmente não sofrem realmente desta doença.

Associando estas variáveis específicas da enxaqueca, é possível concluir acerca do número de utentes que provavelmente sofre verdadeiramente de enxaqueca e inferir o número de utentes que refere ter, mas que na realidade não deverá ter a doença, uma vez que as opções que assinalaram não se enquadram nos parâmetros principais. Na tabela 13, foram associados os utentes que referiram ter enxaquecas, os que referiram não ter nenhum sintoma além da dor e as opções relativas ao tipo e duração da dor. Assim, conclui-se que os utentes que provavelmente sofrem verdadeiramente de enxaquecas são aqueles que:

- Referiram ter enxaqueca;
- Referiram ter outros sintomas associados à dor;
- Referiram que duração da dor é superior a 3 horas;
- Referiram que o tipo de dor é pulsátil/ latejante.

Assim sendo, apenas 102 utentes cumprem estes requisitos, o que sugere uma prevalência reavaliada em cerca de 20%, um valor já bem mais adequado à literatura^{1,12}.

Por outro lado, os utentes que referiram sofrer de enxaquecas mas que definitivamente não tiveram nenhuma crise, são aqueles que:

- Referiram ter enxaqueca;
- Referiram não ter outros sintomas associados à dor;
- Referiram que duração da dor é inferior a 3 horas;
- Referiram que a dor é difusa.

Ou seja, foram 6 os utentes que referiram ter enxaqueca mas que, na realidade e atendendo ao que indicaram no inquérito, não cumprem os critérios para esta patologia. Todos os outros inquiridos encontram-se numa posição indefinida, podendo em certa altura das suas vidas já terem experienciado crises de enxaqueca mas também cefaleias comuns.

Quanto à origem da dor, a grande maioria considerou que o stress é o principal fator precipitante, seguindo-se as irregularidades do sono e os fatores hormonais, as luzes e sons intensos, o esforço físico, a ingestão de determinados alimentos e bebidas, odores fortes, jejum prolongado e, por fim, o abuso de medicamentos e cansaço. Estes dados confirmam que a enxaqueca é uma doença multifatorial, precipitada por vários fatores como os ambientais e os hormonais¹⁷. Os motivos referidos são, muitas vezes, a causa do início da

crise, sendo que a população está consciente destes fatores precipitantes. Em diálogo com os utentes, foi perceptível a intenção de evitar estes fatores sempre que possível, no entanto, o stress do quotidiano dificilmente controlado leva à recorrência das crises.

A segunda parte do inquérito diz respeito aos principais agentes utilizados na enxaqueca, sendo que as conclusões referidas anteriormente têm influência no estudo. No entanto, ele foi realizado de acordo com a amostra de 254 indivíduos que referiram ter enxaquecas.

No alívio da dor durante a crise, 224 queixosos admitiram recorrer a medicamentos ou outras substâncias, ao invés de 30 utentes (Tabela 14) que possivelmente recorrem a medidas não farmacológicas que incluem técnicas de relaxamento, psicoterapia, acupuntura, técnicas cognitivo-comportamentais ou modificação de comportamentos¹⁸.

Em relação aos fármacos utilizados, observando a tabela 15, verifica-se que a grande maioria referiu recorrer aos anti-inflamatórios não esteroides no alívio da dor, ou seja, 82 utentes indicaram o ibuprofeno e 46 indicaram a nimesulida no tratamento farmacológico. Seguidamente verificou-se que 108 utentes recorreram ao paracetamol e 50 recorreram ao ácido acetilsalicílico. O café, chá e produtos naturais assumem ainda uma grande proporção no tratamento de enxaquecas. No mercado existem associações de várias substâncias, como é o caso do Migrétil[®] que é constituído por paracetamol, cafeína, ergotamina e alcalóides da beladona⁴³ e que foi assinalado por 28 utentes. Adicionalmente estão também disponíveis alguns medicamentos com combinação de opióides e analgésicos, como é o caso do Migravele[®], assinalado por 34 utentes, composto por paracetamol, codeína e buclizina (antiemético)⁴⁴. No entanto, estes não devem ser administrados com frequência³¹.

Assim, conclui-se que, grande parte das vezes, os utentes recorrem ao tratamento sintomático não específico da enxaqueca, utilizado quando a dor é relativamente moderada, segundo a Sociedade Portuguesa de Cefaleias¹⁵.

No caso de enxaquecas em que a dor é forte, recorre-se ao tratamento sintomático específico, utilizando derivados ergotamínicos e triptanos¹⁵. Quanto aos ergotamínicos, apenas estão disponíveis fármacos em associação com outras substâncias, como o Migrétil[®] anteriormente referido. 28 utentes referiram a sua utilização, confirmando a baixa procura destes, o que vai de encontro à literatura que refere que o uso de ergotamínicos não é uma boa opção de tratamento, devido aos riscos associados à vasoconstrição¹⁸.

Relativamente aos triptanos, foram referidos vários fármacos utilizados no tratamento sintomático. O zolmitriptano (Zomig[®])⁴⁵ foi identificado por 24 utentes, o flovatriptano (Dorlise[®] e Migard[®])^{46,47} foi utilizado por 5 utentes, o oxitriptano (Cincofarm[®])⁴⁸ foi referidos por 2 utentes, o almotriptano (Almogran[®])⁴⁹ por 2 utentes e nenhum revelou recorrer ao rizatriptano (Maxalt[®])⁵⁰. Estes fármacos apresentam uma farmacocinética simples e eficácia bem estabelecida, no entanto são poucos os utentes que recorrem a esta classe

farmacológica. Estes compostos diferem entre si principalmente na eficácia, no início da ação, frequência e risco de recorrência da crise, sendo que o zolmitriptano tem mostrado ações centrais e periféricas no sistema trigeminal e uma segunda dose é útil em doentes que não tiveram alívio completo da dor com a primeira dose. O flovatriptano é eficaz no início da dor e mais tarde, sendo que tem um início de ação mais lento. O oxitriptano é bem tolerado, tem baixa toxicidade e em Portugal é comercializado como MNSRM. O almotriptano tem um início de ação rápido e alivia sintomas como náuseas, foto e fonofobia. O rizatriptano apresenta mais rápido início de ação, podendo ser administrado via sublingual^{39,40,41}.

O uso do topiramato foi também indicado por 6 utentes. Este é um fármaco utilizado na profilaxia das crises e é aconselhado quando as crises ocorrem mais de duas vezes por mês, quando estas são de intensidade forte, interferindo na qualidade de vida do doente, quando o tratamento sintomático é ineficaz ou é contraindicado^{15,18}.

O médico, em cooperação com o doente, deve determinar o tratamento mais adequado.

Posto isto, é importante perceber o motivo que levou o utente a escolher determinado fármaco. A maioria, 118 utentes, referiu ter iniciado a terapêutica por indicação médica, 72 utentes referiu ter tomado a iniciativa sem qualquer aconselhamento, 38 utentes seguiram o conselho do farmacêutico, 28 foram influenciados por amigos e familiares e uma minoria, 20 utentes, referiram que a publicidade aos medicamentos os levou a experimentar (Tabela 16). Assim, conclui-se que a maioria dos utentes abordou a situação de forma correta, consultando um médico de Clínica Geral ou um médico especialista. O aconselhamento de um profissional de saúde, médico ou farmacêutico, é essencial no sucesso do tratamento sintomático da enxaqueca. Esta cooperação é uma mais-valia na escolha do fármaco mais adequado ao tipo de crise associada aos sintomas, estilo de vida, evitando reações adversas e interações medicamentosas. Nos casos em que não houve ajuda de um profissional, o risco de uma má utilização do medicamento, da persistência das crises, de efeitos adversos ou interações é significativamente maior.

Em relação à frequência com que são administrados os fármacos referidos anteriormente, verificou-se que a maioria respondeu “Algumas vezes” e uma minoria referiu fazê-lo frequentemente ou diariamente (Figura 11). A situação ideal seria que os utentes o fizessem raramente, sendo que esta resposta também pertence a uma minoria. No entanto, associando esta questão à frequência com que os utentes têm crises de enxaqueca, onde foi referido que as crises aparecem 1 a 2 vezes por mês, é razoável que os utentes recorram a este tipo de medicação algumas vezes. Os doentes que referiram tomar estes fármacos diariamente, podem estar a fazer uma utilização inadequada, abusiva, excessiva ou prolongada dos medicamentos destinados ao tratamento sintomático das cefaleias, ou seja, podem sofrer de enxaqueca por abuso medicamentoso¹⁶. Por outro lado, podem tomar medicação profilática diariamente.

Dos 224 utentes que referiram recorrer ao tratamento farmacológico, 176 consideraram que a medicação administrada foi eficaz, satisfazendo as suas necessidades e contribuiu para o aumento da qualidade de vida (Figura 12). Isto mostra que a utilização dos fármacos anti-enxaqueca veio auxiliar o tratamento da enxaqueca. Pelo contrário, 48 utentes não se encontram satisfeitos com os resultados, que podem ser fruto de uma má utilização ou inadequação dos fármacos administrados.

No que diz respeito à correta utilização dos medicamentos, 96,4% referiu que a sua administração é efetuada de acordo com a orientação do médico, do farmacêutico ou do folheto informativo (Figura 13). Os restantes 3,6% referiram não o fazer, sendo de alguns deles assumiram tomar o medicamento sempre até a dor desaparecer sem atender às doses e posologias recomendadas. Estas afirmações têm potenciais consequências, como a ineficácia do medicamento ou o aumento de efeitos adversos.

Os agentes anti-enxaqueca não estão isentos de efeitos adversos e foram referidos em 14,9% dos utentes (Figura 14). Na tabela 17 estão indicados os efeitos mais reportados, entre os quais foram referidas arritmias e palpitações (18 inquiridos), nervosismo e agitação (14 inquiridos), alterações gastrointestinais (10 inquiridos), tonturas (10 inquiridos), sonolência e fadiga (10 inquiridos), perturbações visuais (8 inquiridos) e rubores e vermelhidão na pele (6 inquiridos). Segundo a literatura, a eficácia clínica dos triptanos no tratamento agudo da enxaqueca tem sido, em parte, atribuída à sua capacidade de induzir contração de vasos sanguíneos intracranianos excessivamente dilatados. Estes agonistas dos recetores 5-HT_{1B/1D} com capacidade vasoconstritora têm sido envolvidos em acidentes isquémicos graves afetando órgãos centrais e periféricos. Genericamente são bem tolerados, no entanto podem ocorrer efeitos indesejáveis como náuseas, fadiga, tonturas, sonolência, taquicardia, palpitações, rubor, dependência e estão contraindicados em gravidez, hipertensão arterial e doença vascular (coronária, cerebral ou periférica)^{42,43,44}. Os ergotamínicos são menos seguros e da sua administração podem resultar náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, câibras, parestesias e aperto no peito^{30,31}. Resumindo, os efeitos secundários verificados neste estudo foram relativamente pouco frequentes e os que foram reportados estavam provavelmente associados aos triptanos, sendo que as arritmias e palpitações podem estar relacionadas com o seu efeito vasoconstritor.

Finalmente, 88 utentes descreveram outras patologias e respetivos medicamentos administrados concomitantemente. A tabela 18 indica que os fármacos mais utilizados são os antihipertensores, aos quais se seguem os ansiolíticos e hipnóticos. Os antihipertensores são precisamente aqueles que estão desaconselhados com o uso de triptanos pelo seu efeito vasoconstritor, o que pode provocar um aumento da tensão arterial, como já referido anteriormente. De acordo com o anexo 12, retirado dos Arquivos de Neuropsiquiatria, é

possível relacionar as principais interações medicamentosas de acordo com as referidas pelos utentes. Assim, os antiepiléticos podem interagir com o uso de paracetamol, aspirina e cafeína; os antihipertensores devem ser usados com precaução com AINEs, ergotamínicos e triptanos; os antiasmáticos e broncodilatadores são desaconselhados com o uso de aspirina e estão contraindicados com o uso de AINEs; com antidiabéticos e insulina estão contraindicados corticoides; com o uso de antibióticos está contraindicado o uso de ergotamínicos e corticoides; os ergotamínicos não devem ser usados juntamente com os triptanos, por exemplo, o Dorlise® está contraindicado com o uso concomitante de Migrétil® pelo risco de hipertensão e vasoconstrição arterial coronária resultante da potenciação dos efeitos vasoconstritores quando usados na mesma crise de enxaqueca⁵⁰. Alguns triptanos não devem ser administrados com os inibidores da monoaminoxidase nem com os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (antidepressivos) por haver o risco de síndrome serotoninérgica (os sintomas incluem: estremelecimento, sudorese, agitação, tremor e contração brusca dos músculos, náusea, febre e confusão). O uso de anticoncepcionais pode estar associado à causa da enxaqueca, como já foi referido. Desta forma, é extremamente importante a comunicação ao médico da medicação utilizada evitando riscos de interações medicamentosas.

É importante investir na maior educação dos utentes no que diz respeito à correta utilização dos fármacos, seus benefícios e efeitos adversos, sendo que esta educação também passa pelo farmacêutico no ato da dispensa dos medicamentos, que deve dialogar com o doente, contribuindo para uma maior *compliance* e máximos resultados terapêuticos.

6. Limitações do estudo

A principal limitação deste estudo foi o facto de o inquérito não ter sido distribuído pela população de 1037 indivíduos como calculado inicialmente, o que influenciou o valor da prevalência obtido. O intervalo de tempo de aplicação de inquéritos foi curto e, muitas vezes, os utentes não mostravam disponibilidade para responder. Consequentemente, os inquéritos acabaram por ser entregues a quem dava indícios de ter enxaqueca e não a todos os utentes da farmácia, como era suposto. Assim, o resultado inicial foi que cerca de metade dos inquiridos parecia sofrer de enxaqueca, ou seja, metade dos utentes das farmácias da região centro sofreria da doença, o que não é verdade.

Naturalmente, como já foi referido, o facto de os utentes referirem que sofrem de enxaqueca mas que na verdade sofrem apenas de cefaleias comuns, influencia o estudo. Os resultados obtidos estão de acordo com o que o utente respondeu no inquérito e não com a realidade.

Apesar de o inquérito ter sido submetido à avaliação por várias pessoas, o facto de o utente responder muitas vezes sozinho, sem apoio do farmacêutico, também pode ter influenciado as respostas, assim como não haver a confirmação da prescrição médica.

Muitos dos inquiridos eram polimedicados, o que pode ter tido influência nos resultados, principalmente nos efeitos adversos, podendo existir um efeito cumulativo de outra medicação.

7. Conclusões e sugestões futuras

Em Portugal, a enxaqueca tem um impacto social e económico cada vez maior. Este estudo surgiu com o intuito de perceber se os portugueses têm conhecimentos corretos sobre a definição de enxaqueca e analisar a utilização de medicamentos nestas situações, assim como os principais efeitos adversos e interações medicamentosas.

Do estudo, constatou-se que a maioria dos utentes se encontra bem informada acerca desta temática, sabendo diferenciar uma crise de enxaqueca de uma cefaleia comum.

A amostra foi recolhida nos distritos de Viseu, Guarda, Castelo Branco e Coimbra. De acordo com as respostas dos utentes, foi calculada inicialmente uma prevalência de 49% nesta região. No entanto, depois de analisados os parâmetros característicos da enxaqueca, concluiu-se que provavelmente apenas 102 utentes tinham enxaquecas verdadeiramente, o que resultou numa prevalência de cerca de 20%. Os utentes do sexo feminino são os mais afetados, sendo este facto justificado com os fatores hormonais, entre eles a menstruação, menopausa ou utilização de anticoncecionais. Os sintomas mais associados às crises foram as náuseas e vómitos e o motivo mais apontado para a sua origem foi o stress.

Quanto ao tratamento, é utilizada maioritariamente uma terapêutica sintomática não específica, verificando-se o recurso aos anti-inflamatórios não esteróides. A terapêutica sintomática específica é feita com recurso a fármacos ergotamínicos e triptanos. De forma geral, os inquiridos foram aconselhados a iniciar a terapêutica pelo médico e recorrem algumas vezes ao seu uso.

Os efeitos adversos resultantes da medicação foram pouco mencionados, sendo as arritmias e palpitações os mais indicados. Quanto às patologias concomitantes, conclui-se que a hipertensão arterial é a que mais utentes afeta, sendo importante a verificação e precaução da toma concomitante de agentes anti-enxaqueca e antihipertensores.

A eficácia dos medicamentos, assim como a satisfação e melhoria da qualidade de vida foram alcançadas em grande percentagem de utentes, o que é uma mais-valia a nível individual e a nível social, profissional e económico.

A enxaqueca deve ser encarada como uma doença debilitante que necessita de acompanhamento e monitorização da terapêutica. Assim, o farmacêutico surge como um profissional de saúde que deve informar e prestar aconselhamentos aos doentes, alertando-os

de possíveis efeitos adversos e interações com outros medicamentos que se encontrem a utilizar.

A melhor forma de acompanhar o utente e avaliar a evolução da enxaqueca, seria a implementação de um sistema de seguimento farmacoterapêutico, onde fosse possível controlar as crises e prevenir outros problemas de saúde. Consequentemente, a eficácia do tratamento aumentaria significativamente, o que se refletiria numa interação utente-farmacêutico muito mais fortalecida.

8. Referências bibliográficas

1. Merck Sharp & Dome (MSD). Disponível em: <http://msd.pt/neurologia/> (Consultado a 20 de fevereiro de 2015)
2. News Medical. Disponível em: <http://www.news-medical.net/health/Migraine-History.aspx> (Consultado a 20 de fevereiro de 2015)
3. Figueiredo J. *Avaliação da Eficácia da Acupuntura no Tratamento da Enxaqueca segundo o Modelo de Heidelberg*. Pesquisa Científica no Âmbito do Projecto em Medicina Tradicional Chinesa, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (2010)
4. Sociedade Portuguesa de Cefaleias. *Classificação Internacional de Cefaleias*. Disponível em: <http://www.cefaleias-spc.com/?p=165> (Consultado a 30 de abril de 2015)
5. World Health Organization, Lifting the Burden. *Atlas of Headache Disorders and Resources in the World 2011* (2011)
6. dos Santos Corrêa T.; Miranda dos Santos T.; Galato D. *Prevalence and management of headache in a selected area of Southern Santa Catarina*. Arquivos de Neuropsiquiatria. 68 (2010), 216- 23
7. Pereira Monteiro JM. *Cefaleias: estudo epidemiológico e clínico de uma população urbana*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Médicas, área de especialização em Medicina Interna, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (1995).
8. Stovner L.J.; Andree C. *Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight Project*. The Journal of headache and pain 11 (2010) 289-99
9. Wang X.; Zhou H.; Sun J.; Zhu Y.; Zhao Y. S. *Prevalence of migraine in university students: a systematic review and meta-analysis*. European Journal of Neurology. (2015) 1-12.

10. Albers L.; Straube A.; Landgraf M.; Filippopoulos F.; Heinen F.; Kries R. *Migraine and tension type headache in adolescents at grammar school in Germany - burden of disease and health care utilization*. The Journal of Headache and Pain. 16 (2015) 52
11. European Commission. Special Eurobarometer 272 "Health in European Union". Disponível em: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272e_en.pdf (Consultado a 20 de julho de 2015)
12. Oliveira e Ferreira L.R. *Neuroepidemiologia no mundo: o particular de Portugal*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (2011)
13. Félix J.; Inês M.; Costa C. *ANÁLISE PROBABILÍSTICA DE CUSTO-EFECTIVIDADE: Utilização do Eletriptano no tratamento das crises de enxaqueca em Portugal*. Acta Médica Portuguesa. 18 (2005) 77-87
14. Monteiro JM.; Matos E.; Calheiros JM. *Headaches in medical school students*. Neuroepidemiology. 13 (1994) 103-107
15. Sociedade Portuguesa de Cefaleias. *Princípios europeus da abordagem das cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários*. European Headache Federation (2010)
16. Repositório Institucional do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1166/1/Cefaleias%20por%20abuso%20medicamentoso.pdf> (Consultado a 20 de maio de 2015)
17. Sociedade Portuguesa de Cefaleias. ABC. Disponível em: http://www.cefaleias-spc.com/?page_id=93 (Consultado a 30 de junho de 2015)
18. Machado J.; Barros J.; Palmeira M. *Enxaqueca: fisiopatogenia, clínica e tratamento*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 22 (2006) 461-470.
19. Rossi P.; Faroni J.V.; Nappi G. *Medication overuse headache: predictors and rates of relapse in migraine patients with low medical needs. A 1-year prospective study*. Cephalalgia. 28 (2008) 1196-1200
20. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Nistagmo> (Consultado a 10 de julho de 2015)
21. Lemos C.; Afonso I.; Barros J.; Sequeiros J.; Pereira-Monteiro J.; Mendonça D.; Sousa A. *Assessing Risk Factors for Migraine: Differences in Gender Transmission*. Public Library of Science, PloS One. (2012) 7(11): e50626
22. Ripa P.; Ornello R.; Sacco S. *Migraine in menopausal women: a systematic review*. International Journal of Women's Health (2015) 773-782
23. Zebenholzer K.; Frantal S.; Pablik E.; Lieba-Sarnal D.; Salhofer-Polanyl S.; Wober-Bingol C.; Wober C. *Reliability of assessing lifestyle and trigger factors in patients with migraine - findings from the PAMINA study*. European Journal of Neurology (2015) 1-7

24. Streel S.; Donneau A.F.; Hoge A.; Albert A.; Schoenen J.; Guillaume M. *Prévalence sur un an de la migraine déterminée par une version française étendue et validée de l'ID Migraine™ : étude en population générale belge*. Revue Neurologique (2015)
25. Warner F.; Cragg J.; Kramer J. *Spinal Cord Injury and Migraine Headache: A Population-Based Study*. Public Library of Science, PloS One (2015) 10(9):e0139181
26. Peixoto M.J. *Genética da enxaqueca*. Repositório aberto da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (2011)
27. Martins I. *Enxaqueca da Clínica para a Etiopatogenia*. Acta Médica Portuguesa (2015) 589-598
28. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Disponível em: <http://www.aped-dor.com/images/FactSheets/Cefaleias/en/12-Neuroimaging-EN.pdf> (Consultado a 6 de agosto de 2015)
29. Gil-Gouveia R.; Martins I. *Validation of the Portuguese Version of ID-Migraine™*. The Journal of Head and Face Pain. 50 (2010) 396-402
30. Sarrouilhe D.; Dejean C.; Mesnil M. *Involvement of gap junction channels in the pathophysiology of migraine with aura*. Frontiers in Physiology. (2014) 5:78
31. Becker W.J. *Acute Migraine Treatment*. Continuum (Minneap Minn) 21 (2015) 953-972
32. Hougaard A.; Tfelt-Hansen P. *Review of dose-response curves for acute antimigraine drugs: triptans, 5-HT_{1F} agonists and CGRP antagonists*. Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology. 11 (2015) 1409-1418
33. Weatherall M.W. *Drug therapy in headache*. Journal of the Royal College of Physicians. 15 (2015) 273-279
34. Buse D.; Serrano D.; Reed M.; Kori S.; Cunanan C.; Adams A.; Lipton R. *Adding Additional Acute Medications to a Triptan Regimen for Migraine and Observed Changes in Headache - Related Disability: Results From the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study*. The Journal of Head and Face Pain. 55 (2015) 825-83
35. Knowles S.; Oh P.; Gomes T. *Triptans for Acute Migraine: Drug Class Review to Help Inform Policy Decisions*. The Journal of Head and Face Pain. 55 (2015) 191-198
36. Khan S.; Mascarenhas A.; Mooree J.E.; Knowles S.; Gomes T. *Access to Triptans for Acute Episodic Migraine: A Qualitative Study*. The Journal of Head and Face Pain. 55 (2015) 199-211
37. Cameron C.; Kelly S.; Hsieh S.C.; Murphy M.; Chen L.; Kotb A. *Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review and Network Meta-Analysis*. The Journal of Head and Face Pain. 55 (2015) 221-235
38. Infarmed. *Resumo das Características do Medicamento*. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=41585&tipo_doc=rcm. (Consultado a 2 de setembro de 2015)

39. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=50810&tipo_doc=rcm (Consultado a 2 de setembro de 2015)
40. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=50636&tipo_doc=rcm (Consultado a 2 de setembro de 2015)
41. Veloso T. S.; Cambão M.S. *Migraine treatment: a chain of adverse effects*. Springerplus. 4 (2015) 409
42. Cobb-Pitstick K.; Hershey A.; O'Brien H. *Factors Influencing Migraine Recurrence After Infusion and Inpatient Migraine Treatment in Children and Adolescents*. The Journal of Head and Face Pain (2015)
43. Bial. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: https://www.bial.com/imagem/RCM_Migretil_20120419.pdf (Consultado a 20 de fevereiro de 2015)
44. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=5598&tipo_doc=rcm (Consultado a 20 de fevereiro de 2015)
45. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=9490&tipo_doc=rcm (Consultado a 20 de fevereiro de 2015)
46. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=33301&tipo_doc=rcm (Consultado a 20 de fevereiro de 2015)
47. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=33302&tipo_doc=rcm (Consultado a 20 de fevereiro de 2015)
48. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=1783&tipo_doc=rcm (Consultado a 23 de setembro de 2015)
49. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=30259&tipo_doc=rcm (Consultado a 23 de setembro de 2015)
50. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=5333&tipo_doc=rcm (Consultado a 20 de fevereiro de 2015)

Anexos

Anexo 1 - Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos a enviar ao Infarmed

GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE		SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILÂNCIA Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos Profissionais de Saúde		infarmed AUTORIDADE NACIONAL DE SEGURANÇA MEDICINA		
Notifique sempre que suspeitar de uma reação adversa				CONFIDENCIAL		
A. Reação adversa a medicamento (RAM)						
Descrição	Data início ¹	Data fim	Duração RAM se < 1 dia			
	__/__/__	__/__/__	h	min		
	__/__/__	__/__/__	h	min		
	__/__/__	__/__/__	h	min		
	__/__/__	__/__/__	h	min		
Considera a reação adversa (ou o caso, se mais do que uma reação) ² grave? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, porque considera grave? <input type="checkbox"/> Resultou em morte __/__/__ <input type="checkbox"/> Resultou em incapacidade significativa (especifique em F.) <input type="checkbox"/> Colocou a vida em risco <input type="checkbox"/> Causou anomalias congénitas <input type="checkbox"/> Motivou ou prolongou internamento <input type="checkbox"/> Outra ³ (especifique em F.)						
Tratamento da reação adversa:						
B. Medicamento(s) suspeito(s)						
Nome de marca	Lote	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
#1						
#2						
O medicamento foi suspenso devido à reação <input type="checkbox"/> A reação melhorou após suspensão <input type="checkbox"/> Ou manteve-se <input type="checkbox"/> Houve redução da posologia (especifique em F.) <input type="checkbox"/> Suspeita de interação ⁴ entre medicamentos (especificar em F.) <input type="checkbox"/> O mesmo fármaco foi reintroduzido <input type="checkbox"/> Ocorreu reação adversa idêntica quando da reintrodução <input type="checkbox"/> São conhecidas reações anteriores ao mesmo fármaco <input type="checkbox"/> São conhecidas reações anteriores a outros fármacos <input type="checkbox"/>						
Considera a relação casual: <input type="checkbox"/> Definitiva (certa) <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Possível <input type="checkbox"/> Improvável						
C. Medicamentos concomitantes, incluindo automedicação (e outro tipo de produtos)						
Nome de marca	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim	
#3						
#4						
#5						
#6						
#7						
D. Doente						
Iniciais do nome _____		<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	Peso _____ Kg	Altura _____ cm	
Data de nascimento __/__/__		Ou idade à data da ocorrência da(s) RAM(s) _____				
Como evoluiu o doente em relação à(s) RAM(s)?						
<input type="checkbox"/> Cura	<input type="checkbox"/> Em recuperação	<input type="checkbox"/> Persiste sem recuperação	<input type="checkbox"/> Morte sem relação com a reação			
<input type="checkbox"/> Cura com sequelas	<input type="checkbox"/> Desconhecida		<input type="checkbox"/> Morte com possível relação com a reação			
E. Profissional de saúde						
Nome _____						
Profissão _____			Especialidade _____			
Local de trabalho _____						
Contactos ⁵ <input type="checkbox"/> Telefone/Telemóvel _____ <input type="checkbox"/> e-mail _____						
Data __/__/__		Assinatura _____				

F. Comentários (Dados relevantes de história clínica e farmacológica, alergias, gravidez, exames auxiliares de diagnóstico ou outros)

Obrigado pela sua colaboração

Para sua maior comodidade, encontra-se disponível em www.infarmed.pt o link para a nova plataforma de recolha de informação sobre suspeitas de reações adversas a medicamentos: PORTAL RAM.

¹ Se for inferior a 1 dia o intervalo de tempo entre a 1.ª administração do medicamento e a RAM, especifique em F.

² Se ocorreu mais do que uma RAM, considere a gravidade do caso i.e. o conjunto das reações adversas.

³ No conceito de gravidade, o item "Outra" é utilizado quando a RAM não colocar imediatamente a vida em risco ou resultar em morte, ou em internamento, mas requeira intervenção do profissional de saúde para prevenir que a reação evolua para qualquer um dos outros critérios de gravidade.

⁴ Se existir suspeita de interação, considere os respetivos medicamentos como suspeitos.

⁵ Mencione os melhores meios de contacto para ser possível a partilha de informação durante o processamento da notificação. Os dados do profissional de saúde notificador são confidenciais.

Para ser considerada válida, uma notificação de reação adversa deverá ter, no mínimo: a informação do profissional de saúde com o meio de contacto; a identificação do doente por iniciais, data de nascimento, idade, grupo etário ou sexo; pelo menos um fármaco/medicamento suspeito e pelo menos uma reação adversa suspeita.

Devem ser notificadas todas as suspeitas de reações adversas graves, mesmo as já descritas; todas as suspeitas de reações adversas não descritas (desconhecidas até à data) mesmo que não sejam graves e todas as suspeitas de aumento da frequência de RAM (graves e não graves).

Entidade	Telefone	Fax	e-mail
Direção de Gestão do Risco de Medicamentos / INFARMED, LP	217 987 140	217 987 397	farmacovigilancia@infarmed.pt
Unidade de Farmacovigilância do Norte	220 426 952 / 943	225 513 682	ufn@med.up.pt
Unidade de Farmacovigilância do Centro	239 480 138	239 480 117	ufc@abili.pt
Unidade de Farmacovigilância de Lisboa e Vale do Tejo	217 802 120 / 7	217 802 129	ufvt@sapo.pt
Unidade de Farmacovigilância do Sul	217 971 340	217 971 340	ufs@ff.lisboa.pt

INVÓLUCRO
MENSAGEM

AUTORIZAÇÃO
N.º 0003
DE00332013GR



INFARMED, I.P.

Direção de Gestão do Risco de Medicamentos

AV BRASIL 53
1749-004 LISBOA

Anexo 2 - Receita médica por via eletrónica e guia de tratamento e receita manual.

Receita Médica N ^o (representação em código de barras e caracteres)		
GOVERNO DE PORTUGAL ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE		
Utilizador: (N ^o do utente em código de barras e caracteres) Telefone: R.C.: Entidade Responsável: N ^o de Beneficiário: (representação em código de barras e caracteres)		
(N ^o de cédula profissional, em código de barras e caracteres ou vinheta de prescriptor)	(Nome profissional) Especialidade: Telefone:	(Local de Prescrição) (representação em código de barras e caracteres)
R ₁ DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	N ^o Entorno	Identificação Ótica
1		
2		
3		
4		
Validade: 30 dias Data: ____/____/____	Pretendo exercer o direito de opção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Guia de tratamento para o utente	
Receita Médica N ^o : (representação em código de barras e caracteres)	
Local de Prescrição:	Telefone:
Prescritor:	Utente:
Código Acesso:	Código Direito opção:
<i>(informação a utilizar para dispensa de medicamentos na farmácia)</i>	
DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	N ^o
1	
2	
3	
4	
Encargo para o utente de acordo com os medicamentos comercializados que cumprem a prescrição médica 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 4) <input type="checkbox"/>	
Para obter mais informações sobre o preço dos medicamentos • Consulte «Pesquisa Medicamentos», no sítio do INFARMED(www.infarmed.pt); • Contacte a Linha de Medicamento 800 222 444 (Dias úteis: 09.00-13.00 e 14.00-17.00) • Fale com o seu médico ou farmacêutico.	
Data: ____/____/____	

Receita Médica N ^o		
GOVERNO DE PORTUGAL ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE		
Utilizador: N ^o de Utilizador: Telefone: Entidade Responsável: N ^o de Beneficiário:		R.C.:
Vinheta do Prescritor Especialidade: Telefone:		Vinheta do Local de Prescrição
R ₁ DCI/ Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem	N ^o Entorno	
1		
Posologia		
2		
Posologia		
3		
Posologia		
4		
Posologia		
Validade: 30 dias Data: ____/____/____ (assinatura)	Assinatura do Prescritor	Pretendo exercer o direito de opção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (assinatura do Utente)

Anexo 3 - Portarias e Despachos de participações especiais

Dispensa em Farmácia Oficina

Patologia Especial	Âmbito	Comp.	Legislação
PARAMILOIDOSE	Todos os medicamentos	100%	Desp. 4 521/2001 (2ª série), de 31/1/2001
LÚPUS	Medic. comparticipados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
HEMOFILIA	Medic. comparticipados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
HEMOGLOBINOPATIAS	Medic. comparticipados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
DOENÇA DE ALZHEIMER	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 13020/2011 (2ª série), de 20 de Setembro	37% (quando prescrito por neurologistas ou psiquiatras)	Despacho n.º 13020/2011, de 20/09
PSICOSE MANIACO-DEPRESSIVA	Priadel (carbonato de lítio)	100%	Desp. 21 094/99, de 14/9
DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 1234/2007 (2ª série), de 29 de Dezembro de 2006	90% (quando prescrito por médico especialista)	Despacho n.º 1234/2007, de 29/12/2006, alterado pelo Despacho n.º 19734/2008, de 15/07, Despacho n.º 15442/2009, de 01/07, Despacho n.º 19696/2009, de 20/08, Despacho n.º 5822/2011, de 25/03 e Despacho n.º 8344/2012, de 12/06
ARTRITE REUMATÓIDE E ESPONDILITE ANQUILOSANTE	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 14123/2009 (2ª série), de 12 de Junho	69%	Despacho n.º 14123/2009 (2ª série), de 12/06, alterado pelo Despacho n.º 12650/2012, de 20/09
DOR ONCOLÓGICA MODERADA A FORTE	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10279/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008	90%	Despacho n.º 10279/2008, de 11/03, alterado pelo Despacho n.º 22186/2008, de 19/08, Despacho n.º 30995/2008, de 21/11, Despacho n.º 3285/2009, de 19/01, Despacho n.º 6229/2009 de 17/02, Despacho n.º 12221/2009 de 14/05, Declaração de Rectificação n.º 1856/2009, de 23/07, Despacho n.º 5725/2010 de 18/03, Despacho n.º 12457/2010 de 22/07 e Despacho n.º 5824/2011 de 25/03 e Despacho n.º 57/2014 de 19/12/2013
DOR CRÓNICA NÃO ONCOLÓGICA MODERADA A FORTE	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10280/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008	90%	Despacho n.º 10280/2008, de 11/03, alterado pelo Despacho n.º 22187/2008, de 19/08, Despacho n.º 30993/2008, de 21/11, Despacho n.º 3286/2009, de 19/01 e Despacho n.º 6230/2009, de 17/02, Despacho n.º 12220/2009, de 14/05, Despacho n.º 5726/2010 de 18/03, Despacho n.º 12458/2010 de 22/07, Despacho n.º 5825/2011 de 25/03 e Despacho n.º 251/2014 de 23/12/2013
PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10910/2009, de 22 de Abril	69%	Despacho n.º 10910/2009, de 22/04 alterado pela Declaração de Rectificação n.º 1227/2009, de 30/04, Despacho n.º 15443/2009, de 01/07, Despacho n.º 5643/2010, de 23/03, Despacho n.º 8905/2010, de 18/05, Despacho n.º 13796/2012, de 12/10 e Despacho n.º 56/2014, de 19/12/2013
ICTIOSE	Medicamentos referidos nos números 13.3.1, 13.3.2 - Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos - e 13.4.2.2 - Medicamentos usados em afeções cutâneas - do Grupo 13 do Escalão C da tabela anexa à Portaria n.º 78/2014, de 3 de abril	90 %	Despacho n.º 5635-A/2014, de 24/04

Anexo 4 - Exemplo de quadro de registo de psicotr3picos ou estupefacientes gerado pelo Spharm

Insira dados Aviamento Receita Psicotr3pico / Estupefaciente

5334461 - Palexia Retard 100 Mg 30 Comp. Lib. P Estupefaciente

M3dico:

C3digo:

Nome:

N3 Receita:

Doente:

Nome:

Morada:



Adquirente:

Nome:

Data Nasc.:

Doc. Ident.: Cart3o Cidad3o

N3 Doc.: Validade.:

Anexo 5 - Lista de Situações passíveis de automedicação

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

Anexo 6 - Classificação dos tipos e subtipos de enxaqueca de acordo com “International Classification of Headache Disorders” (ICHD-II, 2014) da “International Headache Society” (IHS)

I. Enxaqueca

1.1 Enxaqueca sem aura

1.2 Enxaqueca com aura

1.2.1 Enxaqueca com aura típica

1.2.1.1 Aura típica com cefaleia

1.2.1.2 Aura típica sem cefaleia

1.2.2 Enxaqueca com aura do tronco cerebral

1.2.3 Enxaqueca hemipléfica

1.2.3.1 Enxaqueca hemipléfica familiar (FHM)

1.2.3.1.1 Enxaqueca hemipléfica familiar tipo 1 (FHM1)

1.2.3.1.2 Enxaqueca hemipléfica familiar tipo 2 (FHM2)

1.2.3.1.3 Enxaqueca hemipléfica familiar tipo 3 (FHM3)

1.2.3.1.4 Enxaqueca hemipléfica familiar, outros loci

1.2.3.2 Enxaqueca hemipléfica esporádica

1.2.4 Enxaqueca retiniana

1.3 Enxaqueca crónica

1.4 Complicações da enxaqueca

1.4.1 Estado de mal de enxaqueca

1.4.2 Aura persistente sem enfarte

1.4.3 Enfarte devido a enxaqueca

1.4.4 Crise epilética precipitada por enxaqueca com aura

1.5 Enxaqueca provável

1.5.1 Enxaqueca sem aura, provável

1.5.2 Enxaqueca com aura provável

1.6 Síndromes episódicas que podem estar associadas a enxaqueca

1.6.1 Perturbação gastrointestinal recorrente

1.6.1.1 Síndrome de vômitos cíclicos

1.6.1.2 Enxaqueca abdominal

1.6.2 Vertigem paroxística benigna

1.6.3 Torcicolo paroxístico benigno

Anexo 7 - Distribuição da descendência afetada e não afetada pela enxaqueca de acordo com o género e com a transmissão dos pais.

Offspring	Affected (%)	Non-affected (%)	Total	Parents	Affected (%)	Non-affected (%)	Total
Daughters	27 (75)	9 (25)	36	Mothers	60 (78)	17 (22)	77
Sons	14 (44)	18 (56)	32	Fathers	11 (31)	24 (69)	35

Anexo 8 - Exemplos de tratamento não farmacológico. Comportamentos que devem ser alterados

COMPORTAMENTOS A MODIFICAR	
<p>PODE AJUDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono regular - Exercício regular - Refeições regulares - Abolir o chocolate, álcool e cafeína - Abolir as comidas com tiramina - Abolir o glutamato monosódico - Limitar ingestão de medicamento - Controlar o "stress" 	<p>TALVEZ POSSA AJUDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abolir os produtos lácteos - Abolir os citrinos - Abolir os anticoncepcionais orais - Os fármacos vasodilatadores - Evitar odores: perfumes, tabaco - Elaborar um calendário das crises - Registrar a ingestão de medicação analgésica

Anexo 9 - Inquérito realizado no âmbito do projetos de investigação

Inquérito

Enxaquecas: Conhecimento geral da população e utilização de medicamentos

O presente inquérito insere-se no âmbito da componente de investigação do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas na Universidade da Beira Interior intitulada "Agentes anti-enxaqueca - perfil de utilização, efeitos secundários e interações medicamentosas". A investigação pretende estudar a prevalência de enxaquecas na região Centro de Portugal, o nível de conhecimento da população sobre este assunto, estudar a utilização dos medicamentos usados para a tratar, bem como os seus efeitos secundários e interações medicamentosas. Todos os dados recolhidos através deste inquérito são anónimos, sendo que a participação neste estudo é voluntária.

Agradeço, desde já, a sua participação.

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Na sua opinião, dor de cabeça e enxaqueca são equivalentes?

Sim Não

3.1. Se respondeu **não**,

3.1.1. Em que diferem? (selecione uma ou mais opções)

- Frequência da dor
- Duração da dor
- Localização da dor
- Intensidade da dor
- Outro: Qual?

3.1.2 Considera que a enxaqueca é uma doença crónica?

Sim Não

4. Costuma ter enxaquecas?

Sim Não

- Se respondeu **não**, terminou o inquérito. Obrigada pela sua colaboração!
- Se respondeu **sim**,

4.1. Com que frequência tem enxaquecas?

- Menos de uma vez por mês
- Uma vez por mês
- Duas vezes por mês
- Três ou mais vezes por mês

4.2. Caracterização da dor:

4.2.1. Onde se localiza a dor?

- Unilateral (apenas de um lado da cabeça)
- Testa
- Nuca
- Lateral
- Difusa (propaga-se por toda a cabeça)
- Outro: _____

4.2.2. Numa escala de 1 a 5, como caracteriza a intensidade da dor mais habitual, (sendo que o 1 corresponde à menor intensidade e o 5 à maior)?

1 2 3
4 5

4.2.3. Qual a sua duração habitual?

- Até 1 hora
- 2 a 3 horas
- 3 horas a 1 dia
- 1 a 3 dias
- Mais de 3 dias

4.2.4. Qual o tipo de dor?

- Contínua
- Pulsátil/ latejante

4.3. Que outros sintomas costuma ter?

- Náuseas e vômitos
- Fotofobia (agrava com a luz)
- Fonofobia (agrava com o ruído)
- Irritabilidade
- Visões de pontos brilhantes
- Nenhum, além da dor
- Outro. Qual? _____

4.4. Qual/quais motivo (s) considera que está/estão na origem da dor?

- Stress
- Jejum prolongado
- Dormir mais ou menos do que o de costume
- Perfumes e outros odores muito fortes
- Esforço físico
- Luzes e sons intensos
- Abuso de medicamentos, incluindo analgésicos
- Fatores hormonais (menstruação, toma da pílula, por exemplo)
- Alimentos e bebidas
- Outro. Qual? _____

4.5. Costuma tomar algum medicamento/ substância para reduzir as dores?

Sim

Não

- Se respondeu **não**, o inquérito terminou.
Obrigada pela sua colaboração!

- Se respondeu **sim**,

4.5.1. O que toma?

- Café
- Chás / produtos naturais
- Paracetamol (Ex.: Ben-u-ron[®], Dafalgan[®])
- Aspirina[®]/ Migraspirina[®]
- Ibuprofeno (Ex.: Brufen[®], Nurofen[®], Trifene[®])
- Nimesulida (Ex.: Nimed[®])
- Migrétil[®]
- Migraleve[®]
- Zomig[®]
- Dorlise[®]
- Migard[®]
- Maxalt[®]
- Outro(s): _____
- Não se lembra

4.5.2 Por que razão começou a tomar?

- Indicação do médico
- Conselho do farmacêutico
- Conselho de amigos/ familiares
- Iniciativa própria
- Publicidade
- Outro. Qual? _____

4.5.3. Com que frequência toma?

- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Diariamente

4.5.4. Acha que a medicação que toma tem sido eficaz / satisfaz as suas necessidades/ aumenta a sua qualidade de vida?

Sim

Não

4.5.5. A administração do medicamento/ substância é efetuada de acordo com a orientação do médico/farmacêutico/folheto informativo?

Sim

Não Se não, como toma a medicação? _____

4.5.6. Desde que iniciou a toma destes medicamentos/ substâncias, tem vindo a sentir algum tipo de efeito adverso?

Sim

Não

4.5.6.1. Se sim, indique qual ou quais:

- Alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia)
- Tonturas
- Nervosismo, agitação
- Sonolência, fadiga/cansaço
- Perturbações visuais
- Rubores/vermelhidão da pele
- Desconforto na garganta
- Arritmias, palpitações
- Outro. Qual? _____

4.5.7. Preencha a seguinte tabela com a **medicação** que toma de acordo com a doença ou condição associada que apresenta.

Caso não tenha **nenhuma** das condições apresentadas, indique também que outros medicamentos toma.

Doença/condição associada	Medicamentos
Epilepsia	
Hipertensão arterial	
Doença relacionada com o coração (Cardiopatia)	
AVC	
Asma	
Diabetes	
Doença relacionada com o fígado (Hepatopatia)	
Doença relacionada com os rins (Nefropatia)	
Infeções	
Doenças da visão (Glaucoma)	
Outro: _____	

Obrigada pela colaboração!

Ana Filipa de Jesus Marques

Validação do inquérito

Indivíduos sem conhecimentos na área de saúde:

1. Idade: 50

Formação: 12º ano de escolaridade

Sugestão:

- pergunta 4.2.2: identificar qual a ordem crescente da intensidade da dor
- pergunta 4.5.7: colocar entre parêntesis o nome científico

2. Idade: 54

Formação: 12º ano de escolaridade

Sugestão:

- pergunta 3.1: colocar “selecione uma ou várias opções”

3. Idade: 18

Formação: 10º ano de escolaridade

Sugestão:

- pergunta 4.2.4: significado de “pulsátil”

4. Idade: 22

Formação: 12º ano de escolaridade

Sugestão:

- Destacar o tema do inquérito

5. Idade: 23

Formação: 12º ano de escolaridade

Sugestão:

- Pergunta 4.3: alterar a palavra “aversão”

Indivíduos om conhecimentos na área da saúde

1. Idade: 32

Formação: Farmacêutico

Sugestão:

- pergunta 4.5.1: acrescentar “nimesulida” nas opções

2. Idade: 35

Formação: Farmacêutico

Sugestão:

- pergunta 4.4.: acrescentar a toma da pílula como opção para a causa das enxaquecas

3. Idade: 29

Formação: Farmacêutico

Sugestão:

- pergunta 4.5.7: acrescentar no quadro “doenças da visão”

4. Idade: 29

Formação: Farmacêutico

Dificuldade:

- pergunta 3.1 e 3.2 estão confusas

5. Idade: 24

Formação: Médico do ano comum

Sugestão:

- pergunta 3.1 e 3.2: reestruturar para que fique mais perceptível

6. Idade: 23

Formação: Psicólogo clínico e da saúde

Sugestão:

- colocar “inquérito” como título
- pergunta 3.1 e 3.2: reestruturar para que fique mais perceptível
- pergunta 4.2.4: significado de “pulsátil”
- pergunta 4.5.6.1: significado de “rubores” e “fadiga”

Anexo 11 - Autorização para distribuição dos inquéritos na farmácia.
(Exemplo)

Autorização

Eu, Dra Cristina Coelho, diretora-técnica da farmácia Albino Pais em Nelas, autorizo a aluna Ana Filipa de Jesus Marques, que se encontra a fazer estágio curricular do curso Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior nesta farmácia, a distribuir, na mesma, inquéritos inseridos no âmbito da componente de investigação da aluna intitulada "*Agentes anti-enxaqueca - perfil de utilização, efeitos secundários e interações medicamentosas*" para a conclusão do curso. A investigação pretende estudar a prevalência de enxaquecas na região Centro de Portugal, o nível de conhecimento da população sobre este assunto, estudar a utilização dos medicamentos usados para a tratar, bem como os seus efeitos secundários e interações medicamentosas.

(Dra. Cristina Coelho)

Nelas, ____ de _____ de 2015

Anexo 12 - Risco dos fármacos anti-enxaqueca nas doenças ou condições associadas

Droga	Epilepsia	Hipertensão Arterial	Doença vascular periférica	Cardiopatía	AVC	Asma	Glaucoma	Diabete	Úlcera péptica ativa	Hepatopatía	Nefropatía	Discrasias sanguíneas	Infeções sistémicas
Paracetamol	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+
Aspirina	+	+	+	+	+	-	+	+	Δ	+	-	Δ	+
Dipirona	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Opiáceos	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+
AINE	+	-	+	+	+	Δ	+	+	Δ	+	-	Δ	+
Isonetepreno	+	-	-	-	?	-	Δ	+	+	-	+	+	+
DHE	+	-	-	-	?	+	+	+	+	-	-	+	Δ
Ergotamina	+	-	Δ	Δ	Δ	+	+	+	+	-	-	+	Δ
Sumatriptano	+	-	-	Δ	Δ	+	+	+	+	+	+	+	+
Triptanos (2ª ger)	+	-	-	Δ	Δ	+	+	+	+	-	-	+	+
Corticóides	+	-	+	-	+	+	+	Δ	Δ	+	+	+	Δ
Clorpromazina	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Cafetina	+	+	+	-	+	+	+	+	Δ	+	+	+	+
Metoclopramida	+	+	+	+	+	+	+	+	Δ*	+	+	+	+
Domperidona	+	+	+	+	+	+	+	+	Δ*	+	+	+	+

Legenda: +, segura; -, uso com precaução; Δ, contra-indicada; ?, agto desconhecida; *, com sangramento.