



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Avaliação do Consumo de Drogas de Abuso por
Estudantes Universitários
Experiência Profissionalizante na vertente Comunitária,
Hospitalar e Investigação**

Sara Martins de Oliveira

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

Orientador: Prof. Doutora María Eugenia Gallardo Alba
Co-orientador: Doutor Mário Jorge Dinis Barroso

Covilhã, Outubro de 2014

“Look wide, and even when you think you are looking wide - look wider still”

Robert Baden-Powell

Dedicatória

Aos meus pais e à minha irmã.

Agradecimentos

Gostaria de começar por expressar o meu reconhecimento à Professora Doutora Eugenia Gallardo e ao Doutor Mário Barroso, que tão amavelmente se disponibilizaram a orientar a presente tese. A toda a sabedoria e conhecimentos transmitidos, ao apoio e aos conselhos prestados, os meus sinceros agradecimentos.

Agradeço a toda a equipa dos Serviços Farmacêuticos do IFO, em especial ao meu orientador de estágio em Farmácia Hospitalar, Doutor Felice Musicco e à Doutora Nicoletta Jannitti. Sem a sua dedicação e paciência, a minha experiência em Itália não teria sido tão enriquecedora e memorável.

Agradeço à minha querida orientadora de estágio em Farmácia Comunitária, Doutora Anabela Lopes, pelo incentivo, transmissão de conhecimentos e ajuda, mas, acima de tudo, pela amabilidade com que sempre lidou com os estagiários. A toda a equipa da Farmácia Gama, pelo profissionalismo, espírito de amizade e entreajuda transmitidos, a minha eterna gratidão.

Não posso também deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos ao Professor Doutor Samuel Silvestre, que sempre me apoiou e me possibilitou vivenciar duas diferentes experiências de Erasmus, que operaram em mim transformações significativas a nível pessoal e académico/profissional no campo da saúde. Foi a abertura de uma janela repleta de oportunidades.

Um especial agradecimento à minha família, e em particular aos meus pais, pelo apoio que me deram e pela motivação que sempre inculcaram em mim, acreditando nas minhas capacidades e dando-me a energia suficiente para continuar sem desistir. Sem eles, a pessoa que sou hoje não existiria.

Um profundo agradecimento às minhas amigas de Viseu, pela amizade, apoio e compreensão sempre presentes durante todos estes anos.

Sublinho também o sentimento de gratidão às minhas colegas de curso, as “miguitas”, pelo carinho e amizade.

Resumo

O presente relatório encontra-se dividido em três capítulos.

As drogas de abuso e os efeitos negativos consequentes do seu consumo são um importante problema de saúde pública e fonte de preocupação. O início de consumo destas substâncias é cada vez mais precoce e a comunidade estudantil está particularmente vulnerável a esta prática. Assim, o primeiro capítulo refere-se à investigação desenvolvida no contexto da avaliação do consumo de drogas de abuso pela população estudantil da Universidade da Beira Interior. Neste âmbito, foi distribuído um inquérito aos alunos desta instituição, que abordava vários aspetos relacionados com o consumo de drogas de abuso. Dos resultados obtidos concluiu-se que os indivíduos do sexo masculino (59,7%) são os principais consumidores destas substâncias. Foi também possível afirmar que as drogas mais consumidas foram a cannabis, as substâncias adquiridas nas smartshops, cocaína e ainda as anfetaminas. De uma forma geral, os resultados demonstraram uma diminuição na continuidade de uso ao longo do tempo, com exceção da cannabis. Verificou-se também que mais de metade dos inquiridos iniciou o seu consumo antes de começar os seus estudos na universidade, para as drogas de abuso em geral, e que 24% declarou ter sofrido problemas de saúde consequentes do seu uso. Constatou-se que o local mais habitual de consumo é em casa, com companhia de amigos, e que o uso destas drogas ocorre com frequência juntamente com consumo de tabaco (66,8%). Por fim, cerca de 82% dos inquiridos afirmou acreditar na existência de um estigma social em relação aos consumidores de drogas de abuso e a maioria acredita estar suficientemente informado sobre estas substâncias.

O segundo capítulo refere-se à experiência profissional desenvolvida no *Instituto Fisioterapici Ospitalieri* (IFO), em Roma (Itália), que decorreu no período de 5 de fevereiro a 7 de maio de 2014. Neste relatório estão descritas as atividades efetuadas, assim como os conhecimentos e competências adquiridas nos serviços farmacêuticos deste instituto.

No terceiro e último capítulo, encontra-se descrita a experiência profissional adquirida na vertente da farmácia comunitária, realizada na Farmácia Gama (Viseu) de 9 de maio a 31 de julho. Este capítulo tem como objetivo abordar todas as atividades realizadas e competências adquiridas durante o estágio.

Palavras-chave

Drogas de abuso; Consumo; Estudantes universitários; Farmácia hospitalar; Farmácia comunitária

Abstract

This report is divided into three chapters.

Drugs of abuse and the consequent negative effects of their consumption are an important public health problem and a source of concern. The use of these substances it's beginning earlier and the student community is particularly vulnerable to this practice. Thus, the first chapter refers to research undertaken in the context of drug abuse by students attending the University of Beira Interior. In this context, a survey was distributed to the students of this institution, which addressed various aspects related to the consumption of drugs of abuse. From the results obtained, it was concluded that males (59,7%) have the largest consuming rate of these substances, and that cannabis, substances acquired in smartshops, cocaine and amphetamines were the drugs mostly consumed. In general, the results showed a decrease in the continuity of use over time, being cannabis an exception. It was also found that more than half of the inquired students started their consumption before attending university, for drugs of abuse in general, and 24% claimed to have suffered health problems subsequent from consumption. It was found that the most common place of consumption is at home with the company of friends and that the use of these drugs often occurs along with tobacco (66,8%). Finally, about 82% of the students declared to believe in the existence of a social stigma towards consumers of drugs of abuse and most of them believe to be sufficiently informed about these substances.

The second chapter refers to the experience developed in *Instituti Fisioterapici Ospitalieri*, in Rome (Italy), from the 5th of february to the 7th of may 2014. In this report are described the activities, skills and knowledge acquired in the pharmaceutical services of this institute.

In the third and final chapter, it is described the experience acquired during the internship held in the community pharmacy, in specific in Farmácia Gama (Viseu), from the 9th of may until the 31st of july. This chapter aims at addressing all the activities performed and skills acquired during the internship.

Keywords

Drugs of abuse; Consumption; College students; Hospital pharmacy; Community pharmacy

Índice

Capítulo I – Avaliação do consumo de drogas de abuso por estudantes universitários	1
1. Introdução: Visão global do consumo de drogas de abuso	1
1.1. Legislação em Portugal	3
1.2. Conceitos e Classificação das Drogas de Abuso	4
1.2.1. Alucinogénios	6
1.2.1.1. Canabinóides	7
1.2.1.2. LSD	9
1.2.1.3. Cogumelos alucinogénicos	11
1.2.2. Depressores do Sistema Nervoso Central	12
1.2.2.1. Origem e substâncias derivadas do ópio	12
1.2.2.1.1. Heroína	13
1.2.2.2. Benzodiazepinas	15
1.2.2.3. Substâncias voláteis	16
1.2.3. Estimulantes do SNC	18
1.2.3.1. Anfetamina e derivados anfetamínicos	18
1.2.3.2. MDMA	19
1.2.3.3. Cocaína	21
1.2.4. Novas Substâncias Psicoativas	22
2. Justificação do tema e Objetivos	23
3. Metodologia	24
3.1. Seleção da amostra	24
3.2. Materiais e métodos	24
4. Resultados e Discussão	25
4.1. Caracterização da amostra	25
4.2. Avaliação do consumo de drogas de abuso na população em estudo	27
4.2.1. Prevalência de consumo de drogas de abuso	28
4.2.2. Consumo de drogas de abuso ao longo da vida, no último ano e no último mês	29

4.2.3. Consumo de drogas de abuso antes do início dos estudos universitários.....	31
4.2.4. Problemas de saúde relacionados com o consumo de drogas de abuso.....	33
4.2.5. Motivos que desencadearam o consumo de drogas de abuso.....	35
4.2.6. Locais e modo de consumo (companhias) habituais de consumo de drogas de abuso	36
4.2.7. Consumo de drogas de abuso conjuntamente com bebidas alcoólicas e tabaco.	37
4.2.8. Forma habitual de consumo da cannabis e legalidade desta substância	38
4.2.9. Existência de um estigma social relativamente aos consumidores de drogas de abuso	39
4.2.10. Nível de informação relativamente ao consumo de drogas de abuso.....	41
5. Conclusão e perspectivas futuras	41
6. Bibliografia.....	43
Capítulo II – Farmácia Hospitalar	49
1. Introdução	49
2. Enquadramento.....	49
3. Caracterização do IFO.....	50
3.1. Os serviços farmacêuticos da Farmácia Hospitalar Interna e da Farmácia Hospitalar Externa do IFO	51
3.1.1. Localização, espaço físico e horário de funcionamento.....	51
3.1.2. Recursos Humanos	52
4. Organização e gestão dos SF	52
4.1. Aprovisionamento	52
4.1.1. <i>Prontuario Terapeutico Ospedaliero</i>	52
4.1.2. Sistema de seleção	53
4.1.2.1. Fármacos não registados em Itália.....	53
4.1.2.2. Aquisição de fármacos que não constam no PTA	54
4.1.2.3. Aquisição de fármacos estupefacientes e psicotrópicos	54
4.2. Receção e conferência dos produtos adquiridos	55
4.2.1. Receção e conferência de fármacos estupefacientes e psicotrópicos.....	56

4.3. Armazenamento.....	57
5. Distribuição de medicamentos	57
5.1. <i>Dispensazione diretta</i>	58
5.1.1. <i>Dispensazione diretta alla dimissione</i>	58
5.1.2. <i>Dispensazione diretta de farmaci dei clase H</i>	62
5.1.2.1. Modalidade de prescrição.....	62
5.2. <i>Dispensazione all reparti</i>	62
5.3. <i>Dispensazione dei farmaci stupefacenti e psicotrope</i>	63
5.4. <i>Dispensazione della terapia sperimentale</i>	64
6. Produção	64
6.1. Preparação de fármacos citotóxicos	64
6.2. Manipulação galénica não estéril	67
6.3. Preparação de nutrição parentérica	69
7. Ensaio clínico.....	69
7.1 Circuito do medicamento experimental	70
8. Farmacovigilância.....	73
9. Medicina Nuclear	76
10. Comissões técnicas	76
11. Conclusão	77
12. Bibliografia	78
Capítulo III – Farmácia Comunitária.....	81
1. Introdução.....	81
2. Organização do espaço físico e funcional da farmácia	81
2.1. História, localização geográfica e horário de funcionamento	81
2.2. Caracterização dos utentes da FG	82
2.3. Sistema de Gestão da Qualidade	82
2.4. Caracterização do espaço físico da FG.....	82
2.4.1. Espaço exterior da farmácia.....	83

2.4.2. Espaço interior da farmácia.....	83
2.5. Recursos Humanos	86
2.6. Sistema Informático	87
3. Informação e documentação científica.....	87
4. Aprovisionamento e Armazenamento	88
4.1. Gestão de Encomendas.....	88
4.1.1. Critérios de seleção do fornecedor e critérios de aquisição	88
4.1.2. Receção e conferência de encomendas.....	89
4.1.3. Margens legais de comercialização na atribuição de preços	90
4.2. Armazenamento.....	91
4.3. Controlo dos prazos de validade	91
4.4. Devolução de produtos	92
5. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento	92
5.1. Farmacovigilância	93
5.2. Valormed	94
6. Dispensa de medicamentos	94
6.1. Prescrição médica e respetiva validação.....	94
6.2. Regimes de comparticipação	97
6.3. Dispensa de estupefacientes e psicotrópicos	98
7. Dispensa de MNSRM e Automedicação	99
8. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	100
8.1. Produtos homeopáticos	100
8.2. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene.....	100
8.3. Produtos dietéticos para alimentação especial	101
8.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	102
8.5. Medicamentos de uso veterinário	103
8.6. Dispositivos médicos	103

9. Outros cuidados de saúde prestados na FG.....	104
10. Preparação de medicamentos	105
10.1. Matérias-primas e material de laboratório.....	105
10.2. Manipulação.....	106
10.3 Regimes de preços	106
10.4. Preparações extemporâneas	107
11. Processamento do receituário e faturação.....	107
12. Conclusão	109
13. Bibliografia	110
Anexos.....	113

Lista de Figuras

Figura 1: Marijuana, haxixe e óleo de cannabis.....	8
Figura 2: Heroína em forma de pó.....	14
Figura 3: Comprimidos de MDMA com um logo característico.	20
Figura 4: Spice, uma NSP.....	23
Figura 5: <i>Buono Acquisto</i>	55
Figura 6: <i>Registro di entrata e uscita delle sostanze e preparazione soggette alla disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope</i>	56
Figura 7: <i>Modulo B</i>	60
Figura 8: <i>Modulo A</i>	61
Figura 9: <i>Modulo per l’approvvigionamento dei reparti delle aziende ospedaliere presso la farmacia interna di medicinale a base di stupefacenti e sostanze psicotrope</i>	64
Figura 10: <i>Scheda Unica di Segnalazione di Sospetta Reazione Avversa (SSADR)</i>	75

Lista de Tabelas

Tabela 1: Grupos de NSP e respetivos exemplos.	22
Tabela 2: Apresentação dos problemas de saúde descritos pelos inquiridos consumidores de drogas de abuso.	34

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição da amostra em estudo relativamente ao género.	25
Gráfico 2: Distribuição da amostra em estudo segundo a média de idades, por género	26
Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo o tipo de estudos.	26
Gráfico 4: Distribuição da amostra de acordo com o ano de estudos frequentado.	27
Gráfico 5: Consumo de drogas de abuso na população em estudo, por género.	27
Gráfico 6: Consumo de drogas de abuso na população em estudo por género, dentro dos consumidores de cada género.	27
Gráfico 7: Perfil de substâncias consumidas pela amostra populacional em estudo.....	29
Gráfico 8: Dados sobre o último consumo de drogas de abuso.....	30
Gráfico 9: Consumo de drogas de abuso no último ano.	30
Gráfico 10: Consumo de drogas de abuso antes de iniciar os estudos na Universidade.	32
Gráfico 11: Distribuição da média das idades de início de consumo de drogas de abuso. .	32
Gráfico 12: Problemas de saúde relacionados com o consumo de drogas de abuso.	34
Gráfico 13: Motivos que desencadearam o consumo de drogas de abuso pela população estudantil.....	35
Gráfico 14: Locais de consumo habituais das drogas de abuso na amostra populacional. .	37
Gráfico 15: Modos de consumo habituais (companhia) das drogas de abuso na amostra populacional.....	37
Gráfico 16: Consumo de drogas de abuso conjuntamente com bebidas alcoólicas (álcool) e tabaco.	38
Gráfico 17: Forma habitual de consumo de cannabis pela amostra populacional.....	39
Gráfico 18: Opinião relativa à legalização de cannabis.	39
Gráfico 19: Opinião sobre a existência de um estigma social relativamente aos consumidores de drogas de abuso.	40
Gráfico 20: Tipo de estigma social existente.	40
Gráfico 21: Nível de informação relativamente ao consumo de drogas de abuso pela amostra populacional.	41

Lista de Acrónimos

ADR	Adverse Drug Reaction
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
AM	Anfetamina
ANF	Associação Nacional das Farmácias
APCER	Associação Portuguesa de Certificação
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas
BZD	Benzodiazepinas
BZP	Benzylpiperazine
CEDIME	Centro de Informação do Medicamento da ANF
CEFAR	Centro de Estudos e Avaliação em Saúde
CIMI	Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde do INFARMED
CTO	Commissione Terapeutica Ospedaliera
DCI	Designação Comum Internacional
D.D.T.	Documento di Transporte
DH	Day Hospital
DMAA	1,3-dimetilamilamina
DT	Diretoro-técnica
EMCDDA	European Monitoring Centre on Drugs and Crime
EP	Estupefacientes e Psicotrópicos
FEFO	First expired-first out
FG	Farmácia Gama
GABA	Gamma-AminoButyric Acid
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HMG CoA	3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A
HPPDs	Hallucinogenic persisting perception disorders
IFO	Instituti Fisioterapici Ospitalieri
IMC	Índice de Massa Corporal
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.
INPP	Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa
IRCCS	Instituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
LSD	Dietilamina do ácido lisérgico
MA	Metanfetamina
MDAI	5,6-methylenedioxy-2-aminoindane
MDMA	3,4-metilenodioximetanfetamina
MM	Medicamentos Manipulados

MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MP	Matérias-primas
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
NSP	Novas Substâncias Psicoativas
OA	Operadores Auxiliares
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Operatori Sanitari
PRM	Problemas Relacionados com os Medicamentos
PTA	Prontuario Terapeutico Aziendale
PTO	Prontuario Terapeutico Ospedaliero
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reação Adversa Medicamentosa
RNF	Rete Nazionale di Farmacovigilanza
SF	Serviços Farmacêuticos
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SNC	Sistema Nervoso Central
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSADR	Scheda Unica di Segnalazione di Sospetta Reazione Avversa
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
THC	Δ -9-tetrahydrocannabinol
UBI	Universidade da Beira Interior
UNODC	United Nations on Drugs and Crime
4-MeO-PCP	4-methoxyphencyclidine
5-MeO-DPT	5-Methoxy-N,N-dipropyltryptamine

Capítulo I - Avaliação do consumo de drogas de abuso por estudantes universitários

1. Introdução: Visão global do consumo de drogas de abuso

O consumo excessivo de drogas é, nos dias de hoje, considerado um problema de saúde pública de grande importância e preocupação [1]. Segundo dados fornecidos pela *United Nations on Drugs and Crime* (UNODC), em 2012 cerca de 243 milhões de pessoas a nível mundial consumiram uma substância ilícita, pelo menos uma vez no último ano e, segundo estimativas do *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA), quase um quarto da população adulta da União Europeia (mais de 80 milhões de pessoas) já consumiu drogas ilícitas em algum momento da sua vida. De facto, segundo os dados desta instituição, a droga mais consumida é a cannabis, seguida da cocaína, anfetaminas e ecstasy [2] [3].

Segundo dados do último Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa (INPP), realizado em 2012, as substâncias ilícitas preferencialmente utilizadas pelos portugueses foram a cannabis, o ecstasy e a cocaína [4].

Entre 2007 e 2012, ocorreu uma diminuição na prevalência e uso recente de quase todas as drogas de abuso, assim como uma diminuição nas taxas de continuidade do seu consumo [Sendo as exceções o ecstasy e a dietilamida do ácido lisérgico (LSD) cujas prevalências se mantiveram no ano de 2012] [5].

Apesar de o consumo de algumas substâncias por indivíduos do sexo feminino ter aumentado entre os anos de 2007 e 2012, uma análise realizada demonstra maior prevalência de consumo e uso recente entre indivíduos do sexo masculino para todas as drogas [5].

Em 2012, Portugal continuava a apresentar taxas de prevalência de uso de drogas ilícitas abaixo da média europeia [5].

O início do percurso universitário representa para muitos estudantes o princípio de um período de autonomia e de novas oportunidades. Em contrapartida, pode também traduzir-se numa maior vulnerabilidade e contacto com o consumo de bebidas alcoólicas e de substâncias ilícitas [6] [7].

Na Europa, o uso de drogas lícitas e ilícitas pela população jovem é considerado um problema de saúde pública de grande preocupação para as autoridades e para a sociedade em geral [8]. Desde cedo os jovens adquirem conhecimento de diversas drogas existentes, sendo que iniciam o consumo de alguma delas (com maior prevalência para marijuana, álcool e

tabaco) no ensino secundário, dando continuidade a esse padrão de consumo na universidade. No entanto, para outras drogas ilícitas, o seu consumo inicia-se frequentemente na universidade [8].

Tal como ocorre na população geral portuguesa, também na população adulta jovem se verificou uma diminuição generalizada na prevalência de uso ao longo da vida e no ano de 2012. (exceto no caso do LSD, para o qual a prevalência se manteve e o uso recente aumentou pouco significativamente) [5].

Nos últimos anos, começaram a tornar-se bastante populares entre os jovens as denominadas Novas Substâncias Psicoativas (NSP). Devido ao seu surgimento e crescente consumo a nível europeu e mundial, estas drogas têm vindo a criar alguma preocupação nas entidades internacionais responsáveis pela problemática das drogas, tendo sido feitos esforços por compreender o impacto e atuação relativamente ao consumo das mesmas [9]. Segundo o *Drug World Report de 2013*, de 2009 a 2012 houve um aumento de 50% na distribuição destas substâncias, excedendo o número total de substâncias sob controlo internacional, sendo que o *Drug World Report de 2014*, veio reportar uma continuidade na proliferação destas substâncias [2] [10].

De acordo com a Decisão nº2005/387/JAI, de 10 de maio de 2005, entende-se por NSP um novo estupefaciente ou um novo psicotrópico, puro ou numa preparação que não seja controlada pela Convenção das Nações Unidas de 1961 sobre os estupefacientes ou pela Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias psicotrópicas, e que possa constituir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias enumeradas nessas convenções [11]. Esta definição foi também adotada pelas Nações Unidas [12]. Estão incluídas substâncias recém-inventadas ou recém-sintetizadas, assim como as que foram recentemente colocadas no mercado ou as que são utilizadas de forma imprópria. De ter em atenção, portanto, que o termo “novas” não se refere apenas às substâncias recentemente criadas, mas também às já existentes desde há séculos (ex.: *salvia divinorum*) [13]. Estas substâncias são criadas como alternativa às drogas ilegais, imitando os seus efeitos [9]. Assim, de uma forma geral e simplificada, o termo NSP abrange produtos psicoativos muito semelhantes entre si, com diferentes nomes comerciais, que vão mudando na forma e no tempo.

Várias designações foram atribuídas a este novo grupo de drogas, nomeadamente: *Legal Highs*, *Party Pills* (para as drogas recreativas), *Designer Drugs* (para as drogas de síntese), entre outras [9].

O uso de NPS está frequentemente associado a intoxicações graves e suicídios [12].

Várias substâncias têm sido introduzidas no mercado na última década, através de diferentes modos de distribuição, nomeadamente via *internet*, em smartshops ou por intermédio de traficantes de rua [12].

As smartshops são lojas, originárias da Holanda, que se dedicam à comercialização das NSP. A primeira loja no espaço europeu exclusivamente dedicada à venda de NSP, fora da Holanda, abriu em Portugal, em 2007. E daí o repentino consumo crescente destas substâncias no país [13].

Em Portugal, a portaria anexada ao Decreto-Lei 54/2013 divide as NSP nas seguintes categorias: feniletilaminas e derivados, piperazinas e derivados, canabinóides sintéticos, derivados da catinona, derivados/análogos da cocaína, plantas e respetivos constituintes ativos, e “outras” (onde se inclui a quetamina) [14]. Claro está que, em geral, para os consumidores estas substâncias distinguem-se em função dos efeitos provocados, fazendo a distinção entre: “fertilizantes de plantas” (estimulantes análogos da cocaína e ecstasy, vendidos em pó) e aqueles que são vendidos como “incensos” ou “misturas herbáceas” (canabinóides sintéticos, análogos à cannabis para fumar). Algumas lojas em Portugal, destacavam nas suas páginas virtuais os produtos mais vendidos como o kick, bliss, bloom e blow (substitutos da cocaína) [13].

No entanto, devido à significativa expansão do fenómeno de comercialização e consumo das NSP em Portugal, foi criado o Decreto-lei nº54/2013, de 17 de Abril, que define o regime jurídico de prevenção e proteção contra a publicidade e comércio das NSP já conhecidas e de outras que venham a surgir no mercado prevendo a possibilidade das autoridades de saúde territorialmente competentes determinarem o encerramento dos estabelecimentos, ou outros locais abertos ao público, ou ainda a suspensão da atividade para os fins considerados de grave risco para a saúde pública [14].

Assim, na sequência da entrada em vigor deste Decreto-lei, as smartshops foram encerradas pelas autoridades portuguesas. No entanto, estas substâncias continuam a ser comercializadas de diversos modos, nomeadamente no mercado ilícito e na *internet* [13].

Segundo o *Drug World Report* de 2013, ainda não existem dados expressivos a nível mundial, relativamente à prevalência do consumo de NSP [9].

Em Portugal, o III INPP realizado em 2012 à população em geral, revelou que ao longo da vida 0,4% dos inquiridos experimentou as NSP, consumo este que é mais pronunciado em grupos etários mais jovens. E que o meio mais usual de obtenção destas substâncias era através das smartshops, seguido da *internet* [9].

Um estudo promovido pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), entre estudantes da Universidade de Lisboa, veio mais recentemente revelar que os produtos mais consumidos eram o bloom, misturas herbáceas (ex.: Gorby mix e Fidel mix) e a *Salvia divinorum* [13].

1.1. Legislação em Portugal

Em Portugal, o Decreto-lei nº 15/93 de 22 de janeiro, é a principal lei relacionada com o uso e tráfico ilícito de narcóticos, psicotrópicos e precursores. Surgiu na sequência da aprovação da Convenção nas Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988 [14].

As substâncias controladas estão anexadas ao Decreto-lei e organizadas em seis listas. A diferença entre as listas reside na pena a aplicar em consequência do crime praticado. O Decreto-Lei nº 15/93 controla vários aspetos, desde sanções, certificações e controlo de

atividades, autorizações, prescrições médicas, assim como a prevenção, investigação criminal, lavagem de dinheiro e responsabilidades relativas ao tratamento. Este decreto-lei, até ao ano de 2001, aplicava um regime de criminalização do consumo de drogas ilícitas, e, portanto, o uso de drogas era considerado uma ofensa criminal, punível com pena de prisão ou pena de multa. Também a posse de drogas era considerada crime, sendo punível de acordo com o fim a que se destinava: se para uso pessoal, para venda, ou para tráfico [15].

Mas houve algumas alterações nos últimos anos, tendo sido a de maior relevância a descriminalização do consumo de todas as substâncias psicoativas por aprovação da Lei nº 30/2000, de 29 de novembro. Esta lei “(...)define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica”. Posteriormente, surgiu o Decreto-Lei nº130-A/2001, de 23 de abril, que descriminaliza o consumo, a posse e a aquisição de todas as drogas ilícitas [16].

A penalização consiste numa série de medidas não repressivas subsequentes de uma avaliação da situação da pessoa acusada de posse/uso de drogas ilícitas. Estas medidas têm como fim o tratamento de eventuais dependências, reabilitação da pessoa, reinserção social e abandono do consumo. Assim, para por em prática esta nova lei, os tribunais criminais foram substituídos pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, que procuravam precisamente informar e dissuadir a população relativamente ao consumo de drogas, aplicar sanções quando necessário e encaminhar os consumidores para tratamento. Esta lei só é aplicável a maiores de 16 anos [15][16].

Assim, apenas situações de tráfico e cultivo continuam a fazer parte da competência criminal/judicial, sendo portanto penalizados pelos Tribunais com penas de prisão os delitos penais por infração à legislação em matéria de droga (estão incluídas neste grupo as infrações relacionadas com cultivo, produção, importação e tráfico de droga e outras conexas como a condução sob a influência de drogas); os delitos cometidos sob a influência de drogas ilícitas, (estão incluídas neste grupo os crimes cometidos em vítimas sob influência de substâncias psicoativas, como seja os abusos sexuais); os delitos cometidos por consumidores para alimentarem o vício (sobretudo delitos relacionados com compra e venda) e os delitos sistémicos cometidos no âmbito do funcionamento dos mercados ilícitos como parte da atividade de venda, distribuição e consumo (luta por territórios, suborno de entidades [inserir referencia [14] [17]).

1.2. Conceitos e Classificação das Drogas de Abuso

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “Droga” é um termo utilizado para referir qualquer agente químico que tem a capacidade de curar ou prevenir uma determinada patologia ou melhorar a condição física ou mental, pela alteração de processos bioquímicos ou fisiológicos de tecidos no organismo [18].

No uso comum, a palavra “droga” já adquire uma definição um pouco diferente quando nos referimos a uma “droga de abuso” e, portanto, em 1982, a OMS na tentativa de estabelecer as substâncias que produzem dependência, definiu “droga de abuso” como uma substância de uso não médico que apresenta efeitos psicoativos e de possível autoadministração. Sendo que por efeitos psicoativos se entende alterações na percepção, no estado de ânimo, no comportamento e na consciência [18] [19]. A OMS aponta também que droga de abuso refere-se ao uso perigoso e nocivo de uma substância psicoativa, incluindo álcool e drogas ilícitas [20].

Assim, na atualidade, médicos e cientistas utilizam o termo “droga” para designar um conjunto de substâncias com as seguintes condições [19]:

- Substâncias com carácter psicotrópico. Portanto, com capacidade de alterar uma ou várias funções psíquicas de um organismo vivo;
- Substâncias que, pelo prazer que geram, induzem os indivíduos que as tomam a repetir a sua administração;
- Substâncias que provocam dependência física ou psicológica;
- Substâncias que não têm qualquer utilização médica apesar de apresentarem características terapêuticas.

Existem diversos critérios de classificação das drogas. Estas podem ser lícitas ou ilícitas. E, segundo a UNODC, drogas ilícitas são substâncias que estão sob controlo internacional e que são consumidas, produzidas e traficadas ilicitamente, e que podem ou não ter fins médicos lícitos [21].

A ação das drogas psicoativas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) é a sua característica mais importante. E por este motivo, uma das classificações mais utilizadas é a que tem como base o efeito das drogas sobre o SNC. Assim, podemos dividir as drogas em três grupos [18] [22]:

- Substâncias Estimulantes - também designadas de psicoestimulantes ou psicoanaléticos, são agentes que ativam ou aumentam a atividade neural do SNC. Incluem por exemplo, a cocaína, anfetaminas, cafeína e outras xantinas e a nicotina.
- Substâncias Depressoras -também denominados de psicolépticos, são agentes que suprimem, inibem ou diminuem a atividade do SNC. As classes principais são os opioides (ex.: ópio, heroína, morfina, codeína), sedativos/hipnóticos [ex.: barbitúricos, benzodiazepinas (BZD)] e os neurolépticos. Segundo a OMS, também o álcool está incluído nesta categoria.
- Substâncias Alucinogénicas - são substâncias com efeito perturbador do SNC que induzem alterações na percepção, sentimento e sensação. A cannabis (resina, erva, óleo) e o LSD são consideradas as drogas mais características desta classe.

Uma outra classificação utilizada é a que tem como base a origem da droga. Assim, relativamente a este critério, as drogas são agrupadas em três classes [18] [22]:

- Substâncias naturais - substâncias de origem natural. A esta classe pertencem muitas das drogas de uso mais frequente, tais como cannabis em forma de erva, resina ou óleo ou o ópio.
- Substâncias semissintéticas - substâncias produzidas através de manipulações químicas da estrutura de substâncias/produtos de origem natural, como por exemplo a heroína produzida a partir da morfina.
- Substâncias sintéticas - substâncias que não existem na natureza e que são quimicamente sintetizadas a partir de outras. O ecstasy, as BZD, as anfetaminas e os barbitúricos são exemplos de drogas que pertencem a esta classe.

A tolerância é definida como uma diminuição da resposta a uma substância, em consequência do seu uso continuado, implicando um aumento na dosagem da mesma, de modo a que sejam alcançados os efeitos originais obtidos com doses mais baixas. A tolerância, bem como a síndrome de abstinência podem ser critérios da síndrome de dependência. Assim, dependência entende-se como um conjunto de sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos que indicam que um indivíduo tem um controlo comprometido sobre o uso da substância psicoativa e que, apesar dos efeitos adversos observados, continua a utilizá-la. A dependência pode ser considerada psicológica (ou psíquica, também denominada *craving*) ou fisiológica (ou física). A primeira está relacionada com um controlo debilitado do uso de uma determinada droga, enquanto que a segunda se refere à tolerância e sintomas de abstinência [18].

No presente trabalho, apenas serão descritas as drogas de abuso ilícitas. Quanto às consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, estas não se descrevem de forma pormenorizada no presente relatório devido não só à escassez de espaço no documento, como também ao seu amplo conhecimento por parte da comunidade científica.

1.2.1. Alucinogénios

A palavra “alucinogénio” deriva do latim “*alucinare*”, que significa “a vaguear na mente” [23].

Este grupo abrange um enorme leque de substâncias, com diversos mecanismos de acção [24]. Alguns exemplos são os canabinoides, ecstasy, etc.

Os alucinogénios são substâncias psicoativas que alteram fortemente a percepção, humor e uma série de processos cognitivos. Efeitos típicos deste grupo de substâncias incluem [25]:

1. Sintomas perceptivos: dificuldade em focar objetos, formas e cores alteradas, apurado sentido de audição, sinestesia.
2. Sintomas psíquicos: alterações de humor, tensão, dificuldade em expressar pensamentos, sentido do tempo distorcido, despersonalização, alucinações visuais.

3. Sintomas somáticos: tonturas, fraqueza, náusea, tremores, sonolência, parestesias e visão turva.

Os alucinogénios não produzem dependência [25].

Neste estudo apenas serão abordados de forma resumida os canabinóides, o LSD e os cogumelos mágicos, uma vez que são as drogas mais consumidas pela população objeto de estudo.

1.2.1.1. Canabinóides

a) Introdução

A cannabis é uma das mais antigas drogas psicotrópicas conhecidas e, na atualidade, é uma das mais consumidas no mundo, juntamente com o tabaco, álcool e cafeína, sendo mesmo a droga ilícita mais consumida [26] [27] [28].

Teve origem no continente asiático, mais especificamente nas colinas dos Himalaias. Acredita-se que tenha primeiro sido cultivada em grande escala na China, para a produção de fibra, sementes e resinas aromáticas, sendo mais tarde utilizada também noutros continentes [26] [29].

Existem várias espécies de cannabis, sendo que a *Cannabis Sativa*, a *Cannabis Indica* e a *Cannabis Ruderalis*, são as de maior destaque [26]. É a *Cannabis Sativa* que dá origem a maior parte das preparações (de Cannabis).

Apesar de esta planta conter mais de 400 compostos, 60 dos quais canabinóides, os conhecidos efeitos psicotrópicos desta substância devem-se ao seu constituinte principal, o Δ -9-tetrahydrocannabinol (THC) [30].

Os canabinóides atuam num recetor específico que está amplamente distribuído nas diversas regiões do cérebro relacionadas com a memória, cognição, percepção da dor e coordenação motora [31].

A tolerância e dependência por cannabis podem manifestar-se por uma síndrome de abstinência caracterizada pela ânsia por consumir esta substância e também por insónia, pesadelos, perda de apetite, agitação, irritabilidade e inquietação [29].

b) Apresentação física e formas de consumo

As duas principais preparações derivadas da cannabis são a marijuana e o haxixe (do árabe *hashish*). A primeira, com um conteúdo em TCH de 0,5-5,0%, é obtida a partir das folhas e extremidades florais da planta e apresenta uma coloração acastanhada ou esverdeada e um odor característico [32]; o haxixe, com um conteúdo em THC de 2-20%, é obtido da resina seca da cannabis e flores comprimidas e apresenta uma cor castanha escura. O também conhecido óleo de cannabis, que exhibe uma cor avermelhada a castanho ou verde e uma textura viscosa, é um extrato de solvente da cannabis e contém de 15% a 50% de THC

[26] [27] [31] [32]. As sementes ainda se encontram comercializadas, no entanto está descrito que estas não contêm qualquer substância psicoativa (Figura 1) [32].

A cannabis é normalmente fumada, isoladamente ou com tabaco, num cigarro enrolado à mão ou num recipiente especialmente desenhado para o efeito (*bong*). A cannabis pode também ser ingerida com ou sem alimentos (ex.: *space cakes*) mas, neste caso, a absorção é baixa, devido ao facto de a substância ser altamente lipofílica, sendo necessária uma dose três a cinco vezes maior que a inalada, para que produza efeitos similares. Com a administração oral os sintomas são mais tardios e de maior duração, quando comparados aos resultantes da inalação. A baixa solubilidade em água do THC justifica também o facto de a cannabis não ser administrada por via intravenosa [27] [32] [33] [34].



Figura 1: Marijuana, haxixe e óleo de cannabis.

c) Efeitos

Em pequenas doses, a cannabis produz euforia, relaxamento, sonolência e alterações perceptuais, como a distorção do tempo e a intensificação de atividades comuns (ex.: comer, ver filmes, ouvir música, ter atividades sexuais). Quando usada num contexto social, pode provocar também riso contagiante, loquacidade e uma capacidade de sociabilização aumentada [27] [35].

Os efeitos adversos agudos mais comuns são a ansiedade, o pânico e sintomas psicóticos, isto quando consumidas em doses elevadas. Os acidentes rodoviários, quando o indivíduo conduz sob a influência desta substância, são também consequências negativas do seu consumo. Os efeitos crónicos, mais graves, caracterizam-se por bronquite crónica e função respiratória enfraquecida em fumadores regulares, síndrome de dependência, sintomas psicóticos em fumadores compulsivos, dificuldades de aprendizagem em adolescentes que consomem regularmente e comprometimento cognitivo subtil nos indivíduos que consomem diariamente há 10 anos ou mais [35].

d) Toxicidade

Apesar de as evidências de danos para o organismo serem poucas entre consumidores moderados, e das fatalidades diretamente relacionadas com a cannabis serem raras, o consumo concomitante com tabaco acrescenta todos os riscos que possam estar associados [27]. Sabe-se que induz tolerância e que esta se desenvolve rapidamente, apesar de pouco marcada. No caso da dependência psicológica, a cannabis não provoca *craving*, nem uma compulsão incontrolável; há o desejo de consumir mas não há compulsão, pelo que muitas vezes é considerada uma droga “leve”.

1.2.1.2. LSD

a) Introdução

O LSD é o alucinogénio mais potente conhecido na atualidade [36]. É um alucinogénio semissintético, obtido a partir do ácido lisérgico, uma substância natural produzida pela cravagem do centeio, *Claviceps purpurea* [37]. Foi sintetizado em 1938 por Albert Hofmann e foi inicialmente usado entre os anos 50 e 60 como um fármaco experimental a nível da pesquisa psiquiátrica. O seu uso recreativo tornou-se bastante popular entre os anos 60 e 80, mas é nos dias de hoje menos comum. “Ácidos” e “Trips” são os nomes de rua mais utilizados para esta substância [27] [37].

O seu mecanismo de ação é complexo e ainda pouco compreendido, mas sabe-se que atua em sistemas de neurotransmissores, modulando vários recetores de dopamina e serotonina [36].

Os efeitos clínicos do LSD podem variar desde ansiedade/pânico e alterações de humor, a despersonalização, alucinações, hiperatividade/euforia e alterações de memória e comportamento social [37].

O LSD não é considerado pela comunidade médica uma droga que provoque dependência [38]. A tolerância a esta substância ocorre como consequência do uso continuado da mesma, sendo que diminui alguns dias após a cessação do uso. Foi demonstrada uma tolerância cruzada entre o LSD, mescalina e psilocibina [39] [40] [41].

b) Apresentação física e formas de consumo

O LSD é normalmente produzido em forma de sal (tartarato), que é solúvel em água, incolor e inodoro. É consumido oralmente e é vendido sob a forma de pequenos quadrados de papel com diferentes desenhos, que foram previamente embebidos numa solução da substância. Estas doses em papel são colocadas na língua, onde são rapidamente absorvidas. Apesar de não ser tão comum, esta droga pode também ser encontrada sob a forma de

quadrados de gelatina, cubos de açúcar impregnados, comprimidos ou cápsulas que, neste caso, são engolidos. Ocasionalmente, também podem ser encontradas soluções de LSD em água ou álcool. O LSD não é absorvido através da pele e é fotossensível [27] [42].

c) Efeitos

Uma dose moderada de LSD (75-150 µg por via oral) vai provocar uma mudança significativa do estado de consciência. Ocorrem alterações típicas a nível sensorial como ilusões, pseudo-alucinações, intensificação da percepção da cor, alterações visuais de objetos e faces; alterações da afetividade, nomeadamente uma intensificação de experiências emocionais (euforia, disforia, ansiedade, mudanças de humor); alterações no pensamento, tais como tempo de atenção reduzido, associações mais amplas e incomuns, pensamentos menos abstratos e mais imaginativos; alterações na percepção do corpo, como mudanças na imagem corporal, percepção incomum dos processos do organismo; e alterações na memória, designadamente hipermnésia, sensação de regressão na idade, revivescência de memórias biográficas [37]. Os efeitos físicos são os primeiros a aparecer, caracterizando-se por pupilas dilatadas, hipertensão leve e, ocasionalmente, um aumento da temperatura corporal [27].

Experiências traumáticas, normalmente chamadas de *bad trips*, podem ser caracterizadas por efeitos de longa duração, tais como alterações no humor e, raramente, transtornos perceptivos persistentes por alucinogénios também denominados HPPDs (*Hallucinogen persisting perception disorders*) ou ainda *flashbacks*. Os *flashbacks* são episódios naturais de curta duração (segundos ou minutos), caracterizados pela replicação de elementos de experiências prévias relacionadas com o consumo de drogas. Estas reexperiências ocorrem principalmente após experiências negativas intensas com alucinogénios, mas podem por vezes ser autoinduzidas pelo desejo de experiências positivas e são, neste caso, muitas vezes denominadas de *free trips* [24] [37].

d) Toxicidade

Apesar do LSD ter capacidade de induzir profundas alterações perceptuais, como a HPPD anteriormente referida, não há evidência de consequências físicas adversas como consequência direta da administração desta droga. Assim, não foi documentada nenhuma morte humana provocada por sobredose de LSD [24] [37].

1.2.1.3. Cogumelos alucinogénicos

a) Introdução

“Cogumelos alucinogénicos” é o nome normalmente atribuído a fungos psicoativos, que contêm compostos alucinogénicos, nomeadamente a psilocibina e a psilocina (principais compostos) [27] [43].

A história do uso de cogumelos alucinogénicos data de há 3000 anos atrás, quando utilizados no México na prática de rituais. Nos anos 60, a psilocibina foi amplamente utilizada na psicoterapia e em estudos experimentais de transtornos mentais. No entanto, a informação de que os cogumelos continham tal substância rapidamente se propagou pela população, tornando-os assim, na atualidade, uma popular droga recreativa [43].

A maioria dos fungos que contêm psilocibina e psilocina pertence aos géneros *Psilocybe*, *Panaeolus* e *Copelandia* e o seu número ultrapassa as 50 espécies. Espécies do género *Psilocybe* são as mais utilizadas em termos de uso recreativo, seguidas pelo género *Panaeolus* [27] [44].

Devido à sua morfologia (estrutura baixa e cor acastanhada), em ambiente selvagem, estes cogumelos são muitas vezes confundidos com outros não psicoativos, não comestíveis ou venenosos, o que muitas vezes pode provocar a ingestão não intencional destes últimos [27].

A psilocibina é um agonista de vários subreceptores de serotonina (subreceptores do 5-HT₂ principalmente). Efeitos do consumo de psilocibina podem durar de 4-6h e manifestam-se geralmente como perceções alteradas, alucinações, ansiedade, pensamento desordenado e perceção alterada do tempo [45].

A tolerância aos efeitos psicadélicos da psilocibina desenvolve-se rapidamente, mas não ocorrem sintomas de abstinência e dependência psicológica. Portanto, não foram encontradas quaisquer evidências de que os cogumelos alucinogénicos possam levar a dependência física ou psicológica [46].

b) Apresentação física e formas de consumo

Os cogumelos alucinogénicos podem ser encontrados frescos, tratados/preservados (ex.: secos propositadamente, cozinhados, congelados), como pós secos ou em cápsulas. As doses recreativas de cogumelos alucinogénicos secos variam, dependendo das espécies, de 1-5g. Já as dosagens para os cogumelos frescos são aproximadamente dez vezes maiores [27]. Portanto, claramente, os cogumelos alucinogénicos na sua forma seca têm um efeito mais intenso que se utilizados frescos. Podem ser ingeridos crus, fervidos em água para chá, ou cozinhados com outros alimentos (com o fim de disfarçar o seu sabor amargo) [27] [46].

c) Efeitos

As *good trips*, como descritas pelos consumidores, normalmente abrangem efeitos intencionais como relaxamento, energia, alegria, estimulação mental, riso incontrolado, novas perspectivas (com frequência relativas ao tempo) e rápidas alterações das emoções. Já as *bad trips*, para além dos efeitos referidos, apresentam outros efeitos (não intencionais) como inquietação, ansiedade, percepção alterada de eventos reais, reações de pânico, despersonalização e alucinações reais [44] [46].

O consumo crónico de cogumelos mágicos pode provocar efeitos como os conhecidos *flashbacks*, psicoses e outras doenças psiquiátricas [46].

d) Toxicidade

São raras as intoxicações fatais que se devem à exposição a cogumelos alucinogénicos e são normalmente devidas a combinações com outras drogas (principalmente com o álcool). As que foram reportadas não estavam diretamente relacionadas com a toxicidade da psilocibina, pois esta substância apresenta uma toxicidade muito baixa, mas sim com atos como suicídios [43] [46].

1.2.2. Depressores do Sistema Nervoso Central

Tal como no caso das substâncias alucinogénicas, também para este grupo apenas serão abordadas de forma resumida as drogas mais consumidas pela população em estudo, a heroína, as BZD e as substâncias voláteis.

1.2.2.1. Origem e substâncias derivadas do ópio

a) Introdução

O ópio é uma substância obtida da papoila *Papaver somniferum* (conhecida também por papoila dormideira). É uma das drogas mais antigas conhecidas, nativa do Médio Oriente. É a resina que se obtém através de incisões nas cápsulas das papoilas e apresenta uma coloração acastanhada, com odor forte e sabor amargo e uma textura pastosa, seca ou dura, dependendo da qualidade de papoila utilizada [47].

O ópio integra o grupo dos narcóticos sendo, portanto, bem conhecidos os seus efeitos a nível do SNC. De um modo geral, o que ocorre é que opiáceos exógenos (presentes no ópio e seus derivados) têm um mecanismo de ação semelhante ao dos opióides endógenos, estimulando ou inibindo competitivamente determinados recetores neuronais do sistema nervoso [22].

Os alcalóides do ópio e os seus derivados semissintéticos incluem a morfina, diacetilmorfina (diamorfina, heroína), codeína, etc. Já os opióides sintéticos incluem o fentanilo, metadona, entre outros.

b) Efeitos

O fármaco protótipo é a morfina e os efeitos que advêm da sua toma manifestam-se como sedação, euforia, analgesia, depressão respiratória, supressão da tosse, miose, náuseas e vômitos, ações neuroendócrinas, obstipação, rubor facial e retenção urinária [47]. Possíveis de se manifestar, mas com raridade, são os sintomas como a trombocitopenia, urticária, palpitações e hipotensão postural [48].

c) Toxicidade

A intoxicação aguda por opiáceos ocorre com frequência e é sempre grave, necessitando de tratamento e controlo médico. Na maioria das vezes a intoxicação é consequência de uma administração intravenosa. O opiáceo ilícito mais frequentemente implicado nas intoxicações agudas e crónicas é a heroína [22].

A intoxicação (ou sobredose) apresenta um quadro típico de estupor ou coma, juntamente com depressão respiratória e miose [47].

d) Dependência provocada pelos opiáceos

A morfina e os seus análogos podem, com o decorrer do tempo, induzir tolerância e alterações neuroadaptativas que, quando a droga é retirada, são responsáveis pelo Síndrome de Abstinência [18]. Este apresenta sintomas semelhantes à gripe, como bocejos, rinorreia, midríase, dores musculares, piloereção, sudorese, náusea, vômitos, diarreias, insónias e febre. Também se sente ansiedade e inquietude, assim como um desejo intenso de consumir a droga [47].

1.2.2.1.1. Heroína

a) Introdução

A diacetilmorfina, mais conhecida como heroína, foi desenvolvida em 1874 por A.C. Wright. É um derivado semissintético da morfina e um potente analgésico opióide [49]. Foi criada nesta época com o objetivo de ser uma substância com igual potencial analgésico que a morfina, mas que não gerasse dependência, sendo assim utilizada com o fim de tratar os dependentes de morfina e outras doenças (ex: tuberculose). No entanto, e após evidenciados os riscos e efeitos negativos que provocava, assim como o reconhecimento de que causava mais dependência que a morfina, esta substância foi retirada do mercado e classificada como droga ilegal estando assim sob controlo internacional [9] [27].

Na atualidade é o opióide mais consumido devido à sua disponibilidade, potência, solubilidade na água, e à sua alta lipofilicidade biológica que permite um rápido acesso ao cérebro [18].

A tolerância a esta substância desenvolve-se com elevada rapidez e, portanto, o consumidor tem tendência a repetir e aumentar as doses de heroína, resultando na indução de dependência física. A dependência física está relacionada com um estado fisiológico alterado, em consequência da administração crónica de heroína por parte do dependente, que o faz de modo a evitar o aparecimento do Síndrome de Abstinência. Este síndrome tão característico dos opióides pode ocorrer poucas horas após a última administração de heroína, e apresenta sintomas como insónia, agitação, ânsia por consumo da droga, ondas de frio com arrepios, dores musculares e ósseas e movimentos das pernas [50].

Esta substância está associada a um grande número de overdoses. Uma grande parte da morbidade é causada por agentes infecciosos transmitidos devido à falta de condições higiénicas no ato de injetar [27].

b) Apresentação física e formas de consumo

A heroína apresenta-se em forma de pó com uma coloração acastanhada, ou esbranquiçada (dependendo de onde provém) (Figura 2). Pode ser fumada (inalação do vapor), através do aquecimento com uma pequena chama de uma folha metálica com a substância. E pode também ser injetada, mas neste caso deve ser primeiramente solubilizada com ácido cítrico, por exemplo, e aquecida. Sobre a mistura coloca-se um pedaço de filtro de cigarro ou algodão, para filtrar as impurezas, antes de introduzir a solução na seringa [9] [27].

Apesar de durante muito tempo a heroína ter sido consumida por via intravenosa, nos dias de hoje, com o aparecimento do HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) e a sua fácil transmissão entre os heroinómanos, cada vez mais estes tendem a fumar ou aspirar o vapor libertado do aquecimento desta substância.

É muito comum o consumo de heroína com outras drogas como a cocaína (*speedball*), com o fim de intensificar e prolongar os efeitos de ambas as substâncias [9] [47].



Figura 2: Heroína em forma de pó.

c) Efeitos

Tal como referido anteriormente, devido à sua elevada lipofilicidade, a heroína difunde-se rapidamente através da barreira hemato-encefálica, hidrolizando-se em 6-monoacetilmorfina, que por sua vez se hidroliza em morfina. Este opiáceo liga-se aos recetores opióides (atuando como um agonista) que estão maioritariamente localizados no SNC, produzindo diversos efeitos [51].

Quando injetada, a heroína provoca sintomas quase imediatos, sendo os mais evidentes uma sensação calorosa e intensamente agradável, seguidos por um longo período de sedação [47] [49]. Também se manifestam outros efeitos, adversos, como depressão respiratória, náusea, vômitos, hipotermia e diminuição da motilidade do trato gastrointestinal, entre outros, como oportunamente foi mencionado nos efeitos provocados por opiáceos [27].

d) Toxicidade

Os principais sinais de intoxicação por heroína incluem baixos níveis de consciência e sonolência, edema pulmonar, hipotermia e coma. Como referido anteriormente, a heroína está de facto associada a uma série de overdoses fatais, sendo que a morte normalmente ocorre por depressão respiratória [52] [47].

1.2.2.2. Benzodiazepinas

a) Introdução

As BZD são substâncias sintéticas que atuam como depressores do SNC, facilitando a ligação do transmissor inibitório ácido gama-aminobutírico (GABA, do inglês *Gamma-AminoButyric Acid*) a vários recetores GABA, induzindo sensação de calma e sonolência. São, portanto, amplamente utilizadas no tratamento da ansiedade e insónia e, nos dias de hoje, constituem o grupo de fármacos mais receitado em todo o mundo [27] [53] Estas substâncias são consideradas psicotrópicas e estão sob controlo internacional [27].

Muitas das BZD são conhecidas pelo seu nome comercial, como por exemplo, Valium[®], Xanax[®], Serenal[®], entre outros [9]. São frequentemente consumidas por dependentes não só para aumentar o estado de “pedrada” (*high*), mas também como automedicação para ultrapassar sintomas de abstinência de opiáceos ou para tratar efeitos adversos de outras drogas como cocaína ou álcool [54].

A tolerância, e por consequência a dependência, podem ocorrer apenas semanas após o início do consumo destas substâncias. Os sintomas de abstinência das BZD incluem: ansiedade, irritabilidade, agitação, aumento da sensibilidade à luz e ao som, câibras

musculares, parestesias, fadiga, insônia, cefaleias, náusea, perda de apetite, tonturas, pesadelos, convulsões, perda de peso, depressão e dificuldades na concentração [27] [54].

Segundo o último relatório anual da EMCDDA [27], é importante ter em atenção o grande risco de morte que existe na atualidade, decorrente do uso concomitante de benzodiazepinas e opiáceos. Não só o aumento do risco de overdoses fatais é de particular preocupação, como também as doenças que advêm da injeção das drogas, como gangrena e transmissão de HIV e Hepatite C.

b) Apresentação física e formas de consumo

As BZD podem apresentar-se sob a forma de comprimidos, cápsulas, injetáveis ou supositórios. Os dependentes normalmente consomem as BZD por via oral, pois a absorção é mais rápida atingindo em poucos minutos a circulação sanguínea e, ocasionalmente por via intravenosa. Foram reportados alguns casos de inapropriada administração via nasal [27] [55] [56].

c) Efeitos

Os efeitos mais proeminentes e mais imediatos das BZD são a sedação, a redução da ansiedade, a hipnose e o relaxamento muscular. Em doses elevadas provocam confusão, náuseas e diminuição da coordenação motora [57].

É essencial ter em consideração que existem diferentes BZD que variam consoante a sua taxa de metabolização a formas farmacologicamente ativas e, em particular, nos seus tempos de semivida. Estes tempos de semivida diferem ente indivíduos e os idosos correm maior risco de sofrerem efeitos adversos como sonolência, ataxia, confusão mental, amnésia, entre outros, devido à lenta eliminação destas substâncias [27].

d) Toxicidade

A intoxicação por BZD é muito comum quando estas são consumidas juntamente com álcool (ambos atuam como depressores do SNC). Esta combinação, assim como a toma conjunta de BZD e opiáceos, como parte de um padrão de policonsumo, aumenta também o risco de overdose fatal [27]. A toxicidade manifesta-se com sintomas como distúrbios nervosos, hematológicos, gastrointestinais e alérgicos [56].

1.2.2.3. Substâncias voláteis

a) Introdução

O abuso de inalantes define-se como a inalação deliberada de vapores com o propósito de alterar o estado de consciência [58].

Devido ao fácil acesso, legalidade, baixo custo, e fácil ocultação dos inalantes (muitas vezes denominados de substâncias voláteis), a popularidade do consumo destas substâncias é maior entre adolescentes e está muitas vezes associado a personalidades antisociais e a comportamentos criminais [58] [59] [60].

Os inalantes mais comuns incluem os solventes voláteis (ex.: gasolina, colas, diluentes, querosene, marcadores de filtro), sprays com solventes (ex.: sprays de pintura e para o cabelo, sprays de desodorizante/ambientadores) e gases (ex.: gases médicos anestésicos, isqueiro de butano) e ainda os nitritos (ex.: nitrito de ciclohexil) [59].

O mecanismo de ação destes compostos não está ainda bem compreendido. São as propriedades físicas destas substâncias (volatilidade, lipofilicidade) que determinam a sua capacidade para serem usadas como drogas. As suas propriedades químicas, e o seu grau de metabolização têm importância relativamente à morbidade, na medida em que os metabolitos podem ser tóxicos e causar lesões nos órgãos [27].

No que toca à tolerância e à dependência (psíquica ou física), estas podem ocorrer com o uso regular destas substâncias, sendo que o seu uso crónico pode resultar em dependência física [61]

As substâncias voláteis são absorvidas pelo tecido adiposo e lentamente libertadas do organismo e, por este motivo, os sintomas de abstinência são considerados relativamente leves (se comparados com os de outras substâncias como o tabaco, álcool ou heroína). Estes sintomas, que se iniciam 24 a 48 horas após a cessação do uso e que podem durar entre dois a cinco dias, incluem: o desejo de consumo (*craving*), irritabilidade, ansiedade, náuseas, dores de cabeça, cansaço, câibras musculares, distúrbios no sono, insónias, alucinações e tremores [61].

b) Apresentação física e formas de consumo

Os inalantes são líquidos voláteis ou gases, que apresentam odores distintos [27]. Estes compostos podem ser “snifados”, ou seja os vapores são inalados diretamente de um recipiente aberto que pode ou não ser aquecido. E podem também ser inalados de sacos de plástico ou papel que contêm a substância desejada ou ainda de peças de roupa que foram previamente embebidas nestas substâncias [58].

c) Efeitos

Devido à sua lipofilicidade, os inalantes causam uma rápida depressão do SNC, resultando efeitos como alucinações visuais, discurso muito lento, ataxia, convulsões, dificuldades de respiração, diplopia e coma. Asfixia e lesões como queimaduras também podem ocorrer, dependendo da substância utilizada [59].

A duração de ação vai variar significativamente, dependendo da volatilidade que os compostos apresentam [27].

d) Toxicidade

Efeitos da inalação a longo prazo podem manifestar-se como toxicidade hepática, alcalose ou acidose metabólica, anemia, leucemia, insuficiência renal aguda e síndrome de Fanconi. A morte pode resultar da asfixia, anoxia, arritmias cardíacas, depressão respiratória e trauma acidental [62]. Acredita-se que a maioria das mortes causadas por intoxicação de substâncias voláteis ocorre devido ao *Sudden sniffing death syndrome*, causado por arritmias cardíacas [27] [58].

1.2.3. Estimulantes do SNC

Para esta classe de drogas de abuso, será feita uma abordagem de forma resumida das anfetaminas, ecstasy e cocaína.

1.2.3.1. Anfetamina e derivados anfetamínicos

a) Introdução

A anfetamina (AM) foi manufaturada no séc. XIX e foi o primeiro de vários químicos, como a metanfetamina (MA) e o ecstasy (3,4-metilenodioximetanfetamina ou MDMA) que têm estruturas e propriedades biológicas similares e que são muitas vezes denominadas coletivamente como “anfetaminas” [63]. Este grupo de substâncias abrange poderosos estimulantes do SNC que se distribuem amplamente pelo organismo, penetrando facilmente no SNC e facilitando a libertação de noradrenalina, adrenalina, serotonina e dopamina [9] [27].

O consumo crónico destas drogas induz tolerância e dependência física e psíquica. A abstinência geralmente produz fadiga, depressão e disforia [63] [64].

A dependência resulta em défices na tomada de decisões, memória e raciocínio verbal [27].

b) Apresentação física e formas de consumo

As anfetaminas apresentam-se como um óleo incolor volátil insolúvel em água ou como um pó branco solúvel em água. O pó representa a maioria dos produtos ilícitos de anfetaminas e é conhecido nas ruas por *speed*. Estas substâncias podem ser ingeridas (comprimidos), inaladas ou injetadas (menos comum). Os comprimidos podem ter logós semelhantes aos do MDMA [27] [65].

A MA tem a particularidade de poder apresentar uma forma cristalina, sendo frequentemente denominada de *crystal meth* ou *ice* e sendo por norma fumada [27] [65].

c) Efeitos

Apesar da MA ser mais potente que a AM, os efeitos são muito semelhantes. Assim, ambas provocam efeitos como aumento da confiança e da sociabilidade, energia, dilatação das pupilas, desinibição em termos comportamentais, hipertensão e taquicardia. Também suprimem o apetite e a fadiga e causam insónias [27] [63].

Os efeitos começam a sentir-se 30 minutos após a toma e duram várias horas, altura em que os consumidores podem sentir irritabilidade, ansiedade, inquietação, depressão e letargia [27].

Estes efeitos manifestam-se de igual forma para os restantes derivados anfetamínicos.

d) Toxicidade

Casos não fatais de toxicidade causam taquicardia, hipertensão, ansiedade, agitação, alucinações, coma, convulsões e sintomas cardiovasculares como dor no peito, dispneia e palpitações. Hepatotoxicidade foi reportada em vários casos de intoxicação com estas substâncias [66].

1.2.3.2. MDMA

a) Introdução

O MDMA, mais conhecido pelo nome de rua ecstasy, foi originalmente patenteado pela Merck em 1912 como um precursor da supressão do apetite, mas tem sido usada desde há décadas como uma droga recreativa [67].

É um poderoso estimulante do SNC, e atua principalmente estimulando a libertação e inibindo a recaptção da serotonina, provocando efeitos evidentes como melhorias no estado de humor, aumento da energia, empatia e euforia, entre outros [68] [69]. Tal como a maioria das drogas de abuso, esta droga encontra-se sob controlo internacional [27].

É importante referir que a maioria dos consumidores de ecstasy são policonsumidores de drogas. As combinações mais comuns envolvem o álcool, a cannabis, alucinogénicos e outros estimulantes. O objetivo é aumentar a experiência psicológica, social e fisiológica ou, também, atenuar efeitos adversos do MDMA [68] [69].

Os consumidores de MDMA podem adquirir dependência à substância devido ao desenvolvimento de tolerância, danos psicológicos, deficiências físicas e síndrome de abstinência. A abstinência apresenta sintomas que se caracterizam por ausência de apetite, depressão, fadiga, perda de memória e dificuldade de concentração [70].

b) Apresentação física e formas de consumo

O MDMA apresenta-se como um pó esbranquiçado ou cristais, solúveis na água. É uma droga frequentemente consumida em festas e, portanto, encontrada muitas vezes como comprimidos brancos com impressões coloridas de logos característicos (Figura 3). A forma mais habitual de consumo é por ingestão (via oral), sendo que o pó pode também ser inalado ou injetado [27] [70]. Os comprimidos de MDMA, que se encontram à venda nas ruas, podem conter também outras substâncias, pelo que não devem ser consideradas como uma droga pura [69].



Figura 3: Comprimidos de MDMA com um logo característico.

c) Efeitos

Tal como acontece com muitas drogas de abuso, os efeitos do MDMA reportados variam de acordo com a dosagem, frequência e duração do consumo [71]

Assim, os primeiros sintomas aparecem entre os 30 e 60 minutos após o início do consumo e caracterizam-se por euforia, aumento da percepção sensorial, melhoria no estado de humor e aumento da energia e empatia [27] [69] [71].

Também pode ocorrer uma série de efeitos, tais como, interrupção da termorregulação, hipertensão, taquicardia, convulsões e hemorragia intracraniana. Alguns como rabdomiólise, hiponatremia, coagulação intravenosa disseminada e insuficiência renal aguda podem mesmo por em risco a vida humana [69].

d) Toxicidade

A maioria das mortes causadas por MDMA e outras drogas relacionadas têm como causa primária efeitos cardiovasculares (incluindo cerebrovasculares), cerebrais, hepáticos, hiperpirexia, suicídio ou acidentes. Foi comprovado que o MDMA, quando consumido por um longo período de tempo, provoca neurotoxicidade serotoninérgica em animais [72].

É importante referir que os efeitos letais relacionados com o consumo de MDMA podem ter como causa outros ingredientes que estejam contidos nos comprimidos de MDMA ou o consumo concomitante com outras drogas [69].

1.2.3.3. Cocaína

a) Introdução

A cocaína é um forte estimulante obtido da planta *Erythroxylum coca*, originária da América do sul e consumida por indígenas deste continente desde há muitos séculos atrás [27] [73].

Por bloqueio das bombas de recaptação de dopamina, norepinefrina e serotonina, aumenta a concentração destes neurotransmissores na fenda pré-sináptica, originando efeitos como euforia, taquicardia, entre outros [73]. Bloqueia também os canais de sódio dependentes de voltagem, provocando um efeito anestésico tópico e daí o seu uso na terapêutica como anestésico local e tópico [74] [75].

A cocaína é a substância que provoca maior dependência depois de ter consumida de forma ocasional [9]. A possível dependência de um indivíduo pela cocaína está relacionada, principalmente, com fatores como a via de administração (quando fumada provoca maior dependência), a frequência e a duração de consumo, os efeitos físicos e psicológicos provocados pela droga e o início e duração das alterações [75].

Após uma descontinuação agressiva do consumo de cocaína, o consumidor experiencia uma síndrome de abstinência caracterizado por sintomas como: humor disfórico, pesadelos, distúrbios no sono, insónia, fadiga, aumento do apetite, e retardo psicomotor ou agitação [76].

b) Apresentação física e formas de consumo

A cocaína pode ser encontrada na forma de cristais com uma coloração branco sujo, o conhecido *crack*; na forma de pó branco cristalino ou, ainda, em bolinhas semelhantes a grãos de chumbo.

Normalmente o *crack* é consumido colocando a substância em cachimbos próprios ou artesanais e aspirando os vapores da combustão, sendo que por vezes são utilizados para o mesmo efeito objetos como latas de bebida e papéis de alumínio. Habitualmente, o pó é inalado, sendo absorvido pela mucosa nasal, podendo também ser injetado puro ou misturado com heroína (hábito pouco frequente entre os consumidores) [9] [27] [73].

c) Efeitos

Entre os efeitos mais fracos/moderados, são de salientar a euforia, aumento da energia, distúrbios no sono, insónia, inquietação, aumento da libido, agressão verbal, raiva e diminuição do apetite [75]. Os efeitos indesejáveis podem manifestar-se como medo, irritação, ataques de pânico, paranóia, delírios e distúrbios no sono. A perda de peso, alucinações, aumento do ritmo cardíaco e pressão sanguínea, arritmias, midríase e diaforese

ocorrem após um aumento da dose ou com uma via mais eficiente de administração [73]. Os efeitos a longo prazo têm em comum efeitos provocados pelo aumento da dose e da via de administração, mas também outras complicações como crises de ansiedade e pânico, diminuição da memória e da capacidade de concentração, apatia sexual, bulimia e anorexia, dispneia e consequências sobre o feto durante a gravidez. Destaca-se a “psicose da cocaína” que em muito se assemelha a psicose esquizofrênica [9].

d) Toxicidade

Podem ocorrer complicações, sendo que primeiramente se verifica uma excessiva estimulação do SNC e uma excessiva vasoconstrição, resultando depois numa severa hipertensão e/ou isquemia (associada a lesões nos órgãos) [75].

Também se verificam problemas severos a nível pessoal e social, incluindo mortes traumáticas e lesões, assim como a transmissão de doenças infecciosas [75].

1.2.4. Novas Substâncias Psicoativas

Na Introdução sobre a visão geral das drogas de abuso, podem ser revistos os termos relacionados com as NSP, de interesse para este ponto.

Tal como referido inicialmente, nos últimos anos, com o recente aparecimento das NSP, o consumo destas substâncias tem vindo a aumentar de forma considerável, especialmente entre a população jovem. Até 2013, foram identificadas 340 novas substâncias, sendo que o seu consumo tem vindo a crescer exponencialmente desde 2009 [12].

De acordo com a UNODC, as NSP podem ser agrupadas da seguinte forma [12]:

Tabela 1: Grupos de NSP e respetivos exemplos.

Grupo	Exemplos de substâncias
Aminoindanos	<i>5,6-methylenedioxy-2-aminoindane (MDAI)</i>
Canabinóides sintéticos	Vendidos como <i>spice, K2, Kronik, etc</i>
Catiões sintéticos	<i>Mephedrone (bloom)</i>
Substâncias cetamina e do tipo fenciclidina	<i>4-Methoxyphencyclidine (4-MeO-PCP)</i>
Fenilrilaminas	<i>Bromo-Dragonfly</i>
Piperazinas	<i>Benzylpiperazine (BZP)</i>
Substâncias à base de plantas	<i>Kratom (mitragyna speciosa Korth)</i> <i>Salvia divinorum</i> <i>khat (Catha edulis)</i>
Triptaminas	<i>5-Methoxy-N,N-dipropyltryptamine (5-MeO-DPT)</i>
Outras substâncias	<i>1,3-dimetilamilaamina (DMAA)</i>

Devido ao aspeto inofensivo e à falta de informação/avisos relativamente aos efeitos adversos consequentes do seu consumo, estas substâncias são atrativas, em particular para a população jovem. A verdade é que o uso de NSP pode causar estados mentais dissociados e sensações psicadélicas. Algumas podem também induzir efeitos semelhantes aos das anfetaminas a nível da sensação de fadiga e estado de humor, assim como um aumento no desempenho sexual [77].

Existem diversos casos de intoxicações agudas e alguns de mortes, mas devido aos escassos métodos analíticos existentes para as NSP e os seus metabolitos em amostras biológicas, a análise destes casos muitas vezes é realizada com uma sensibilidade e especificidade de diagnóstico baixas [77]. Suicídios sem explicação foram associados com o uso precedente de canabinóides sintéticos (spice) (Figura 4); e fatalidades com MDPV, por exemplo [12].

Estas substâncias não são classificadas nos tópicos anteriores pois, dependendo do composto em causa, podem provocar inúmeros efeitos (ex.: alucinogénios como a *Salvia divinorum*, estimulantes como as catinonas ou depressores como o kratom).



Figura 4: Spice, uma NSP.

2. Justificação do tema e Objetivos

As drogas de abuso e os efeitos negativos consequentes do seu consumo são um importante problema de saúde pública e são fonte de preocupação. O desconhecimento acerca destas substâncias, a fácil acessibilidade às mesmas e o baixo custo de algumas delas, são, entre muitos outros, fatores que contribuem para o início cada vez mais precoce do seu consumo. A comunidade estudantil está particularmente vulnerável a esta prática, frequentemente associada à diversão noturna na companhia de amigos. Também as NSP têm despertado nos últimos anos grande preocupação, devido à sua popularidade e crescente consumo entre a população jovem.

Assim, o principal objetivo deste estudo é avaliar o consumo de drogas de abuso e sua frequência pelos alunos que frequentam a Universidade da Beira Interior, assim como vários aspetos relacionados, como problemas de saúde consequentes do consumo destas substâncias, início e motivos que desencadearam o seu consumo, e a informação que os estudantes detêm sobre este assunto, entre outros.

O facto de este estudo nunca ter sido realizado nesta comunidade estudantil, pode vir a contribuir para um melhor conhecimento do impacto do consumo destas substâncias entre estes jovens, assim como entre jovens de outras universidades.

3. Metodologia

3.1. Seleção da amostra

A correta seleção da amostra é de máxima importância, de modo a que os resultados obtidos sejam o mais credíveis possível e representativos da população em estudo.

Com este estudo pretendia-se avaliar o consumo de drogas de abuso por estudantes da Universidade da Beira Interior (UBI). Para tal, através do programa estatístico Epi Info™ 7, pode-se determinar a amostra representativa, para posteriormente ser feita a extrapolação dos resultados da amostra para a população em estudo.

Assim, através dos 7183 alunos inscritos na UBI (relativamente ao ano letivo de 2013/2014), e aplicando uma prevalência estimada de 50% e um intervalo de confiança de 95% a amostra representativa da população universitária da UBI calculada foi de 365 alunos. A prevalência estimada utilizada foi de 50% devido à inexistência de estudos publicados e, consequentemente, ao desconhecimento do consumo de drogas de abuso pela população universitária portuguesa.

3.2. Materiais e métodos

Para a realização deste estudo foi elaborado um inquérito (Anexo 1) com 8 questões de resposta rápida que pretendiam avaliar o consumo de drogas de abuso, as respetivas causas e problemas de saúde consequentes, os locais e a forma habitual de consumo, a opinião relativamente à existência de um estigma social sobre os consumidores de drogas de abuso, o grau de informação sobre estas drogas que o inquirido crê possuir, a opinião do mesmo sobre a legalização ou não de cannabis, entre outros aspetos.

Os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos no início do estudo, sendo que todos os alunos poderiam responder ao inquérito, independentemente do sexo, idade ou curso, desde que fossem estudantes da UBI. Assim sendo, após a obtenção de 373 inquéritos respondidos, 8 foram rejeitados devido a não cumprirem os critérios de inclusão, nomeadamente pelos inquiridos serem alunos de outras universidades (3 alunos) ou pelo preenchimento de apenas alguns dados, tornando o inquérito incoerente (5 alunos).

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

A recolha de dados foi realizada durante os meses de Dezembro e Janeiro dos anos 2013 e 2014 respetivamente, em locais frequentados na sua maioria por estudantes, como bibliotecas, salas de estudo, cafetarias e refeitórios da Universidade, entre outros. Os inquéritos foram distribuídos em formato de papel aos inquiridos, sendo preenchidos e entregues no momento. Aquando da entrega dos inquéritos, a todos os estudantes foi prestado o devido esclarecimento relativamente ao carácter anónimo e confidencial dos mesmos, assim como os objetivos principais do estudo.

A análise estatística dos dados obtidos foi efetuada utilizando o Microsoft Office™ Excel 2007, através da aplicação de diversas fórmulas, tabelas e gráficos. O teste do Qui-quadrado foi utilizado para avaliar a associação entre variáveis quantitativas.

O presente estudo é descritivo e transversal, visto que tem como objetivo primário a descrição das características de determinada população e o estabelecimento da relação entre variáveis, sendo a informação recolhida num único momento no tempo.

4. Resultados e Discussão

4.1. Caracterização da amostra

Relativamente ao género, dos 365 inquiridos, 179 corresponderam ao sexo feminino e 186 ao sexo masculino, o que se traduziu percentualmente em 49% e 51% respetivamente (Gráfico 1).

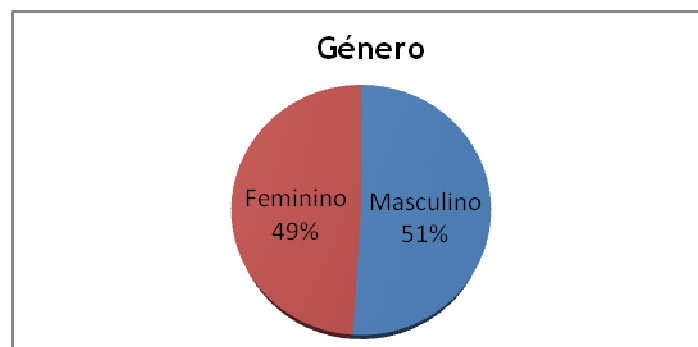


Gráfico 1: Distribuição da amostra em estudo relativamente ao género.

Os participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos, sendo que a média das idades foi de 21,4 para o total de inquiridos, 21,6 para o sexo masculino e 21,2 para o sexo feminino (Gráfico 2).

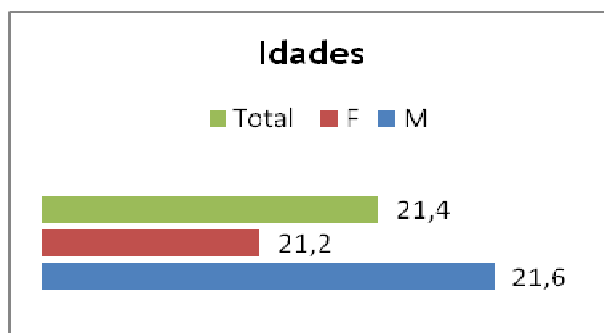


Gráfico 2: Distribuição da amostra em estudo segundo a média de idades, por gênero

No inquérito realizado considerou-se também o tipo de estudos que cada indivíduo frequentava, inserido no ensino superior. Assim, para além de os inquiridos terem que selecionar o tipo de estudos, deveriam também indicar o ano frequentado. Tal como podemos verificar pelo gráfico do Gráfico 3, a maior parte dos inquiridos estudava no curso de Licenciatura (67,7%), seguido pelo Mestrado Integrado (23,3%) e pelo 2ºciclo (9,0%), sendo que nenhum inquirido referiu frequentar o 3º ciclo, pós-graduação ou ainda outro tipo de estudos.

Devido à sua maior relevância para o estudo, optou-se por fazer a análise do consumo de drogas de acordo com o ano frequentado e não com o tipo de estudos. Assim, e segundo os dados compilados e apresentados no Gráfico 4, pode-se verificar que a maior parte dos indivíduos frequentava o 3º ano de estudos universitário, constituindo 28,8% do total dos inquiridos, seguido com uma grande proximidade pelo 2º ano (26,6%).

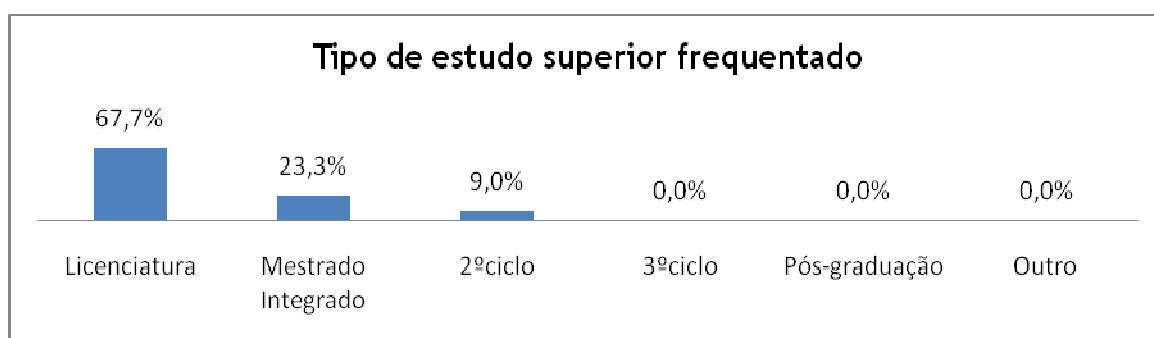


Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo o tipo de estudos.

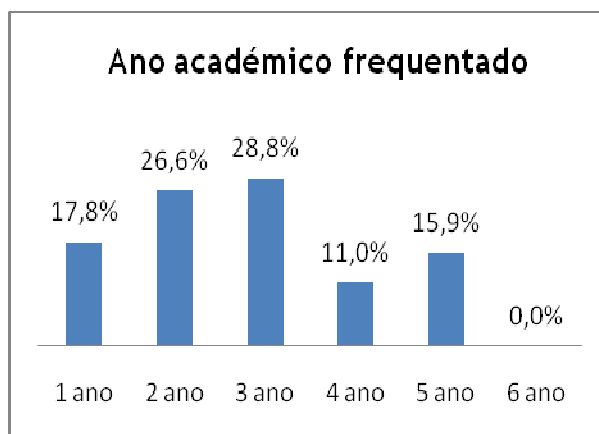


Gráfico 4: Distribuição da amostra de acordo com o ano de estudos frequentado.

4.2. Avaliação do consumo de drogas de abuso na população em estudo

Da análise do consumo, pode-se constatar que dos 365 inquiridos, 211 (58%) consomem ou já consumiram em algum momento da sua vida drogas de abuso.

Os indivíduos do sexo masculino foram os que apresentaram uma maior adesão ao consumo destas substâncias, sendo que dos consumidores, mais de metade pertencem a este género (59,7%) (Gráfico 5). Estes dados vão de encontro aos disponibilizados no *World Drug Report 2014* e no *2013 Portugal National Report*, dos quais, respetivamente, se conclui que os indivíduos do sexo masculino são, a nível mundial, os maiores consumidores de drogas ilícitas, assim como em Portugal [2] [5].

É de algum interesse constatar também que, dentro de cada género, do total de indivíduos do sexo masculino, mais de metade (67,7%) consome ou já consumiu em algum momento da sua vida drogas de abuso. O que não acontece com os indivíduos do sexo feminino que, apesar de estar muito próximo, não chega a ser metade (47,5%) da população em estudo (Gráfico 6).

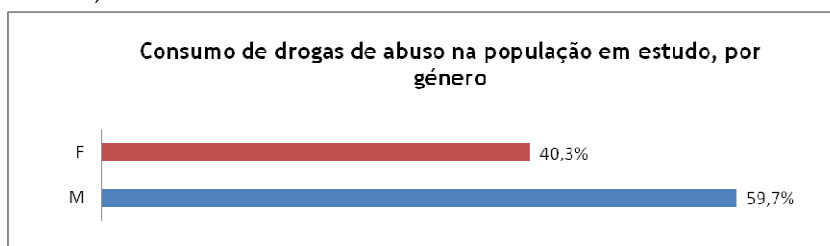


Gráfico 5: Consumo de drogas de abuso na população em estudo, por género.

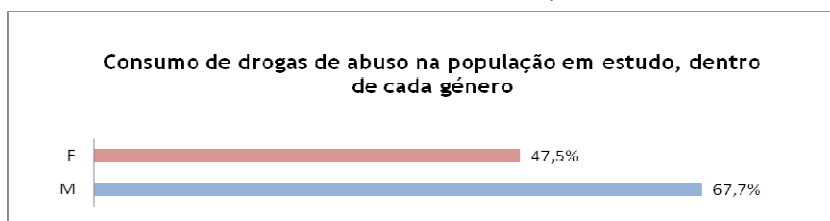


Gráfico 6: Consumo de drogas de abuso na população em estudo por género, dentro de cada género.

4.2.1. Prevalência de consumo de drogas de abuso

Tal como referido inicialmente na introdução ao presente relatório, cerca de quase um quarto da população adulta da União Europeia, terá consumido, em algum momento da sua vida, drogas ilícitas. Segundo dados reportados no *European Drug Report* do EMCDDA, a droga mais consumida é a cannabis, seguida, de longe, pela cocaína, anfetaminas e *ecstasy* [3].

Os níveis de consumo de drogas de abuso ao longo da vida variam significativamente entre países, sendo que em Portugal, de acordo com um estudo conduzido em 2012 na população portuguesa em geral [4], a cannabis, o *ecstasy* e a cocaína foram as substâncias preferencialmente consumidas. As duas últimas substâncias apresentam uma prevalência de consumo muito próxima na população em geral, mas um pouco diferenciada na população jovem, em que o *ecstasy* apresenta uma maior prevalência de uso.

Relativamente ao presente estudo, verificou-se que, tal como esperado, a substância mais consumida pelos estudantes foi a cannabis, sendo que 205 dos inquiridos (56%) referiram ter consumido esta substância em algum momento da sua vida. À cannabis seguiram-se, de longe, as substâncias adquiridas nas smartshops (22 consumidores) e a cocaína e as anfetaminas (ambas com o mesmo número de consumidores, 20) (Gráfico 7). Estes resultados não diferem dos obtidos a nível europeu e nacional relativamente ao consumo de drogas ilícitas, apenas se verificando uma adesão mais baixa que o esperado ao consumo de *ecstasy* (apenas 12 consumidores) pela população em estudo. Este último dado pode, possivelmente, estar relacionado com a tendência de estabilização ou diminuição de consumo que foram reportados a nível europeu (entre os anos de 2007 e 2012), para esta droga [3]. Para esta amostra, faz todo o sentido obter os referidos resultados de consumo de estimulantes (como a cocaína, anfetaminas e *ecstasy*) por parte da população jovem, especialmente porque estas substâncias estão em muito associadas a contextos específicos de diversão, música, dança e espaços noturnos, sendo que frequentemente são consumidas conjuntamente com álcool [3].

Curiosamente, as substâncias adquiridas nas smartshops (na sua maioria as NSP) são consumidas por um número significativo de indivíduos na amostra estudada (22), sendo inclusivamente as segundas substâncias mais consumidas. Esta informação, pode-se dever ao facto de estas substâncias, nos últimos anos, se terem tornado bastante populares entre os jovens, principalmente com a permissão legal de abertura das smartshops no ano de 2007. Uma das questões do inquérito pretendia averiguar que substâncias das smartshops os consumidores tinham adquirido. Em resposta a esta questão, os estudantes afirmaram ter consumido (ou consumir): *Salvia divinorum*, uma planta alucinogénica (6 estudantes); *bloom* ou mefredona, um catião sintético (3 estudantes); “erva” (3 estudantes); *poppers*, nitritos de alquilo (2 estudantes) e *Gorby Mix*, pertencente aos canabinóides sintéticos (2 estudantes). Dois estudantes referiram não ter conhecimento do nome da substância consumida e quatro colocaram um “traço” nesta questão. A *Salvia divinorum* foi, como se pode constatar pelos resultados, a substância mais consumida das obtidas nas smartshops.

Quanto às restantes drogas integradas no inquérito, 13 inquiridos afirmaram já ter consumido cogumelos mágicos em algum momento da sua vida, 11 consumido LSD, 4 consumido medicamentos com uso recreativo (em específico as benzodiazepinas), 3 consumido voláteis por inalação, 1 consumido heroína e, finalmente, 1 afirmou ter consumido uma outra droga, nomeadamente *Roofie*. *Roofie* é o termo utilizado pelos consumidores habituais para designar a BZD flunitrazepam, cujo nome comercial é Rohypnol. É um fármaco com fortes propriedades sedativas e hipnóticas, sem sabor, incolor e que se dissolve em líquidos, sendo, por estes motivos, frequentemente utilizado em tentativas de violação (*Rape drug*) [78].

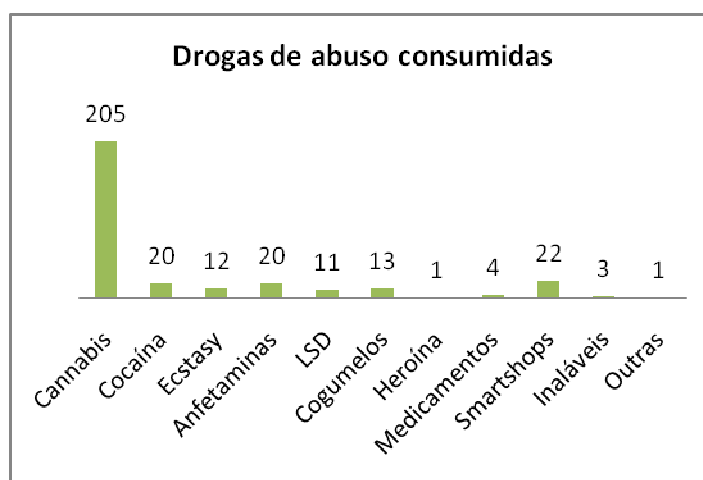


Gráfico 7: Perfil de substâncias consumidas pela amostra populacional em estudo

4.2.2. Consumo de drogas de abuso ao longo da vida, no último ano e no último mês

Na população portuguesa em geral, entre os anos de 2007 e 2012, verificou-se uma diminuição na prevalência ao longo da vida para quase todas as drogas (com exceção do ecstasy e do LSD), assim como uma diminuição na continuidade do uso. Já a população jovem adulta apresentou uma prevalência ao longo da vida e uma taxa de continuidade de consumo de drogas acima da prevalência geral [5].

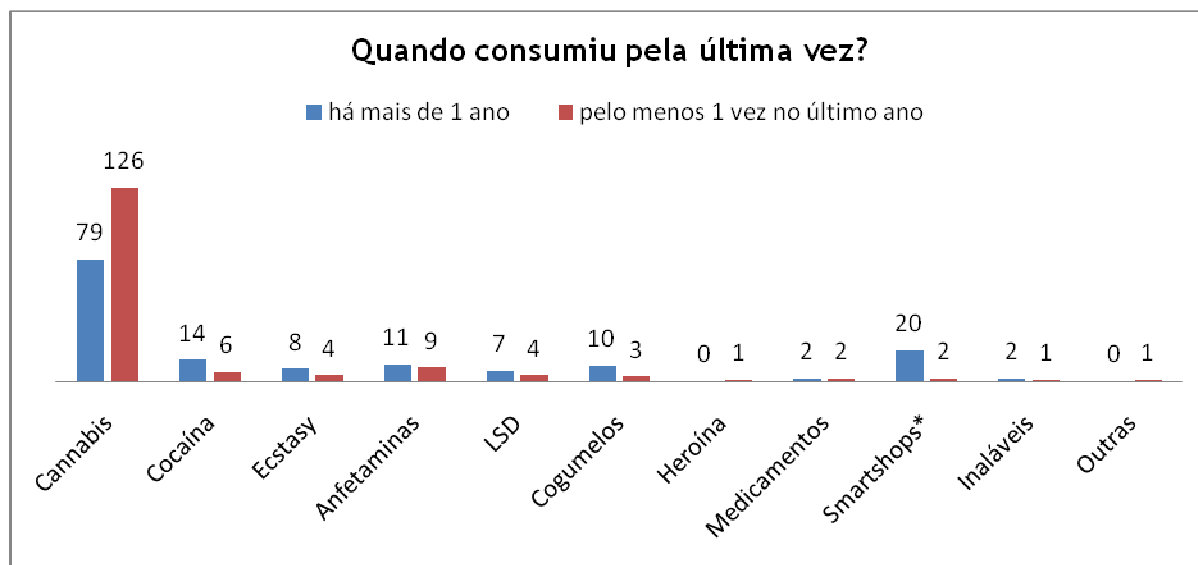


Gráfico 8: Dados sobre o último consumo de drogas de abuso. *Substâncias adquiridas nas smartshops.

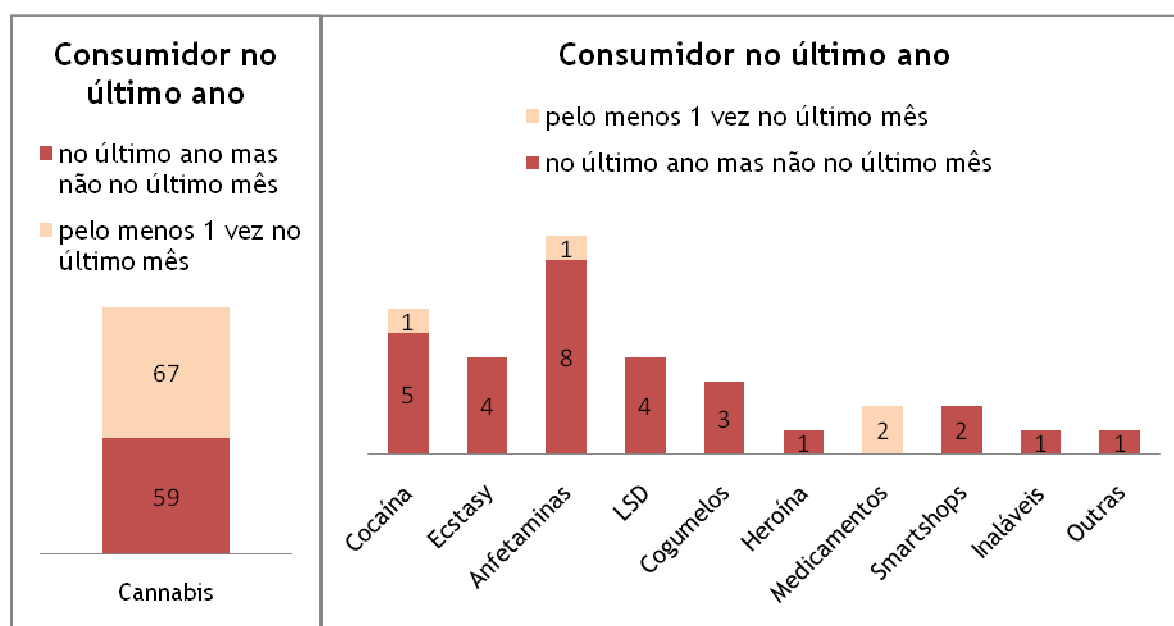


Gráfico 9: Consumo de drogas de abuso no último ano.

Da análise do Gráfico 8, pode-se afirmar que, de uma forma geral, houve uma diminuição na continuidade de consumo da maioria das substâncias, pois são muitos os indivíduos que consumiram há mais de um ano e que já não o fizeram nos últimos 12 meses. Uma grande exceção é a cannabis, cuja continuidade de consumo pela população em estudo não diminuiu, sendo que 79 dos inquiridos afirmaram ter consumido há mais de um ano (e não mais nos últimos 12 meses) e 126 consumido pelo menos uma vez no último ano. Dois dos 4 consumidores de medicamentos para uso recreativo deram continuidade ao seu consumo pelo menos 1 vez no último ano.

Se analisarmos os dados obtidos no Gráfico 9, que correspondem apenas aos inquiridos que consumiram drogas de abuso no último ano, podemos afirmar que, para todas as substâncias em geral, não houve (ou foi significativamente menor) consumo no último mês. Mais uma vez, como exceção, apresenta-se a cannabis, cujos dados refletem que, do total de inquiridos que consumiram pelo menos uma vez no último ano, mais de metade consumiu pelo menos uma vez no último mês. No caso dos medicamentos (BZD, neste estudo em concreto), dos 4 inquiridos que afirmaram terem consumido estas substâncias, 2 consumiram pelo menos uma vez no último ano, assim como no último mês. Dos 5 estudantes que consumiram cocaína pelo menos uma vez no último ano, apenas 1 consumiu no último mês. E relativamente às anfetaminas, dos 8 estudantes, apenas 1 consumiu no último mês.

Tendo em conta os resultados anteriormente apresentados, pode-se afirmar o seguinte: que a cannabis surge como a substância mais consumida ao longo da vida (maior continuidade de uso), seguida pelas anfetaminas e pela cocaína, ainda que com uma enorme diferença numérica.

Estes resultados diferem um pouco dos obtidos no III INPP 2012 [4], em que, a cannabis e a cocaína são as substâncias mais consumidas ao longo da vida. Relativamente ao ecstasy e LSD, as taxas de continuidade foram de 19,2 e 28,7, respetivamente, sendo que estes valores não coincidem com os aqui apresentados.

4.2.3. Consumo de drogas de abuso antes do início dos estudos universitários

A população jovem da atualidade tem fácil acesso a uma ampla variedade de substâncias, sendo muito comum o uso das mesmas conjuntamente com o álcool. Apesar de a maioria da população jovem na União Europeia nunca ter consumido drogas ilícitas, este assunto não deixa de ser um tópico importante a nível do desenvolvimento social. Entre os jovens que já experimentaram substâncias ilícitas, a cannabis é a mais frequentemente consumida. De um modo geral, a probabilidade de os mesmos consumirem cannabis ou outras drogas ilícitas aumenta acentuadamente com a idade [79].

Avaliação do consumo de drogas de abuso por estudantes universitários

O intervalo que compreende as idades 15-24, representa o grupo onde a maioria da população inicia o consumo de substâncias psicoativas [5].

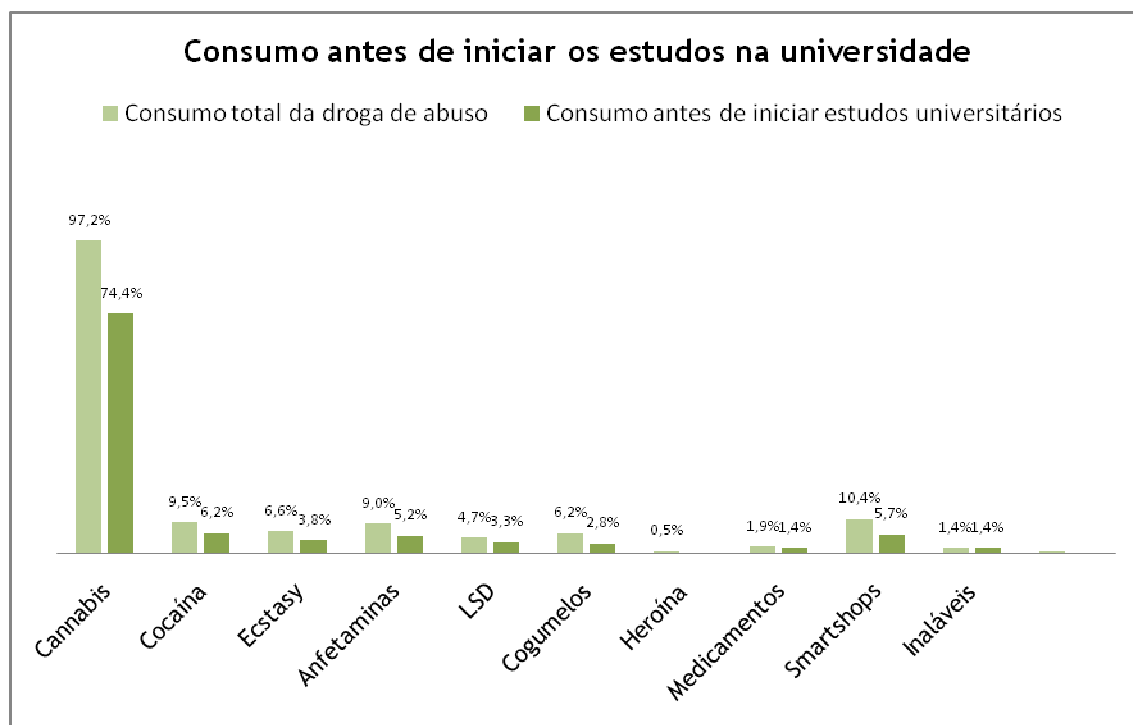


Gráfico 11: Consumo de drogas de abuso antes de iniciar os estudos na Universidade.

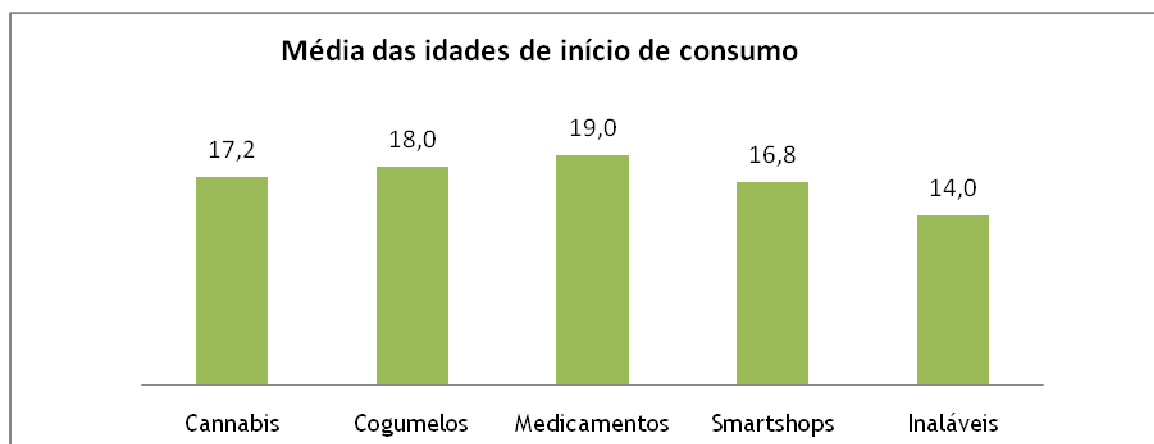


Gráfico 10: Distribuição da média das idades de início de consumo de drogas de abuso.

Da análise dos Gráficos 10 e 11 pode observar-se que, praticamente para todas as substâncias, metade ou mais de metade dos inquiridos consumidores iniciou o seu consumo antes de iniciar os estudos universitários, sendo que a média de idades de início de consumo para a cannabis foi de aproximadamente 17 anos ($\pm 1,7$); de cogumelos mágicos, 18 anos ($\pm 2,8$); de medicamentos com fim recreativo, 19 anos ($\pm 1,4$); de substâncias adquiridas nas

smartshops, aproximadamente 17 anos ($\pm 1,0$) e de voláteis, 14 anos ($\pm 1,4$). Quanto às restantes substâncias, não são apresentados dados relativamente às idades de início de consumo das mesmas, pois nenhum dos inquiridos iniciou o consumo de drogas de abuso com a cocaína, ecstasy, anfetaminas, LSD, heroína ou outras drogas.

Comparando os resultados obtidos no presente estudo, com os declarados no *2013 Portugal National Report* [5] relativamente às médias das idades de início de consumo de cannabis e cogumelos mágicos no ano de 2012, pode-se observar que estes foram relativamente semelhantes, na medida em que foram coincidentes para a cannabis e diferindo pouco significativamente para os cogumelos mágicos, cuja média de idades de iniciação em 2012 foi de 19 anos.

Em destaque está a média de idades de início de consumo para os inalantes voláteis, que é bastante baixa comparativamente com as restantes (14 anos). Estes resultados podem ser justificáveis pelo facto de estas substâncias serem de fácil acesso, legais e de baixo custo, como referido anteriormente no subcapítulo sobre a descrição das drogas de abuso (Subcapítulo 1.), sendo até conhecidas por *kids-drugs* (drogas das “crianças”), portanto drogas dos adolescentes jovens [80].

Com base nos resultados obtidos, podemos concluir que, a cannabis, para além de ser a droga ilícita mais consumida, é também a primeira a ser experimentada. O baixo preço, a fácil acessibilidade e o facto de ser percebida pelos jovens como a substância ilícita de consumo regular mais fácil de abandonar e com menos riscos, são fatores que apoiam a escolha mais frequente desta substância [81].

4.2.4. Problemas de saúde relacionados com o consumo de drogas de abuso

No inquérito distribuído, uma das questões tinha como objetivo averiguar os problemas de saúde relacionados com o consumo de drogas de abuso, sofridos pelos consumidores. Os resultados obtidos são apresentados no Gráfico 12 e na Tabela 2.

Avaliação do consumo de drogas de abuso por estudantes universitários

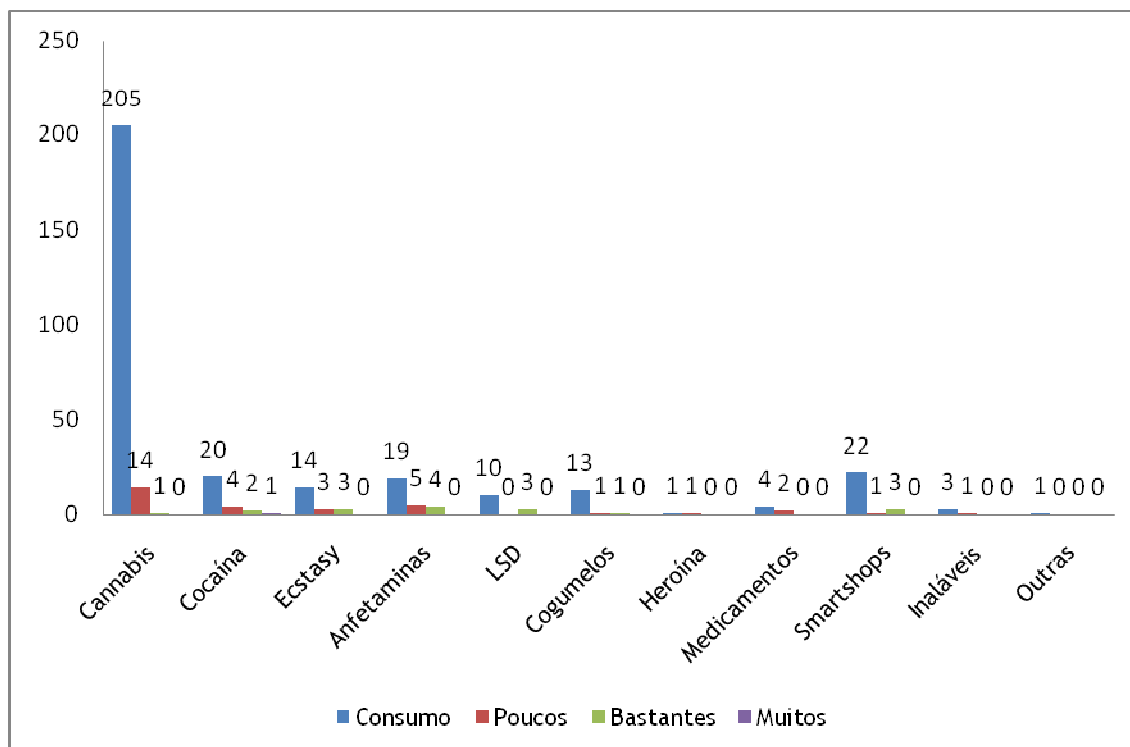


Gráfico 12: Problemas de saúde relacionados com o consumo de drogas de abuso.

Tabela 2: Apresentação dos problemas de saúde descritos pelos inquiridos consumidores de drogas de abuso.

Problemas de saúde	Número de indivíduos
Cansaço	1
Tosse	1
Sono	1
Fome	1
Diminuição da capacidade de raciocínio	3
Taquicardia	2
Problemas respiratórios	2
Alucinações	3
Hipotensão	2
Ansiedade/Crisis de ansiedade	6
Insónias	3
Tonturas	1
Delírios	1
Agressividade	2
Dependência	1

Dos 211 consumidores de drogas de abuso presentes neste estudo foram 50 (24%) os que declararam alguma vez ter sofrido problemas de saúde derivados do consumo destas substâncias.

Nesta avaliação estão incluídos os indivíduos que consumiram uma ou mais substâncias. Estes, apesar de terem indicado quais os problemas sofridos, não especificaram quais as drogas causadoras de cada um dos problemas referidos.

A proporção de declarações relacionadas com consequências negativas foi mais elevada no consumo de ecstasy e anfetaminas, sendo que 6 em 14 e 9 em 19 consumidores declararam ter sofrido problemas de saúde relacionados com cada uma das substâncias, respetivamente. Um menor número de declarações (em proporção), verificou-se para os cogumelos alucinogénios, resultado este que vai de encontro ao apresentado pelo III INPP 2012 relativamente a estas substâncias [4].

No que diz respeito à cannabis, apenas 14 em 205 consumidores, mencionaram ter sofrido algum problema de saúde relacionado com esta substância.

4.2.5. Motivos que desencadearam o consumo de drogas de abuso

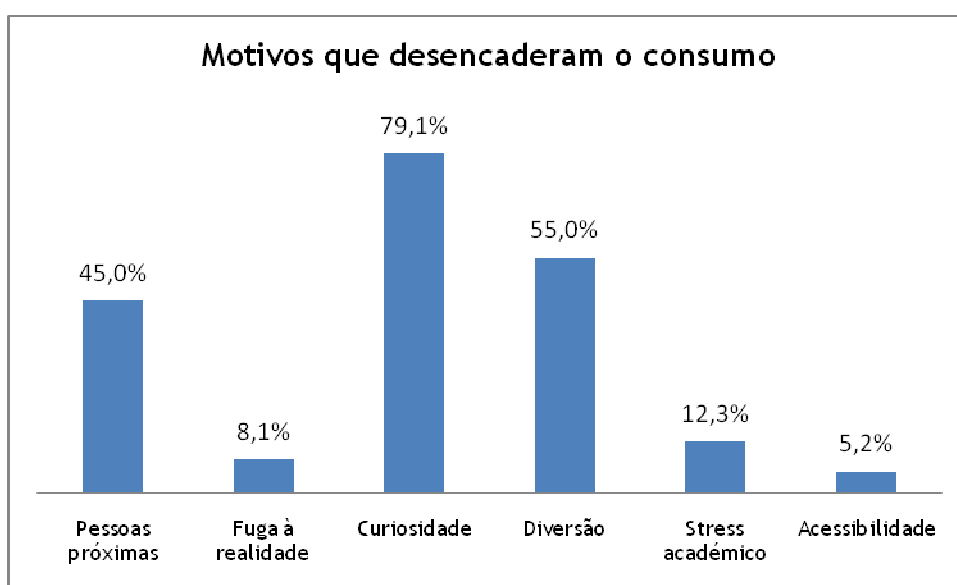


Gráfico 13: Motivos que desencadearam o consumo de drogas de abuso pela população estudantil.

Fatores sociais como estar acompanhado de amigos ou conhecidos que consomem drogas e ver assim facilitada a acessibilidade às mesmas, estão relacionados com maiores taxas de uso de drogas pela população jovem [82].

Também a curiosidade e a diversão são fatores que frequentemente desencadeiam o consumo de drogas de abuso.

Um dos aspetos avaliados no presente estudo está relacionado com os motivos que levam um determinado indivíduo a consumir drogas de abuso. Dos resultados obtidos (Gráfico 13) “curiosidade”, “diversão” e “pessoas próximas” foram, por ordem decrescente, os motivos maioritariamente selecionados pelos inquiridos. A “acessibilidade” foi o motivo menos tido em consideração. Nenhum dos inquiridos selecionou a opção “outros”. No que toca ao maior

fator motivante de consumo, a “curiosidade”, este vai de encontro aos resultados obtidos num estudo realizado na população jovem da Região Autónoma dos Açores [83].

4.2.6. Locais e modo de consumo (companhias) habituais de consumo de drogas de abuso

O consumo de substâncias psicoativas, principalmente de estimulantes como o ecstasy e as anfetaminas, está frequentemente relacionado com o divertimento nos locais de diversão noturna, sendo que o consumo é muito mais elevado nos frequentadores destes locais do que na população em geral [84].

No presente estudo, uma das questões teve como objetivo averiguar, através de uma questão de resposta aberta, quais os locais de consumo habituais dos inquiridos que afirmaram ter consumido uma substância ou mais. O consumo em “casa” (31,8%) foi aquele referido num maior número de inquéritos, seguido de “casa de amigos” (27,5%), “festas” (24,2%) e “na rua” (22,3%) (Gráfico 14). Os dois locais referidos primeiramente, surpreendem-nos por serem tão frequentemente referidos, o que se pode justificar pelo facto de a droga mais consumida ser a cannabis e esta muitas vezes ser fumada em casa ou em locais mais reservados com amigos (contrariamente aos estimulantes). Assim, tendo em conta a proporção de consumo das substâncias, pode fazer sentido obterem-se estas proporções para o consumo habitual em “casa” e em “casa de amigos”. As “festas” como local de consumo podem ser integradas nos “locais de diversão noturna”, o que torna esta última um dos locais mais habituais de consumo, tal como esperado.

Relacionado com este assunto, está também o modo de consumo destas substâncias, ou seja, se o indivíduo consome sozinho ou acompanhado. Foi também elaborada no inquérito uma questão envolvendo este tópico, na qual o inquirido tinha 3 opções disponíveis (consome “sozinho”, “com amigos” ou “com familiares”) podendo escolher apenas uma. Pela análise do Gráfico 15 é bastante evidente que a maioria dos estudantes que consomem, fazem-no na companhia de amigos (91 %), seguindo-se com uma larga diferença, o consumo quando se encontram a sós e por último com familiares.

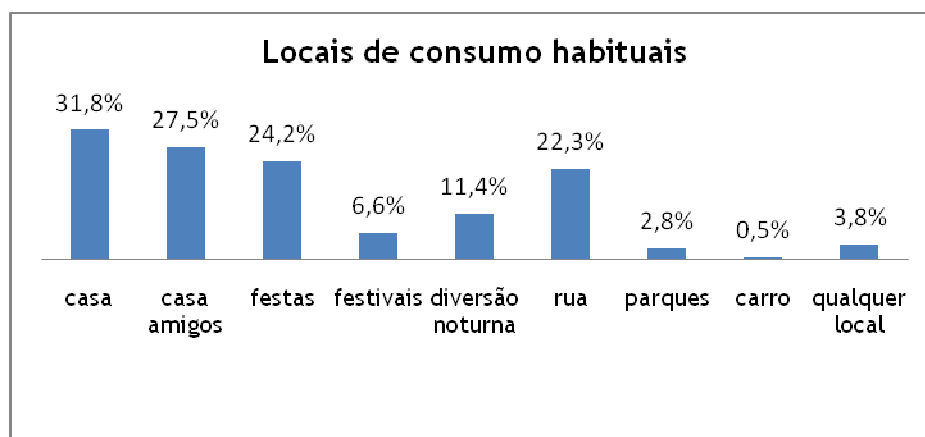


Gráfico 14: Locais de consumo habituais das drogas de abuso na amostra populacional.

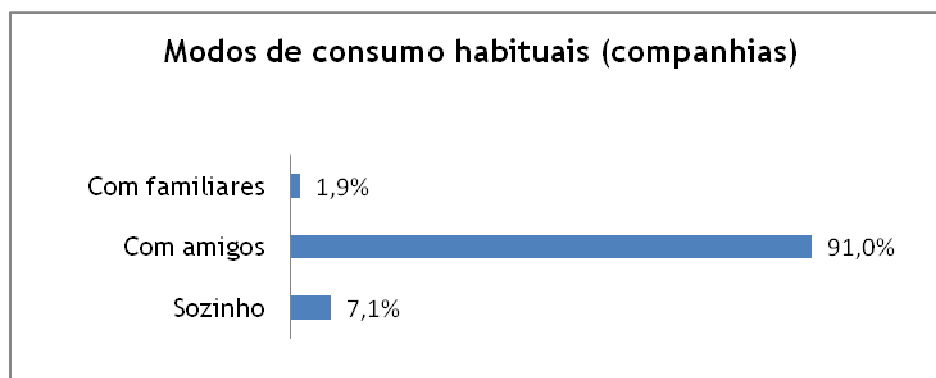


Gráfico 15: Modos de consumo habituais (companhia) das drogas de abuso na amostra populacional.

4.2.7. Consumo de drogas de abuso conjuntamente com bebidas alcoólicas e tabaco

O policonsumo de drogas (consumo de pelo menos duas drogas psicoativas diferentes) é responsável na Europa pela maioria dos problemas de dependência. Para além de estar associado a uma maior probabilidade de dependência, está associado também a uma saúde física mais debilitada e problemas mentais.

Acredita-se que consumidores jovens (adolescentes) de tabaco ou álcool têm uma maior tendência para um posterior consumo de cannabis e até progredir para outras drogas ilícitas, comparando com os indivíduos que não fumaram tabaco ou consumiram bebidas alcoólicas na sua adolescência [84].

Os maiores riscos do policonsumo de drogas são as consequências devidas a uma elevada toxicidade, overdose e morte [2].

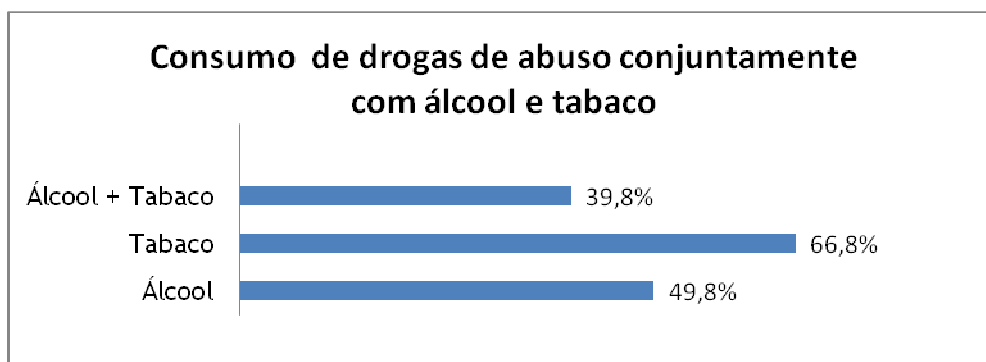


Gráfico 16: Consumo de drogas de abuso conjuntamente com bebidas alcoólicas (álcool) e tabaco.

Pela análise do Gráfico 16, podemos retirar a informação de que do total de consumidores abusivos da presente amostra, 39,8% afirmaram consumir drogas conjuntamente com bebidas alcoólicas e tabaco, aproximadamente 50% apenas em conjunto com álcool e 66,8% com tabaco, pelo que mais de metade dos inquiridos que consome drogas de abuso, fá-lo de preferência conjuntamente com o tabaco. É de ter em consideração que o elevado valor obtido para o consumo de drogas, em conjunto com tabaco, pode ser resultado de duas interpretações diferentes da questão elaborada. Por um lado os inquiridos podem ter compreendido a questão como o consumo de drogas e de cigarros ou, por outro lado, o consumo de cannabis misturada com tabaco num cigarro enrolado (uma prática muito comum entre jovens universitários).

4.2.8. Forma habitual de consumo da cannabis e legalidade desta substância

Devido ao facto de a cannabis ser a substância ilícita mais consumida pela população, foram realizadas neste inquérito duas questões mais direcionadas para a mesma. Uma das questões está relacionada com a forma de apresentação da cannabis habitualmente consumida (marijuana, haxixe, óleo ou sementes de cannabis) e a outra com a opinião de cada inquirido sobre a legalidade da cannabis (se esta substância deveria ser considerada uma droga legal). Os resultados obtidos para cada uma das questões são apresentados nos Gráficos 17 e 18, respetivamente.

Quanto à primeira questão, verificou-se que a marijuana é de longe a forma habitual de consumo de cannabis por parte dos inquiridos (80,6%), seguida do haxixe (19,4%). Nenhum estudante declarou ter consumido óleo ou sementes de cannabis (Gráfico 17).

No respeitante à segunda questão, relativa à legalização da cannabis, pouco mais de metade dos inquiridos partilham da opinião de que a cannabis deveria ser considerada uma droga legal. Pela utilização do teste do Qui-quadrado (Anexo 2), pode-se chegar à conclusão que, de uma forma geral, os inquiridos consumidores acham que a cannabis deveria ser considerada uma droga legal e vice-versa relativamente aos não consumidores (Gráfico 18).

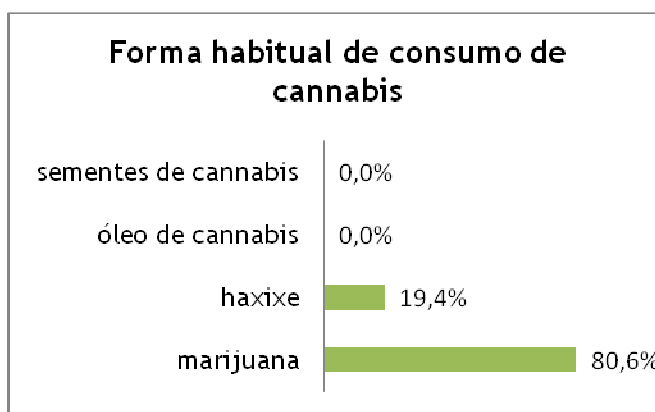


Gráfico 17: Forma habitual de consumo de cannabis pela amostra populacional.

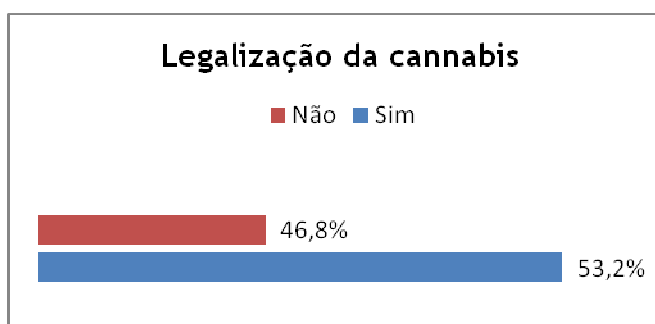


Gráfico 18: Opinião relativa à legalização de cannabis.

4.2.9. Existência de um estigma social relativamente aos consumidores de drogas de abuso

O consumo de drogas de abuso tem sido profundamente não aceite por grande parte da sociedade, o que o torna um comportamento estigmatizado. O estigma é definido como uma desqualificação social em resposta a um determinado atributo ou falha e inclui elementos de discriminação, rejeição e exclusão [85].

Os consumidores de drogas muitas vezes sofrem de rejeição por parte de amigos e familiares e, caso sejam condenados por ofensas relacionadas com o consumo, podem também experienciar um estigma social que se reflete por negação de oportunidades de emprego, habitação, entre outras. Muitas vezes, para evitar a discriminação, os consumidores mantêm o seu hábito em segredo, o que pode limitar as suas interações sociais com os amigos e não consumidores, levando-os a criar novos círculos sociais (normalmente constituídos por consumidores) e criando um maior distanciamento das instituições que fornecem cuidados de saúde [85] [86].

Devido à importância deste assunto a nível social, foi realizada uma questão aos inquiridos, cujo objetivo era averiguar a sua opinião relativamente à existência de um estigma social em relação aos consumidores de drogas de abuso e, em caso afirmativo, que estigmas acreditavam existir de entre as opções apresentadas (uma vez que no inquérito era possível selecionar mais que uma opção).

Como se pode verificar por análise dos Gráficos 19 e 20, apenas 18,1% dos inquiridos afirmou não existir um estigma social relativamente às pessoas que consomem drogas de abuso, sendo que a maioria (81,9%) afirmou o contrário. Dos tipos de estigmas sociais, “São considerados todos drogados” foi o mais frequentemente selecionado pelos inquiridos, com um valor percentual de 66,2%, seguido de “Não vão ter futuro” (51,5%), “Têm dificuldade em encontrar emprego” (45,8%) e por último, “São considerados menos inteligentes” (27,1%). Dos inquiridos, 5 selecionaram a opção “outros”, sendo que 4 escreveram como um outro tipo de estigma que as pessoas que consomem drogas de abuso são consideradas “más influências” e 1 escreveu que este tipo de pessoas tem “dificuldade em manter uma vida social”.

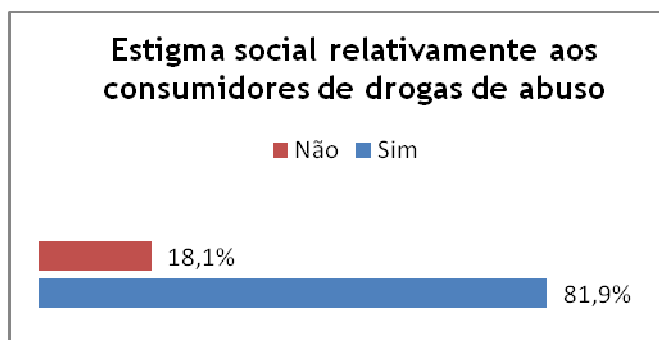


Gráfico 19: Opinião sobre a existência de um estigma social relativamente aos consumidores de drogas de abuso.

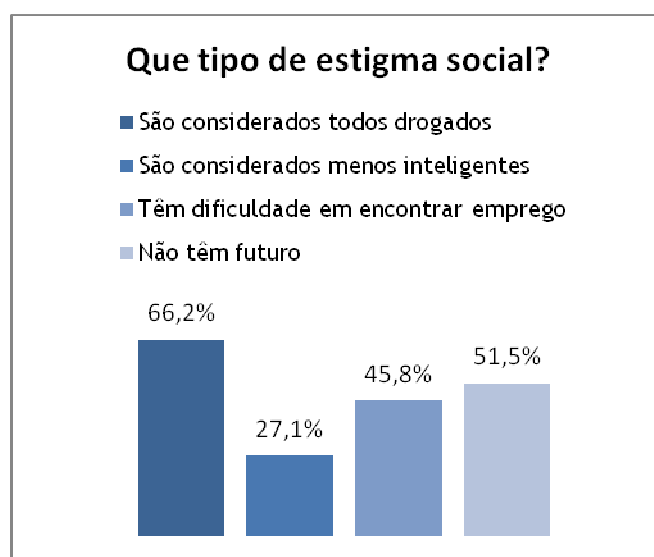


Gráfico 20: Tipo de estigma social existente.

4.2.10. Nível de informação relativamente ao consumo de drogas de abuso

A última questão pretendia averiguar o nível de conhecimento relativamente ao consumo de drogas de abuso que cada inquirido da presente amostra possuía. Cerca de metade dos estudantes afirmaram estar suficientemente informados relativamente a este assunto, 37,5% afirmaram estar perfeitamente informados e apenas 9% e 1,6% declararam estar pouco ou mal informados, respetivamente (Gráfico 21).

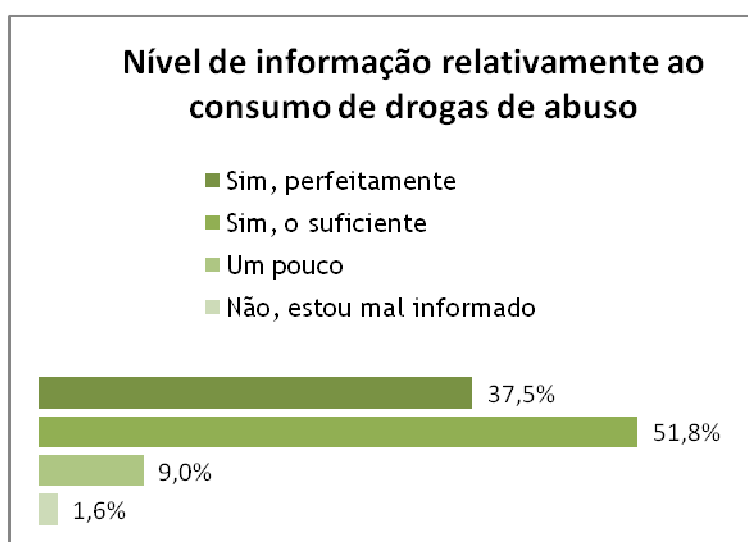


Gráfico 21: Nível de informação relativamente ao consumo de drogas de abuso pela amostra populacional.

5. Conclusão e perspetivas futuras

O crescente consumo de drogas de abuso é uma situação preocupante para a maioria dos países. Portugal não escapa a esta situação, tendo uma comunidade jovem de consumidores que ano após ano continua a crescer, acompanhando as tendências mundiais de consumo em alguns aspetos. Neste sentido, a União Europeia tem vindo anualmente a aumentar os seus esforços para o combate eficaz deste flagelo social de forma a minimizar o consumo destas substâncias por parte da população e melhorar as políticas de alerta, educação e saúde pública. Tomando como partida estas premissas, o presente trabalho permitiu avaliar o consumo de drogas de abuso por estudantes da UBI, assim como outros aspetos relacionados com esta prática.

Os resultados obtidos revelaram que, na amostra em estudo, os indivíduos do sexo masculino eram os principais consumidores (59,7%), comparativamente com os do sexo feminino (40,3%). A substância mais consumida foi a cannabis, seguida, de longe, pelas substâncias adquiridas nas smartshops, pela cocaína e pelas anfetaminas; e a menos consumida foi a heroína. Também foi avaliada a continuidade de uso destas drogas pelos inquiridos, podendo constatar-se que, de uma forma geral, houve uma diminuição na continuidade de consumo para a maioria das substâncias, com exceção da cannabis. A cannabis surge assim como a substância mais consumida ao longo da vida pela população em estudo. Dos indivíduos consumidores, metade ou mais de metade iniciou o seu consumo antes de iniciar os seus estudos na universidade para todas as substâncias em geral, sendo que a média de idades de início de consumo para a cannabis foi de aproximadamente 17 anos ($\pm 1,7$); de cogumelos mágicos, 18 anos ($\pm 2,8$); de medicamentos com fim recreativo, 19 anos ($\pm 1,4$); de substâncias adquiridas nas smartshops, aproximadamente 17 anos ($\pm 1,0$) e de voláteis, 14 anos ($\pm 1,4$).

Os inquiridos foram também questionados sobre os possíveis problemas de saúde que tivessem sofrido como consequência do consumo de drogas de abuso. A esta questão, 50 (24%) dos inquiridos consumidores afirmaram ter sofrido problemas de saúde, sendo que a cannabis foi a substância menos reportada como origem dos mesmos.

Outros aspetos relacionados com o consumo de drogas de abuso, como os motivos que o desencadearam, os locais e modo de consumo foram também avaliados, sendo que se pode concluir pelos resultados apresentados que o local mais habitual de consumo dos estudantes era a sua própria casa (31,8%), em companhia de amigos (91%). Verificou-se igualmente que o uso destas drogas ocorre com frequência com o conjunto concomitante de tabaco (66,8%).

Sendo a cannabis a substância ilícita mais consumida globalmente, foram efetuadas algumas questões mais direccionadas para a mesma. Assim, verificou-se que de entre as diferentes formas de apresentação da cannabis, a marijuana é a mais consumida (80,6%). Também foi possível concluir que, de uma forma geral, os inquiridos consumidores afirmam que a cannabis deveria ser considerada uma droga legal (e vice-versa relativamente aos não-consumidores).

Pensou-se que seria também de particular interesse conhecer a opinião dos inquiridos no que toca à existência de um estigma social em relação aos consumidores de drogas. Nesta questão, cerca de 82% dos inquiridos declaram acreditar que existe um estigma social.

Por fim, o último assunto abordado no inquérito estava relacionado com o grau de conhecimento que cada inquirido acreditava possuir relativamente às drogas de abuso. A maioria dos indivíduos afirmou que se sentia suficientemente informado sobre este assunto.

Futuramente, seria interessante alargar este estudo a todas as universidades de Portugal, de modo a conhecer se estas tendências de consumo e a informação são comuns aos restantes estabelecimentos de ensino superior e de forma a obter dados mais representativos do consumo de drogas de abuso por esta população no país.

6. Bibliografia

1. Al-Haqwi, A., Perception among medical students in Riyadh, Saudi Arabia, regarding alcohol and substance abuse in the community: a cross-sectional survey. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2010, 5:2.
2. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), World Drug Report 2014. [documento online]. 2014. [consultado a 29/05/2014]. Disponível em: <http://www.unodc.org/>.
3. EMCDDA (The European Police Office Europol - The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction(Europol-EMCDDA)), *European Drug Report: Trends and developments*. [documento online]. 2014. [consultado a 29/05/2014]. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/>.
4. SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa 2012. [documento online]. 2013. [consultado a 29/05/2014]. Disponível em: <http://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx>.
5. EMCDDA (The European Police Office Europol - The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction(Europol-EMCDDA)), 2013 National Report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point, “Portugal” New Developments, Trends and in-depth information on selected issues. [documento online]. 2013. [consultado a 29/05/2014]. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/>.
6. Arria, A. M., Garnier-Dykstra, L. M., Cook, E. T., Caldeira, K. M., Vincent K. B., Baron, R. A., O’Grady, K. E. Drug use patterns in young adulthood and post-college employment. *Drug Alcohol Depend* 2013, 127(1-3), 23-30.
7. Suerken, C. K., Reboussin, B.A., Sutfin, E.L., Wagoner, K.G., Spangler, J., Wolfson, M. Addictive Behaviors 2014, 39(1), 302-7.
8. Arria, A. M., Caldeira, K.M., O’Grady, K.E., Vincent, K.B., Johnson, E.P., Wish, E.D., Drug exposure opportunities and use patterns among college students: results of a longitudinal prospective cohort study. *Substance Abuse* 2008, 29(4), 19-38.
9. SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), Substâncias Psicoativas. [consultado a 29/05/2014]. Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/default.aspx>.
10. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), World Drug Report 2013. [documento online]. 2013. [consultado a 31/05/2014]. Disponível em: <http://www.unodc.org/>.
11. Jornal Oficial da União Europeia, Decisão 2005/387/JAI do Conselho de 10 de maio de 2005, relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias psicoativas.

12. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), Early Warning Advisory on New Psychoactive Substances. [consultado a 02/09/2014]. Disponível em: <https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS>.
13. SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), Novas Substâncias Psicoativas O Caso da Salvia Divinorum. [documento online]. 2013. [consultado a 02/09/2014]. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/8/Monografia.pdf.
14. INFARMED - Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em www.infarmed.pt.
15. EMCDDA (The European Police Office Europol - The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction(Europol-EMCDDA)), Country legal profiles. [consultado a 10/06/2014]. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html?pluginMethod=eldd.countryprofiles&country=PT>.
16. SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), Política Portuguesa. [consultado a 10/06/2014]. Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>.
17. EMCDDA (The European Police Office Europol - The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction(Europol-EMCDDA)), National Report 2007: Portugal. [consultado a 11/06/2014].
18. WHO (World Health Organization), Lexicon of alcohol and drug terms (Geneva, 1994). [Documento online]. 1994. [consultado a 14/06/2014]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/.
19. Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C., Lizasoain I. Drogodependencias Farmacología Patología Psicología Legislación, 3º edición; Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009.
20. WHO (World Health Organization), Substance abuse. [consultado a 14/06/2014] Disponível em: http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/.
21. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), Information about drugs. [consultado a 14/06/2014]. Disponível em: <http://www.unodc.org/unodc/en/illicit-drugs/definitions/>.
22. Costa, N. M., Prevalência do Consumo de Drogas de Abuso nos Casos Mortais de Autopsiados na Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal e no Gabinete Médico-Legal da Figueira da Foz 1990 e 2007. [Dissertação de Mestrado]. 2009/2010, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
23. McGeeney, B. E., Cannabinoids and hallucinogens for headache. Headache 2013, 53(3), 447-58.
24. Fantegrossi, W. E., Murnane, A. C., Reissig, C. J., The behavioral pharmacology of hallucinogens. Biochemical pharmacology 2008, 75(1), 17-33.

25. Nichols, D. E., Hallucinogens. *Pharmacology & Therapeutics* 2004, 101(2), 131-81.
26. Ben Amar, M., Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential. *Journal of Ethnopharmacology* 2006, 105(1-2), 1-25.
27. EMCDDA (The European Police Office Europol - The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europol-EMCDDA)), Drug profiles. [consultado a 04/06/2014]. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/drug-profiles>.
28. Iversen, L., Cannabis and the brain. *Brain* 2003, 126, 1252-1270.
29. Mahmoud, A. E., Marijuana and the Cannabinoids, 3rd Edition, Humana Press Inc., 2007.
30. Devinsky, O.; Cilio, M. R.; Cross, H.; Fernandez-Ruiz, J.; French, J.; Hill, C.; Katz, R.; Di Marzo, V.; Jutras-Aswad, D.; Notcutt, W. G.; Martinez-Orgado, J.; Robson, P. J.; Rohrbach, B. G.; Thiele, E.; Whalley, B.; Friedman, D., Cannabidiol: pharmacology and potential therapeutic role in epilepsy and other neuropsychiatric disorders. *Epilepsia* 2014, 55(6), 791-802.
31. Hall, W.; Solowij, N., Adverse effects of cannabis. *The Lancet* 1998, 352, 1611 - 1616.
32. Baptista, M. J., Determinação de drogas terapêuticas e não terapêuticas e de alguns metabolitos em cabelo. [Dissertação de Mestrado]. 2005, Universidade de Aveiro.
33. Gates, P.; Jaffe, A.; Copeland, J., Cannabis smoking and respiratory health: consideration of the literature. *Respirology* 2014, 19(5), 655-62.
34. Hall, W.; Degenhardt, L.; Lynskey, M., The health and psychological effects of cannabis use, Monograph Series No. 44, Commonwealth of Australia, 2001.
35. Hall, W.; Degenhardt, L.; Lynskey, M., Adverse health effects of non-medical cannabis use, *The Lancet* 2009, 17-23, 1383-1391.
36. Grossman, L.; Utterback, E.; Stewart, A.; Gaikwad, S.; Chung, K. M.; Suci, C.; Wong, K.; Elegante, M.; Elkhayat, S.; Tan, J.; Gilder, T.; Wu, N.; Dileo, J.; Cachat, J.; Kalueff, A. V.; Characterization of behavioral and endocrine effects of LSD on zebrafish. *Behavioural Brain Research* 2010, 214 (2), 277-84.
37. Passie, T.; Halpern, J. H.; Stichtenoth, D. O.; Emrich, H. M.; Hintzen, A., The pharmacology of lysergic acid diethylamide: a review. *CNS Neuroscience and Therapeutics* 2008, 14(4), 295-314.
38. Lüscher, C.; Ungless, M. A.; "The Mechanistic Classification of Addictive Drugs". *PLoS Medicine* 2006, 3 (11), e437.
39. Wolbach, A.B.; Isbell, H.; Miner, E. J., Cross tolerance between mescaline and LSD-25, with a comparison of the mescaline and LSD reactions. *Psychopharmacologia* 1962, 12 (3), 1-14.
40. Isbell, H.; Wolbach, A. B.; Wikler, A.; Miner, E. J.; Cross Tolerance between LSD and Psilocybin". *Psychopharmacologia* 1961, 2(3), 147-59.
41. McKenna, D. J.; Nazarali, A. J.; Himeno, A.; Saavedra, J. M., Chronic treatment with (+/-)DOI, a psychotomimetic 5-HT₂ agonist, downregulates 5-HT₂ receptors in rat brain. *Neuropsychopharmacology* 1989, 2(1), 81-87.

42. SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), Guia de Sobrevivência às Drogas e às Noitadas. [consultado a 14/06/2014]. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Materiais/Lists/SICAD_MATERIAIS/Attachments/38/guia_noitadas.pdf.
43. Tylš, F.; Páleníček, T.; Horáček, J., Psilocybin - Summary of knowledge and new perspectives. *European Neuropsychopharmacology* 2014, 24, 342-356.
44. EMCDDA (The European Police Office Europol - The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europol-EMCDDA)), Hallucinogenic mushrooms: an emerging trend case study. [document online]. 2006. [consultado em 18/06/2014]. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/mushrooms>.
45. Hallock, R. M.; Dean, A.; Knecht, Z. A.; Spencer, J.; Taverna, E. C., A survey of hallucinogenic mushroom use, factors related to usage, and perceptions of use among college students. *Drug and Alcohol Dependence* 2013, 130(1-3), 245-248.
46. van Amsterdam, J.; Opperhuizen, A.; van den Brink, W.; Harm potential of magic mushroom use: a review. *Regulatory Toxicology and Pharmacology* 2011, 59(3), 423-9.
47. Gomes, M.S., Contributo da Química Forense na Detecção de Drogas de Abuso. [Dissertação de Mestrado]. 2013. Universidade de Lisboa.
48. Wills, S., *Drugs of Abuse*, 2nd edition, Pharmaceuticla Press, 2005.
49. Rook, E. J.; Huitema, A. D.; van den Brink, W.; van Ree, J. M.; Beijnen, J. H., Pharmacokinetics and pharmacokinetic variability of heroin and its metabolites: review of the literature. *Current Clinical Pharmacology* 2006, 1(1), 109-108.
50. Hosztafi, S., Heroin addiction. *Acta Pharmaceutica Hungarica* 2011, 81(4), 173-83.
51. Zovko, Abigayle., *The Pharmacological Effects of Diacetylmorphine (Heroin) After Diffusion Through the Blood-Brain Barrier*. 2009. (No prelo).
52. Darke, S.; Zador, D., Fatal heroin "overdose": a review. *Addiction* 1996, 91(12), 1765-1772.
53. Riss, J.; Cloyd, J.; Gates, J.; Collins, S., Benzodiazepines in epilepsy: pharmacology and pharmacokinetics. *Acta Neurol Scand* 2008, 118(2), 69-86.
54. O'Brien, C.P., Benzodiazepine Use, Abuse, and Dependence. *J Clin Psychiatric* 2005, 66(2), 28-33.
55. Salzman, C., Addiction to Benzodiazepines. *Psychiatric Quarterly* 1998, 69(4), 251-261.
56. Carvajal, B.; Morán, J.; Morán, G.; Cevallos, L., Evidencia de caso: intoxicación por benzodiazepinas. *Revista "Medicina"* 2006, 12(2).
57. Brunton, L.; Lazo, J.; Parker, K.; Goodman & Gilman's *The Pharmacological Basics of Therapeutics*, 11th Edition, McGraw Hill Professional, 2005.
58. Kurtzman, T. L.; Otsuka, K. N.; Wahl, R. A., Inhalant Abuse by Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2001, 28, 170-180.

59. Muller, A. A.; Muller, G. F., Inhalant Abuse. *Journal of Emergency Nursing* 2006, 32, 447-8.
60. Wu, L. t.; Ringwalt, C. L., Inhalant use and disorders among adults in the United States. *Drug Alcohol Dependence* 2006, 85(1), 1-11.
61. Government of Western Australia, Drug and Alcohol Office. What is volatile substance use? [consultado a 10/09/2014]. Disponível em: <http://www.dao.health.wa.gov.au/vsu/pages/whatisvsu.htm>.
62. Ridenour, T. A.; Bray, B. C.; Cottler, L. B., Reliability of use, abuse, and dependence of four types of inhalants in adolescents and young adults. *Drug Alcohol Dependence* 2007, 91(1), 40-9.
63. Berman, S. M.; Kuczenski, R.; McCracken, J. T.; London, E. D., Potential adverse effects of amphetamine treatment on brain and behavior: a review. *Molecular Psychiatry* 2009, 14(2), 123-42.
64. Kataoka, H.; Lord, H. L.; Pawliszyn, L., Simple and rapid determination of amphetamine, methamphetamine, and their methylenedioxy derivatives in urine by automated in-tube solid-phase microextraction coupled with liquid chromatography-electrospray ionization mass spectrometry. *Journal of Analytical Toxicology* 2000, 24(4), 257-65.
65. McKetin, R.; Kelly, E.; McLaren, J.; The relationship between crystalline methamphetamine use and methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 2006, 85(3), 198-204.
66. Jones, A. L.; Simpson, K. J.; Review article: mechanisms and management of hepatotoxicity in ecstasy (MDMA) and amphetamine intoxications. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 1999, 13(2), 129-33.
67. Sáez-Briones, P.; Hernández, A., MDMA (3,4-Methylenedioxymethamphetamine) Analogues as Tools to Characterize MDMA-Like Effects: An Approach to Understand Entactogen Pharmacology. *Current Neuropharmacology* 2013, 11(5), 521-534.
68. Parrott, A. C.; Milani, R. M.; Gouzoulis-Mayfrank, E.; Daumann, J., Cannabis and Ecstasy/MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine): an analysis of their neuropsychobiological interactions in recreational users. *Journal of Neural Transmission* 2007, 114(8), 959-68.
69. Mohamed, W. M.; Ben Hamida, S.; Cassel, J. C.; de Vasconcelos, A. P.; Jones, B. C., MDMA: interactions with other psychoactive drugs. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 2011, 99(4), 759-74.
70. Karuppagounder, S. S.; Bhattacharya, D.; Ahuja, M.; Suppiramaniam, V.; Deruiter, J.; Clark, R.; Dhanasekaran, M., Elucidating the neurotoxic effects of MDMA and its analogs. *Life Sciences* 2014, 101(1-2), 37-42.
71. Baylen, C.A.; Rosenberg, H., A review of the acute subjective effects of MDMA/ecstasy. *Addiction* 2006, 101(7), 933-47.
72. Kalant, H., The pharmacology and toxicology of "ecstasy" (MDMA) and related drugs. *Canadian Medical Association Journal* 2001, 165(7), 917-28.

73. Vroegop, M. P.; Franssen, E. J.; van der Voort, P. H.; van den Berg, T. N.; Langeweg, R. J.; Kramers, C., The emergency care of cocaine intoxications. *The Netherlands Journal of Medicine* 2009, 67(4), 122-6.
74. Leri, F.; Bruneau, J.; Stewart, J., Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction* 2003, 98(1), 7-22.
75. Carrera, M. R.; Meijler, M. M.; Janda, K. D., Cocaine pharmacology and current pharmacotherapies for its abuse. *Bioorganic & Medicinal Chemistry* 2004, 12(19), 5019-30.
76. Sofuoglu, M.; Dudish-Poulsen, S.; Poling, J.; Mooney, M.; Hatsukami, D. K., The effect of individual cocaine withdrawal symptoms on outcomes in cocaine users. *Addictive Behaviors* 2005, 30(6), 1125-34.
77. Favretto, D.; Pascali, J. P.; Tagliaro, F., New challenges and innovation in forensic toxicology: focus on the “New Psychoactive Substances”.
78. EMCDDA (The European Police Office Europol - The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europol-EMCDDA)), Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol. [documento online]. 2008. [consultado a 07/09/2014]. Disponível em: file:///C:/Users/Sara/Downloads/TDS_sexual_assault.pdf.
79. EMCDDA (The European Police Office Europol - The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europol-EMCDDA)), Young people and drugs. [consultado a 08/09/2014]. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/young-people>.
80. Wu, L. T.; Ringwalt, C. L., Inhalant use and disorders among adults in the United States. *Drug Alcohol Dependence* 2006, 85(1), 1-11.
81. Neto, C.; Fraga, S.; Ramos, E., Consumo de substâncias ilícitas por adolescentes portugueses. *Revista Saúde Pública* 2012, 46(5), 808-15.
82. Bachman, J. G.; O'Malley, P. M.; Schulenberg, J. E.; Johnston, L. D.; Bryant, L. D.; Merline, A. C., *The Decline of Substance Use in Young Adulthood, Changes in Social Activities, Roles, and Beliefs*, 1st Edition, Psychology Press, 2012.
83. Pinheiro, A.; Picanço, P.; Barbeito, J., A realidade do consumo de drogas nas populações escolares. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2011, 27(4), 348-55.
84. Font-Mayolas, S.; Gras, M. E.; Cebrián, N.; Salamó, N.; Planes, M.; Sullman, J. M., Types of polydrug use among Spanish adolescents. *Addictive Behaviors* 2013, 38(3), 1605-1609.
85. Palamar, J. J.; A pilot study examining perceived rejection and secrecy in relation to illicit drug use and associated stigma. *Drug and Alcohol Review* 2012, 31(4), 573-9.
86. Latkin, C.; Davey-Rothwell, M.; Yang, J. Y.; Crawford, N., The relationship between drug user stigma and depression inner-city drug users in Baltimore, MD. *Journal of Urban Health* 2013, 90(1), 147-56.

Capítulo II - Farmácia Hospitalar

1. Introdução

Com o objetivo de complementar a componente teórica com a parte prática do curso, a todos os alunos do 5º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior, é dada a possibilidade de, no âmbito do estágio curricular, desenvolver os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico na farmácia hospitalar.

Segundo o Decreto-Lei nº 44 204 de 22 de fevereiro de 1962 a farmácia hospitalar define-se “como o conjunto de atividades farmacêuticas exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados para colaborar nas funções de assistência que pertencem a esses organismos e serviços e promover a ação de investigação científica e de ensino que lhes coube” [1].

Nos dias de hoje, cada vez mais se dá importância à internacionalização da formação académica, privilegiando o contacto com outras realidades dentro e fora do espaço europeu. Ser dada a possibilidade de realização de um estágio no estrangeiro, é ter a oportunidade de aceder a uma experiência enriquecedora de transmissão e aquisição de conhecimentos na futura área de trabalho, num país com referências sociais e culturais diferentes, mas com objetivos a nível de cuidados de saúde pública iguais. Com a ambição de experienciar tal realidade, decidi realizar o meu estágio hospitalar no *Instituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO)*, em Roma, no período de 5 de fevereiro a 7 de maio.

O presente relatório dá conta, de forma sucinta, das diferentes actividades realizadas durante o estágio, bem como os conhecimentos adquiridos e partilhados e o seu impacto em termos de desenvolvimento académico, profissional e pessoal. Nas dinâmicas de desenvolvimento de conhecimento e competências, destaca-se a importância da aprendizagem em equipa, assente na partilha de práticas e na procura de soluções em conjunto.

2. Enquadramento

A entidade nacional responsável pela atividade reguladora dos fármacos em Itália denomina-se de *L’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)*. É uma entidade pública que opera de uma forma independente, mas sob a supervisão do *Ministero della Salute* e do *Ministero dell’Economia*. Colabora com várias entidades de saúde nacionais, em particular com os *Instituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)*, sendo que esta é uma entidade que tem como principal objetivo a pesquisa clínica na área da biomédica, assim como na organização e gestão de serviços sanitários, a nível de hospitalização e cura. Ou seja, é uma instituição de carácter científico, que se dedica à pesquisa, prevalentemente clínica em

várias áreas como a biotecnologia, cardiologia, dermatologia, oncologia, neurologia, entre muitas outras. O IFO, hospital onde estagiei, é um IRCCS.

Para que melhor se compreenda a descrição das atividades relativas à farmácia hospitalar em Itália, explico de seguida, de uma forma sumária, as classes de fármacos que constam nas prescrições médicas (de acordo com os reembolsos). Assim, temos [2]:

- Os fármacos de Classe A (*fascia A*): desta classe fazem parte os fármacos essenciais e para patologias crónicas e, portanto, por norma o seu custo é totalmente suportado pelo *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN). No entanto, em determinadas situações, pode acontecer que sejam pagos parcialmente pelo utente, de acordo com os critérios de isenção previstos em lei;
- Os fármacos de Classe C (*fascia C*): nesta classe constam todos os fármacos que não fazem parte da *fascia A*, sendo, por norma, medicamentos que curam patologias leves ou que não são considerados fármacos essenciais. Estes não são comparticipados pelo SSN, tendo que ser pagos na totalidade pelo cidadão, com exceção dos indivíduos inválidos de guerra, vítimas de terrorismo, indivíduos com patologias raras e que sofreram transplantes de órgãos. Diferenciam-se em fármacos com obrigatoriedade de prescrição médica e fármacos sem obrigatoriedade de prescrição médica;
- Os fármacos de Classe H (*fascia H*): são fármacos de exclusivo uso em ambiente hospitalar e o seu custo é suportado pelo SSN na totalidade.

3. Caracterização do IFO

O IFO é uma entidade de direito público que tem como função gerir dois Institutos: o *Instituto Nazionali Tumori Regina Elena* e o *Instituto Dermatologico San Gallicano*, ambos reconhecidos desde 1939 como IRCCS. O Instituto Regina Elena ocupa-se da cura das patologias tumorais de elevada incidência e impacto social, operando na área mais avançada da pesquisa clínica, em projetos a nível nacional e internacional, e o Instituto Dermatológico San Gallicano é, a nível nacional, um centro de referência para o diagnóstico e tratamento de doenças dermatológicas e doenças sexualmente transmissíveis.

A maioria das estruturas clínicas e de diagnóstico de ambos os institutos foi, no ano 2000, transferida para uma área nova e moderna localizada em Mostacciano, uma das diversas zonas de Roma. A nova sede, hoje em dia denominada de IFO, oferece um maior conforto e condições a todos os pacientes e profissionais de saúde, assim como uma qualidade reforçada das diversas atividades clínicas.

3.1. Os serviços farmacêuticos da Farmácia Hospitalar Interna e da Farmácia Hospitalar Externa do IFO

3.1.1. Localização, espaço físico e horário de funcionamento

Os Serviços Farmacêuticos (SF) do IFO localizam-se no piso -3 (*Farmacia Ospedaliera Interna IFO*) e -1 (*Farmacovigilanza IFO*) do hospital, mas também na denominada *Farmacia Ospedaliera Esterna San Gallicano*, que se situa junto ao antigo hospital San Gallicano, em Trastevere, Roma.

A farmácia hospitalar interna, localizada no piso -3 do hospital IFO, é constituída por diversas áreas funcionais. Uma área está destinada à manipulação de fármacos citotóxicos; uma zona de dispensa de fármacos: para utentes em ambulatório e utentes que terminam um determinado período de estadia no hospital (*pazienti in dimissione*), cuja primeira receita deve ser aviada por um farmacêutico de ambulatório; uma zona de receção e conferência de encomendas; um armazém constituído por três áreas separadas destinadas aos dispositivos médicos, terapia de infusão e fármacos; o gabinete do Diretor-técnico (DT) da Farmácia hospitalar (onde se encontra o armário para armazenamento de estupefacientes) e restantes gabinetes destinados ao trabalho dos farmacêuticos; serviços administrativos; uma sala de convívio; três casas de banho; uma sala de ensaios clínicos (destinada ao arquivo de toda a documentação relativa aos ensaios clínicos, assim como ao armazenamento dos fármacos experimentais) e uma zona externa nas traseiras do hospital onde se encontram os gases medicinais.

O departamento de farmacovigilância, situado no piso -1, é constituído pelo gabinete do Director de farmacovigilância e um outro gabinete onde trabalham os farmacêuticos que pertencem a este departamento.

A farmácia hospitalar externa San Gallicano segue as mesmas atividades que uma farmácia comunitária e, portanto, as instalações são em muito semelhantes a esta (uma área de atendimento ao público, um gabinete, um armazém e um laboratório). A diferença está no laboratório de preparações extemporâneas não estéreis, que apresenta maiores dimensões, maior variedade de equipamento e matérias-primas que um laboratório comum de uma farmácia comunitária, pois é utilizado diariamente para a elaboração de manipulados não estéreis a ser enviados para o IFO.

Na farmácia interna hospitalar, o horário de funcionamento e atendimento ao público é das 08.30h às 15.30h de segunda a sexta-feira e das 08.30h às 13.00h aos sábados, sendo que pelo menos um farmacêutico permanece na farmácia até às 20.00h (o mesmo horário aplica-se para o departamento de farmacovigilância). Existem também horários definidos para a dispensa direta (a pacientes em ambulatório e pacientes que tiveram alta e cujo primeiro ciclo de terapia deve ser assegurado pelo hospital) e para a dispensa aos departamentos.

A farmácia externa está em funcionamento das 8.30h até as 19.30h de segunda a sexta.

3.1.2. Recursos Humanos

Os SF do IFO são constituídos por uma equipa multidisciplinar, integrada por farmacêuticos, enfermeiros e operadores auxiliares (OA), sendo estes últimos funcionários técnicos/administrativos.

A Dra. Antonia Marina La Malfa tem o cargo de DT da farmácia hospitalar interna do IFO e o Dr. Felice Musicco de DT da farmácia hospitalar externa San Gallicano e do departamento de farmacovigilância.

4. Organização e gestão dos SF

4.1. Aprovisionamento

O aprovisionamento dos fármacos é um processo no qual o farmacêutico hospitalar sempre exerceu a sua atividade, em estreita colaboração com outros profissionais de saúde. É-lhe atribuída a responsabilidade da gestão do inventário farmacêutico, e portanto, de assegurar ao utente os fármacos que este necessita [3].

4.1.1. *Prontuario Terapeutico Ospedaliero*

O *Prontuario Terapeutico Ospedaliero* (PTO) é um elenco completo de todos os fármacos e agentes terapêuticos presentes na farmácia hospitalar e respetivas monografias, sendo um instrumento essencial para a utilização racional dos mesmos. Cada hospital possui um *Prontuario Terapeutico Aziendale* (PTA) que tem como base o PTO [4]. Durante o estágio, foi-me explicado que as diferenças entre os PTA de cada hospital podem estar, por exemplo, nos antibióticos (AB). Ou seja, a AIFA decidiu que AB podem ser dispensados por cada hospital, podendo diferir entre estes. Esta medida foi implantada, com o objetivo de controlar a dispensa de antibióticos e, conseqüentemente, combater a problemática atual relativa à resistência aos mesmos.

4.1.2. Sistema de seleção

A seleção dos medicamentos a adquirir pelo hospital baseia-se no PTA. A farmácia adquire os fármacos que estão incluídos no PTA, de fornecedores identificados na *gara*, como modo de aquisição decorrente da negociação económica efetuada a nível regional. Por *gara*, entende-se um formulário que apresenta uma tabela com todos os fármacos incluídos no PTA utilizados no hospital, dados técnicos relacionados com os mesmos (número de lote, quantidade, preço, etc.) e as indústrias/laboratórios às quais se deve fazer o pedido de tais fármacos. Os medicamentos que constam no PTA são resultado de uma seleção e revisão efetuadas pela “Commissione Terapeutica Ospedaliera” (CTO), de acordo com a eficácia e segurança, assim como a relação custo/benefício, em coerência com as normas regionais.

A farmácia está equipada com um sistema informático interno que determina o inventário por artigo. Da análise dos dados relativos ao estado de situação de cada produto, determina-se a quantidade de fármacos e/ou dispositivos médicos para os quais se deve fazer a ordem, de modo a que existam *stocks* que cubram, por norma, 30 dias. Após efetuado o pedido, é da competência da DT proceder à validação do mesmo.

Os OA da farmácia que estão encarregues da logística, efetuam o controlo qualitativo e quantitativo, verificando, no momento da entrega, a correspondência, por tipo e quantidade, dos produtos encomendados e dos efetivamente recebidos.

4.1.2.1. Fármacos não registados em Itália

Em condições excecionais e por motivos de exigência, a farmácia hospitalar pode importar medicamentos não registados em Itália. A importação de fármacos não registados em Itália é regulamentada pelo *Decreto Ministeriale 11 di febbraio 1997* [5].

O uso do fármaco deve estar em conformidade tanto com a legislação em rigor em Itália, como com as condições de uso autorizadas no país de origem, ou seja, o medicamento deve ser utilizado apenas para as indicações terapêuticas para as quais foi registado no estrangeiro. A importação pode ser efetuada por um médico prescriptor e validada por um farmacêutico, e o pedido é realizado individualmente para pacientes ou para reposição de *stocks* de um departamento. Em ambos os casos, as quantidades não devem ser superiores ao tratamento terapêutico de noventa dias para um único paciente.

Para efetuar o pedido do modo mais correto possível, o médico deve sempre especificar se o fármaco tem como destino o *stock* ou se é para um determinado paciente, sendo que no último caso, devem sempre ser indicadas as iniciais do nome do paciente, a data de nascimento e a patologia do mesmo. No primeiro caso, tem que ser indicado o número de pacientes que vão beneficiar desse tratamento. Ambos os modelos de pedido devem obrigatoriamente estar carimbados pelo hospital. Os pedidos são enviados (pelo próprio médico ou por farmacêutico) ao *Ministero della Sallute* (ministério da saúde italiano)

e, para além do documento formal do pedido (*Modulo per la richiesta de farmaci esteri*) (Anexo 3), deve também integrar os seguintes documentos/informação:

- Nome do medicamento e da forma farmacêutica;
- Identificação da empresa estrangeira produtora;
- Titular de autorização de introdução no mercado;
- Declaração de que o produto em questão está legalmente autorizado no país de origem;
- A quantidade solicitada, com a especificação de que corresponde ao mesmo tratamento terapêutico, nunca superior a noventa dias;
- As necessidades especiais que justificam o uso do medicamento não autorizado, na ausência de alternativas terapêuticas válidas;
- Uma declaração de total responsabilidade sob a utilização do fármaco.

4.1.2.2. Aquisição de fármacos que não constam no PTA

Aquisição de fármacos que não constam no PTA pode-se justificar em situações particulares, como no caso de uma terapia que foi iniciada noutra hospital, uma prescrição feita por um médico especialista externo, entre outras.

Nestas situações, se a motivação do pedido avaliada pelo farmacêutico for positiva, este procederá à ordem da medicação no menor espaço de tempo possível.

No IFO, tive acesso a dois dos módulos utilizados nestas situações. Sendo que um se refere ao pedido personalizado (para um determinado paciente) de fármacos não inseridos no PTA de *fascia H* e de alto custo (Anexo 4) e o outro a fármacos não inseridos no PTA (excluindo os fármacos de *fascia H*) para utentes em regime de internamento (Anexo 5).

4.1.2.3. Aquisição de fármacos estupefacientes e psicotrópicos

A aquisição de fármacos estupefacientes e psicotrópicos é realizada de acordo com a gestão de consumo destas substâncias, de modo a evitar possíveis ruturas no *stock*. Existe um boletim próprio para a aquisição deste tipo de substâncias, denominado de *Buono Acquisto* (Figura 5). Cada boletim tem um número identificativo e é constituído por várias folhas (módulos) numeradas progressivamente. Cada módulo é formado por três secções, uma destinada à farmácia interna hospitalar, outra à entidade que cede as substâncias e uma última respeitante à autoridade de saúde regional (a entidade fornecedora, deve enviar o documento à autoridade de saúde regional). Este módulo é válido apenas para um único fármaco, com a mesma dosagem.

O módulo deve ser preenchido manualmente pelo farmacêutico (na secção que diz respeito ao mesmo) e validado pelo DT, e deve conter os seguintes elementos:

- nome e endereço da entidade fornecedora;

- nome do fármaco e respetiva quantidade;
- nome completo do DT e endereço da farmácia;
- data, assinatura do DT e carimbo.

Posteriormente, o módulo é enviado por correio ou fax à entidade fornecedora.

Figura 5: Buono Acquisto

4.2. Receção e conferência dos produtos adquiridos

A receção de encomendas (Anexo 7) é realizada numa área específica da farmácia, que apresenta um acesso direto ao exterior e fácil ligação às diversas divisões do armazém.

Os primeiros produtos a ser rececionados são os que apresentam características mais particulares, como os citotóxicos, medicamentos que necessitam de conservação no frio, benzodiazepinas, psicotrópicos, estupefacientes e matérias-primas.

Existe um OA a quem compete executar esta prática, tendo como função fazer a conferência quantitativa e qualitativa dos produtos em receção, através da comparação do *Documento di Trasporto* (D.D.T.) (Anexo 6) com a respetiva nota de encomenda (*Ordine*). Também é da responsabilidade do mesmo verificar a receção do produto no tempo previsto, o modo de conservação e estado do material recebido (ex.: a manutenção do estado de frio, a integridade da embalagem, a rotulagem adequada, a entrega do produto na embalagem original), a verificação dos lotes e dos prazos de validade. Após a conferência, o OA carimba,

4.3. Armazenamento

Após a receção, os medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos são armazenados nos locais respetivos, de acordo com a sua natureza e critérios de conservação. Uma correta conservação dos fármacos assegura a integridade do produto farmacêutico, garantindo a segurança da sua utilização até à cedência ao utente.

O armazenamento dos produtos farmacêuticos respeita as normas higiénicas e ambientais específicas e requeridas para os diversos produtos e, assim sendo, na farmácia verificou-se a existência de armários fechados, localizados em zonas devidamente resguardadas/vigiladas, não acessíveis aos pacientes ou visitantes, organizadas e geridas de forma a garantir a perfeita conservação de todos os fármacos.

É dada atenção aos fatores ambientais que interferem com uma perfeita conservação, em particular a temperatura, luz e humidade e, portanto, os armários da farmácia são mantidos limpos, e protegidos da luz solar direta, longe de fontes de calor, em locais com temperatura e humidade controladas (temperatura máxima de 25°C e humidade inferior a 60% em condições normais). Os medicamentos que necessitam de refrigeração são conservados a uma temperatura entre 2-8°C e por este motivo são os primeiros a ser armazenados (Anexo 8). Também os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos, após a sua receção são de imediato arrumados num cofre com acesso restrito, destinado ao seu armazenamento. Os citotóxicos estão arrumados num armário, junto aos laboratórios destinados à manipulação destes fármacos.

Os produtos encontram-se dispostos por ordem alfabética e por designação comum internacional (DCI) e estão identificados com etiquetas com os respetivos códigos de barras e DCI, com exceção dos desinfetantes e a nutrição artificial. O princípio da validade “first expire-first out” no armazém e cedência dos medicamentos são tidos em conta, de tal forma que os medicamentos com menor validade são os primeiros a sair.

5. Distribuição de medicamentos

A distribuição de medicamentos permite, através de um circuito próprio do medicamento, colocar à disposição do hospital o medicamento correto, na quantidade, dosagem e forma farmacêutica certas.

O papel do farmacêutico é crucial nesta atividade, pois é da sua competência analisar a prescrição efetuada pelo médico, quando é o caso, certificando-se de que não existem erros relacionados com a medicação (contraindicações, interações, posologias incorretas) e, se existirem, contacta-se o médico para solicitar os devidos esclarecimentos.

No IFO, existem 2 sistemas principais de distribuição:

- a *Dispensazione al riparti* e

- a *Dispensazione diretta*, sendo que esta última se pode diferenciar em: *Dispensazione diretta alla dimissione* e *Dispensazione diretta dei farmaci de classe H*.

Existem ainda a *Dispensazione della terapia sperimentale* e a *Dispensazione dei farmaci stupefacenti e psicotropi*, que podem pertencer a ambos os sistemas principais anteriormente referidos.

A distribuição por dose unitária é uma atividade ainda pouco comum em Itália, sendo que no IFO não é de todo praticada.

5.1. *Dispensazione diretta*

A *dispensazione diretta*, consiste na cedência de fármacos pelo hospital a um paciente que pode levá-los consigo para o seu domicílio.

5.1.1. *Dispensazione diretta alla dimissione*

Este tipo de dispensa aplica-se aos utentes que se encontrem nas seguintes condições [6]:

a) Uteses que tenham estado internados pelo menos uma vez no hospital ou que tenham tido uma consulta com um médico especialista de ambulatório e que necessitem de fármacos presentes no PTO, de *fascia A*;

Assim, de modo a garantir a continuidade dos cuidados e tratamento farmacológico, é da competência dos hospitais providenciar a dispensa ao paciente dos medicamentos necessários para o primeiro ciclo de tratamento, ou seja, para um período de 30 dias de terapia (ou menos, no caso de a terapia ser feita num período de tempo mais breve) [6].

É obrigação do farmacêutico hospitalar proceder à validação da prescrição médica e fazer o registo informático da cedência dos medicamentos diretamente no hospital para o primeiro ciclo, como previsto.

Na primeira fase de administração, para o primeiro ciclo de terapia, o hospital pode dispensar aos pacientes que se encontram nestas condições, fármacos pertencentes às seguintes categorias: antibióticos, antimicóticos, antieméticos, antivirais, heparina, albumina humana, inibidores da bomba de prótons, inibidores da HMG CoA (3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A), antidepressivos inibidores da recaptção de serotonina.

Nesta situação, o utente deve dirigir-se pessoalmente à zona de dispensa da farmácia hospitalar, e apresentar a prescrição do médico, denominada de *Modulo B* (Figura 7), assim como os documentos necessários identificativos. O farmacêutico, após validação da prescrição, dispensa os fármacos ao utente e informa o mesmo dos cuidados a ter aquando a administração, transporte e conservação do mesmo. Se surgir qualquer dúvida relativamente ao tratamento em específico para este utente, o farmacêutico pode e deve consultar no

sistema informático o histórico de tratamento do mesmo. O farmacêutico assina, carimba e arquiva a prescrição, sendo que posteriormente regista os dados em suporte informático.

b) *Day hospital* (DH), ou seja, utentes que requerem serviços do hospital, sem necessitar de pernoitar [7];

Recorre-se a este tipo de assistência sobretudo na preparação das intervenções cirúrgicas (*DH preoperatorio*) e na terapia antitumoral (*DH oncologico*). O DH não pode apresentar carácter de urgência e o utente só pode comparecer quando previamente programado com o médico especialista [7].

Nestas situações, para a medicação que é administrada no hospital, as prescrições são enviadas por *fax* para os SF, onde os farmacêuticos procedem à correta validação das mesmas, à dispensa da medicação e ao controlo da preparação das embalagens por um OA (é obrigatório que todas as preparações apresentem nas respetivas etiquetas a indicação de DH). Nas situações em que o paciente possa fazer o tratamento em ambiente domiciliário, o médico deve efetuar a prescrição num modelo próprio para tal (*Modulo A*) (Figura 8), e o utente deve dirigir-se aos SF e apresentar o referido modelo de prescrição, assim como a documentação identificativa. Perante tal, o farmacêutico procede à validação da prescrição, e à dispensa da respetiva medicação, sempre prestando os devidos esclarecimentos relativamente à mesma.

c) Utentes com regime de ambulatório, que necessitam de fármacos de *fascia H* ou de algum fármaco que não esteja disponível (fármacos em falta) na farmácia comunitária (como já previsto pela AIFA).

Assim, a dispensa de medicamentos em regime de ambulatório existe para dar resposta a situações que não podem ser asseguradas pelas farmácias comunitárias, contribuindo também para uma melhor vigilância de certas patologias crónicas e terapêuticas prescritas, e possibilitando ao utente continuar o tratamento no seu ambiente familiar. Também neste caso, o médico deve efetuar a prescrição num modelo específico para tal, que é exatamente o mesmo modelo utilizado para o regime DH (*Modulo A*). A diferença está apenas na seleção do regime em causa por parte do médico, como se pode verificar na Figura 7.

Tal como para os casos anteriores, o utente deve dirigir-se aos SF e apresentar o *Modulo A*, assim como os seus documentos identificativos. O farmacêutico deve validar a prescrição e ceder a medicação correta, nas doses corretas.

**ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI
ISTITUTO REGINA ELENA
ISTITUTO SAN GALLICANO**

MODULO "B" PAZIENTI IN DIMISSIONE FILE F (COMUNICAZIONE PROT. 124 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE)

REPARTO (DESCRIZIONE) _____ CODICE _____

DATI DEL PAZIENTE:

NOME E COGNOME:	MEDICO DI BASE:
DATA DI NASCITA:	LUOGO DI NASCITA:
ASL DI APPARTENENZA:	CODICE SANITARIO REGIONALE:
CODICE FISCALE:	LUOGO DI RESIDENZA (REGIONE, PROVINCIA E COMUNE):

DATI SANITARI

FARMACO DISPENSATO E POSOLOGIA	QUANTITA' ESPRESSA IN UNITA' (CAPSULE, FIALE, ETC)	NOTA CUF	GG DI TERAPIA (MAX 7)	QUANTITA' CONSEGNA TA (A cura del Farmacista)
1_				
2_				
3_				
4_				
5_				

DATA DISPENSAZIONE: _____ IL FARMACISTA: _____

TIMBRO E FIRMA MEDICO: _____ CAPO SALA: _____

FIRMA DEL PAZIENTE PER RICEVUTA: _____

MODULI DA CONSEGNARE IN COPIA IN FARMACIA TRIMESTRALMENTE ENTRO IL 7 APRILE, 7 LUGLIO, 7 OTTOBRE, 7 GENNAIO. RIF. LETTERA 124/ds.

La presente va consegnata al medico di base per opportuna conoscenza.

- Il paziente viene identificato in ordine di preferenza da:
 - Codice fiscale
 - Cognome, nome e data di nascita
 - Codice sanitario regionale
(pertanto uno degli identificativi deve essere sempre presente)
 - Provincia e comune di residenza
 - ASL di residenza
- Le informazioni sanitarie indispensabili sono:
 - Data di erogazione del farmaco
 - Farmaco consegnato
 - Quantità del farmaco consegnata/somministrata in unità posologiche (comprese, fiale)

Si delega il Sig. _____ documento riconoscimento n. _____ rilasciato il _____ da _____ a _____ a ritirare i farmaci prescritti. Data _____ firma _____
--

Figura 7: Modulo B.

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

ISTITUTO REGINA ELENA

ISTITUTO SAN GALLICANO

MODULO UNIFICATO "A" FarmED 4 versione (COMUNICAZIONE PROT. 124 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE poi modificata. prot. 01/aff/06 03/01/2006)

AMBULATORIO DEL CDC (DESCRIZIONE) _____ CODICE _____
 PAC DEL CDC (DESCRIZIONE) _____ CODICE _____
 DH (solo in caso di cicli di cura domiciliari programmati) _____ CODICE _____

DATI DEL PAZIENTE:

NOME:	COGNOME:
DATA DI NASCITA:	LUOGO DI NASCITA:
ASL DI APPARTENENZA (obbligatorio solo se Regione Lazio):	CITTADINANZA: ESENZIONE TICKET (Specificare):
CODICE FISCALE/STP:	LUOGO DI RESIDENZA (REGIONE, PROVINCIA E COMUNE):

DATI SANITARI

FARMACO DISPENSATO	QUANTITA' Richiesta IN UNITA' (CAPSULE, FIALE, ETC)	QUANTITA' Consegnata IN UNITA' (CAPSULE, FIALE, ETC)
1_		
2_		
Tossicità _____ [si] [no] N.B. In caso di tossicità compilare e allegare la scheda ministeriale di reazione avversa		
Diagnosi: _____ Mon. AIFA: _____ [si] [no]		
TIMBRO e FIRMA del MEDICO Prescrittore: _____		

Dati relativi alla consegna (tutti obbligatori)

DATA DELLA DISPENSAZIONE: _____

TIMBRO E FIRMA DEL Medico/Farmacista/Capo Sala: _____
 (il Farmacista e il Capo Sala consegnano il farmaco come da prescrizione/cartella clinica)

FIRMA DEL PAZIENTE PER RICEVUTA: _____

MODULO DA TRASMETTERE IN COPIA al Servizio IFO "FarmED" fax 2850 MENSILMENTE ENTRO IL 3 del MESE SUCCESSIVO A QUELLO DI DISPENSAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DEL CDC

- Il paziente viene identificato da:
 - Codice fiscale (obbligatorio)
 - Cognome, nome e data di nascita (obbligatori)
 - Cittadinanza (obbligatorio)
 - Provincia e comune di residenza (obbligatorio)
 - ASL di residenza (obbligatorio se Regione Lazio)
- Le informazioni sanitarie indispensabili sono:
 - Data di erogazione del farmaco
 - Farmaco consegnato
 - Quantità del farmaco consegnata/somministrata in unità posologiche (compresse, fiale)

Parte sottostante a cura del servizio FarmED Id scarico FarmED: _____ Prescrizione AIFA: <input type="checkbox"/> note _____
--

Figura 8: Modulo A.

5.1.2. *Dispensazione diretta de farmaci dei classe H*

Os fármacos de *fascia H* contemplam fármacos que, por características farmacológicas, modo de administração, ou outros motivos, são de uso exclusivo em ambiente hospitalar ou em ambulatórios específicos ou que, por questões económicas, não podem ser dispensados nas farmácias comunitárias aos pacientes com regime do SSN [8].

Está enquadrada nesta modalidade, a *Dispensazione diretta alla dimissione*, como já referido anteriormente.

Estes fármacos podem ser obtidos exclusivamente na farmácia do hospital e o utente tem obrigatoriamente de apresentar a prescrição do médico e os seguintes documentos: o cartão do serviço de saúde regional, a prescrição do médico e o documento de alta [6].

O custo destes medicamentos é suportado pela unidade de saúde local da zona de residência do utente [6].

5.1.2.1. Modalidade de prescrição

A prescrição de medicamentos de *fascia H* deve ser feita tal como para os medicamentos regularmente registados no comércio e dispensados pelo SSN, no que respeita a determinadas indicações terapêuticas, dosagens e forma de administração para as quais o fármaco está autorizado. De modo a garantir um controlo adequado das prescrições destes fármacos, deve ser preenchido um formulário próprio, denominado de *Modulo A*.

Relativamente aos fármacos de alto custo da *fascia H* para patologias severas, relacionados com um percurso de diagnóstico terapêutico altamente especialista, a prescrição e a dispensa são reservadas exclusivamente ao âmbito hospitalar e podem, se houver condições para tal, pertencer a um regime de ambulatório. Também neste caso, os custos são suportados pela unidade de saúde local da zona de residência do utente.

No IFO, é obrigatório enviar trimestralmente ao SSN um documento com a compilação de todos os fármacos de *fascia H* dispensados de forma direta. Neste documento devem estar indicados: o número do paciente, o fármaco dispensado e a respetiva quantidade e indicação terapêutica.

Durante o meu estágio, pude verificar que muitos dos fármacos de *fascia H* com dispensa direta, eram antirretrovirais.

5.2. *Dispensazione all reparti*

Neste tipo de sistema, cada serviço hospitalar, em conjunto com os SF, estabelece *stocks* máximos e mínimos para os medicamentos e outros produtos farmacêuticos necessários nos seus serviços. Estes *stocks* vão depender dos consumos e das características de cada serviço e podem ser alterados caso ocorram modificações significativas nos consumos num

determinado período de tempo. Os pedidos para reposição dos *stocks* são realizados pelos enfermeiros de cada serviço, sendo avaliados pelos farmacêuticos e dispensados por um dos enfermeiros que faz parte dos SF e que está encarregue de tal tarefa. Assim, semanalmente, num carro com gavetas (organizadas por ordem alfabética) o enfermeiro coloca os medicamentos e produtos farmacêuticos necessários, já nas quantidades pré-estabelecidas, sendo este transportado até aos diferentes serviços hospitalares.

Este sistema é vantajoso, na medida em que permite um melhor controlo dos consumos, evitando a acumulação de medicação nos diferentes serviços.

5.3. *Dispensazione dei farmaci stupefacenti e psicotrope*

Um médico prescritor elabora o pedido dos estupefacentes e psicotrópicos aos SF por preenchimento de um módulo denominado *Modulo per l'approvvigionamento dei reparti delle aziende ospedaliere presso la farmacia interna di medicinale a base di stupefacenti e sostanze psicotrope* (Figura 9), que é posteriormente datado e assinado pelo Diretor clínico do serviço hospitalar em causa. Cada pedido é relativo apenas a um fármaco, com a mesma dosagem e a movimentação deve ser indicada por unidade de forma farmacêutica (cápsulas, frascos, etc.), unidade de peso (gramas, miligramas) ou unidade de volume (mililitros) [9]. O módulo do pedido é verificado por um farmacêutico relativamente ao seu correto preenchimento, procedendo-se à distribuição caso tudo esteja em conformidade. Os medicamentos são colocados em sacos devidamente identificados e transportados por um OA até aos serviços hospitalares que elaboraram o pedido. O farmacêutico responsável arquiva estes documentos, os módulos relativos aos pedidos, e regista a saída das substâncias no *Registro di entrata e uscita delle sostanze e preparazione soggette alla disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope*. Todo o registo anteriormente referido é manual, sendo que apenas posteriormente é feito em suporte informático.

The image shows three identical forms side-by-side, each titled 'BUONO PER LA RESTITUZIONE DI FARMACO A BASE DI STUPEFACENTE O SOSTANZA PSICOTROPA ALLA FARMACIA OSPEDALIERA'. The forms are divided into three sections: SEZIONE PRIMA (for the ward), SEZIONE SECONDA (for the internal pharmacy), and SEZIONE TERZA (for administrative use). Each section contains fields for patient name, date, and signature of the responsible party. The forms also include checkboxes for 'CONSEGNA TO' and 'RICEVUTO' and a field for 'ANNOTATO IN USCITA A PAG.'.

Figura 9: Modulo per l'approvvigionamento dei reparti delle aziende ospedaliere presso la farmacia interna di medicinale a base di stupefacenti e sostanze psicotrope

5.4. Dispensazione della terapia sperimentale

A dispensa da terapia experimental realizada pela farmacêutica responsável pelos ensaios clínicos pode ser feita diretamente ao paciente, ou a um determinado serviço hospitalar. Para maior facilidade de compreensão, os passos relativos ao circuito do medicamento experimental (incluindo a dispensa) estão descritos mais à frente no subcapítulo relativo à produção (subcapítulo 6.)

6. Produção

A produção de formulações farmacêuticas no IFO exige um sistema de procedimentos e estruturas adequadas. É uma das atividades mais importantes dos SF deste Instituto, sendo que a preparação de citotóxicos é efetuada na farmácia interna do IFO e a manipulação galénica não estéril na farmácia hospitalar externa.

6.1. Preparação de fármacos citotóxicos

Os medicamentos citotóxicos são utilizados no tratamento de cancro, interferindo por diversos mecanismos de ação, com os ácidos nucleicos, provocando a destruição celular. Estes medicamentos, por apresentarem propriedades mutagénicas, carcinogénicas e teratogénicas, envolvem vários riscos, quer para o próprio doente, quer para o profissional de saúde que faz a preparação e administração. Assim, toda a equipa que opera nesta área deve ter

conhecimento dos riscos aos quais está sujeita, sendo que cuidados rígidos são exigidos na preparação destes fármacos, assim como na sua administração.

O IFO dispõe de uma sala (equipada com dois computadores, duas impressoras, um *fax*, um telefone e armários de arquivo) onde os farmacêuticos procedem à validação das prescrições de citotóxicos e uma zona (*Zona adibita alla manipolazione dei medicinali citotossici*) constituída por um laboratório de preparação de citotóxicos e um espaço adjacente onde se encontram os armários e o frigorífico destinados ao armazenamento das matérias-primas e materiais específicos (seringas, soros, spikes, luvas, máscaras, toucas, pés protetores) para a preparação dos citotóxicos. Os dois espaços são restritos, sendo necessária uma autorização especial para o acesso aos mesmos. Existem duas pequenas áreas de comunicação com o laboratório: uma é destinada à entrada dos enfermeiros que fazem a manipulação e caracteriza-se por um pequeno espaço de higienação e troca de roupa dos mesmos; e outra apresenta dois guichets de vidro duplo para a entrada e saída de materiais. O laboratório possui três câmaras de fluxo laminar vertical, onde é processada toda a manipulação, uma pequena zona onde se encontram os produtos esterilizados a utilizar na manipulação e outra, mais pequena, onde são arquivadas as cópias das prescrições que são entregues por um OA após validação. O laboratório está também equipado, num local visível, com um kit de derrames.

O circuito dos fármacos citotóxicos envolve, de uma forma geral, os seguintes passos: receção, armazenamento, validação das prescrições, preparação, dispensa e administração dos fármacos. Durante o estágio, tive a oportunidade de passar por cada uma das etapas deste circuito, sendo que, seguidamente e de uma forma generalizada, passo a descrever as etapas de validação das prescrições, preparação e dispensa. Assim,

1. Este ciclo tem início com o envio da prescrição por parte do médico, via *fax*. Cada prescrição apresenta um número sequencial, de acordo com a ordem de chegada, com prioridade para as terapias de longa duração. O farmacêutico tem como função controlar a dita prescrição, dando especial atenção aos seguintes aspetos: nome completo do doente, peso, altura e superfície corporal do mesmo, diagnóstico, ciclo de tratamento, fármaco e dose respetiva, via de administração, tempo previsto de perfusão, data e assinatura do prescritor e terapia precedente, de acordo com os dados do utente, já registados no programa informático.

Se a prescrição estiver incompleta, incongruente ou não claramente interpretável, deve ser reenviada via *fax* ao médico prescritor, com indicação dos elementos que faltam ou que necessitam de esclarecimento. As modificações feitas por este na prescrição, vêm obrigatoriamente assinadas pelo mesmo.

Muitas vezes assisti a situações nas quais os farmacêuticos tiveram que pedir esclarecimentos aos médicos ou enfermeiros relativamente a um determinado esquema terapêutico, recorrendo na maior parte das situações a telefonemas diretos aos mesmos.

Na validação da prescrição é necessário confirmar as doses dos fármacos e para tal são realizados cálculos para o ajuste da dose à superfície corporal do doente e para os volumes a utilizar a partir das concentrações de cada fármaco.

Finalizada a validação, o farmacêutico assina a prescrição, insere os dados no programa informático e imprime a etiqueta ou as etiquetas para a terapia completa prevista para esse dia, que irão ser fornecidas ao laboratório de preparação de citotóxicos. As etiquetas contêm as seguintes informações: o nome e o apelido do utente, a data de preparação do medicamento, a unidade operativa hospitalar/SF que fez o pedido, o nome do farmacêutico, a designação do citotóxico e a dosagem e volume respetivos, o soro de diluição e o volume correspondente. A etiqueta é então impressa pelo sistema informático com um número progressivo com que a prescrição foi registada. Por norma, um outro farmacêutico faz um segundo controlo e confirma se toda a informação que consta na etiqueta está de acordo com a da prescrição, assina a etiqueta e agrafa-a juntamente com a prescrição (Anexo 9).

2. De seguida, os OA fotocopiam a prescrição já verificada pelo farmacêutico (incluso a etiqueta que está agrafada), entregam os originais ao laboratório de preparação de citotóxicos (através dos guichets do laboratório) (Anexo 10) e arquivam as fotocópias, que ficam divididas por data de administração. Nos laboratórios, são os enfermeiros os responsáveis pela preparação da medicina citotóxica, sendo que primeiramente, e uma vez mais, fazem o controlo dos dados da etiqueta e verificam se são coincidentes com os da prescrição. Caso o sejam, procedem do seguinte modo:

- Para terapia do mesmo dia e para fármacos estáveis de terapias de dias sucessivos, dão início à preparação, sendo de máxima importância a anotação na etiqueta da hora de preparação;
- Para fármacos não estáveis de terapia de dias sucessivos, o enfermeiro deixa no seu balcão preparado para cada prescrição:
 - a prescrição e etiquetas dos fármacos que se conservam a temperatura ambiente;
 - para os fármacos que se conservam no frigorífico, coloca num saco os frascos necessários e as etiquetas relativas a esta prescrição em específico.

O enfermeiro executa a preparação galénica de acordo com as informações que constam na etiqueta e na prescrição e com base nas fichas técnicas dos medicamentos utilizados, no que diz respeito aos aspetos farmacêuticos.

3. Antes da entrega, o enfermeiro efetua, uma vez mais, um controlo do preparado e da etiqueta, e verifica o aspecto da solução e o estado da embalagem.

Posteriormente, regista o controlo final numa ficha criada para as preparações de citotóxicos que fica arquivada, juntamente com uma fotocópia da prescrição, sem nunca se esquecer de assinar essa mesma ficha.

Cabe a um OA fazer o transporte das preparações citotóxicas num carrinho de transporte exclusivo das mesmas. Este, anota o apelido do utente para quem se está a preparar a terapia num documento de entrega (*Foglio de consegna*), e entrega a preparação galénica a um enfermeiro da unidade operativa hospitalar que fez o pedido. Este enfermeiro deve, num momento oportuno, verificar e assinar o documento de entrega que acompanha os fármacos. Este documento é, por fim, arquivado juntamente com a cópia da prescrição.

Durante o estágio, tive a oportunidade de assistir a algumas preparações de citotóxicos, sendo que uma delas foi a primeira preparação de um fármaco experimental de um estudo clínico de fase I. Nesta situação, a indústria disponibilizou um documento de preparação do medicamento a seguir pelo enfermeiro, sendo que este, para além de ter que seguir obrigatoriamente o protocolo fornecido, preencheu todos os dados exigidos. Os dados mais importantes eram a data, a hora de início e fim da preparação e a assinatura do enfermeiro responsável pela preparação. Toda a documentação relativa a preparações de fármacos citotóxicos, pertencentes a estudos clínicos, foi fornecida à farmacêutica responsável por esta área, de modo a ser arquivada na sala dos ensaios clínicos.

Para além de acompanhar todo o circuito destes fármacos que ocorre dentro dos SF, tive também a oportunidade, por curiosidade, de deslocar-me juntamente com o OA responsável pelo transporte dos fármacos citotóxicos às salas de quimioterapia e assistir à entrega dos mesmos, assim como a uma administração por um enfermeiro.

Estive também, durante algum tempo, encarregue de elaborar umas tabelas relativas a fármacos citotóxicos, com o fim de serem utilizadas pelos enfermeiros no laboratório de preparação destes fármacos. Nestas tabelas constavam os fármacos por ordem alfabética de princípio ativo e respetivos nomes comerciais e fornecedores, dados sucintos da estabilidade físico-química após diluição, aspetos microbiológicos e incompatibilidades.

6.2. Manipulação galénica não estéril

Tal como referido no início do presente relatório, os SF do IFO, para além de se situarem no hospital nos arredores de Roma, têm também instalações em Trastevere (centro da cidade), na farmácia hospitalar externa San Gallicano. O hospital San Gallicano é um instituto de dermatologia (hoje em dia pertencente ao IFO), cujo laboratório de preparações galénicas não estéreis se situa precisamente no segundo piso da farmácia externa San Gallicano. Foi nestas instalações que iniciei o meu estágio, trabalhando diariamente com dois estagiários espanhóis na preparação de manipulados galénicos da área da dermatologia.

Pelo menos uma vez por semana recebíamos encomendas com as matérias-primas em falta, cujos pedidos eram realizados pelos farmacêuticos. Juntamente com os outros estagiários, ficávamos encarregues de fazer o registo destas substâncias num programa informático criado para esse propósito. Este programa contribuía para uma mais correta e

fácil organização do trabalho, na medida em que integrava três principais plataformas de dados: o registo de todos os procedimentos normalizados de trabalho (descrição dos constituintes, procedimento, utilização, entre outros aspetos, de todas as fórmulas magistrais e preparados oficinais), o registo de matérias-primas e o registo das prescrições enviadas e dos manipulados preparados.

Diariamente chegavam, via *fax*, prescrições médicas do hospital IFO. Uma vez validadas pelos farmacêuticos, ficava a encargo dos estagiários a realização de toda a parte laboratorial. Primeiro, certificávamo-nos de que a área de trabalho estava limpa e de que dispúnhamos da documentação, das matérias-primas, do equipamento e do material de embalagem necessários. De modo a facilitar o acesso aos protocolos e outros documentos relacionados com os procedimentos de trabalho, para além de estes estarem registados em suporte informático, estavam também impressos e arquivados num dossiê.

Garantidas todas as condições de trabalho, preenchiam-se as fichas laboratoriais do manipulado (*Scheda técnica della formulazione officinale e Foglio di Lavorazione*) com todos os dados relativos a este (número progressivo do manipulado, quantidade a preparar, matérias primas, quantidades a utilizar e respetivos lotes internos, data de preparação, assinatura do operador, entre outros dados), sendo mais tarde registados no programa informático. Uma vez finalizado o preenchimento da ficha laboratorial, dava-se início à preparação do manipulado segundo as *Norme di Buona Preparazione* e tendo sempre como base a *Farmacopea Ufficiale* [10]. Era muito importante, sempre que encetávamos pela primeira vez o recipiente de uma matéria-prima, colocar a data de abertura da mesma, assim como a data de fim de uso da embalagem antiga. Cada substância tinha uma etiqueta identificativa criada pela farmácia, em que constavam os seguintes dados: identificação da substância e do fornecedor, a data de aquisição da mesma, o número de lote interno, o prazo de validade, o preço de aquisição, o preço de venda por grama, a data de início da primeira utilização e a data da última, ou seja, do fim da substância.

Após a preparação, faziam-se os rótulos das embalagens, onde deviam constar as seguintes informações: identificação do instituto e morada da farmácia externa hospitalar, nome do médico prescritor e do paciente, preço, princípio ativo, composição qualitativa e quantitativa do preparado, número progressivo, data de preparação, data do fim de validade e, quando necessário, advertências. O preço calculava-se somando 3 componentes: o preço total das substâncias utilizadas, o preço dos honorários e o preço dos recipientes.

No final, os preparados realizados eram empacotados, de modo a nos dias seguintes serem transportados por um funcionário encarregue de tal tarefa, até ao IFO. A acompanhar a encomenda devia ir, obrigatoriamente, um documento realizado na farmácia, onde constavam os seguintes dados: nº do documento, destinatário, data, assinatura de um farmacêutico e carimbo da farmácia, o código da receita, a data da receita, a descrição da preparação, o preço final, a data de transporte da encomenda e a assinatura do funcionário responsável pelo transporte. Cópias deste documento e das prescrições eram arquivadas na farmácia, sendo que as últimas eram conservadas por um período de três meses. Durante o

estágio, preparámos *Cold Cream* (diariamente e em grandes quantidades) (Anexo 11), *Pomata oftálmica giallo di mercurio*, *Soluzione di lugol forte*, *Vaselina salicilica*, *Linimento oleo-calcareo*, entre outros.

6.3. Preparação de nutrição parentérica

A nutrição parentérica é uma forma de nutrição artificial, que possibilita a administração de vários nutrientes por via endovenosa, nutrientes estes que podem ser macro (aminoácidos, glucose, lípidos) e micronutriente (vitaminas, eletrólitos, oligoelementos). É aplicada quando a alimentação oral não é possível ou é indesejada, quando a absorção de nutrientes é incompleta e quando ocorre um estado de desnutrição.

A preparação de nutrição parentérica não é praticada no IFO, sendo que o farmacêutico apenas tem contacto com as bolsas comercializadas bicompartimentadas e tricompartimentadas, ou seja, que não necessitam de uma preparação prévia. Recordo-me em particular de uma emulsão para perfusão denominada de Olimel N7E, que estava acondicionada numa bolsa com 3 compartimentos: um compartimento com uma emulsão lipídica, outro com uma solução de aminoácidos com eletrólitos e por último, um com uma solução de glucose com cálcio. O primeiro compartimento apresentava um aspeto leitoso e homogéneo, e os outros dois incolores (transparentes) ou ligeiramente amarelos. Antes de a preparação ser administrada, os conteúdos dos compartimentos são misturados, obtendo-se no final uma emulsão homogénea e com aspeto leitoso. Após reconstituição, esta é estável durante um máximo de 7 dias (entre 2°C e 8°C) ou num máximo de 48h, se à temperatura ambiente.

A ter em máxima atenção é a osmolaridade da preparação, que influencia a sua administração central ou periférica. Também a esterilidade, densidade adequada e ausência de pirogénios são fatores muito importantes a ter em consideração.

7. Ensaios clínicos

Como referido inicialmente, o IFO é um IRCCS, ou seja, um instituto hospitalar de carácter científico que participa frequentemente na investigação na área dos Ensaios Clínicos, principalmente em estudos relacionados com a terapia oncológica.

Durante o meu estágio, pude constatar que praticamente todas as semanas, representantes de conhecidas indústrias farmacêuticas se reuniam nas instalações da farmácia hospitalar com os farmacêuticos e por vezes também com médicos e enfermeiros dessa área, com o fim de discutir a participação do hospital num determinado estudo. Apesar

do caráter confidencial que envolve estes estudos, foi-me dada a oportunidade de assistir a algumas reuniões.

Segundo o Decreto-lei nº 46/2004 [11], um ensaio clínico define-se como “qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou os outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia”. A realização de ensaios clínicos envolve aspetos legais, éticos e metodológicos complexos, que devem respeitar todas as disposições legais implicadas. Devem seguir as Boas Práticas Clínicas no que toca à metodologia, e orientar-se por princípios éticos, de acordo com o disposto na Declaração de Helsínquia [6].

7.1 Circuito do medicamento experimental

Do que pude acompanhar aquando do meu estágio no IFO, a gestão do fármaco para experimentação clínica segue uma série de passos, nomeadamente:

1. Início do estudo

Os estudos experimentais e observacionais com fármacos apenas podem ter início após uma autorização da parte do diretor da unidade hospitalar, consequente de uma aprovação do protocolo do estudo da parte do *Comitato Etico*, previamente aprovados pela AIFA. A secretaria do *Comitato Etico* do hospital envia ao diretor da farmácia hospitalar uma cópia do documento de autorização do hospital relativo à conduta do estudo em questão. Este documento tem que estar obrigatoriamente na posse da farmácia hospitalar antes do início do estudo.

2. Envio dos fármacos experimentais da parte do promotor

O promotor, ou seja, o indivíduo, sociedade ou organização que, por conta própria, dá início, gere ou financia um estudo experimental, procede ao fornecimento do fármaco experimental apenas quando tem em sua posse o documento de aprovação do estudo experimental fornecido pela comissão ética. Após a obtenção deste documento, o promotor pode enviar os fármacos experimentais exclusivamente à farmácia hospitalar. A encomenda que contém os fármacos experimentais, é acompanhada pelo documento de transporte (“*Bolla di consegna*”), por um documento que declare que são fármacos pertencentes a um estudo experimental e que contenha a identificação do médico experimentador, ou seja, o médico responsável pela condução do estudo experimental. No IFO, apesar de a maioria dos farmacêuticos ter conhecimento dos estudos clínicos que estão a decorrer no hospital, a responsável pelos ensaios clínicos é a Dra. Anna Potsi, especialista nesta área.

3. Receção na farmácia dos fármacos experimentais

Os funcionários técnicos administrativos têm como função:

- a) Receber os fármacos experimentais e verificar todos os dados do documento de transporte, assim como as condições físicas em que se encontra a encomenda;
- b) Se a encomenda se apresentar em boas condições, o próximo passo consiste em preencher uma declaração relativa à receção da mesma, denominada “Dichiarazione di ricevimento e invio DM per sperimentazione clinica”, com a data e o horário de entrega e de conservação (se for o caso); assim como assinar e datar o documento de transporte;
- c) De seguida, o farmacêutico é avisado da chegada de tal encomenda.

O farmacêutico, relativamente ao ato de receção dos fármacos experimentais:

- a) Faz uma verificação pormenorizada do conteúdo da encomenda (apenas o farmacêutico responsável pelos ensaios clínicos tem autorização para abrir a encomenda), avaliando a correspondência qualitativa e quantitativa do material enviado no que respeita a quantidade reportada no documento que acompanha os fármacos e examina, em particular, a sua integridade, a validade e a correta conservação, entre outros aspetos. De relevante importância é a verificação da etiquetagem, que deve encontrar-se em conformidade com a legislação aplicável;
- b) De seguida, armazena estes fármacos, segundo a modalidade e a temperatura de conservação (que está sempre indicada na documentação que acompanha os fármacos), separadamente dos outros, numa sala que existe para esse propósito (sala de ensaios clínicos), garantindo-se que as condições respeitam os parâmetros exigidos pelo promotor: conservação à temperatura ambiente menor que 25°C ou, se for o caso, no frigorífico a uma temperatura entre 2 e 8°C;
- c) Posteriormente, o farmacêutico arquiva a documentação respeitante ao estudo em causa na sala de ensaios clínicos, ou seja, o documento que acompanha a encomenda com a informação relativa aos fármacos experimentais, uma cópia da documentação relativa à receção dos fármacos experimentais enviada pelo promotor e uma cópia de um documento que é remetido (geralmente via *fax*) ao promotor declarando a efetiva receção dos fármacos experimentais (quando o promotor o exige). Por vezes, também um *e-mail* é enviado diretamente para o promotor, com essa mesma informação.

4. Conservação na farmácia dos fármacos experimentais

O transporte e armazenamento têm que garantir as condições ideais de temperatura prevista para conservação dos fármacos.

Tal como referido anteriormente, estes devem ser conservados numa sala separada a uma temperatura ambiente abaixo de 25°C ou, se for o caso, no frio a uma temperatura compreendida entre 2°C e 8°C. Esta sala contém um sistema de monitorização da temperatura, existindo obrigatoriamente um documento para esse fim. Ou seja, um

funcionário administrativo faz o controlo da temperatura diariamente (anotando os valores), data e assina esse documento, que é depois arquivado para ser analisado mensalmente;

5. Envio dos fármacos experimentais ao médico envolvido no estudo (primeira entrega)

A farmácia hospitalar entrega os fármacos experimentais aos enfermeiros selecionados pelo médico a participar neste estudo.

Quando se trata da primeira entrega destes fármacos, o farmacêutico envia um *e-mail* ao médico experimentador com informação relativa à data de entrega no departamento. Esse *e-mail* é impresso e é posteriormente carimbado e arquivado juntamente com a documentação relativa ao estudo experimental, presente na sala de ensaios clínicos da farmácia.

Ao médico experimentador é entregue, juntamente com os fármacos experimentais, a seguinte documentação:

- o uma cópia da declaração de receção da encomenda com os fármacos experimentais;
- o documentação relativa aos fármacos.

A partir deste momento, toda a gestão dos fármacos experimentais passa a ser da responsabilidade do médico experimentador.

Nos casos em que os fármacos experimentais não forem entregues de acordo com as condições estipuladas, o farmacêutico responsável deve avisar o promotor da situação, via *fax* e/ou *e-mail*.

Relativamente às prescrições deste tipo de medicação, nestas deve sempre constar a informação de que os fármacos em questão pertencem a um estudo clínico. A farmacêutica responsável por estes estudos valida a prescrição, recolhe o fármaco em questão e na prescrição original coloca o nome do fármaco, número de lote, data e assina. A farmacêutica data e assina também a caixa do medicamento. A prescrição original é arquivada na sala de ensaios clínicos e uma fotocópia é enviada ao promotor.

No IFO, em certos casos, os medicamentos experimentais eram dispensados diretamente ao utente, mediante a prescrição médica e a documentação identificativa necessárias.

6. Recolha e destruição dos fármacos experimentais

A recolha de fármacos experimentais pode-se dever a diversos motivos como:

- o uma validade ultrapassada ou próxima do fim;
- o a não utilização pelo departamentos;
- o a incorreta conservação de um fármaco;
- o o pedido do promotor para tal.

À farmácia é entregue um documento assinado pelo responsável científico do estudo, atestando o retiro e destruição dos fármacos experimentais não utilizados.

7. Registo do estudo

É na farmácia hospitalar que é realizado o registo do estudo (*Registro delle Sperimentazioni con farmaco della Farmacia Ospedaliera*), cuja competência é do farmacêutico responsável por esta área.

Assim, para qualquer estudo é necessário conservar:

- O documento de autorização à realização do estudo;
- O documento relativo à chegada/entrega dos fármacos experimentais na farmácia hospitalar;
- A declaração de envio e entrega de fármacos para experimentação clínica (*Dichiarazione di ricevimento e invio farmaci per sperimentazione clinica*);
- Documento de entrega/receção nos departamentos;
- Comunicação de finalização do estudo por parte do serviço de pesquisa (*Servizio Ricerca e Innovazione*);
- Declaração do médico experimentador, relativa ao uso dos fármacos experimentais.

Outros documentos relacionados são arquivados juntamente com os anteriormente referidos.

Durante o estágio tive a oportunidade de, numa das reuniões em que participei, assistir à apresentação de um estudo clínico de Fase I, que envolvia 10 indivíduos a nível europeu, sendo um deles utente do IFO.

8. Farmacovigilância

Segundo a OMS, a farmacovigilância define-se como “o conjunto de atividades de deteção, registo e avaliação das reações adversas, com o objetivo de determinar a incidência, gravidade e nexos de causalidade com os medicamentos, baseadas no estudo sistemático e multidisciplinar dos efeitos dos medicamentos” [12].

O atual sistema italiano de farmacovigilância tem como base a *Rete Nazionale di Farmacovigilanza* (RNF), ativa desde 2001. A RNF garante, por um lado, a recolha, gestão e análise das sinalizações espontâneas de suspeitas de determinada ADR (do inglês, *Adverse Drug Reaction*), sendo que, por outro lado, proporciona a difusão rápida e generalizada de informações divulgadas pela AIFA relativamente à segurança dos medicamentos, através de uma rede que envolve a AIFA, unidades sanitárias regionais e locais, hospitais, institutos de pesquisa e assistência científica e indústrias farmacêuticas. A partir de 2006, a farmacovigilância tornou-se uma atividade mais potente através da sua ligação com a Eudravigilance e outras entidades. A farmacovigilância envolve, em diversos níveis, toda a comunidade: pacientes, prescritores, operadores sanitários ou OS (*do italiano, Operatori Sanitari*) (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, dentistas, ortopedistas),

indústrias farmacêuticas, etc. A sinalização pode ser efetuada não só por OS como também pelo cidadão [6].

Uma reação adversa define-se como uma reação nociva e não intencional a um medicamento na dose normal administrado ao ser humano, com um fim profilático, diagnóstico ou terapêutico, ou para restaurar, corrigir ou modificar a função fisiológica [6].

De acordo com a *direttiva 2010/84/CE*, é possível efetuar uma sinalização espontânea de suspeita de ADR segundo duas modalidades. Em específico os OS e o cidadão podem [13]:

a) preencher o modelo de notificação em papel, denominado de *scheda cartacea*, que pode ser enviada ao responsável de farmacovigilância da própria instituição;

b) ou preencher online o mesmo módulo, denominado de *scheda elettronica*, e enviá-lo para o responsável de farmacovigilância da própria instituição.

No site da AIFA, tanto o operador sanitário como o cidadão podem imprimir ou fazer o preenchimento *online* dos respetivos módulos. O IFO, sendo um IRSS, dá particular importância a esta atividade, de modo que existe um departamento de farmacovigilância constituído por três farmacêuticos e uma secretária, que se dedicam maioritariamente a esta área [13].

Durante o estágio tive a oportunidade de acompanhar umas das farmacêuticas responsáveis pela farmacovigilância do IFO, a Dra. Elizabetta Umani.

Em todos os departamentos de saúde do IFO existem, à disposição dos OS, vários exemplares de *Scheda Unica di Segnalazione di Sospetta Reazione Avversa (SSADR)* (Figura 10), de modo a facilitar e a tornar mais rápido o acesso às mesmas. Quando ocorre uma suspeita de ADR, os OS do IFO (maior parte das vezes, os médicos), remetem as SSADR (Anexo 12) para o departamento de farmacovigilância do instituto que, por sua vez, procede à análise das mesmas e envia para a RNF. Apenas um farmacêutico habilitado pode, através da posse de um código pessoal, aceder à RNF e inserir os dados relativos a cada sinalização no denominado *Suspect Adverse Reaction Report*. Finalizada esta tarefa, o próximo passo é enviar um *e-mail* ao OS que efetuou a sinalização, informando-o de que os dados relativos à mesma tinham já sido reportados à RNF e enviando uma cópia do *Suspect Adverse Reaction Report*, assim como dados da RNF relativos a ADR anteriormente reportados; e enviar um *e-mail* à indústria responsável pelo medicamento, alertando-a para a sinalização reportada. Durante o estágio, tive o privilégio de participar em cada uma destas tarefas, sempre na companhia da Dra. Umana. Por norma, a RNF respondia aos *e-mails* num curto espaço de tempo, frequentemente pedindo dados mais pormenorizados relativamente ao utente, como pormenores sobre a patologia do mesmo, análises sanguíneas, entre outros. Quando esta situação ocorria, a Dra. Elizabetta Umana e eu dirigíamo-nos ao departamento responsável pela sinalização da ADR e marcávamos uma reunião com o médico (durante o meu estágio apenas médicos sinalizaram suspeitas de ADR), com o objetivo de compilar mais dados relativos à situação em específico e ao utente. Obtidos os dados, voltávamos a enviar toda a

informação para a RNF. O mesmo sucedia com as indústrias responsáveis pelo medicamento em questão que, frequentemente, nos pediam dados mais detalhados (Anexo 12).

A título de exemplo, apresento um dos casos que pude acompanhar aquando no meu estágio no departamento de farmacovigilância, que envolvia o medicamento Velcade, cujo princípio ativo é o bortezomib (Anexo 12). Este fármaco é utilizado no tratamento do mieloma múltiplo em adultos. A sinalização elaborada por um médico teve como objetivo reportar a ocorrência de uma pneumonia como efeito adverso.

Durante esta fase do estágio, participei também na tradução para inglês de um artigo para publicação sobre a avaliação da intervenção ativa do farmacêutico especialista em farmacovigilância relativamente a utentes sujeitos a quimioterapia oral.

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR) mod. A IFO sperimentazioni OSSERVAZIONALI (da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)					
1. INIZIALI DEL PAZIENTE	2. DATA DI NASCITA	3. SESSO	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE (a cura uff. farmacovigilanza)
6. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI* <small>* se il segnalatore e un medico</small>				7. GRAVITA' DELLA REAZIONE: <input type="radio"/> GRAVE <input type="radio"/> OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPED. <input type="radio"/> INVALIDITA GRAVE O PERMANENTE <input type="radio"/> HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="radio"/> ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT NEL NEONATO <input type="radio"/> NON GRAVE <input type="radio"/> DECESSO	
8. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR: riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti				9. ESITO <input type="radio"/> RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL I I <input type="radio"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="radio"/> MIGLIORAMENTO <input type="radio"/> REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="radio"/> DECESSO IL I I <input type="radio"/> dovuto alla reazione avversa <input type="radio"/> il farmaco può avere contribuito <input type="radio"/> non dovuto al farmaco <input type="radio"/> causa SconoSoluta <input type="radio"/> NON DISPONIBILE	
10. AZIONI INTRAPRESE: specificare In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19					
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
11. FARMACO(I) SOSPETTO (I) nome della specialità medicinale*					
A)	12. LOTTO	13. DOSAGGIO/DIE			
14. Via di somministrazione	15. Durata dell'uso dal	al			
B)	12. LOTTO	13. DOSAGGIO/DIE			
14. Via di somministrazione	15. Durata dell'uso dal	al			
C)	12. LOTTO	13. DOSAGGIO/DIE			
14. Via di somministrazione	15. Durata dell'uso dal	al			
* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e di richiamo e l'ora della somministrazione					
16. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?		A: Si I no	B: Si I no	C: Si I no	
17. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?		A: Si I no	B: Si I no	C: Si I no	
18. IL FARMACO E' STATO RIPRESO?		A: Si I no	B: Si I no	C: Si I no	
19. SONO RICOMPARSI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?		A: Si I no	B: Si I no	C: Si I no	
20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO E STATO USATO: A: B: C:					
21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO					
22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE UFFICINALI, OMEOPATICI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ECC. (specificare):					
23. CONDIZIONI CONCOMITANTI PREDISPONENTI (se il farmaco sospetto e un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)					
INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE					
24. QUALIFICA DEL SEGNALATORE			25. DATI DEL SEGNALATORE		
<input type="radio"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE		<input type="radio"/> PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	NOME E COGNOME		
<input type="radio"/> MEDICO OSPEDALIERO		<input type="radio"/> FARMACISTA	INDIRIZZO		
<input type="radio"/> SPECIALISTA		<input type="radio"/> ALTRO	TEL E FAX	E-MAIL	
26. DATA DI COMPILAZIONE			27. FIRMA DEL SEGNALATORE		
28. CODICE ASL			29. FIRMA DEL RESPONSABILE DI FARMACOVIGILANZA		

6

Figura 10: Scheda Unica di Segnalazione di Sospetta Reazione Avversa (SSADR)

9. Medicina Nuclear

A medicina nuclear é uma especialidade médica que envolve a aplicação de substâncias radioativas no tratamento e diagnóstico de doenças. Os radionuclídeos são combinados com outros elementos para formar compostos químicos, ou com compostos farmacêuticos, formando rádio-fármacos (generalizados, frequentemente, como radioisótopos). Após serem administrados no organismo (normalmente por via endovenosa), podem localizar órgãos específicos ou recetores celulares, o que possibilita visualizar (a partir de câmaras gama) a extensão do processo de uma doença.

No IFO existe um serviço de medicina nuclear (*Medicina Nucleare*) que se caracteriza, a nível nacional, como centro de referência para o diagnóstico e terapia rádionucléica do cancro da tiroide, sendo que no ano de 2012, cerca de 1500 pacientes com este tipo de cancro estavam a ser seguidos neste instituto.

Durante o estágio, apesar do complexo processo de autorização envolvido, pude acompanhar um farmacêutico às instalações da medicina nuclear, durante um dia. Muitos eram os cuidados a ter que envolviam a movimentação neste espaço, sendo que um deles era ter que utilizar um dosímetro individual na parte do corpo mais exposta à radiação.

O serviço de medicina nuclear era composto por um departamento de terapia médico-nuclear com uma sala de espera, instalações sanitárias, gabinetes médicos, oito salas de tratamento isoladas (com proteção radiológica), cinco salas de diagnóstico experimental (três câmaras gama tomográficas SPET ligadas em rede com os computadores dos gabinetes médicos, um densitómetro total-body DEXA, um ecógrafo) e duas salas de radiofarmácia, sendo uma delas equipada com duas *hottes*, uma câmara de fluxo laminar, entre outros equipamentos.

Pude assistir à preparação de oxidronato de tecnécio [^{99m}Tc] a partir de Osteocis[®], um *kit* para essa preparação.

10. Comissões técnicas

No IFO, os SF estão envolvidos nas seguintes comissões técnicas:

- *Comitato ético*
- *Comitato Infezione Ospedaliere*
- *Comitato per il buon uso del sangue*
- *Commissione del Prontuario Terapeutico*
- *Comitato di budget*

11. Conclusão

O estágio no IFO possibilitou-me estar em contacto com o papel do farmacêutico hospitalar e perceber que, independentemente do local onde esta profissão é exercida, o objetivo principal do farmacêutico é garantir os melhores cuidados de saúde possíveis à população.

Apesar de inicialmente me ter deparado com alguns obstáculos, como a diferença na língua, o desconhecimento total do sistema nacional de saúde e entidades relacionadas em Itália, entre outros aspetos, posso afirmar que com a vontade de aprender algo novo e com um estudo contínuo e motivado, foi possível trabalhar juntamente com uma equipa e aplicar os conhecimentos adquiridos durante o curso.

Foi, sem dúvida, uma experiência enriquecedora tanto a nível profissional como pessoal, que se deveu em grande parte à fantástica equipa hospitalar do IFO, que sempre se disponibilizou a ajudar-me e que muitas vezes demonstrou interesse em partilhar conhecimentos no que toca a diferenças no funcionamento da farmácia hospitalar entre os dois países, Portugal e Itália. Assim, a oportunidade que me foi proporcionada para além de me ter dotado com novos e melhores conhecimentos teórico-práticos, permitiu também descobrir as virtudes e vantagens do trabalho sistemático realizado em equipa. O conhecimento partilhado, refletido e discutido potenciou a procura das soluções mais adequadas para ultrapassar problemas e constrangimentos.

12. Bibliografia

1. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.), Decreto-Lei nº 44/2004, de 2 de Fevereiro de 2004. Legislação Farmacêutica Compilada. [consultado a 12/04/2014]. Disponível em: www.infarmed.pt.
2. Regione Lombardia, ASL Brescia, Corretta Prescrizione dei Farmaci, [documento online]. 2012. [consultado a 13/04/2014]. Disponível em: http://www.aslbrescia.it/media/documenti/cure_primarie/anno%202012/Farmaci/CorrettaPrescrizioneFarmaci_2012_finale1.pdf.
3. De Rosa, M.; Boni, M., L'acquisto dei farmaci in ospedale 2, 2nd Edition, Edito da ABOUTPHARMA, 2007.
4. SIFO (Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie), Il Prontuario Terapeutico Ospedaliero. [Documento online]. [consultado a 15/04/2014]. Disponível em: <http://www.sifoweb.it/>.
5. Ministero della Salute, Decreto Ministeriale 11 di febbraio 1997, Modalità di importazione di specialità medicinali registrate all'estero. Disponível em: <http://www.salute.gov.it/>.
6. Minghetti, P.; Marchetti, M., Legislazione farmaceutica, 7th Edizione, CEA, 2013.
7. Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n.10, Day Hospital, Day Surgery. [consultado a 24/04/2014]. Disponível em: http://www.ulss10.veneto.it/servizi/assistenza_ospedaliera/day_hospital.
8. ULSS 6 Vicenza, Erogazione diretta - Consegna farmaci ai pazienti dimessi o dopo visita specialista. [consultado a 28/04/2014]. Disponível em: <http://www.ulssvicenza.it/nodo.php/1361>.
9. Azienda ospedaliera della provincia di Pavia, Protocollo di gestione dei farmaci. [documento online]. 2003. [consultado a 15/05/2014]. Disponível em: [http://www.asl.pavia.it/webas/UffEdSan.nsf/c4a4a6130ad40fd7c1256db3003afd5e/29979fa2ab0e7b00c1256e14004f2a6d/\\$FILE/Protocollo%20Gestione%20Farmaci.pdf](http://www.asl.pavia.it/webas/UffEdSan.nsf/c4a4a6130ad40fd7c1256db3003afd5e/29979fa2ab0e7b00c1256e14004f2a6d/$FILE/Protocollo%20Gestione%20Farmaci.pdf).
10. Brusa, P.; Germano, A.; Procedure Gestionali e Tecnologiche per il Laboratorio Galenico della Farmacia. [Documento online]. 2008. [Consultado a 29/05/2014]. Disponível em: http://www.fofi.it/doc_fofi/procedure_appa.pdf.
11. INFARMED. Decreto-Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, 2004. Legislação farmacêutica Compilada. [consultado a 14/06/2014]. Disponível em: www.infarmed.pt.
12. INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.). Saiba mais sobre farmacovigilância. [Documento online]. 2008. [Consultado a 15/06/2014]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA MAIS_SOBRE/SAIBA MAIS_ARQUIVO/Farmacovigil%EAncia.pdf.

13. AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), Rete Nazionale di Farmacovigilanza. [consultado a 21/06/2014]. Disponível em: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/rete-nazionale-di-farmacovigilanza>.

Capítulo III - Farmácia Comunitária

1. Introdução

A Farmácia Comunitária é a parte mais visível da profissão farmacêutica, encontrando-se posicionada como um local de excelência para a promoção da saúde e bem-estar da sociedade.

O estágio na farmácia comunitária, sendo o culminar de quatro anos e meio de estudos, assume assim particular importância, pois é-nos dada a oportunidade de transmitir, na prática, os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso relativos ao papel do farmacêutico como especialista do medicamento e agente de saúde pública. O meu estágio curricular no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas decorreu no período de 12 de maio a 29 de julho, na Farmácia Gama (FG), localizada na cidade de Viseu.

Posso dizer que foi na realização deste estágio que me apercebi do verdadeiro papel do farmacêutico, que passa não só pela intervenção e aconselhamento, mas também pela demonstração de um lado mais humano da profissão, ou seja, a criação de uma relação de confiança que se estabelece entre o profissional e o utente.

Sinto-me privilegiada, pois com a equipa que me acolheu pude não só consolidar e colocar em prática a formação académica adquirida, como também obter novos conhecimentos. Os meus sinceros agradecimentos a toda a equipa da FG que, dentro de um espírito de boa disposição e entreatajuda, me fizeram ver o significado da palavra “farmacêutico comunitário”.

Pretendo assim expor neste relatório as atividades que tive a oportunidade de realizar durante o estágio, assim como os conhecimentos e competências adquiridos ao longo do mesmo.

2. Organização do espaço físico e funcional da farmácia

2.1. História, localização geográfica e horário de funcionamento

A FG, nos dias de hoje situada na Avenida Emídio Navarro, em Viseu, tem como proprietária a Dra. Maria Luísa Saraiva Cabral Costa. Foi adquirida pela mesma no ano de 1974, por trespasse ao Dr. Heitor Gama Castelo Branco.

A FG localiza-se no centro da cidade e é uma área de fácil acesso, rodeada de zonas de comércio, residências, escolas, centros de dia e pontos turísticos, o que justifica a existência de um público bastante heterogéneo.

Encontra-se aberta ao público de segunda a sexta-feira, das 08.00h às 20.00h e aos sábados das 9.00h às 19.00h. De acordo com o calendário de serviço das farmácias da zona, periodicamente, a farmácia assegura um regime permanente, mantendo-se em funcionamento durante 24 horas.

2.2. Caraterização dos utentes da FG

Como referido anteriormente, a fácil e central localização da farmácia na cidade de Viseu, faz com que os utentes sejam diversificados, isto é, de diferentes faixas etárias, estratos sociais e com distintas necessidades.

Os utentes mais habituais são idosos polimedicados que vivem na zona, sendo que muitos deles são já regulares e fidelizados. A estes mesmos utentes fidelizados, com autorização do Diretor Técnico (DT), é dada a possibilidade de criar uma ficha de cliente, à qual pode estar associada uma conta com um determinado limite de crédito. Esta prática facilita certas operações como as vendas suspensas e a crédito e, também, um maior controlo da terapêutica do utente, na medida em que confere ao farmacêutico a possibilidade de aceder à medicação anteriormente dispensada.

2.3. Sistema de Gestão da Qualidade

A FG implementou o Sistema de Gestão de Qualidade, certificado pela NP EN ISSO 9001, por parte da Associação Portuguesa de Certificação (APCER). O objetivo desta implementação foi promover o aperfeiçoamento da gestão da farmácia, assim como a otimização do desempenho interno, garantindo o fornecimento de uma melhoria contínua e da satisfação dos utentes.

Esta certificação veio originar a divisão do funcionamento da farmácia em processos, subprocessos e instruções de trabalho, permitindo uma melhoria na sua gestão e avaliação, visando sempre o aumento da qualidade dos serviços prestados aos utentes.

2.4. Caraterização do espaço físico da FG

De acordo com as orientações das Boas Práticas Farmacêuticas (BPF), a qualidade do serviço prestado por uma farmácia depende das condições que a mesma apresenta e da existência de uma estrutura adequada [1].

2.4.1. Espaço exterior da farmácia

De acordo com as especificações das BPF, a farmácia deve apresentar um aspeto exterior “caraterístico e profissional, facilmente visível e identificável”. Deste modo, a FG apresenta uma fachada principal com um aspeto profissional e apelativo, de fácil e imediata identificação por parte do utente. Exibe também uma “cruz verde” que se apresenta iluminada durante a noite, sempre que a farmácia assegura serviço permanente, tal como regulamentado no Decreto-Lei nº307/2007, de 31 de Agosto [1, 2].

Da parte exterior é também possível visualizar uma placa com a designação da farmácia e o nome do Diretor Técnico (DT) e proprietário, o horário de funcionamento da farmácia e a informação referente às farmácias do município de Viseu em regime de serviço permanente. Na lateral da porta, encontra-se o postigo de atendimento noturno, destinado à cedência de medicamentos a partir das 24.00h (por uma questão de segurança).

A farmácia apresenta uma entrada principal com uma porta automática e uma rampa, com o fim de facilitar o acesso dos utentes com mobilidade condicionada. De modo a evitar a perturbação da área de atendimento ao público, a movimentação dos funcionários da farmácia e a entrega das encomendas processa-se, por norma, através de uma porta de acesso privado, situada na fachada lateral do edifício. A farmácia possui quatro montras, sendo que três estão na fachada principal e são destinadas à publicitação de novos produtos, anúncio de rastreios gratuitos, assim como à exposição dos principais produtos consumidos em cada época do ano.

A quarta montra, situada na fachada lateral, tem como finalidade a exposição do material ortopédico existente na farmácia.

Com muito gosto tive a oportunidade de participar na elaboração da montra principal, onde pude constatar que se trata de facto de uma estratégia de marketing, visto que toda a elaboração e renovação da publicidade aos produtos visa sempre captar a atenção do utente.

2.4.2. Espaço interior da farmácia

As farmácias devem dispor, no mínimo, de cinco divisões, em específico: uma sala de atendimento ao público, um gabinete de atendimento personalizado, um laboratório, um armazém e instalações sanitárias [3]. Estas exigências foram criadas de modo a garantir a comodidade e privacidade dos utentes, assim como a prestação de um atendimento de qualidade e de uma preparação e armazenamento de forma adequada dos medicamentos.

A farmácia Gama apresenta todas as divisões exigidas e ainda um gabinete de uso exclusivo do DT, um gabinete de apoio à conferência de receituário e gestão, uma área de receção de encomendas, uma pequena cozinha/copa e dois gabinetes onde são prestadas consultas de podologia, nutrição e onde ocorrem também os rastreios gratuitos

proporcionados à população. Todas estas áreas estão divididas pelos três pisos que pertencem à farmácia.

Assim, no piso -1, a farmácia encontra-se dividida em:

Área de receção de encomendas e armazenamento

Esta área divide-se em duas pequenas zonas. Uma zona provida de todo o equipamento informático (computadores, impressoras normal e de código de barras, sensores de leitura ótica, entre outros) essencial à receção das encomendas que diariamente chegam à farmácia e outra destinada à conservação e armazenamento dos medicamentos.

Os produtos termolábeis, como as insulinas e vacinas, entre outros, são conservados no frigorífico a uma temperatura constante de 2-8°C. Os medicamentos excedentes, isto é, que são normalmente adquiridos em grandes quantidades devido à sua elevada rotatividade, são armazenados também nesta área, sendo repostos com frequência nas gavetas deslizantes.

Existe também nesta zona um armário com acesso restrito, onde se armazenam apenas os estupefacientes e psicotrópicos [1].

Toda a bibliografia de interesse, assim como alguns documentos referentes à gestão, podem ser também aqui encontrados.

O atendimento a delegados de informação médica e fornecedores é também feito nesta área.

Laboratório

O laboratório é um local que se destina à preparação de medicamentos manipulados (MM), respeitando toda a legislação e normas exigidas quanto às condições do espaço físico e material necessário [2]. A reconstituição de preparações extemporâneas também se realiza neste local (ex.: pós para suspensões orais de antibióticos). Encontra-se equipado com uma bancada e todo o equipamento necessário à preparação dos MM. No armário inferior podem-se encontrar, ordenadas por ordem alfabética, as matérias-primas (MP) acondicionadas e devidamente rotuladas, assim como algum material de laboratório indispensável à manipulação. No armário superior, está disponível bibliografia útil (p.ex.: a Farmacopeia Portuguesa, o Formulário Galénico Nacional, o Regimento Nacional de Preços, entre outras.). Também a documentação da farmácia relativamente aos MM encontra-se nesta zona, nomeadamente: as fichas de preparação dos manipulados e as fichas de controlo dos produtos químicos.

Este espaço reúne as condições de humidade, temperatura, ventilação e luminosidade necessárias quer para a preparação dos MM, quer para a sua conservação, assim como das MP [2].

Gabinete de Apoio à Gestão e Conferência de Receituário

É neste espaço que se realiza a conferência do receituário e respetiva faturação, assim como tarefas administrativas. Também alguma documentação relacionada com a gestão de encomendas está arquivada neste gabinete (ex.: notas de remessa, faturas de armazenistas, notas de devolução, entre outros).

No piso 0, podemos encontrar as seguintes áreas:

Sala de atendimento ao público

Pode-se dizer que esta área é, sem dúvida, a mais importante da farmácia. Possui um ambiente calmo e luminoso de modo a garantir o maior conforto possível ao utente. É constituída por sete postos de atendimento posicionados de modo a possibilitar a privacidade do atendimento, sendo que cada um possui o seu computador, impressora e dispositivo de leitura ótica.

Na parte anterior dos postos de atendimento, estão expostos em lineares vários produtos e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), portanto de venda livre, que se encontram agrupados segundo indicação farmacoterapêutica ou segundo determinadas categorias, como sejam: os produtos de emagrecimento, os produtos homeopáticos e fitoterápicos, os suplementos alimentares e os produtos de medicina veterinária. Na parte inferior destes lineares, existem gavetas para arrumação de produtos como seringas, compressas de gaze, adesivos, emplastres, entre outros.

À vista dos utentes e também ao seu alcance, estão expostos em lineares laterais variadas gamas de produtos de dermocosmética (Vichy®, La Roche Posay®, Avène®, Galénic®, entre outras), puericultura (Mustela®, Chicco®, ...), produtos capilares (Ducray®, Klorane®, entre outros), assim como produtos de podologia (PediRelax®). A agradável disposição destes produtos facilita a procura dos mesmos por parte do utente. Apesar de todos os membros da equipa da farmácia, habilitados a dar aconselhamento, terem formação na área da dermocosmética, existe uma conselheira de dermocosmética que diariamente acompanha os utentes na escolha personalizada de tais produtos.

Numa parede branca, e de um modo bem visível, estão discriminados os serviços farmacêuticos prestados pela farmácia, assim como os seus respetivos preços.

Neste mesmo espaço existe também uma pequena zona de descanso e destinada às crianças, nos períodos de espera. Existe à disposição individual dos utentes uma balança eletrónica e um medidor de pressão arterial, ambos automáticos, sendo que os elementos da farmácia prontificam-se a prestar todos os esclarecimentos necessários.

Gabinete de atendimento personalizado

O gabinete de atendimento personalizado é um espaço independente, de modo a garantir um atendimento confidencial e personalizado e que se destina à prestação de serviços farmacêuticos. Faz-se, assim, a determinação de parâmetros bioquímicos como a medição do colesterol, triglicéridos, glicémia, ácido úrico, entre outros, e parâmetros fisiológicos como a medição da pressão arterial com o esfigmomanómetro.

Também a prestação de primeiros socorros e a administração de injetáveis são realizadas neste espaço.

Gabinete da direção técnica

É neste local que são exercidas as funções de gestão e administração da farmácia, assim como a ocorrência de diversas reuniões.

No piso 1, situam-se os gabinetes onde se prestam as consultas de podologia, nutrição e os rastreios gratuitos. São espaços amplos e bem decorados de modo a garantir o maior conforto possível aos utentes.

2.5. Recursos Humanos

Os recursos humanos, ou seja, as pessoas que fazem parte da equipa de profissionais são, com certeza, a base do bom funcionamento de qualquer farmácia comunitária.

Apenas é possível garantir o bem-estar do utente quando na farmácia existe um bom ambiente social e profissional, promovido por uma equipa dinâmica e competente, motivada a trabalhar em conjunto.

A equipa da FG é constituída por treze elementos, nomeadamente: quatro farmacêuticos (incluindo o DT), quatro técnicos de farmácia, uma conselheira de dermocosmética, uma gestora, duas pessoas responsáveis pela receção e gestão de encomendas e uma auxiliar de limpeza/arrumação, que está também encarregue dos contatos externos (bancos, centros de saúde e correios).

É uma equipa excecional, na medida em que todos têm uma ótima relação de amizade e entreaajuda. Desde cedo estão acostumados a receber estagiários, e com muito gosto o fazem. É evidente a boa vontade que têm em ensinar e ajudar os que serão, no futuro, seus colegas de trabalho. Tive o gosto de partilhar o meu período de estágio com mais dois estagiários de diferentes universidades, também eles prestes a concluir o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

A FG, conhecida em Viseu pela simpatia e profissionalismo da equipa, aposta muito na contínua formação dos seus elementos, com o fim de satisfazer as cada vez maiores necessidades e exigências dos utentes. Assim, com frequência, a equipa participa em ações

de formação, a maior parte das vezes promovidas por laboratórios e respetivos delegados de informação médica. Durante o período de estágio, eu e os meus colegas estagiários fomos desde o início incentivados a participar em todas as ações de formação, contribuindo de forma significativa para a nossa qualidade de atendimento. Participámos em diversas atividades de formação (p.ex.: La Roche Posay®, Frontline®, Saforelle®, entre outras.).

Aprendi e cresci muito com o estágio na farmácia comunitária, encontrando-me em condições de afirmar que essa evolução se deveu à qualidade da equipa que prontamente soube orientar-me e ajudar-me em qualquer situação.

2.6. Sistema Informático

Nos dias de hoje, para uma maior facilidade de gestão e funcionamento de uma farmácia, é essencial a utilização de um sistema informático.

A Farmácia Gama utiliza como suporte informático o programa Sifarma 2000, propriedade da Glintt®. Este programa permite um atendimento mais ágil, assim como uma otimização e racionalização da gestão administrativa e financeira, contribuindo para uma melhor qualidade do serviço. De uma forma genérica, o programa facilita o registo de vendas, a receção e realização de encomendas, a gestão de *stocks* e devoluções, a preparação de inventários, o controlo de prazos de validade, a atualização de preços, entre outras tarefas. É também uma boa ferramenta de auxílio para o farmacêutico, no que toca a possibilidade de consulta de informação relativa aos medicamentos, nomeadamente os grupos terapêuticos, efeitos secundários, contraindicações, entre outros.

Cada utilizador possui um código próprio e confidencial que lhe é solicitado pelo sistema informático aquando do início de cada sessão de trabalho, e onde está toda a informação relativa às atividades realizadas por esse utilizador.

3. Informação e documentação científica

A existência de bibliografia credível é, em todas as farmácias, essencial para a qualidade do serviço farmacêutico, na medida em que possibilita um correto e fiável aconselhamento aos utentes [4]. Principalmente nos dias de hoje em que, com o variado material existente na internet, o utente se preocupa mais em se manter informado sobre questões relacionadas com a saúde.

Assim, e de forma a dispor o acesso à informação de um modo rápido e fiável, a FG possui uma pequena biblioteca, no piso 0, na qual constam fontes bibliográficas de presença obrigatória e não só, nomeadamente: a Farmacopeia Portuguesa, o Prontuário Terapêutico, o Formulário Galénico Português, o Código Deontológico dos Farmacêuticos, o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, as Boas Práticas em Farmácia Comunitária, entre outros [1]. De

modo a manter a bibliografia atualizada e organizada, uma farmacêutica está encarregue de tal tarefa.

Durante o estágio, por vezes tive necessidade de consultar algumas das fontes bibliográficas referidas anteriormente, nomeadamente o *Prontuário Terapêutico*. Por norma, a informação que cada estagiário adquiria sobre determinada consulta bibliográfica, era de imediato partilhada com os restantes estagiários. Esta partilha contribui para a boa relação de entreajuda entre todos, assim como para consolidar alguns conhecimentos.

Quando a informação presente nas fontes bibliográficas é insuficiente, a farmácia pode entrar em contacto com os centros de informação e documentação, nomeadamente: o Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde do INFARMED (CIMI), sendo que INFARMED é a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.; o Centro de Informação de Medicamentos da ANF (CEDIME), sendo que ANF é a Associação Nacional das Farmácias; o Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR), o Laboratório de Estudos Farmacêuticos, entre outros.

Durante o meu período de estágio, não houve necessidade de contactar qualquer um destes centros.

4. Aprovisionamento e Armazenamento

4.1. Gestão de Encomendas

4.1.1. Critérios de seleção do fornecedor e critérios de aquisição

A Farmácia Gama adquire medicamentos e produtos de saúde através da compra a distribuidores grossistas ou através da compra direta a diversos laboratórios. Os dois principais fornecedores são a Plural e a OCP Portugal, sendo que para a OCP são efetuadas encomendas apenas quando algum produto não está disponível na Plural.

É da competência do DT, em conjunto com o farmacêutico responsável, a escolha dos fornecedores e das encomendas e compras a efetuar. Vários critérios devem ser tidos em conta na seleção do fornecedor, nomeadamente: a disponibilidade do medicamento/produto de saúde encomendado; a qualidade/segurança da distribuição (as embalagens são entregues sem qualquer tipo de dano); a rapidez na entrega dos pedidos; as condições de pagamento; a possibilidade de efetuar devoluções de produtos; descontos comerciais, como por exemplo, descontos sobre o preço de fatura, ou, na compra de um determinado número de embalagens, a oferta de embalagens bônus.

As encomendas diárias são efetuadas no final de cada dia, através do Sifarma, que se rege pelo *stock* máximo e mínimo definido para cada produto. Em situações nas quais um

utente necessita de um determinado produto, que não se encontra de momento no *stock* da farmácia, gera-se uma encomenda manual ou via telefónica e o produto pedido é adicionado à encomenda diária da próxima entrega. Durante o período de estágio, várias vezes tive a oportunidade de realizar tais pedidos. No caso de o produto se encontrar esgotado, mesmo nos armazéns aos quais foi requisitado, recorre-se ao pedido de empréstimo a outras farmácias da zona. Esta opção foi sempre viável, devido à boa relação existente entre as farmácias de Viseu.

Portanto, para além de produtos esgotados nos fornecedores diários, também produtos com elevada rotatividade podem ser pedidos aos armazéns que os produzem. Produtos de fitoterapia, dermocosmética, dietéticos, homeopáticos, podem ser encomendados diretamente aos delegados/representantes das respetivas marcas comerciais.

4.1.2. Receção e conferência de encomendas

Como referido anteriormente, várias encomendas são feitas diariamente à Plural e à OCP (distribuidores grossistas com os quais a farmácia Gama trabalha), através do Sifarma 2000. Este programa permite definir os *stocks* máximos e mínimos para cada produto, assim como os seus movimentos, o que vai facilitar o controlo da encomenda dos mesmos.

Assim, diariamente, como consequência da dispensa de medicamentos ao longo do dia, o Sifarma 2000 cria automaticamente uma “proposta de encomenda” para o fornecedor principal, que será aceite, anulada ou alterada pelo DT ou pelo farmacêutico responsável. Em situações particulares, pode-se fazer a encomenda por via telefónica ou, quando realizadas diretamente ao laboratório, através do respetivo delegado de informação médica.

As encomendas chegam à farmácia, normalmente duas vezes ao dia. Os medicamentos são entregues em contentores específicos de cada fornecedor com a identificação do número do contentor, faturas, e guias de remessa, sempre em duplicado. Nestes documentos vêm especificados os produtos encomendados, as quantidades e os preços respetivos, assim como os produtos que não foram enviados, descriminando o motivo para tal (ex.: “esgotado”, “suspenso”, “retirado do mercado”, “aguardamos”, entre outros).

Aquando da receção, que é sempre realizada em suporte informático através do Sifarma 2000, é de crucial importância verificar e confirmar o fornecedor, o número de unidades encomendadas, se o produto vem sem qualquer tipo de dano, o código dos produtos, os prazos de validade, o preço de fatura, o preço de venda ao público (PVP), o preço impresso de cartonagem (pic), o imposto sobre valor acrescentado (IVA), entre outros.

Os produtos que necessitam de conservação a baixas temperaturas, uma vez entregues na farmácia, são de imediato colocados no frigorífico e só depois se procede ao seu registo [1].

Após o registo de entrada dos produtos, deve proceder-se à comparação do PVP e do preço final existentes no sistema informático, com os indicados na fatura. Caso ocorram diferenças, deve fazer-se uma nova revisão até se encontrar o possível erro. Posteriormente após a entrega dos produtos, mas ainda antes de finalizar o processo, procede-se à transferência de todos os produtos indicados na nota de encomenda que não foram recebidos, para a proposta de encomenda de outro fornecedor. A este processo chama-se, normalmente, “transferência das faltas”.

No final, as guias de remessa/fatura são arquivadas para posteriormente serem comparadas com o resumo de faturas enviado pelos fornecedores.

Caso venha na encomenda algum produto que não tenha sido encomendado, que não tenha sido enviado e mesmo assim faturado ou que não esteja em boas condições, é feita uma devolução do mesmo, através do preenchimento de uma nota de devolução.

Todos os Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) e alguns MNSRM já contêm, no seu condicionamento primário ou secundário, a indicação do PVP, tal como imposto pela Lei nº25/2011, de 16 de Junho [5]. No caso de maior parte dos medicamentos de venda livre, tais como MNSRM, produtos de uso veterinário, de dermocosmética, entre outros, o PVP não vem referenciado na embalagem e, portanto, a margem de lucro destes produtos na farmácia é estabelecida pela mesma.

No início do meu estágio, esta foi uma das áreas que mais explorei. Estas atividades permitiram-me entender melhor o funcionamento da gestão da farmácia, assim como o contato, de certo modo indireto, com os fornecedores.

4.1.3. Margens legais de comercialização na atribuição de preços

O Decreto-Lei nº 112/2011, de 29 de novembro, estabelece o regime de preços dos MSRM e dos MNSRM comparticipados e descreve as margens legais de comercialização [6]. O Decreto-Lei nº19/2014, de 5 de fevereiro, veio introduzir uma nova redação ao artigo 11.º do Decreto-Lei nº 112/2011, de 29 de novembro, por alteração das margens máximas de comercialização dos medicamentos comparticipados e dos não comparticipados. A 1 de abril de 2014 entraram em vigor estas novas alterações [7].

Os produtos de venda livre, contrariamente aos anteriores, não apresentam o PVP marcado na embalagem, sendo necessária a sua marcação. Assim, o preço calcula-se através do Preço de Venda à Farmácia (PVF) e a percentagem de IVA a que está sujeito. Pode-se fazer o cálculo manualmente, multiplicando-se o PVF pela margem de comercialização, que será diferente tendo em conta o respetivo IVA, ou pode-se calcular através do Sifarma 2000, aquando o ato de receção das encomendas, introduzindo o PVF e a percentagem de margem de comercialização.

Na receção de uma encomenda, após a atribuição dos respetivos preços aos medicamentos que de tal necessitavam, imprime-se as etiquetas com o respetivo código de barras e preço e colam-se nas embalagens dos produtos.

4.2. Armazenamento

Um correto armazenamento dos produtos é essencial para um bom funcionamento diário da farmácia. Por este motivo, existe uma arrumação criteriosa de modo a facilitar e a garantir um rápido e fácil acesso aos produtos por parte da equipa [1]. De máxima importância são as condições de estabilidade dos produtos, que passam pelo controlo das condições de luz, temperatura e humidade.

Uma das minhas primeiras atividades no início do estágio foi, para além da receção de encomendas, o armazenamento dos produtos. Esta tarefa veio em muito contribuir, posteriormente, para o atendimento ao balcão, pois pude mais facilmente familiarizar-me com os produtos e respetivos locais de armazenamento, nomes comerciais e substâncias ativas.

Na Farmácia Gama, como referido anteriormente, existem diversos locais de armazenamento. Os produtos são armazenados de acordo com a sua forma farmacêutica, via de administração (há uma distinção entre uso oral, retal e vaginal), ou ainda condições especiais de conservação. Os medicamentos injetáveis, os produtos de administração ocular e os dispositivos para testes estão em locais separados. Os produtos que necessitam de ser armazenados em especiais condições de temperatura (2-8°C) estão num frigorífico. Encontram-se por ordem alfabética do nome comercial ou, no caso dos genéricos, por ordem alfabética de Denominação Comum Internacional (DCI) e por ordem crescente de dosagem. Contrariamente aos MSRM, os MNSRM podem estar visíveis e ao alcance dos utentes.

Todo o armazenamento deve respeitar a regra FEFO “first expired - first out”, portanto, o produto com menor validade deve estar colocado de uma forma mais acessível, de modo a ser o primeiro a ser dispensado.

Na Farmácia Gama existe um termohigrómetro para garantir as boas condições de conservação dos produtos. Portanto, para manter a temperatura abaixo de 25°C e a humidade não acima de 60%.

Os psicotrópicos e os estupefacientes estão armazenados num armário separado dos restantes e com acesso restrito.

4.3. Controlo dos prazos de validade

Na Farmácia Gama, o controlo dos prazos de validade é efetuado no ato de dispensa do medicamento, aquando da receção de uma encomenda e mensalmente. Nos dois últimos

casos, para além do controlo dos prazos de validade, é também feita a atualização dos mesmos.

No início de cada mês, o sistema gera uma lista com os produtos solicitados, cuja validade expira num período de 3 meses. Para estes produtos, procede-se à verificação do prazo de validade real dos mesmos, corrigindo-se aqueles que apresentam um prazo mais extenso. Aqueles que apresentam um prazo já próximo de caducar, devem ser retirados do *stock* e devolvidos ao fornecedor.

Este processo é de crucial importância para uma boa gestão de *stocks* da farmácia.

4.4. Devolução de produtos

A possibilidade de devolução de produtos tem como consequência positiva a minimização de perdas para a farmácia.

A devolução de produtos aos respetivos fornecedores/laboratórios pode ter como causa diversas situações como: a receção de embalagens danificadas; produtos encomendados por engano; a entrega de produtos que não foram encomendados, mas que foram debitados na fatura; produtos cujo prazo de validade é curto ou já expirou; deliberação do INFARMED ou dos laboratórios, entre outros.

As devoluções devem ser efetuadas no mais curto espaço de tempo possível, devido ao facto de muitos fornecedores terem limites de prazo estabelecidos para a devolução de produtos.

Assim, nestes casos, a farmácia emite uma “Nota de Devolução”, onde constam os seguintes dados: identificação da farmácia, nome comercial e respetivo código do produto, quantidade do produto e motivo da devolução, destinatário e data de devolução. De duas notas de devolução que são emitidas em duplicado, rubricadas e carimbadas, uma é enviada com o produto ao fornecedor e outra fica arquivada na farmácia. Após este processo, caso o feedback do fornecedor seja positivo, cabe ao mesmo emitir uma nota de crédito no valor do/s produto/s devolvido/s ou substituí-lo/s por outro/s. Num caso de feedback negativo, ou seja, caso o fornecedor não aceite a devolução, a farmácia deverá suportar o prejuízo.

5. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento

O papel do farmacêutico rege-se, principalmente, pela contribuição para a saúde e bem-estar do doente e da população em geral, nunca sobrepondo os seus interesses pessoais ou comerciais, mas sim garantindo um tratamento com qualidade, eficácia e segurança [8]. Assim, como profissional especializado no medicamento, o farmacêutico tem a obrigação de aconselhar, esclarecer e educar a população, de modo a corresponder à confiança que em si é depositada pela mesma.

O farmacêutico é o último profissional de saúde com o qual o doente contacta e, portanto, tem uma responsabilidade acrescida. No ato de atendimento, este deve-se guiar pelos conhecimentos técnicos e científicos que adquiriu, mas sem nunca esquecer os princípios éticos. O farmacêutico deve transmitir a informação necessária para um uso racional dos medicamentos, de uma forma clara e compreensível, de acordo com as necessidades individuais de cada doente. Quando a transmissão da informação via verbal não é suficiente, o farmacêutico deve preocupar-se em reforçá-la através da escrita. É importante ter sempre em consideração a idade e o nível sociocultural do utente, preferindo sempre uma linguagem simples e não-técnica.

O estagiário, sendo um novo membro da farmácia, necessita ganhar o apreço e confiança do utente. Tal é conseguido, apresentando uma postura de segurança e confiança na transmissão e esclarecimento da informação. Ao longo do estágio, fiz os possíveis por criar sempre uma boa relação com os utentes, prestando todos os esclarecimentos necessários verbalmente e muitas vezes, com o consentimento do utente, escrevendo nas caixas dos medicamentos toda a informação que poderia ser de maior importância para a terapêutica do mesmo. A informação relativa à posologia e via de administração nunca pode estar em falta, sempre seguida por informações relacionadas com a duração do tratamento, duração da validade após abertura, condições de armazenamento, entre outros aspetos. Tive sempre o cuidado também de aconselhar o utente na adoção de medidas não farmacológicas, que muitas vezes são importantes no auxílio de determinadas terapêuticas.

É muito importante que o utente saia da farmácia esclarecido relativamente à medicação que está a tomar e à sua posologia, seguro de que lhe foi prestado um serviço de confiança e que verá no farmacêutico sempre um profissional de saúde amigo que tem como principal objetivo o bem-estar do doente.

5.1. Farmacovigilância

A Farmacovigilância, área presente em qualquer vertente farmacêutica, visa detetar, quantificar, avaliar e prevenir Reações Adversas Medicamentosas (RAM). Assim, sempre que o farmacêutico se depara com uma suspeita de reação adversa a um determinado medicamento, deve, no mais breve espaço de tempo possível, comunicar essa suspeita através do preenchimento de uma “Notificação de Reações Adversas” e enviá-la ao INFARMED. Na notificação espontânea devem ser preenchidas informações referentes aos sinais e sintomas, sua duração, gravidade e evolução. Assim como informações relacionadas com o medicamento, como o lote, data de início e suspensão da toma, via de administração, indicação terapêutica e outra medicação que o doente esteja a tomar [1, 9, 10].

Durante o meu estágio, nunca me deparei com nenhuma situação de notificação de uma reação adversa.

5.2. Valormed

A VALORMED é uma sociedade que se encarrega da gestão dos resíduos de embalagens vazias e de medicamentos fora de uso [11].

Os utentes devem estar sensibilizados para a importância da reciclagem dos medicamentos fora de uso, de modo a preservar a saúde pública e ambiental, tal como a sua própria segurança. Ora, o farmacêutico tem um papel importantíssimo nesta ação, na medida em que pode informar os utentes das consequências positivas da reciclagem de tais materiais, assim como da existência da VALORMED.

Na FG é evidente a adesão dos utentes, pois diariamente são entregues sacos com medicamentos fora de uso, que de imediato são colocados em contentores próprios da VALORMED.

6. Dispensa de medicamentos

A dispensa de medicamentos é o serviço farmacêutico com maior visibilidade na farmácia comunitária. Sendo que, na minha opinião, trata-se de uma das atividades da nossa profissão que mais importância e responsabilidade acarretam.

A cedência/dispensa de medicamentos é o ato profissional em que o farmacêutico cede medicamentos ou substâncias medicamentosas aos doentes por meio da apresentação de uma prescrição médica, em regime de automedicação ou indicação farmacêutica, assim como toda a informação relevante para um uso correto dos medicamentos. No ato de cedência, o farmacêutico tem como responsabilidade avaliar a medicação dispensada, de modo a identificar e resolver problemas relacionados com os medicamentos (PRM) que possam surgir. Deste modo, poder-se-ão evitar possíveis resultados negativos associados à medicação [1].

Durante o meu estágio, quando iniciei o atendimento ao balcão, foi-me de imediato notória a importância do ato de ceder medicação, pois muitas vezes deparava-me com utentes, na sua maioria idosos, que não estavam informados sobre a medicação que tomavam, não seguiam a posologia indicada pelo médico, tomavam a iniciativa de se automedicar, entre outros aspetos. Perante tais situações, procurava informar da melhor maneira possível o utente sobre a medicação que tomava e, inicialmente, sempre que surgiam dúvidas, questionava os farmacêuticos ou os técnicos de farmácia para que me pudessem melhor orientar.

6.1. Prescrição médica e respetiva validação

No ato de dispensa dos medicamentos e perante a receção de uma receita médica, o farmacêutico deve estar atento às disposições legais necessárias para uma receita poder ser

válida e aviada. De acordo com o disposto no artigo 9º da Portaria nº 137-A/2012, de 11 de maio, a receita prescrita, para ser válida, deve incluir os seguintes elementos [12]:

- Número da receita, local de prescrição e identificação do médico prescritor;
- Nome e número do utente ou de beneficiário de subsistema;
- Entidade financeira responsável;
- Se aplicável, referência ao regime especial de comparticipação de medicamentos;
- Denominação comum internacional da substância;
- Dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem e número de embalagens;
- Se aplicável, designação comercial do medicamento;
- Se aplicável, identificação do despacho que estabelece o regime especial de comparticipação de medicamentos;
- Data de prescrição e assinatura do prescritor;
- Validade da receita.

A prescrição do medicamento deve ser feita por via eletrónica (embora existam ainda exceções para a prescrição via manual), de forma a minimizar os erros de dispensa originários da ausência de códigos de barra, caligrafia perceptível, e de modo também a facilitar a relação entre profissionais de saúde [12]. Conforme disposto no Artigo 8º da Portaria nº137-A/2012, excecionalmente, uma prescrição via manual pode ser aceite nos seguintes termos [13]:

- a) Falência informática;
- b) Inadaptação fundamentada do prescritor;
- c) Prescrição ao domicílio;
- d) Até 40 receitas médicas por mês.

A receita eletrónica pode ser renovável ou não renovável. No caso de ser renovável, contém 3 vias e para cada uma das vias o prazo de validade é de 6 meses, iniciando a contagem desde a data da prescrição. Para receitas não renováveis, estas são válidas pelo prazo de 30 dias a contar da data da sua emissão. Cada receita pode conter até 4 medicamentos diferentes, com um limite de 4 embalagens, no máximo 2 embalagens por medicamento. Como exceção apresenta-se o caso de serem prescritos medicamentos sob a forma de embalagem unitária, cuja prescrição pode conter 4 embalagens [14].

A prescrição de medicamentos deve ser feita por DCI mas, a prescrição por denominação comercial é justificada caso não exista medicamento genérico participado para a substancia ativa prescrita, ou caso com a apresentação de uma justificação técnica, o medicamento de marca seja insubstituível. Assim, o prescritor pode prescrever por denominação comercial quando apresentada uma justificação num local específico na receita, com as seguintes menções [13]:

- Exceção a) “Prescrição de medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, conforme informação prestada pelo INFARMED, I.P.”;

- Exceção b) “Fundada suspeita, previamente reportada ao INFARMED, I.P., de tolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificada por outra denominação comercial”;
- Exceção c) “Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias.”

Relativamente às exceções a) e b), o utente não pode optar por outro medicamento, o que não acontece na exceção c).

Após a análise da receita, no momento da dispensa, o farmacêutico deve informar o utente da existência de medicamentos de marca e genéricos, assim como aqueles que são comparticipados pelo Sistema Nacional de Saúde e que têm o preço mais baixo disponível no mercado. Ao doente é dada a opção de escolha de qualquer medicamento com DCI, forma farmacêutica e dosagem de medicamento indicada na receita. As farmácias devem ter sempre disponíveis para venda, no mínimo, três medicamentos com a mesma substância ativa, dentro dos que correspondem aos cinco preços mais baixos de cada grupo homogêneo, devendo-se dispensar o de menor custo, caso o utente não apresente uma outra opção [13].

Para além desta análise detalhada da receita, o farmacêutico deve também informar-se sobre o quadro clínico e terapêutico do utente, de modo a fazer uma interpretação da prescrição. Em caso de qualquer dúvida relacionada com a mesma, o farmacêutico deve contactar com o prescritor.

Assim, após a análise e interpretação da receita, e da prestação de todos os esclarecimentos ao utente, procede-se à dispensa dos medicamentos ao mesmo, através de um registo no Sifarma 2000 por leitura ótica do código de barras, correspondente a cada medicamento. Segue-se a introdução do organismo de participação e os dados do utente, e finaliza-se a venda com a introdução da receita na impressora que imprimirá os códigos de barras dos medicamentos no seu verso (Anexo 13). Por fim, imprime-se a fatura a ser entregue ao utente. O farmacêutico coloca a data, assina e carimba a receita e o utente ou o seu representante deverá também assinar a mesma.

Podem ocorrer situações de venda suspensa e a crédito. O farmacêutico depara-se com uma venda suspensa quando a um determinado utente, já cliente regular na farmácia e cuja história clínica é bem conhecida pelo farmacêutico, se cedem medicamentos sem a apresentação da respetiva receita, ficando o mesmo com a responsabilidade de a entregar posteriormente. Nesta situação, o utente pode pagar o PVP do medicamento, sendo-lhe reembolsado o dinheiro da comparticipação aquando da entrega da receita. Uma venda suspensa pode também ocorrer quando faltam certos medicamentos na farmácia, não podendo a receita ser aviada na sua totalidade. Neste caso o utente pode levar os medicamentos que não estão em falta com a percentagem de comparticipação do organismo ao qual pertence, ficando a receita na farmácia, assim como o talão comprovativo da venda. Uma venda a crédito é efetuada a utentes fidelizados à farmácia que contêm uma ficha no

sistema, e que podem optar por não pagar no momento. Nesta situação, não se emite uma fatura para o utente, mas sim um comprovativo a crédito.

6.2. Regimes de participação

A participação de medicamentos é um processo que permite que parte ou a totalidade do custo de um medicamento seja suportada por uma determinada entidade, ficando ao encargo do utente a diferença entre o valor do PVP total e a participação aplicada.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é a entidade participadora que assume a responsabilidade pela maioria dos utentes, sendo a participação estabelecida pelo Decreto-Lei nº 19/2014, de 5 de fevereiro, que define a participação de medicamentos através de um regime geral ou de um regime especial. No regime geral, os medicamentos participados estão agrupados em 4 escalões (A, B, C e D), cada um tendo uma determinada percentagem de participação do Estado. No regime especial, representado pela letra “R”, o escalão A apresenta um aumento de 5% na sua participação, e os restantes escalões, um aumento de 15%. Este último regime aplica-se a pensionistas com um rendimento total anual não superior a 14 vezes a retribuição mínima mensal ou a 14 vezes o valor dos apoios sociais em vigor [15].

Quando se verifica uma situação de complementaridade, isto é, quando o utente beneficia de uma participação de dois organismos, é necessário não só tirar uma fotocópia da receita, como também imprimir o cartão de identificação do organismo que deve ficar anexado à cópia caso não seja possível fazer a leitura ótica pelo sistema. O original deve ser enviado para o organismo primário e a cópia para o segundo organismo que faz a participação. Um exemplo, muito comum na FG, é o dos utentes que beneficiam de participação pelo SAMS (Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários.). Existem ainda, participações especiais, para patologias crónicas. Para estas participações foram criadas portarias e diplomas, que devem vir especificadas pelo médico na receita, e que dão ao doente a possibilidade de obter uma participação superior à que teria direito apenas com o sistema nacional de saúde. Um caso é, por exemplo, o dos utentes diabéticos. Os produtos farmacêuticos utilizados no controlo e automonitorização da diabetes estão ao abrigo de um protocolo entre o Ministério da Saúde e outras entidades, sendo que a participação destes é de 85%. Neste caso, o organismo de participação que deve constar na receita denomina-se DS, sendo que nesta não podem ser prescritos medicamentos ou produtos que não estejam abrangidos por este protocolo.

6.3. Dispensa de estupefacientes e psicotrópicos

Os estupefacientes e psicotrópicos (EP) atuam diretamente sob o sistema nervoso central e são aplicados no tratamento de diversas doenças em variadas situações clínicas. Apesar dos seus benefícios a nível terapêutico, estas substâncias são muitas vezes utilizadas com outros fins e de forma ilícita, estando associadas com frequência a danos e dependência tanto física como psicológica. Por estas razões, existe um rigoroso controlo e legislação das mesmas, sendo que a dispensa destes medicamentos é da exclusiva responsabilidade dos farmacêuticos [16].

O regime de EP é regulamentado pelo DL nº15/93, de 22 de Janeiro, entretanto retificado (Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril). Assim, a nova portaria aprova a Lista de Novas substâncias psicoativas (as tabelas em anexo enumeram as substâncias ativas dentro desta classe) [17, 18].

A receção de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos é distinta da dos restantes produtos da farmácia. A requisição, recebida em duplicado, vem juntamente com os medicamentos e deve ser conferida no momento da receção. Neste documento devem constar as seguintes informações: identificação do fornecedor e da farmácia, identificação dos medicamentos e a respetivas quantidades enviadas, data, número da requisição e número da fatura. Tanto a requisição original como a duplicada devem ser assinadas e carimbadas pelo DT, sendo que, a primeira é arquivada na farmácia (por um período mínimo de 3 anos) e a segunda é devolvida ao fornecedor [19, 20].

Relativamente à dispensa, esta poderá apenas ser efetuada mediante a apresentação de uma receita eletrónica (cuja autenticidade tenha sido comprovada), onde não poderão constar outros medicamentos. É de ter em atenção que, de acordo com o Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de janeiro, apenas o farmacêutico (ou um substituto legal) pode aviar receitas de EP, sendo que deve recusar-se a aviar receitas que não cumpram as condições impostas na legislação em vigor. Não podem ser dispensadas mais de uma vez, com a mesma receita, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas anexadas. [17]

Assim, após a confirmação de que a prescrição cumpre todos os requisitos legais, procede-se à leitura ótica do código de barras do medicamento no sistema informático, onde é exigido o preenchimento de um formulário com informações relativas ao médico prescriptor (nome), ao utente (nome e morada) e ao adquirente (nome, idade, morada, número do bilhete de identidade). O adquirente tem obrigatoriamente que ser maior de idade e não pode ser portador de doença mental.

No final da venda, fotocopia-se a receita original e imprime-se um documento com os dados do utente, que é anexado a uma cópia da receita. As cópias das receitas são arquivadas na farmácia e as originais enviadas para os respetivos órgãos participadores. Mensalmente deve ser enviado o duplicado das receitas médicas manuais até ao dia 8 do mês seguinte; trimestralmente deve ser efetuado o envio do registro de entradas e saídas dos medicamentos sujeitos a receita médica especial até 15 dias após o termo de cada trimestre e; anualmente,

devem ser enviados os mapas de balanço de estupefaciente e psicotrópicos sujeitos a receita médica normal e especial, até ao dia 31 de janeiro do ano seguinte.

7. Dispensa de MNSRM e Automedicação

O conceito de MNSRM está diretamente interligado com o conceito de automedicação. A automedicação é, segundo as Boas Práticas Farmacêuticas, “(...) a instauração de um tratamento medicamentoso por iniciativa própria do doente.” [1]. É cada vez mais uma prática comum da sociedade e para tal contribuem vários fatores, como a necessidade de resolução de um problema de saúde com menor dispêndio de dinheiro e tempo, uma maior facilidade de acesso à informação sobre medicamentos e terapias e, até, a imensa publicidade aos MNSRM e o incentivo à sua toma. Portanto, a farmácia é muitas vezes o primeiro recurso do utente e, assim, é de crucial importância o papel do farmacêutico no aconselhamento mais adequado na automedicação, de modo a evitar o uso irracional de medicamentos com consequentes danos na saúde pública.

O farmacêutico deve antes de mais assegurar-se que possui informação suficiente para poder analisar o problema de saúde do utente. Portanto deve, através de um diálogo com o utente, identificar qual o problema e quais os sintomas, há quanto tempo persistem, se já tomou alguma medicação para os mesmos e se sofre de outros problemas de saúde. Após a avaliação farmacêutica, o farmacêutico deve apresentar ao utente um tratamento com medidas não farmacológicas e, se necessário, farmacológicas, sempre dando especial atenção aos grupos mais sensíveis como os lactentes, crianças, grávidas, idosos, doentes polimedicados e doentes crónicos [1, 22]. Existem protocolos de automedicação pelos quais os farmacêuticos se podem orientar, como por exemplo os protocolos da Direção Geral de Saúde (DGS) para a Febre, Dor, entre outros. Sempre que o farmacêutico se depare com determinadas situações como dor e/ou sintomas graves, falha terapêutica, suspeita de RAM, entre outros, deve encaminhar o utente para um médico.

As situações passíveis de automedicação estão aprovadas por lei e definidas pelo Despacho nº 17690/2007 [21].

É muito importante que o farmacêutico preste os devidos esclarecimentos e de forma clara, relativamente à posologia, modo de administração, possíveis efeitos secundários, interações medicamentosas e a duração máxima do tratamento. O utente deve ser informado que a automedicação não deverá ultrapassar o período de 3 a 7 dias e que, se os sintomas persistirem ou agravarem, deverá consultar um médico.

Durante o período de estágio deparei-me com diversas situações em que os utentes se dirigiam à farmácia na procura de aconselhamento e com o objetivo de se automedicarem. O mais habitual eram casos de constipação, dores de garganta, pirose, rinorreia e congestão nasal, tosse e rouquidão, obstipação e diarreia, herpes labial, infeções micóticas e queimaduras solares. Para muitas destas situações sugeri a adoção de medidas não farmacológicas, como por exemplo a ingestão de líquidos e fibras (vegetais verdes, cereais,

etc...), assim como a prática de exercício físico em caso de obstipação. Reparei que os utentes tinham muitas dúvidas relativamente ao tratamento da tosse seca e da tosse produtiva, não percebendo a diferença entre ambas. Assim, tentei sempre explicar da maneira mais clara possível, em que consistiam os sintomas, assim como a diferença entre xaropes antitússicos, no caso de tosse seca e xaropes expetorantes ou mucolíticos para a tosse produtiva. Relativamente ao uso de pílulas contraceptivas, no atendimento deparei-me com alguns casos de quase total desconhecimento por parte das utentes das medidas a tomar aquando erros na toma. A falta de informação é ainda maior no que toca às pílulas do dia seguinte, o que nos faz sentir responsáveis por esclarecer as utentes no que respeita aos possíveis efeitos adversos, assim como reforçar a ideia de que estão prestes a tomar um contraceção oral de emergência e que, obviamente, só faz sentido tomar em casos de emergência e não como um contraceptivo.

8. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

8.1. Produtos homeopáticos

A prática da medicina homeopática é uma realidade que tem vindo a crescer em Portugal. Durante o meu estágio, contrariamente ao que pensava, pude constatar que as pessoas cada vez têm mais curiosidade e interesse nos produtos homeopáticos. Sempre que era questionada, fazia os possíveis por explicar da forma mais perceptível possível (com o apoio de um folheto explicativo feito pela equipa da farmácia) o conceito desta medicina, muitas vezes recorrendo a ajuda da Dra. Bárbara cujos conhecimentos neste campo são bastante vastos, devido ao interesse pessoal e às várias formações em que participou.

A Farmácia Gama apresenta, à vista do utente, diversos produtos homeopáticos, sendo a maioria do laboratório Boiron®. Durante o meu estágio o produto homeopático mais requisitado foi o xarope Stodal® para a tosse seca, muitas vezes destinado a crianças. Por norma, o *feedback* dos utentes era bastante positivo relativamente aos homeopáticos e muitos afirmavam que confiavam neste tipo de medicina para administrar às crianças.

8.2. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene

A dermocosmética é uma área que tem vindo a evoluir consideravelmente nos dias de hoje. Por produto dermocosmético entende-se “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva e principalmente, os limpar,

perfumar, modificar o seu aspecto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais” [23].

O Infarmed é a entidade responsável por supervisionar o mercado dos produtos cosméticos, assim como dos produtos de higiene corporal.

Na atualidade, o mercado da dermocosmética apresenta uma vasta diversidade de gamas de produtos. Assim, é de máxima importância o farmacêutico estar preparado para aconselhar e orientar o utente na escolha do produto mais adequado para o problema que apresenta, assim como encaminhar o utente para o médico quando necessário. Portanto, o farmacêutico deve fazer uma análise e identificar qual o problema dermatológico de entre os vários existentes, como por exemplo, dermatites (atópica, da fralda ou de contato), dermatoses (descamativas ou seborreicas), verrugas, calosidades, acne, psoríase, herpes, feridas, queimaduras, entre outras. É essencial que o farmacêutico esteja bem informado sobre a composição dos produtos desta área, pois assim poder-se-ão evitar problemas como alergias, irritação, agravamento do problema ou surgimento de novos, entre outros. Após a escolha do produto mais adequado, no ato da dispensa, o farmacêutico deve esclarecer qualquer dúvida do utente e aconselhar o mesmo na posologia, forma de utilização, período de tratamento e possíveis efeitos adversos.

A Farmácia Gama apresenta uma grande diversidade de produtos das áreas da dermofarmácia, dermocosmética e higiene. Durante o meu estágio, pude constatar que, tal como esperado, as mulheres são as maiores consumidoras nestas áreas. Como uma parte do meu estágio decorreu durante o Verão, muitas vezes foi-me solicitado aconselhamento relativo a cremes faciais, protetores solares e produtos anticelulíticos. Também produtos de higiene íntima, para calosidades e micoses nos pés e para dermatites da fralda, eram muito requisitados. Dentro dos conhecimentos que adquiri nestas áreas, procurei aconselhar os utentes da melhor forma relativamente ao produto a utilizar para o seu problema em específico, algumas vezes recorrendo a ajuda da conselheira dermocosmética que existe a tempo inteiro na farmácia. Também as diferentes formações nas quais tivemos a oportunidade de participar, ajudaram a melhorar significativamente os meus conhecimentos nesta área. Eu e os meus colegas estagiários, assim como alguns membros da equipa, assistimos a formações da Roche Posay®, MartiDerm® e Saforelle®.

8.3. Produtos dietéticos para alimentação especial

De acordo com o Decreto-Lei 227/99, de 22 de junho, os produtos alimentícios destinados a uma alimentação especial são “ (...) aqueles que, devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos alimentos de consumo corrente, mostrando-se adequados às necessidades nutricionais especiais de determinadas categorias de pessoas” [24].

A alimentação especial existe para satisfazer as necessidades nutricionais dos seguintes grupos [24]:

- a) Indivíduos cujo processo de assimilação ou cujo metabolismo se encontrem perturbados;
- b) Indivíduos que se encontram em condições fisiológicas especiais e que, por esse motivo, podem retirar benefícios especiais de uma ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos;
- c) Lactentes ou crianças de pouca idade em bom estado de saúde.

Portanto, estes produtos, que suplementam ou substituem na totalidade a dieta, são essencialmente fundamentais para crianças, idosos com doenças crónicas, pessoas que sofram de doenças graves ou em recuperação, fornecendo-lhes os nutrientes essenciais que eles necessitam para recuperar e sobreviver.

Na Farmácia Gama, os produtos destinados às necessidades nutricionais dos lactentes eram os mais procurados, nomeadamente os leites e as farinhas.

Segundo o Decreto-Lei nº 217/2008, de 11 de novembro, as fórmulas para lactentes são os únicos géneros alimentícios que podem satisfazer integralmente, durante os primeiros meses de vida, as necessidades nutritivas dos lactentes, até à introdução de uma alimentação complementar adequada [25]. É importante assegurar que estes produtos apenas sejam comercializados como adequados para a utilização anteriormente referida.

Na farmácia tínhamos diversos produtos de acordo com a idade do lactente e necessidades especiais: os leites adaptados às diferentes fases de crescimento (lactentes, transição) e os leites destinados a situações particulares (anti-obstipantes, anti-regurgitantes, hipoalérgicos, sem lactose); e também farinhas lácteas e não lácteas e com e sem glúten.

8.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

A fitoterapia é a ciência que está relacionada com a prevenção e cura de doenças, através da utilização das propriedades das plantas. Estuda a capacidade curativa das chamadas “plantas medicinais” e, portanto, a sua atividade farmacológica, contraindicações, efeitos secundários, toxicidade e interações.

Na Farmácia Gama, a procura deste tipo de produtos é significativa. Na maior parte das vezes, os utentes recorriam a tais produtos para situações como excesso de peso (konjac, chá verde, casca de laranja amarga), alívio da obstipação (cascara sagrada, cene, levedura de cerveja), ansiedade e transtornos do sono (valeriana, camomila, hipericão). Das gamas existentes na farmácia as de maior destaque eram as Arkocápsulas®, Bekunis®, chás Moreno®, Agiolax®, entre outras.

O papel do farmacêutico no aconselhamento passa, sobretudo, pela desmistificação de que os produtos fitoterápicos naturais ou que têm por base produtos naturais, não apresentam qualquer contra-indicação ou efeito adverso. Deve-se esclarecer o utente quanto

a esta ideia, generalizada e errada, e aconselhar a toma correta e segura deste tipo de produtos.

Quanto aos suplementos, estes destinam-se a fornecer nutrientes que muitas vezes não são consumidos em quantidades suficientes e que, portanto, complementam um regime alimentar normal. São constituídos por minerais, vitaminas, ácidos gordos, antioxidantes, entre outros.

Na Farmácia Gama, alguns dos suplementos alimentares mais dispensados são o Centrum®, Cerebrum® Arkocápsulas®, Magnésio®, entre outros.

O aconselhamento do farmacêutico deve, tal como na dispensa dos fitoterápicos, passar por explicar ao utente que estes produtos não são desprovidos de efeitos adversos e que devem ser utilizados com cautela, sempre com a consciência de que se destinam a complementar uma dieta normal e nunca a substituí-la.

8.5. Medicamentos de uso veterinário

Segundo o Decreto-Lei nº 314/2009, de 28 de outubro, um medicamento de uso veterinário é definido como “toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou de sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” [26].

Na Farmácia Gama, a maior parte dos medicamentos de uso veterinário dispensados destinam-se à desparasitação interna e externa de animais domésticos. Armazenadas numa zona separada, mas à vista dos utentes, as marcas existentes são: Advantix®, Drontal®, Frontline®, coleiras Scalibor®, entre outras menos requisitados.

Aquando da cedência deste tipo de produtos, o farmacêutico deve alertar o utente da existência de doenças transmissíveis ao Homem, sendo de crucial importância a vacinação dos animais, assim como a correta utilização de medicamentos de uso veterinário.

8.6. Dispositivos médicos

Tal como definido no Decreto-lei nº 145/2009, de 17 de junho, um dispositivo médico é “ qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo, utilizado isoladamente ou em combinação, (...) cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência, estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico e controlo da concepção”.

Assim, os dispositivos médicos (DM) estão classificados em 4 classes, de acordo com a vulnerabilidade do corpo humano e os potenciais riscos decorrentes da sua utilização:

- DM de classe I - dispositivos de baixo risco (ex.: meias de compressão, canadianas e muletas, seringas sem agulha, fraldas para incontinência, etc.);
- DM de classe IIa- dispositivos de médio risco (ex.: cateteres urinários, compressas de gazes agulhas de seringa, lancetas, etc.);
- DM de classe IIb- dispositivos de médio risco (ex.: material de penso para queimaduras graves, canetas de insulina, preservativos masculinos, diafragmas, etc.);
- DM de classe III - dispositivos de alto risco (ex.: preservativos com espermicida, pensos com medicamentos, etc.).

Na Farmácia Gama, do que pude constatar durante o meu período de estágio, os DM mais frequentemente dispensados eram lancetas e tiras para a determinação da glicémia, pulsos e meias elásticas, seringas sem agulhas, ligaduras, gazes esterilizadas e adesivos. Perante a variedade existente, é importante que o farmacêutico esteja bem informado sobre os diferentes DM, de modo a aconselhar e a prestar os devidos esclarecimentos sempre que necessário.

9. Outros cuidados de saúde prestados na FG

A atividade farmacêutica vai além do aconselhamento, preparação e dispensa de medicamentos. Cada vez mais surgem novos cuidados de saúde nas farmácias, que visam contribuir para a prevenção e manutenção da saúde pública.

A Portaria nº1429/2007, de 2 de novembro, veio estabelecer que a farmácia é, nos dias de hoje, um local de prestação de vários serviços, nomeadamente a determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos [40]. A possibilidade de prestação de tais serviços, veio proporcionar uma maior intervenção por parte do farmacêutico na saúde do utente, possibilitando um acompanhamento mais próximo e ativo.

A Farmácia Gama dispõe de instalações adequadas para a prestação de serviços de saúde, tal como de profissionais de saúde habilitados para tal. Assim, o utente pode solicitar os seguintes serviços:

- Medição da pressão arterial;
- Medição da glicémia capilar;
- Medição do colesterol total e triglicéridos;
- Determinação do peso, altura e índice de massa corporal (IMC);
- Determinação do PSA;
- Realização de testes de gravidez;
- Administração de Vacinas;
- Rastreios gratuitos.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de prestar alguns destes serviços, nomeadamente a monitorização da pressão arterial, a medição do colesterol total e triglicéridos e a medição da glicemia, percebendo a importância de alertar as pessoas para as medidas não farmacológicas, com a adoção de um estilo de vida mais saudável, assim como alertar para a situação do abuso ou contra-indicação dos MNSRM ou suplementos alimentares, e também encaminhar para o médico quando justificado. A FG criou um cartão para o utente onde o profissional de saúde anota os valores dos parâmetros determinados, a data e hora da medição, de modo a facilitar o controlo e a evolução do estado do utente.

Outros serviços que a farmácia Gama presta são as consultas de podologia, as consultas de nutrição, a depilação a laser e as sessões de cavitação.

10. Preparação de medicamentos

Devido à constante evolução da indústria farmacêutica, a preparação de MM que tão procurada era na antiguidade é, na atualidade, uma prática cada vez mais escassa. Apesar das raras prescrições, estes medicamentos continuam a ser de extrema importância, dada a possibilidade de personalizar a terapêutica de doentes específicos, assim como de preparar associações não disponíveis no mercado. O que ocorre é que muitas vezes os medicamentos industrializados contêm na sua composição excipientes não tolerados por certos doentes, dosagens que não são ajustadas às suas necessidades específicas ou que não se apresentam nas formas farmacêuticas mais adequadas.

Entende-se por MM “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico, em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares”, sendo que uma fórmula magistral é preparada mediante uma receita, e um preparado oficial pode ser dispensado diretamente ao utente [29].

Na farmácia tive a oportunidade de preparar uma suspensão de timetoprim a 1%, utilizada em crianças no tratamento de infeções urinárias não complicadas.

10.1. Matérias-primas e material de laboratório

A Farmácia Gama dispõe no seu laboratório de todo o equipamento de existência obrigatória à preparação, acondicionamento e controlo de medicamentos manipulados, de acordo com o estabelecido na Deliberação nº1500/2004 [30].

Relativamente às MP, apenas podem ser utilizadas MP inscritas na Farmacopeia Portuguesa, nas Farmacopeias de outros estados membros da União Europeia, ou em outra documentação científica compendial [31].

O farmacêutico tem a responsabilidade de, aquando da receção das MP, assegurar a qualidade das mesmas. Assim, deve proceder à verificação [32]:

- do boletim de análise;
- da correta correspondência entre as MP rececionadas e as encomendadas;
- da integridade, condições de higiene e conservação da embalagem que transporta as MP;

Na Farmácia Gama existe um dossiê destinado aos boletins de análise e outro onde se arquivam as fichas de cada produto químico. Neste último, nas fichas consta informação como a identificação do produto, condições de armazenamento e segurança, data de validade, data de compra e de verificação, identificação do produtor e fornecedor, quantidade rececionada e registo de saídas do produto. Sempre que se utiliza uma MP, a quantidade utilizada deve ser registada na ficha do produto.

10.2. Manipulação

O farmacêutico deve, primeiramente, interpretar a prescrição no que respeita a validade da receita, MP e respetivas dosagens, via de administração e posologia; e certificar-se da inexistência de incompatibilidades e interações que coloquem em causa a ação do medicamento e a segurança do doente.

Após a análise da prescrição, o farmacêutico deve assegurar-se de que área de trabalho está limpa e que se encontram disponíveis todas as MP, devidamente rotuladas e dentro do prazo de validade, bem como os equipamentos essenciais à preparação [32].

A manipulação deve sempre seguir as Boas Práticas de Preparação de Manipulados. O MM deve ser acondicionado adequadamente, num recipiente apropriado, de acordo com a forma farmacêutica e a composição. Após a preparação do MM, na ficha de cada produto químico, faz-se o registo das MP utilizadas e preenche-se a ficha de preparação do MM. Emite-se também o rótulo, que deve conter toda a informação necessária, como seja, a identificação da farmácia, do médico prescriptor, do diretor técnico e do doente, o nº de lote, o prazo de utilização, as substâncias utilizadas, a via de administração, a posologia, as condições de conservação e instruções especiais de utilização (“agitar antes de usar”, “uso externo”) e PVP. O rótulo é sempre impresso em duplicado, pois um dos modelos serve para rotular o MM e o outro ficará, juntamente com uma cópia da receita, anexado à ficha do produto.

10.3 Regimes de preços

Conforme disposto na Portaria nº 769/2004, de 1 de julho, o preço de venda ao público dos medicamentos manipulados nas farmácias de oficina é calculado com base no valor dos honorários da preparação, das matérias-primas e dos materiais de embalagem, de acordo com a seguinte fórmula [33]:

$PVP = (\text{valor dos honorários de preparação} + \text{valor das matérias-primas} + \text{valor$

dos materiais de embalagem) $\times 1,2$, acrescido o valor do IVA à taxa em vigor

O cálculo dos honorários da preparação tem por base um fator (F) cujo valor é atualizado anualmente, na proporção do crescimento do índice de preços ao consumidor, divulgado pelo INE. O valor das MP tem em conta o preço da sua aquisição, sem IVA, e um fator dependente da quantidade utilizada. O valor dos materiais de embalagem é calculado tendo em conta o preço de aquisição, sem IVA, multiplicado pelo fator 1,2 [33].

10.4. Preparações extemporâneas

Aquando a presença de preparações para substâncias que não são estáveis em meio aquoso, o farmacêutico deve fazer a reconstituição de tais substâncias, adicionando água (por norma purificada) à mistura seca e agitando vigorosamente até suspender o pó. Geralmente, este tipo de preparações, após a reconstituição, pode ser utilizado por um período máximo de 14 dias, quando armazenado no frio (2-8 °C).

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de ir algumas vezes ao laboratório preparar AB que necessitavam de reconstituição, nomeadamente o Clavamox® ES e o Zithromax®.

11. Processamento do receituário e faturação

Para que as farmácias possam ser reembolsadas na quantia monetária correspondente às participações dos medicamentos, é essencial que todo o receituário seja conferido, organizado e enviado mensalmente às respetivas entidades de participação.

O processo de faturação tem início aquando da dispensa, com a impressão no verso da receita do documento de faturação. Neste constam as seguintes informações: identificação da farmácia e do DT, data da dispensa, código do organismo participante, número da receita, lote, série, número de venda e respetivo código de barras, toda a informação relativa aos medicamentos dispensados (nome e respetivos códigos de barras, dosagem, quantidade, fórmula farmacêutica, tamanho da embalagem), participação e valor a pagar pelo utente e o código de trabalho do funcionário que dispensou os medicamentos. Tal como referido anteriormente, este documento deve ser assinado e datado pelo funcionário que dispensou os medicamentos.

Na FG, para além da verificação aquando da dispensa, as receitas são conferidas diariamente por um outro profissional, tomando em atenção os seguintes aspetos: os dados do utente, a presença e correta localização da assinatura do médico prescriptor, a validade da receita, se os medicamentos prescritos e os dispensados coincidem, a aplicação do correto organismo participante e se a receita se encontra devidamente datada, assinada e carimbada pelo funcionário que dispensou a medicação.

Quando a receita médica é aviada, é o próprio sistema informático que, automática e sequencialmente, realiza o loteamento das receitas (30 receitas por lote) em função das entidades participantes.

No fim de cada mês, após a organização das receitas por lotes, imprime-se os respetivos verbetes de identificação de lote, que devem ser carimbados e anexados a cada lote. Este documento discrimina de 1 até 30 o valor dos medicamentos, respetiva participação e quanto custaram à farmácia.

Antes de se iniciar a faturação do mês seguinte é necessário fazer o fecho de todos os lotes dos organismos aos quais tenha sido faturada qualquer receita no decorrer do mês. Segue-se a impressão da “Relação de Resumo de Lotes” referente a cada organismo, documento que diz respeito a todos os lotes de um dado organismo e que deve ser emitido em quadruplicado. De seguida, são emitidas as faturas aos diversos sistemas de saúde, em quadruplicado, sendo que o original e o duplicado são enviados juntamente com o receituário, o triplicado é enviado para a ANF e o quadruplicado permanece na farmácia. É efetuado o envio da faturação, até ao dia 10 de cada mês, para o Centro de Conferência de Faturas do SNS, sediado na Maia.

Relativamente ao receituário pertencente a outras entidades participantes, que não o SNS, este é enviado para a ANF até dia 15, que se encarrega da sua distribuição pelas diferentes entidades participantes. Cada organismo paga à ANF, e esta, por sua vez, paga às farmácias.

Após serem enviadas, as receitas vão ser confirmadas pelos organismos participantes. Caso verifiquem alguma não conformidade na receita, esta é devolvida com a respetiva justificação do motivo da devolução (ex.: ausência da assinatura do médico prescriptor, troca de organismo, número de medicamentos superior ao permitido por lei, expiração da data da receita, entre outros). Quando as irregularidades são passíveis de ser corrigidas, a farmácia envia novamente a receita na faturação do mês seguinte.

12. Conclusão

As farmácias representam locais de prestação de cuidados de saúde de qualidade, sendo que o farmacêutico tem um importante papel no aconselhamento, assim como na relação com o utente.

O meu estágio na FG resume-se a uma experiência extremamente positiva, onde pude aprender e partilhar conhecimentos que, em grande parte, se deveu ao privilégio de trabalhar com uma equipa extremamente competente e sabedora, onde o bom ambiente e o espírito de entreaajuda prevalecem.

Aprendi que é importante executar da melhor maneira possível e com rigor todas as tarefas relacionadas com o bom funcionamento e gestão da farmácia, partilhar conhecimentos e humildemente aceitar a “ignorância”, manter-se informado e atualizado. Aprendi também que é fundamental o bom relacionamento com os colegas de equipa e principalmente com os utentes. As virtudes do trabalho de equipa através da partilha de experiência e de conhecimentos foi sem dúvida uma enorme mais-valia. Por último, passei a ter plena consciência de que ao balcão da farmácia está um profissional de saúde, que apresenta também um lado humano, cuja principal preocupação é a prestação dos melhores cuidados de saúde aos utentes.

13. Bibliografia

1. Conselho Nacional da Qualidade, Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. 3º ed. 2009.
2. INFARMED, Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
3. INFARMED, Deliberação n.º 2473/2007, de 28 de novembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
4. INFARMED, Deliberação n.º 414/CD/2007, de 29 de outubro de 2007. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
5. INFARMED, Lei n.º 25/2011, de 16 de junho. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
6. INFARMED, Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
7. INFARMED, Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
8. Ordem dos Farmacêuticos, Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos. Aprovado em Assembleia Geral de 28/03/1998. Edição de 2010.
9. INFARMED, Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
10. INFARMED, Farmacovigilância. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
11. Valormed. [consultado a 15/08/2014]. Disponível em: http://www.valormed.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=84
12. INFARMED, Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
13. INFARMED, Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
14. Normas Relativas à Dispensa de Medicamentos e de Produtos de Saúde. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_NOVIDADES/20130117_NORMAS_DISPENSA_vFinal.pdf. [consultado a 16/08/2014]
15. Saúde, M.- Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.dre.pt.
16. INFARMED, Psicotrópicos e Estupefacientes. [consultado a 16/08/2014] Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA MAIS_SOBRE/SAIBA MAIS_ARQUIVO/22_Psicotropicos_Estupefacientes.pdf [consultado a 16/08/2014]
17. INFARMED, Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.

18. INFARMED, Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
19. INFARMED, Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
20. INFARMED, Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
21. INFARMED, Despacho n.º 17690/2007, de 23 de Julho. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
22. Linhas de Orientação - Indicação Farmacêutica. Ordem dos Farmacêuticos: 2006. [consultado a 18/08/2014] Disponível em: http://ofporto.org/upload/documentos/354791-Ind_Farmacutica.pdf.
23. INFARMED, Produtos Cosméticos. [consultado a 20/05/2014]. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/COSMETICOS>
24. Saúde, M.- Decreto-Lei n.º 227/99, de 22 de junho. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.dre.pt.
25. Pescas, M. A. D. R.- Decreto-Lei n.º 216/2008, de 11 de novembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.dre.pt.
26. Pescas, M. A. D. R.- Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.dre.pt.
27. Saúde, M.- Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.dre.pt.
28. INFARMED, Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
29. Inspeção de Medicamentos Manipulados. INFARMED. [consultado a 21/08/2014] Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/INSP_ECCAO/MEDICAMENTOS_MANIPULADOS.
30. INFARMED, Deliberação n.º 1500/2004, 7 de dezembro. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
31. INFARMED, Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
32. INFARMED, Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.
33. INFARMED, Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: www.infarmed.pt.

Anexos

Anexo 1: Inquérito



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Covilhã | Portugal



Faculdade de
Ciências da Saúde

INQUÉRITO RELATIVO À AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO POR ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Este inquérito está a ser realizado no âmbito de uma tese de Mestrado do curso de Ciências Farmacêuticas. Esta tem como foco principal a avaliação do consumo de drogas de abuso na população estudantil, sendo o inquérito um recurso utilizado para a recolha de informação pertinente ao estudo.

O inquérito é **ANÓNIMO** e **CONFIDENCIAL** e de **auto-preenchimento**. Não será incluído o nome ou dados pessoais que possam identificar a pessoa que se dispõe a preenchê-lo.

Os dados apenas serão utilizados com uma autorização prévia e só para fins de investigação relacionados com este trabalho.

Desde já, agradeço a colaboração.
Sara Oliveira

Por favor, leia atentamente cada pergunta e assinale com um X o quadrado correspondente à sua resposta.

1. Sexo: Homem Mulher

2. Idade: _____

3. Tipo de estudos universitários que frequenta:

Licenciatura

segundo ciclo

Pos-graduação

mestrado integrado

terceiro ciclo

outro

4. Que ano académico está a frequentar? _____

5. De seguida, responda a algumas questões relacionadas com o consumo das seguintes drogas de abuso:

5.1. Assinale com um círculo quais das seguintes substâncias consome ou consumiu alguma vez?

Cannabis (Marijuana, Haxixe); Cocaína; Ecstasy e Anfetaminas (Speed); LSD; Cogumelos Mágicos; Heroína e Derivados; Inaláveis Voláteis (Cola, Gasolina, ...), Medicamentos com uso recreativo (Benzodiazepinas, Fentanilo, outros Opioides); Drogas denominadas legais compradas nas *Smartshops*; Outras (Quais?) _____

5.2. Da(s) substância(s) que indicou consumir, indique qual(ais) e quantas vezes a(s) consumiu, de acordo com as seguintes tabelas?

Nome da droga:	Na sua vida?	Nos últimos 12 meses?	Nos últimos 30 dias?
1 vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-5 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mais de 15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Nome da droga:	Na sua vida?	Nos últimos 12 meses?	Nos últimos 30 dias?
1vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-5 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mais de 15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome da droga:	Na sua vida?	Nos últimos 12 meses?	Nos últimos 30 dias?
1vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-5 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mais de 15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome da droga:	Na sua vida?	Nos últimos 12 meses?	Nos últimos 30 dias?
1vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-5 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mais de 15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome da droga:	Na sua vida?	Nos últimos 12 meses?	Nos últimos 30 dias?
1vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-5 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mais de 15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome da droga:	Na sua vida?	Nos últimos 12 meses?	Nos últimos 30 dias?
1vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-5 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mais de 15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome da droga:	Na sua vida?	Nos últimos 12 meses?	Nos últimos 30 dias?
1vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-5 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mais de 15 vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5.3. Relativamente a este consumo, já alguma vez tinha consumido alguma(s) substância(s) antes de iniciar os estudos na Universidade?

	Sim	Não
Cannabis (Marijuana, haxixe, etc.)		
Cocaína		
Ecstasy		
Anfetaminas (Speed)		
LSD, Cogumelos Mágicos		
Heroína e Derivados		
Medicamentos com uso recreativo (Benzodiazepinas, Fentanilo, outros Opioides)		
Drogas denominadas legais compradas nas <i>smartshops</i>		
Inaláveis Voláteis (Cola, Gasolina, etc)		

5.4. Com que idade começou a consumir estas substâncias? _____

Qual a substância? _____

5.5. Das substâncias vendidas nas *smartshops* pode indicar o nome de aquelas que consome ou alguma vez consumiu? _____

5.6. Apercebeu-se de ter problemas de saúde consequentes do consumo das substâncias referidas anteriormente?

	Nenhum	Poucos	Bastantes	Muitos
Cannabis (Marijuana, haxixe, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD, cogumelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos com uso recreativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas denominadas legais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inaláveis Voláteis (Cola, Gasolina, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.6.1. Se referiu ter algum problema de saúde, por favor descreva qual ou quais? _____

5.7. Dos seguintes motivos, qual (ais) o(a) levam/levaram a consumir as drogas de abuso anteriormente referidas (assinale no máximo duas opções)

- Pessoas próximas (amigos, familiares, etc) consomem
- Fuga à realidade
- Curiosidade
- Diversão
- Stress académico
- Acessibilidade
- Outros. Quais?

5.8. Em que local ou locais consome habitualmente estas substâncias? _____

- 5.9. Acompanha o consumo destas substâncias com bebidas alcoólicas? Sim Não
- 5.10. Acompanha o consumo destas substâncias com tabaco? Sim Não
- 5.11. Como consome habitualmente estas substâncias (assinale apenas uma opção)?
Sozinho Com amigos Com familiares
- 5.12. No caso de consumir cannabis, qual é a forma habitual de consumo (assinale apenas uma opção)?
Marijuana haxixe óleo de cannabis sementes
6. Acha que existe um estigma social naquelas pessoas que consomem drogas de abuso?
Sim Não
- 6.1. Se sim, qual ou quais?
São considerados todos drogados São considerados menos inteligentes
Existe dificuldade em encontrarem emprego Não vão ter futuro
Outros quais? _____
7. Sente-se suficientemente informado relativamente ao consumo de drogas de abuso?
Sim, perfeitamente
Sim, o suficiente.....
Um pouco
Não, estou mal informado.....
8. Relativamente à cannabis, acha que no nosso país deveria ser considerada uma droga legal?
Sim Não

Anexo 2: Teste do Qui-quadrado

p qui-quadrado 0,00000000000000257%

		Legalizar cannabis?		
		Sim	Não	
Consome cannabis?	Sim	149 72,7%	56 27,3%	205 100%
	Não	45 28,1%	115 71,9%	160 100%
		194	115	365

Anexo 3: Modulo per la richiesta de farmaci esteri

- Al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ospedaliera di _____
- Al Ministero della Sanità - Ufficio di Sanità Aeroportuale di Ciampino
- Alla Dogana Italiana

Data, _____

Oggetto: Richiesta di importazione di un Farmaco non registrato in Italia da utilizzarsi in ambito ospedaliero come da decreto 11 febbraio 1997

Il sottoscritto medico Dr. _____
operante presso il Reparto / Divisione di _____

chiede

di poter importare tramite la ditta _____, il seguente farmaco:

Principio attivo: _____

Nome commerciale: _____

Forma farmaceutica: _____

Dosaggio specialità: _____ Confezione da (n° di unità per confezione): _____

Numero di confezioni richieste: _____

Posologia prescritta: _____

Prodotto dalla ditta: _____

Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio: _____

Il farmaco è regolarmente registrato nel Paese estero di provenienza: SI NO

Tale farmaco è indispensabile ed insostituibile a scopo diagnostico/terapeutico per il trattamento del/dei pazienti: _____

_____ (nominativo o iniziali e data di nascita)
affetto/i da: _____

esigenze particolari che giustificano il ricorso al farmaco: _____

DICHIARA ALTRESÌ CHE IL FARMACO:

- non è sostituibile con altri farmaci registrati in Italia;
- viene importato nella quantità adeguatamente corrispondente alle esigenze terapeutiche del/i paziente/i;
- non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope, non è sangue umano e/o suoi derivati;
- verrà impiegato sotto la sua diretta responsabilità;
- le generalità e i documenti relativi al consenso informato del/i paziente/i (in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà) sono in possesso dello scrivente medico curante.

Il Medico Curante
firma per esteso e timbro leggibile

Il Dirigente del Servizio Farmaceutico
firma per esteso e timbro leggibile

Anexo 4: Modulo per richiesta personalizzata farmaci non inseriti nel PTA di fascia H ed alto costo

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

(mod. farma 11)

MODULO PER RICHIESTA PERSONALIZZATA FARMACI non inseriti nel PTA di fascia H ed alto costo

DATA _____ REPARTO RICHIEDENTE (timbro e codice CDC) _____ FARMACO RICHiesto _____ • o Altro (indicare) _____ qtà richiesta _____
--

Inoltrata richiesta di inserimento in PTA: o si o no

TERAPIA PREVISTA (dose die e durata)

INIZIALI DEL/I PAZIENTI _____

Diagnosi:

_____ Cod AIFA _____

Timbro e Firma del Responsabile del CDC

=====

parte sottostante a cura del Servizio di Farmacia

Farmaco di fascia : o H;

costo della terapia: _____

o Proposta e accettata sostituzione con _____

Firma del Farmacista

o Allegata prescrizione del reparto o ordine numero: _____

data e firma per ricevuta del Reparto (il farmaco si ritira presso il settore ricezione merci della farmacia tel. 5129)

**Anexo 5: Modulo per richiesta farmaci per pazienti ricoverati, non inserite nel PTA
(esclusi farmaci di fascia H)**

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

(mod farma5)

**MODULO PER RICHIESTA FARMACI PER PAZIENTI RICOVERATI, NON INSERITI
NEL PTA (esclusi i farmaci di fascia H)**

DATA _____

REPARTO RICHIEDENTE (timbro e codice CDC) _____

FARMACO RICHIESTO _____

TERAPIA PREVISTA (dose die e durata)

INIZIALI DEL PAZIENTE _____

Si tratta di:

- Proseguimento terapia domiciliare
- Altro (specificare)

Dichiaro che la presente terapia non è sostituibile con medicinali inseriti nel PTO.

Timbro e Firma del Medico

=====

parte sottostante a cura del Servizio di Farmacia

Farmaco di fascia : A, C, galenico; costo della terapia: _____

Inoltrato a Farmacia Esterna S. Gallicano (fax 0658543637)

Proposta e accettata sostituzione con _____

Firma del Farmacista

Allegata prescrizione del reparto
=====

data e firma per ricevuta del Reparto (il farmaco si ritira presso la stanza Farmaci Sperimentali della farmacia tel. 5129 ed è disponibile generalmente il giorno successivo alla richiesta)

Anexo 6: Documento di trasporto (D.D.T.)



**FRESENIUS
KABI**

D.D.T.

Fresenius Kabi Italia Srl
Società a responsabilità limitata con Unico Socio
Soggetta a direzione e coordinamento di Fresenius Kabi Italia SpA
Via Camargo, 41
I-37063 Isola della Scala
Verona - Italy
Capitale Sociale Eur 8.000.000 int. vers.
Reg. Imprese, Part. IVA e C.F. N. 03524650238
R.E.A. VR 343254 REG.A.E.E. IT0802000002431

Customer Service Off.Ordini
Tel +39 045 6649439/416
Fax +39 045 6649446
Customer Service Export
Tel +39 045 6649357 - Fax +39 045 6649434
Ufficio spedizioni / Logistic Dept.
Tel. +39 045 6649342 - Fax +39 045 6649446

D.D.T. n° 350521630 -Copia-
D.D.T. data 10.04.2014
Data uscita merce 15.04.2014
Vs. ord. acq P9-2493/5001/020
Cd. cliente 4002135

Farmacia Interna I.F.O. piano -3
consegna 8:30 - 13
Via Fermo Ognibene, 23/a
00144 Roma RM

Sito Logistico: 004672 FKI Ca' d.Oppi
Consegna il: 15.04.2014

Esec pagam: 330000042, ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI IT01033011006, VIA ELIO
CHIANESI, 53, 00144 ROMA

Spedizione: RODELA TRASPORTI SRL, ZONA INDUSTRIALE BARAGIANO, 85050 BALVANO

Pos.	N. art.	Descrizione - AIC	Quantità	Peso lordo
		Lotto Data scad.		
		Denominazione Forma farmaceutica		
10	PQ31451	COMPOSELECT 4F 63 ml CPD/100 ml SAGM ***CONF. DA 20 PZ***		
		41HB18FA00 31.01.2016	OK 140 PZ	70,000 KG
			Peso totale	70,000 KG

*** SALDO ORDINE ***

In caso di accettazione con riserva, la merce si intende definitivamente accettata, senza contestazione alcuna relativa a quantità e qualità, trascorsi 8 giorni dalla data di consegna.

Colli N. 7

Merce ricevuta in condizioni perfette:

(Data)

(Nome)

(Firma)

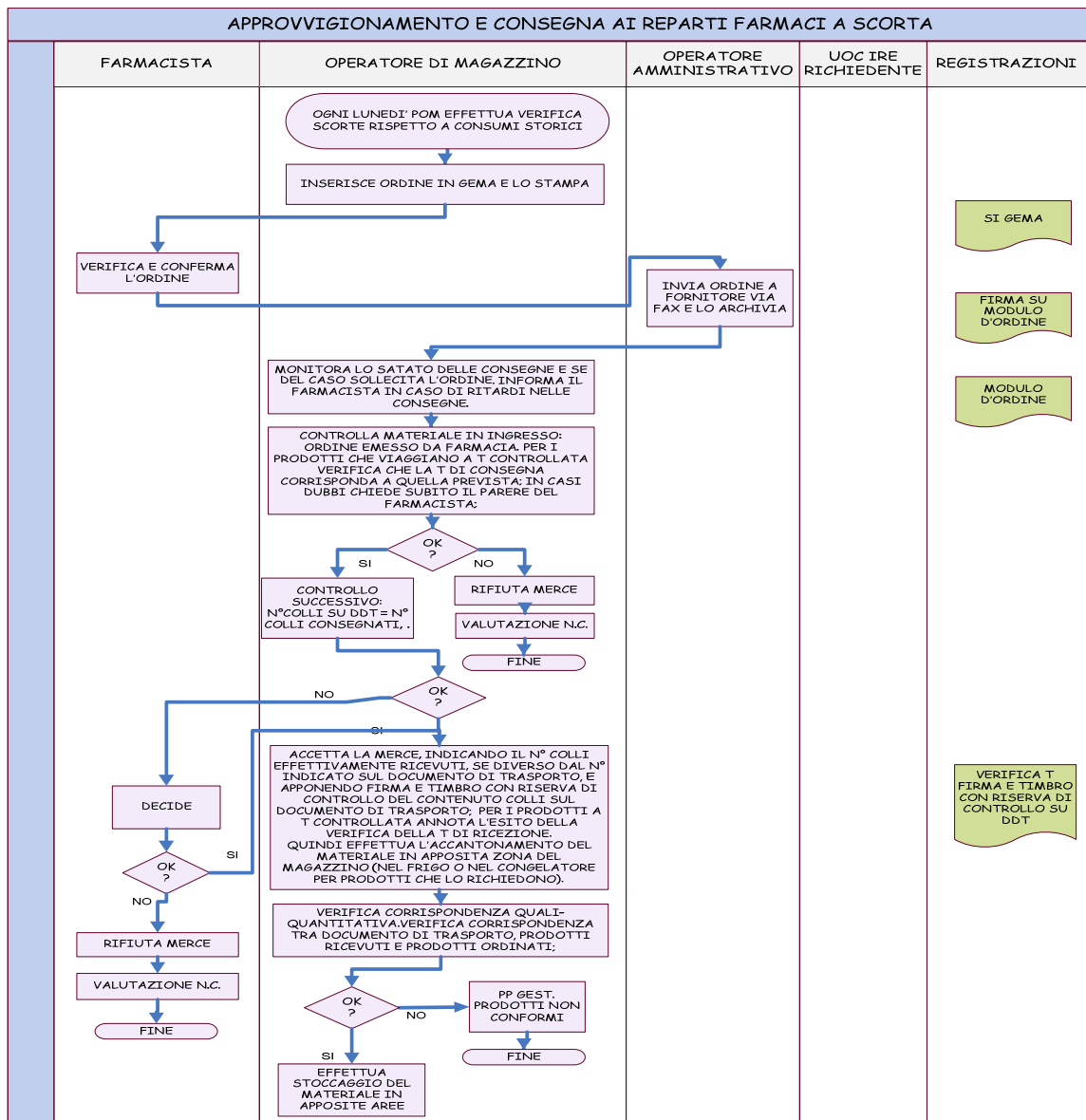
UOC FARMACIA IFO
CARICO IN Ge.Ma.
TM 0102 n° 2014/3723
in data ricezione
Esoguito da
Il Dirigente.....

OK-CONTROLLATO Bond
S.C. FARMACIA IFO
DISPOSITIVI MEDICI
RICEVUTO IL
17 APR
DA Bond
SI ACCETTA CON RISERVA DI VERIFICA
IL CONTENUTO DEI COLLI



LI_0350521630_001_001

Anexo 7: Flow chart rappresentativo do processo de recepção de encomendas no IFO



Anexo 8: Fotografia de um dos armários frigoríficos do IFO



Anexo 9: Prescrizione medica hospitalare e etichette corrispondenti à terapeutica prescritta

MAR. 2014 09:49 0652662809 DH OM A FAX - #7431 P.001 /001

ISG IRE IFO ISTITUTO REGINA ELENA UOC FARMACIA

59
DS UF

UOC RICHIEDENTE	UOC DH A	CODICE CDC 210120	DATA PRESCRIZIONE 12/03/2014		
	<input checked="" type="checkbox"/> PROT. ASSISTENZIALE	<input type="checkbox"/> PROT. SPERIMENTALE	<input type="checkbox"/> OFF LABEL APPROVATO	<input type="checkbox"/> CODICE AIFA n°	
DESTINATARIO	REGIME: <input checked="" type="checkbox"/> AMBULATORIO <input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL		<input type="checkbox"/> INTRAMONIA		<input type="checkbox"/> RICOVERO
	COGNOME CIUCCI		NOME SIMONETTA		
	DATA DI NASCITA 20-9-63	NUMERO CICLO 10	ALTEZZA	PESO 85	BSA (mq)
	DIAGNOSI K mammella				
	Trastuzumab - Paclitaxel				
Da T 30: Paclitaxel (80 mg/mq)...150.....mg ev in 500 ml di Sol. Fisiol. in 2 ore. (Alla I e II somministrazione i primi 15' molto lentamente) REAZIONE ALLA I SOMMINISTRAZIONE			FIRMA DI CHI SOMMINISTRA		
Trastuzumab (2 mg/kg)...170..mg in 500 ml di Sol. Fisiol in 60 min. (Alla I e II somministrazione i primi 15' molto lentamente)			FIRMA DI CHI SOMMINISTRA		

260866 Oncologia A Ambulatorio	Clitaxel Medicazione	
CIUCCI SIMONETTA 20/09/1963	FIRMA DI CHI SOMMINISTRA	
TRASTUZUMAB mg: 170 ml: 8.1	ev + Flebotomid	
diluyente: in Sol. Fisiologica 250 ml data di somministrazione 12/03/2014	FIRMA O SIGLA DEL FARMACISTA	
Istituto Fisioterapici Ospitalieri - Servizio Centralizzato Preparazione Citostatici - Roma		

260866 Oncologia A Ambulatorio	Clitaxel	
CIUCCI SIMONETTA 20/09/1963	FIRMA O SIGLA DEL FARMACISTA	
PACLITAXEL mg: 150 ml: 25.0	FIRMA INF/COORD	
diluyente: somn con filtro in linea 0,22 µ data di somministrazione 12/03/2014	FIRMA O SIGLA DEL FARMACISTA	
Istituto Fisioterapici Ospitalieri - Servizio Centralizzato Preparazione Citostatici - Roma		

NEGATIVO
 CODICE DOC M.FAR-04 PAG 1 DI 1
 IFO ISTITUTO REGINA ELENA UOC FARMACIA
 IFO ISTITUTO REGINA ELENA UOC FARMACIA
 IFO ISTITUTO REGINA ELENA UOC FARMACIA

Anexo 10: Guichets do laboratório



Anexo 12: Scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa e e-mail inviato per una industria farmaceutica, relativos ao fármaco bortezomib.

03902-002
001

Fecal bech on
impairabile o:

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)					
(da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)					
1. INIZIALI DEL PAZIENTE	2. DATA DI NASCITA	3. SESSO	4. DATA INSCORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE
AIC	13/04/1935	F	6/02/2013		242 237
6. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI* ROUMONITE SEVERA SUONO OSSERVAZIONALE AT 26866138-MMY-4046			7. GRAVITA' DELLA REAZIONE: <input checked="" type="checkbox"/> GRAVE MEDICAL IMPORTANT CONDITION <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPED. <input type="checkbox"/> INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT NEL NEONATO <input type="checkbox"/> NON GRAVE		
8. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR: riportare risultati o dato in cui gli accertamenti sono stati eseguiti PK: ACQUENI PATIENTI PARENCHIMALI IN SEDE BASALE DX 08/02/2013			9. ESITO <input checked="" type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL 03/13 <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO <input type="checkbox"/> REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="checkbox"/> DECESSO IL / / <input type="checkbox"/> dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/> il farmaco può avere contribuito <input type="checkbox"/> non dovuto al farmaco <input type="checkbox"/> cause sconosciute <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE		
10. AZIONI INTRAPRESSE: specificare DAL 09/02/13 RICOVERO FINO AL 13/02/2013 TRATTAMENTO CON TAZOCIN PER 12GG + IN CASO DI SOSPENSIONE COMPILARE I CAMPI DA 16 A 19 KLACID + 7GG A DOMICILIO					
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
11. FARMACO(S) SOSPETTO (i) (in caso di sospetto multiplato)					
A) VELCADE					
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE	12. LOTTO	13. DOSAGGIO/DIE			
B) ALVERAN	12. LOTTO	13. DOSAGGIO/DIE	2 mg scopolina		
C) ORALE	14. DURATA DELL'USO: DAL 12/06/12 A 31/01/13	15. DURATA DELL'USO: DAL 12/06/12 A 31/01/13	1 mg / mese		
16. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? A: si / no B: si / no C: si / no					
17. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? A: si / no B: si / no C: si / no					
18. IL FARMACO E' STATO RIFORSO? A: si / no B: si / no C: si / no					
19. SONO RICOMPARI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? A: si / no B: si / no C: si / no					
20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO E' STATO USATO: A: MIELO MA MULTIPLO B: C:					
21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO ACCERATTO 10 mg x 6gg DAL 18/06/2012 OGNI 14GG FINO AL 31/01/13 AL FREDONASSONE 25MG ORALE					
22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE UFFICINALI, OMEOPATICI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ECC. (specificare):					
23. CONDIZIONI CONCOMITANTI PREDISPONENTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'eventuale ad eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)					
INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE					
24. QUALIFICA DEL SEGNALATORE					
25. DATI DEL SEGNALATORE					
O MEDICO DI MEDICINA GENERALE		O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA		NOME E COGNOME ILLARRA DESSANTI	
O MEDICO OSPEDALIERO		O FARMACISTA		INDIRIZZO ETRAFOLOGIA IFO - VIA CHIANESE 53 ROMA	
O SPECIALISTA		O ALTRO		TEL E FAX	
26. DATA DI COMPILAZIONE 13/03/2014		27. FIRMA DEL SEGNALATORE			
28. CODICE ASL		29. FIRMA DEL RESPONSABILE DI FARMACOVIGILANZA			

10:34 0039-02-2510530 FARMACO VIGILANZA PAG 01/03

Janssen-Cilag SpA
MILANO
Sede legale e amministrativa
20093 COLOGNO MONZESE
Via Michelangelo Buonarroti, 23
Telefono +39 0225101
Telefax +39 0226708196 - 022546490

LATINA
Stabilimento
04100 RIGORIO SAN MICHELE
Via Constant Janssen
Telefono +39 07736161
Telefax +39 0773241312



Alla cortese attenzione
Del Dottor
Felice MUSICCO
Responsabile Farmacovigilanza
Ist. Regina Elena S. Galliciano - IFO
Via Chianesi, 53
Roma
FAX: 0652665037

N° di pagine totali (inclusa la presente) 3
Cologno Monzese, 12 Marzo 2014

Oggetto: Farmacovigilanza
Segnalazione di Sospetta reazione avversa con Bortezomib

Egregio Dottore,
abbiamo ricevuto una segnalazione di sospetta reazione avversa occorsa con Bortezomib nell'ambito dello studio osservazionale "26866138-MMY-4046" condotto presso l'Ist. Regina Elena di Roma

Tale segnalazione potrebbe già esserLe pervenuta da parte dello sperimentatore Dr. Romano. Tuttavia, non avendola noi ritrovata nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza, provvediamo ad inviarLe l'ultima versione del CIOMS form in ottemperanza a quanto previsto per i titolari di AIC dal D.Lgs. 219 del 24 Aprile 2006 e successivi aggiornamenti e alle Linee Guida della Comunità Europea in materia di Farmacovigilanza.

Restiamo a Sua disposizione per quanto possa necessitarLe e porgiamo i nostri più distinti saluti.

In fede.

Dr.a Manuela Colombi
Serv. Farmacovigilanza

Janssen-Cilag SpA
by Colombi

Nr Verde Fax Farmacovigilanza 800902898

Anexo 13: Verso de uma receita após cedência da medicação


FARMACIA GAMA - WISEU
 Dir. Téc.: Dra. Maria Luísa Saraiva Cabral Costa
 Reg. C.R.C. 507218906

CAPITAL SOCIAL: 50.000 Euros
 Nº de Contribuinte: 507218906
 DOCUMENTO PARA FACTURAÇÃO
 01 - R/L/S: +5/15/53
 Rec.: 801000001172681303
 Ben.:

R03T9Y8HC7LL - VENDA - 411576 (38) 08/09/14

Prod	PVP	PRef	Qt	Comp	Utente
1) *5779384*					
1) *5779384* - Ramipril + Hidroclorotiazida Generis					
2) *5779384*					
2) *5779384* - Ramipril + Hidroclorotiazida Generis					
	9,37	9,45	2	13,04	5,70
3) *8563361*					
3) *8563361* - Adalat CR, 30 mg x 28 comp lib proi					
4) *8563361*					
4) *8563361* - Adalat CR, 30 mg x 28 comp lib proi					
	6,40	0,00	2	8,84	3,96
T:	31,54		4	21,88	9,66

Declaro que: Me foram dispensadas as 4 embalagens de medicamentos constantes na receita e prestados os conselhos sobre a sua utilização.
 Direito de Opção:
 1,2 Não exerci direito de opção. *OC*

Ass. do Utente 

FARMACIA GAMA
 08/09/14
 19/14
