

**Caracterização de Intoxicações no Serviço de
Urgência da Unidade Local de Saúde
da Cova da Beira, no ano de 2019**

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

Versão final após defesa

Filomena dos Santos Pereira

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

Orientadora: Prof. Doutora Maria Eugénia Gallardo Alba
Coorientador: Prof. Doutor Tiago Alexandre Pires Rosado
Coorientadora: Doutora Rosa Maria Pereira Saraiva

outubro de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Filomena dos Santos Pereira, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 44218 de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

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

Universidade da Beira Interior, Covilhã ____ / ____ / ____

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

Este relatório de estágio do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas foi desenvolvido no âmbito da Missão de Problemas Relacionados com Toxicofilias do Centro Académico Clínico das Beiras (CACB).

Dedicatória

À minha família.

Agradecimentos

Chegar a este momento representa o resultado de um percurso difícil e repleto de esforço, marcado pelo constante carinho e suporte de todos aqueles que estiveram ao meu lado e sem os quais isto não teria sido possível.

Começo por agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Eugénia Gallardo e aos meus coorientadores Professor Doutor Tiago Rosado e Doutora Rosa Saraiva, por aceitarem acompanhar-me nesta fase final do meu percurso académico e por toda a disponibilidade, confiança e suporte científico que me forneceram. À Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, pela permissão concedida para a realização deste trabalho, bem como à Dr.^a Sofia Lima e à Dr.^a Vanessa Sendim pelo tempo e disponibilidade na recolha de todos os dados.

Um agradecimento em especial aos meus pais e avós, pelos valores, pela educação e por todos os esforços que fizeram para que eu pudesse tirar este curso. Ao meu irmão e à restante família, um enorme obrigada, por toda a confiança que depositaram em mim e por toda a força necessária para enfrentar os desafios que surgiram ao longo deste caminho.

Ao Diogo, pelo apoio incondicional em todos os momentos e por nunca me deixar desistir, mesmo quando duvidei de mim mesma. À Inês, à Mariana, à Ana Eva, à Bia e ao Miguel, os amigos de longa data que permanecem sempre ao meu lado. À Ana, Catarina, Dani Santos, Jéssica, Xaninha, às minhas queridas colegas de casa, Dani e Carol, à minha afilhada Margarida e a todas as pessoas incríveis que a universidade colocou no meu caminho e que se tornaram parte essencial dele, obrigada por serem o meu porto seguro nos momentos difíceis e por celebrarem comigo cada conquista.

Agradeço à equipa da Farmácia Grave e à equipa dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Amato Lusitano, por marcarem uma etapa tão importante deste percurso. Estou profundamente grata pela oportunidade, pelo acolhimento e por toda a confiança e conhecimento partilhado.

Por fim, à Universidade da Beira Interior, por me ver crescer e me ensinar que com esforço e dedicação não há limites para o que podemos alcançar. E a ti, Covilhã, que foste casa nos últimos 5 anos e marcaste alguns dos momentos mais importantes da minha vida e onde tropecei, levantei-me, cresci e vivi dias de luta e de conquistas que levo no coração. Parto com saudade, mas com a certeza de que uma parte de mim ficará para sempre aqui.

Obrigada!

Resumo

Este relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) da Universidade da Beira Interior (UBI), com o objetivo de obtenção do grau de mestre. O documento está dividido em três capítulos: o primeiro aborda a vertente de investigação, o segundo a experiência do estágio em Farmácia Comunitária e o terceiro o estágio em Farmácia Hospitalar.

O Capítulo I apresenta um estudo retrospectivo sobre os perfis de intoxicação atendidos no Serviço de Urgência (SU) da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULSCBeira), ao longo do ano de 2019, período que antecedeu a pandemia Covid-19. No total, foram identificados 82 indivíduos, correspondendo a 97 episódios, uma vez que alguns recorreram ao SU mais de uma vez. Destes, 19,51% eram menores de idade e 80,49% eram adultos, com média de idade de $41,34 \pm 24,43$ anos. A maior prevalência ocorreu entre 45-59 anos, com aumento dos casos nos meses de dezembro e novembro. A via de exposição mais comum foi a oral em todas as faixas etárias, com destaque para o consumo de bebidas alcoólicas (46,39% em adultos e 10,31% em adolescentes dos 14 aos 17 anos). Entre crianças (4-11 anos), predominaram as intoxicações acidentais (3,09%), enquanto em adolescentes (12-17 anos), as voluntárias (12,37%) foram mais frequentes. O padrão de intoxicações voluntárias manteve-se até aos 59 anos e em idades iguais ou superiores a 60 anos as intoxicações acidentais (10,31%) foram predominantes. O destino mais comum foi "Exterior Não Referenciado", seguido por "Administração Regional de Saúde/Centro de Saúde" e "Serviço de Internamento", dos quais apenas 21 episódios exigiram internamento, a maioria por um dia. Os principais tratamentos foram vigilância, terapia de suporte e fluidoterapia. A taxa de abandono em adultos foi de 12,37% e neste estudo não houve registo de óbitos associado.

O Capítulo II descreve a minha experiência durante o estágio curricular na Farmácia Grave (FG), na cidade de Castelo Branco, realizado de 9 de setembro a 29 de novembro de 2024, sob a orientação da Dr.^a Ana Roxo, atual diretora técnica.

O último capítulo apresenta a minha experiência durante o meu estágio curricular nos Serviços Farmacêuticos (SF) da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB). O estágio decorreu de 9 de dezembro de 2024 a 31 de janeiro de 2025, sob a orientação da Dr.^a Sandra Queimado, diretora dos SF.

Palavras-chave: Intoxicações; Agentes tóxicos; Serviço de Urgência; Hospital; Cova da Beira; Farmácia Comunitária; Farmácia Hospitalar;

Abstract

This report was prepared within the scope of the Curricular Internship Unit of the Integrated Master's Degree in Pharmaceutical Sciences at the University of Beira Interior, with the aim of obtaining the Master's degree. The document is divided into three chapters: the first addresses the research component, the second describes the experience during the Community Pharmacy internship, and the third outlines the Hospital Pharmacy internship.

Chapter I presents a retrospective study on poisoning profiles recorded at the Emergency Department (ED) of the Local Health Unit of Cova da Beira throughout 2019, a period prior to the Covid-19 pandemic. A total of 82 individuals were identified, corresponding to 97 episodes, as some patients presented to the ED on more than one occasion. Of these, 19.51% were minors and 80.49% were adults, with a mean age of 41.34 ± 24.43 years. The highest incidence occurred in the 45-59 age group, with a notable increase in cases in December (19.59%) and November (15.46%). The most common route of exposure across all age groups was oral, with particular emphasis on alcohol consumption (46.39% among adults and 10.31% among adolescents aged 14 to 17). Among children (4-11 years), accidental poisonings were predominant (3.09%), whereas among adolescents (12-17 years), voluntary poisonings (12.37%) were more frequent. The pattern of voluntary intoxication continued up to the age of 59, while in individuals aged 60 and above, accidental poisonings (10.31%) were more common. The most frequent discharge destination was "Unreferenced External", followed by "Regional Health Authority/Health Centre" and "Inpatient Department", with only 21 episodes requiring hospitalisation, most of which lasted for one day. The main treatments administered were monitoring, supportive therapy, and fluid therapy. The abandonment rate among adults was 12.37%, and no deaths were recorded in this study.

Chapter II describes my experience during the curricular internship at Farmácia Grave, located in the city of Castelo Branco, which took place from 9 September to 29 November 2024, under the supervision of Dr Ana Roxo, the current Technical Director.

The final chapter presents my experience during the curricular internship at the Pharmaceutical Services of the Local Health Unit of Castelo Branco. This internship took place from 9 December 2024 to 31 January 2025, under the supervision of Dr Sandra Queimado, Director of the Pharmaceutical Services.

Keywords: Intoxications; Toxic agents; Emergency Service; Hospital; Cova da Beira; Community Pharmacy; Hospital Pharmacy.

Índice

Capítulo 1 - Caracterização de Intoxicações no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, no ano de 2019	1
1. Introdução	1
1.1 Toxicologia: história e princípios gerais	1
1.2. Abordagem geral de casos de intoxicação	2
1.3 Epidemiologia.....	8
1.3.1 Internacional.....	8
1.3.2 Nacional.....	9
1.4 Enquadramento da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira	15
2. Justificação e objetivo do estudo	16
2.1 Justificação	16
2.2 Objetivo	17
3. Materiais e Métodos	17
3.1 Tipo de estudo	17
3.2 Seleção da amostra	17
3.3 Recolha de dados	18
3.4 Análise dos dados	18
4. Resultados e Discussão	19
4.1 Caracterização da amostra	19
4.2 Distribuição Sazonal	20
4.3 Sintomatologia.....	22
4.4 Via de contacto.....	23
4.5 Substâncias tóxicas	24
4.6 Etiologia	26
4.7 Destino	29
4.8 Internamento.....	30
4.9 Tratamento.....	31
4.10 Taxa de mortalidade	33
5. Limitações do estudo	33
6. Conclusão	33
7. Bibliografia	35
Capítulo 2 - Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária	37
1. Introdução	37
2. Caracterização e Organização da Farmácia Grave	37
2.1 Localização e Contextualização Histórica	37
2.2 Horário de Funcionamento	37
2.3 Espaço Físico da FG.....	38
2.3.1 Espaço Exterior	38
2.3.2 Espaço Interior	38

2.4 Quadro Pessoal da FG.....	43
2.5 Sistema Informático	43
3. Informação e Documentos Científicos	43
4. Aquisição e Armazenamento de Encomendas	44
4.1 Fornecedores e Tipos de Encomendas	44
4.2 Receção e Armazenamento de Encomendas	45
4.3 Marcação de Preços e Etiquetagem.....	46
4.4 Pedidos de Devoluções	46
4.5 Registo da Temperatura e Humidade	47
4.6 Controlo de Prazos de Validade	47
4.7 Quebras de <i>Stock</i>	48
4.8 Transferências	48
5. Relação Farmacêutico-Utente-Medicamento	48
6. Dispensa de Medicamentos	49
6.1 Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) e Automedicação	49
6.2 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)	50
6.2.1 Receitas Médicas	50
6.2.2 Receitas Manuais e Eletrónicas Materializadas	51
6.2.3 Receitas Eletrónicas Desmaterializadas	52
6.2.4 Regimes de Comparticipação	53
6.2.5 Dispensa de Psicotrópicos e Estupefacientes	53
6.2.6 Medicamentos Hospitalares.....	54
7. Aconselhamento de Outros Produtos de Saúde	54
7.1 Medicamentos de Uso Veterinário	54
7.2 Produtos de Dermocosmética, Cosmética e Higiene	55
7.3 Produtos Dietéticos para Alimentação Especial e Infantil	55
7.4 Fitoterapia	56
7.5 Dispositivos Médicos	56
7.6 Suplementos Alimentares.....	57
8. Preparação de Medicamentos	57
8.1 Preparação de Medicamentos Manipulados	57
8.2 Cálculo do Preço de Medicamentos Manipulados.....	58
9. Dispensa de Medicação para a Santa Casa da Misericórdia	59
10. VALORMED	59
11. Cartão Saúde	60
12. Outros Serviços Farmacêuticos Prestados	60
12.1 Determinação da Pressão Arterial	60
12.2 Determinação da Glicémia, Colesterol total, Triglicéridos e Ácido Úrico	61
12.3 Administração de Vacinas e Injetáveis.....	62
12.4 Testes de Infecção Urinária.....	62
12.5 Testes de Gravidez.....	63

13. Preparação Individualizada da Medicação (PIM)	63
14. Formação Contínua	64
15. Conclusão	66
16. Bibliografia	68
Capítulo 3 - Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Hospitalar	70
1. Introdução	70
2. Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB)	70
2.1 Serviços Farmacêuticos da ULSCB.....	71
2.2 Horário de Funcionamento	71
2.3 Recursos humanos.....	71
3. Gestão dos Serviços Farmacêuticos	72
3.1 Aprovisionamento e Sistemas de Aquisição.....	72
3.2. Receção e Armazenamento de Encomendas	74
4. Distribuição de medicamentos	76
4.1. Distribuição Não Personalizada	76
4.1.1. Pedidos de Reposição de Stocks.....	76
4.1.2 Sistemas semi-automatizados de armazenamento e distribuição de medicamentos (Pyxis).....	76
4.1.3 Pedido Extraordinário.....	77
4.2 Distribuição Personalizada.....	77
4.2.1 Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU)	77
4.2.2 Distribuição a doentes em Ambulatório	79
4.3. Circuitos Especiais de distribuição	80
4.3.1. Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos	80
4.3.2. Medicamentos hemoderivados	81
4.4 Gases medicinais.....	81
4.5 Gestão e distribuição de vacinas na ULSCB	82
5. Produção e Controlo	83
5.1. Reconstituição de fármacos citotóxicos.....	83
5.2. Preparação de bolsas de nutrição parentérica	85
5.3. Preparação de formas farmacêuticas não estéreis.....	85
5.4. Reembalamento	86
6. Atividades de Farmácia Clínica	87
7. Farmacovigilância	90
8. Farmacocinética clínica	91
9. Ensaio Clínicos	92
10. Comissões Técnicas	92
11. Atividades desenvolvidas	93
12. Conclusão	94
13. Bibliografia	95
Anexos	97

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição mensal do número de chamadas recebidas pelo CIAV, em 2019 .. 9	
Figura 2 - Distribuição das vias de contacto com o agente tóxico registadas pelo CIAV, em 2019	10
Figura 3 - Distribuição etária por sexo dos casos registados pelo CIAV acima dos 16 anos, em 2019	11
Figura 4 - Distribuição etária por sexo dos casos registados pelo CIAV abaixo dos 16 anos, em 2019	11
Figura 5 - Origem dos casos de intoxicação registados pelo CIAV, em 2019.....	12
Figura 6 - Agentes tóxicos notificados ao CIAV, em 2019	12
Figura 7 - Medicamentos registados pelo CIAV, em adultos, em 2019.....	13
Figura 8 - Medicamentos registados pelo CIAV, em crianças, em 2019.....	13
Figura 9 - Substâncias de abuso notificadas pelo CIAV, em adultos e crianças, em 2019	14
Figura 10 - Orientação fornecida pelo CIAV, aos casos notificados, em 2019.....	15
Figura 11 - Distribuição etária por sexo e idades dos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019.....	20
Figura 12 - Distribuição por meses dos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019	22
Figura 13 - Distribuição da sintomatologia dos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019	23
Figura 14 - Distribuição por via de contacto, dos casos de intoxicação registados no SU da ULSCBeira, em 2019	24
Figura 15 - Substâncias tóxicas registadas nos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019	25
Figura 16 - Distribuição das substâncias tóxicas registadas de acordo com o sexo, dos casos de intoxicação que deram entrada da ULSCBeira, em 2019.....	26
Figura 17 - Distribuição por idades da etiologia dos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019.....	28
Figura 18 - Distribuição da ideação suicida, nos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019.....	29
Figura 19 - Destino dos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019	30
Figura 20 - Dias de internamento dos casos de intoxicação da ULSCBeira, em 2019	31
Figura 21 - Tratamento aplicado aos casos de intoxicação da ULSCBeira, em 2019.....	32
Figura 22 - Identificação exterior da FG.....	38
Figura 23 - Zona de atendimento da FG	40
Figura 24 - Fotografias do gabinete principal de atendimento personalizado.....	41

Figura 25 -Exemplos de embalagens danificadas recebidas e posteriormente devolvidas.	47
Figura 26 -“Borboleta verde” de controlo de prazo de validade.....	48
Figura 27 - Medicamento Manipulado preparado na Farmácia Aguiar, em Lisboa.....	58
Figura 28 - Medicamento Manipulado Homeopático preparado na Farmácia Melo, na Amadora.	58
Figura 29 - Solução Alcoólica de Ácido Bórico à Saturação, preparada na FG..	58
Figura 30 - Suspensão Oral de Trimetoprim a 1%, preparada na FG.....	58
Figura 31 - Cartaz da 2ª edição do Concurso VALORMED organizado pela FG.....	59
Figura 32 -Teste Combur, com resultado positivo.....	63
Figura 33 - Exemplo de um modelo de PIM que preparei.....	64
Figura 34 - Programa da atividade "Mês da Grávida".....	65
Figura 35 - Apresentação sobre o AVC e rastreios de glicémia, na freguesia de Palvarinho, no concelho de Castelo Branco.	66
Figura 36 - Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco	71
Figura 37 - Sistema Pyxis	76
Figura 38 - Equipamento semi-automático, Kardex e carrinhos que transportam a medicação até aos serviços clínicos	78
Figura 39 - Na primeira imagem observa-se a preparação dos tabuleiros antes de entrarem na câmara e na segunda imagem uma fotografia tirada na sala de apoio.....	84
Figura 40 - Suspensão de Furosemida 2 mg/mL.	86
Figura 41 - Preparação de Álcool a 50%.	86
Figura 42 - Suspensão de nistatina, lidocaína e bicarbonato de sódio.....	86
Figura 43 - Reembalamento de ampolas.	87
Figura 44 - Equipamento semi-automático para reembalar e fita de medicamentos reembalados.	87

Lista de Tabelas

Tabela 1: Os cinco W's de estudo (adaptado de "The general approach to the poisoned patient" (2014)) (10).....	3
Tabela 2: Características de intoxicações por substâncias tóxicas comuns (adaptado de "Clinical practice guidelines for assessment and management of patients with substance intoxication presenting to the emergency department" (2023)) (11)	4
Tabela 3: Substâncias tóxicas e antídotos, (adaptado de "General approach to cases of drug intoxication" (2023)) (9)	6
Tabela 4: Exemplos por classes de DM que contactei durante o estágio	56
Tabela 5: Valores de Referência da Pressão Arterial (25).....	60
Tabela 6: Valores de Referência do Colesterol Total, Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL), Lipoproteína de Alta Densidade (HLD) e triglicerídeos (27)	61

Lista de Acrónimos

AAPCC	<i>American Association of Poison Control Centers</i>
AHS	Antihistamínicos Sistémicos
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
AINEs	Anti-Inflamatórios Não Esteroides
ANF	Associação Nacional das Farmácias
AO	Assistentes Operacionais
ARS	Administração Regional de Saúde
AUC	Área Sob a Curva
AUE	Autorização de Utilização Excecional
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas
BZD	Benzodiazepinas
CACB	Centro Académico Clínico das Beiras
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CHUCB	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
CIAV	Centro de Informação Antivenenos
CNP	Código Nacional do Produto
CODU	Centros de Orientação de Doentes Urgentes
CRC	Consultas Respiratórias da Comunidade
DIDDU	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
DM	Dispositivos Médicos
DU	Dose Unitária
DCI	Denominação Comum Internacional
DGAV	Direção Geral da Alimentação e Veterinária
FGP	Formulário Galénico Português
FH	Farmácia Hospitalar
FEFO	<i>First Expire, First Out</i>
FG	Farmácia Grave
FC	Farmácia Comunitária
FP	Farmacopeia Portuguesa
FNM	Formulário Nacional de Medicamentos
GAP	Gabinete de Atendimento Personalizado
GnRH	Hormona Libertadora da Gonadotrofina
HAL	Hospital Amato Lusitano
HCG	Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana

HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
IECA	Enzima de Conversão da Angiotensina
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
LASA	<i>Look-Alike, Sound-Alike</i>
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
MAM	Medicamento de Alerta Máximo
MEP	Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos
MH	Medicamentos Hospitalares
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MNSRM-EF	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
MUV	Medicamentos de Uso Veterinário
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIM	Preparação Individualizada da Medicação
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PT	Prontuário Terapêutico
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
RCM	Resumo das Características do Medicamento
REM	Receita Eletrónica Materializada
SA	Serviços de Aprovisionamento
SCMCB	Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco
SF	Serviços Farmacêuticos
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SU	Serviço de Urgência
TSDT	Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
UAC	Unidade de Administração de Citotóxicos
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Primários
UBI	Universidade da Beira Interior

ULS	Unidades Locais de Saúde
ULSCB	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
ULSCBeira	Unidade Local de Saúde da Cova da Beira

Capítulo 1 - Caracterização de Intoxicações no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, no ano de 2019

1. Introdução

1.1 Toxicologia: história e princípios gerais

O nascimento da toxicologia remonta ao termo grego “toxikon”, que alude ao veneno aplicado nas pontas das flechas utilizadas para caça e guerras na antiguidade.(1,2) Tradicionalmente, é definida como o ramo da ciência que estuda os venenos, tendo como principal foco as interações entre agentes exógenos e sistemas biológicos.(3)

O termo “veneno” é um conceito quantitativo, o que significa algo se torna tóxico dependendo da quantidade (ou dose), sendo definido como qualquer substância capaz de causar um efeito prejudicial quando administrada a um organismo vivo, seja de forma acidental ou intencional. Todos os produtos químicos podem ser tóxicos em determinadas concentrações e a sua classificação depende de vários fatores, como dose, duração da exposição, via de contacto, estrutura química e fórmula. Entre os extremos de toxicidade, existe uma ampla gama de efeitos possíveis, que variam desde a toxicidade crónica de longo prazo até à letalidade imediata.(3,4)

Na literatura da Grécia antiga, existem diversas referências ao uso de venenos, como a “Odisseia de Homero” e o “Papiro de Ebers” (cerca de 1500 a.C.), um dos documentos mais antigos, com informação sobre mais de 700 substâncias, algumas ainda bastante conhecidas atualmente. Hipócrates (cerca de 400 a.C.), uma figura marcante da história da medicina, também abordou vários venenos e estabeleceu princípios da toxicologia clínica, incluindo conceitos sobre biodisponibilidade terapêutica e sobredosagem. Outra figura de grande destaque foi Dioscórides, um médico grego que realizou a primeira tentativa de classificar venenos, distinguindo-os em três categorias: vegetais, animais e minerais. As suas obras foram referência durante 16 séculos e serviram de base para o desenvolvimento da atual farmacopeia.(1,2)

O uso de antídotos tem origem na lenda do rei Mitrídates VI do Reino do Ponto (132-63 a.C.), que temendo ser envenenado, ingeria regularmente uma variedade de substâncias com o intuito de adquirir imunidade. Essa prática, inspirou a criação dos primeiros

antídotos e a partir dela surgiu o termo "mitridático", que designa misturas protetoras contra venenos.(2)

Antes do renascimento, Maimônides, um renomado filósofo e médico judeu, escreveu diversas obras, entre as quais destacou-se "Os venenos e os seus antídotos", um manuscrito dividido em duas partes: a primeira dedicada aos envenenamentos por mordidas e picadas de animais e a segunda, aos venenos presentes em alimentos, minerais e plantas.(1,2)

Por sua vez, no final da idade média, surgiu uma das principais referências da história da ciência e da medicina, Philippus Paracelso (1493-1541), conhecido como um dos pais da toxicologia. Paracelso formulou uma das frases mais emblemáticas, afirmando que "todas as substâncias são venenosas, não há nenhuma que não seja um veneno. A dose certa diferencia o veneno de um remédio.". A sua abordagem inovadora lançou as bases da toxicologia atual, influenciando conceitos que ainda são utilizados nos dias de hoje. (2,3)

A segunda metade do século XIX ficou marcada pelo trabalho do médico espanhol Orfila (1787-1853), que dedicou a sua vida à identificação de venenos em material biológico, sendo pioneiro na utilização de autópsias e análises químicas como prova legal em casos de envenenamento, e por isso considerado o pai da toxicologia moderna. Mais tarde, já no século XX, o aumento acentuado da produção de medicamentos, pesticidas, fibras sintéticas e produtos químicos industriais, intensificados pela segunda guerra mundial, provocou uma grande e rápida evolução da toxicologia.(1,2)

Atualmente, na Europa, a Agência Europeia dos Produtos Químicos exerce uma função fundamental, atuando em parceria com entidades internacionais e com a Comissão Europeia. O seu principal propósito é apoiar as autoridades nacionais e os centros antiveneno de cada país, com o objetivo de fortalecer a proteção da saúde pública e garantir maior segurança.(5) Em Portugal, o Centro de Informação Antivenenos (CIAV), foi criado em junho de 1982, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), tendo como missão prestar informações rápidas e adequadas a profissionais de saúde e à população em geral, visando uma abordagem correta e eficaz sobre intoxicações. O CIAV funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, sendo assegurado por especialistas na área da toxicologia e acessível por uma linha telefónica gratuita. (6)

1.2. Abordagem geral de casos de intoxicação

Segundo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), intoxicação é o termo utilizado para designar alterações ou sintomas leves que resultam do contacto ou exposição indevida a produtos ou medicamentos. De forma distinta, o termo envenenamento, também denominado como

intoxicação aguda, representa efeitos mais graves desse contacto ou exposição. (7)

Os sintomas das intoxicações podem variar em intensidade e muitas vezes a substância envolvida é desconhecida, dificultando o diagnóstico e o seu tratamento. Além disso, o consumo simultâneo de múltiplas substâncias pode agravar o quadro clínico, o que torna a abordagem mais complexa.(8) As substâncias podem entrar no corpo por via oral, parentérica, inalatória ou cutânea e afetar o funcionamento do organismo de diversas formas.(9) Deste modo, é fundamental ter uma abordagem consistente em cada caso, com foco no diagnóstico e no respetivo tratamento, que deve ser iniciado o mais rápido possível, a fim de minimizar a gravidade e a duração do quadro clínico. Para isso, é fundamental reunir o maior número de informações disponíveis, recorrendo a paramédicos, familiares ou amigos que possam fornecer um histórico mais completo. Deve-se perguntar sobre os medicamentos em uso, investigar comportamentos que possam sugerir uma intoxicação intencional e, se houver suspeita de exposição no ambiente de trabalho, recolher dados relacionados às condições ocupacionais envolvidas. Para obter uma história clínica toxicológica é necessário compreender o modelo baseado nos cinco W's, apresentados em seguida na tabela 1. (9,10)

Tabela 1: Os cinco W's de estudo (adaptado de "The general approach to the poisoned patient" (2014)) (10)

Pergunta	Aspeto a considerar
Who (Quem?)	Identificar o sujeito: criança, adolescente, idoso institucionalizado, acamado, entre outros.
Whose (De quem?)	Determinar se o medicamento ou produto pertence ao próprio ou a outra pessoa.
What (O que?)	Identificar a substância e a via de exposição.
When (Quando?)	Estabelecer o momento da exposição e se foi única ou recorrente.
Why (Porquê?)	Compreender se a causa da exposição foi tentativa de suicídio, erro terapêutico, exposição acidental ou outro.

Sinais gerais de intoxicações

Os indivíduos podem apresentar desde alterações de consciência, agitação, confusão, sonolência, vômitos, ou outros sintomas, sendo por isso fundamental que os profissionais de saúde disponham de conhecimento sobre uma abordagem com foco na identificação da substância tóxica, bem como na antecipação de possíveis efeitos adversos e respetivo tratamento. A intensidade dos sintomas está relacionada à quantidade de substância

consumida e diminui à medida que esta é eliminada do corpo. (9,11) Na tabela 2, estão descritas características de intoxicações associadas a substâncias tóxicas comuns.

Tabela 2: Características de intoxicações por substâncias tóxicas comuns (adaptado de "Clinical practice guidelines for assessment and management of patients with substance intoxication presenting to the emergency department" (2023)) (11)

Substância	Sinais	Comportamentos disfuncionais
Álcool	Marcha instável, fala arrastada, rubor facial, vasodilatação conjuntival e diminuição dos níveis de consciência.	Desinibição, agressão, desatenção, humor instável e funcionamento psicomotor prejudicado.
Canábis	Aumento do apetite, boca seca, taquicardia e vasodilatação conjuntival.	Euforia, desinibição, desconfiança, ansiedade, agitação, sensação de lentidão, fluxo rápido de ideias, desatenção, alucinações e ilusões.
Opioides	Fala arrastada, sonolência, pupilas contraídas e diminuição dos níveis de consciência.	Sedação, apatia, desinibição, desatenção e funcionamento psicomotor prejudicado.
Benzodiazepinas	Marcha instável, fala arrastada, rubor facial, vasodilatação conjuntival, diminuição dos níveis de consciência, lesões cutâneas eritematosas, hipotermia, hipotensão e reflexo de vômito.	Euforia, apatia, desinibição, sedação, humor instável, agressão, desatenção, amnésia e funcionamento psicomotor prejudicado.
Estimulantes (incluindo cocaína)	Taquicardia, arritmias, hipertensão, sudorese e calafrios, náuseas, vômitos, agitação psicomotora, pupilas dilatadas, dor no peito, fraqueza muscular e convulsões.	Euforia, hipervigilância, agressão, humor instável, desconfiança, alucinações e ilusões.
Alucinógenos	Taquicardia, sudorese e calafrios, palpitações, tremores, visão turva, dilatação pupilar e falta de coordenação.	Ansiedade, medo, ilusões e alucinações, desconfiança, humor instável, hiperatividade, impulsividade e desatenção.

<p>Solventes voláteis</p>	<p>Marcha instável, fala arrastada, diminuição da consciência, fraqueza muscular, visão turva e diplopia.</p>	<p>Apatia, letargia, agressividade, humor instável, atenção e memória prejudicada.</p>
----------------------------------	---	--

Em casos de suspeita de intoxicação, especialmente quando há histórico clínico, é importante estar atento a sinais de abstinência. A abstinência de álcool manifesta-se frequentemente com febre, taquicardia, alucinações, tremores, hipertensão e delírio. Já a abstinência de opioides é caracterizada por lacrimejamento, corrimento nasal, dilatação das pupilas e febre. O principal foco nestas situações é estabilizar, garantir um tratamento adequado para aliviar os sintomas e prevenir possíveis complicações durante o processo de desintoxicação.(8)

Exame Físico Toxicológico

Quando um utente apresenta uma possível intoxicação, o exame físico deve, inicialmente, focar-se em áreas críticas, como permeabilidade das vias aéreas, frequência e profundidade da ventilação, parâmetros hemodinâmicos e o nível de consciência. Após garantir a estabilização, procede-se a uma avaliação mais completa.

O exame neurológico é essencial para orientar o tratamento, uma vez que alterações do estado de consciência são frequentes, manifestando-se sob a forma de agitação e delírio. O exame oftalmológico também desempenha um papel importante, nomeadamente a avaliação do tamanho das pupilas e dos movimentos oculares, uma vez que algumas intoxicações apresentam conjuntos de sinais e sintomas característicos. Além disso, é essencial procurar sinais físicos associados à intoxicação, como lesões cutâneas e avaliar características como cor, temperatura, suor ou ressecamento da pele. O exame pulmonar deve incluir auscultação, a fim de identificar possíveis edemas, enquanto a avaliação cardíaca permite detetar alterações na frequência cardíaca. Outros exames incluem a observação da orofaringe para verificar o aumento da secreção ou ressecamento, a auscultação abdominal para identificar alterações na motilidade intestinal e a avaliação das extremidades para determinar o tónus muscular e sinais neuromusculares. A roupa deve ser verificada quanto à presença de substâncias escondidas ou odores característicos que podem auxiliar no diagnóstico. (9,10)

Testes Clínicos

Em casos de suspeita de intoxicação, especialmente quando a substância envolvida é desconhecida, é comum a realização de exames laboratoriais. A análise de sangue pode identificar a substância tóxica, assim como a análise de urina, que também é

frequentemente utilizada. Quando há alteração do estado mental, pode ser indicada uma tomografia computadorizada cerebral, que apresenta maior sensibilidade no diagnóstico de possíveis lesões neurológicas associadas. Além disso, podem ser também realizadas radiografias abdominais, que podem identificar a presença de comprimidos ou outras substâncias ingeridas que possam estar relacionadas.(10)

Tratamento

O tratamento começa com medidas de suporte, garantindo a estabilização do utente até que a substância responsável seja identificada. Durante esse período, é essencial monitorizar o estado mental, a oxigenação e sinais vitais, como pressão arterial e frequência cardíaca. (10)

Dependendo do quadro clínico, diferentes abordagens podem ser utilizadas. A descontaminação pretende remover a substância tóxica do corpo antes que esta seja absorvida, variando conforme a via de exposição. No caso de a exposição ser cutânea, deve-se remover a roupa imediatamente e lavar o corpo com água. Já a descontaminação gastrointestinal pode ser realizada com a administração de carvão ativado, que se liga à substância tóxica, reduzindo a absorção e diminuindo a toxicidade sistémica. Outra abordagem eficaz é a alcalinização da urina, que consiste na administração intravenosa de bicarbonato de sódio, promovendo a eliminação de substâncias ácidas. Em casos mais graves pode ser realizada uma hemodiálise, principalmente quando a substância tóxica tem baixo peso molecular, baixa ligação a proteínas, alta solubilidade em água e não se liga ao carvão ativado. (9,10)

Por fim, em alguns casos mais específicos, pode-se recorrer a antídotos, substâncias que atuam como agonistas ou antagonistas diretos ou indiretos do efeito da substância tóxica, reduzindo a sua toxicidade e neutralizando os seus efeitos. (9,12) Na tabela 3, são apresentadas substâncias tóxicas que podem causar intoxicação e o respetivo antídoto associado a cada caso.

Tabela 3: Substâncias tóxicas e antídotos, (adaptado de “General approach to cases of drug intoxication” (2023)) (9)

Substância que causa intoxicação	Antídotos
Ouro	Dimercaprol
Anticoagulantes	Vitamina K, Plasma Fresco Congelado
Anticolinérgicos	Fisostigmina
Compostos de antimónio	Dimercaprol
Arsênio	Dimercaprol, Penicilamina

Cobre	Dimercaprol, Penicilamina
Benzodiazepinas	Flumazenil
Betabloqueadores	Glucagon
Bismuto	Dimercaprol
Mercúrio	Dimercaprol, Penicilamina
Zinco	Dimercaprol
Ferro	Desferrioxamina
Digoxina	Anticorpo de ligação à digoxina
Etilenoglicol	Etanol
Heparina	Protamina
Ácido clorídrico	Cálcio
Sulfeto de hidrogénio	Nitrito de sódio
Isoniazida	Piridoxina
Antagonista de cálcio	Cálcio
Carbamato	Atropina
Monóxido de Carbono	Oxigénio
Metoclopramida	Prociclidina
Metanol	Etanol
Metotrexato	Ácido fólico
Níquel	Demercaprol
Analgésicos opioides	Naloxona
Organofosfatos	Atropina, Pralidoxima
Paracetamol	N-acetilcisteína
Simpaticomiméticos	Betabloqueador
Tiroxina	Propranolol

Grupos que necessitam de atenção especial

Alguns grupos exigem atenção especial devido às suas características fisiológicas, como crianças e adolescentes, mulheres grávidas e idosos. Em crianças e adolescentes, uma vez que o cérebro ainda está em desenvolvimento, uma intoxicação pode ter consequências graves de longa duração. O uso experimental de substâncias, comum na adolescência, pode causar efeitos significativos com pequenas quantidades, representando maior risco de

mortalidade. Durante a gravidez, o uso de substâncias ilícitas, tabaco, álcool e medicamentos sem indicação médica podem ser extremamente prejudiciais, tanto para a mãe quanto para o feto, podendo causar malformações ou até morte fetal. Nos idosos, a maioria das intoxicações ocorre de forma acidental, muitas vezes devido a demência, confusão ou ao uso inadequado de medicamentos. Para além disso, alterações no metabolismo e na eliminação de substâncias aumentam o risco de intoxicação, mesmo com doses mais baixas, podendo levar a consequências graves, incluindo morte.(11)

1.3 Epidemiologia

1.3.1 Internacional

De acordo com o Relatório “World Health Statistics 2022” da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2019, mais de 84.000 pessoas morreram por intoxicação não intencional, o que corresponde a uma taxa de 1,1 mortes por 100.000 habitantes. Os homens apresentaram uma taxa de mortalidade superior à das mulheres e as populações mais jovens e mais idosas mostraram-se as mais vulneráveis. Apesar de uma redução ao longo dos anos, a região africana continuou a registar a maior taxa bruta de mortalidade.(13)

Segundo o Relatório Europeu sobre Drogas de 2021, publicado pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, o consumo de substâncias ilícitas é, em geral, mais elevado entre os homens. Em 2019, a canábis permaneceu a droga ilícita mais consumida, enquanto a heroína continuou a ser o opiáceo mais comum e a principal causa de morte associada ao consumo de drogas. O relatório também destaca os impactos negativos desse consumo, registando pelo menos 5.156 mortes por overdose relacionadas com drogas ilícitas, o que representa um aumento de 3% em comparação com o ano anterior.(14)

A *American Association of Poison Control Centers* (AAPCC) publica todos os anos um relatório com dados obtidos dos 55 centros de controlo antiveneno nos Estados Unidos da América. Em 2019, foram registados 2.148.141 casos de exposição humana e 351.163 solicitações de informação. Entre as crianças até aos 12 anos, observou-se uma predominância masculina, mas esta distribuição foi invertida nos adolescentes e adultos, com mais casos registados em mulheres. A maioria dos casos foi devido a exposição não intencional (1.645.031 casos), sendo a maior parte devido a erros terapêuticos (13,7%), uso inadequado (7,4%) e causas ambientais (2,6%). Já os casos de exposição intencional totalizaram 406.316, incluindo tentativas de suicídio (13,1%), uso inadequado (2,8%) e abuso de substâncias (2,2%). Também foram reportadas reações adversas a medicamentos, representando 1,8% dos casos. Quanto às vias de exposição, a mais comum foi a via oral

(83,1%), seguida pela via cutânea (7,15%), nasal (6,76%) e ocular (4,39%). O relatório identificou, ainda, as substâncias que apresentaram maior aumento na taxa de exposição entre 2010 e 2019, destacando-se antidepressivos, anti-histamínicos, estimulantes, anticonvulsivantes, medicamentos cardiovasculares, álcool, analgésicos e drogas desconhecidas. (15)

1.3.2 Nacional

Para obter dados sobre os casos de intoxicação ocorridos em Portugal no ano de 2019, foi consultado o Relatório Anual de Atividades Específicas Desenvolvidas nos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), CIAV, Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise e CODU Mar, publicado pelo INEM em 2019. No entanto, devido à falta de informações necessárias para a análise, foi diretamente contactado o CIAV, que forneceu dados mais detalhados sobre o referido ano.

De acordo com as informações do CIAV, em 2019 foram realizadas 30.076 consultas médicas, correspondendo a uma média de 82 atendimentos diários, registando uma ligeira redução de pouco mais de 1% em comparação com 2018. (16)

Com base em dados recolhidos e disponibilizados pelo CIAV para este estudo, verificou-se que o mês de julho, foi o mês onde ocorreu um maior registo de casos de intoxicação (2.804 casos) e dezembro foi o mês que apresentou o menor número de registos (2.270 casos). Para além disso, verificou-se um crescimento do número de casos entre janeiro e julho, seguido de um decréscimo desde julho até dezembro. Na figura 1, é possível observar a distribuição do número de chamadas recebidas pelo CIAV, ao longo do ano de 2019.

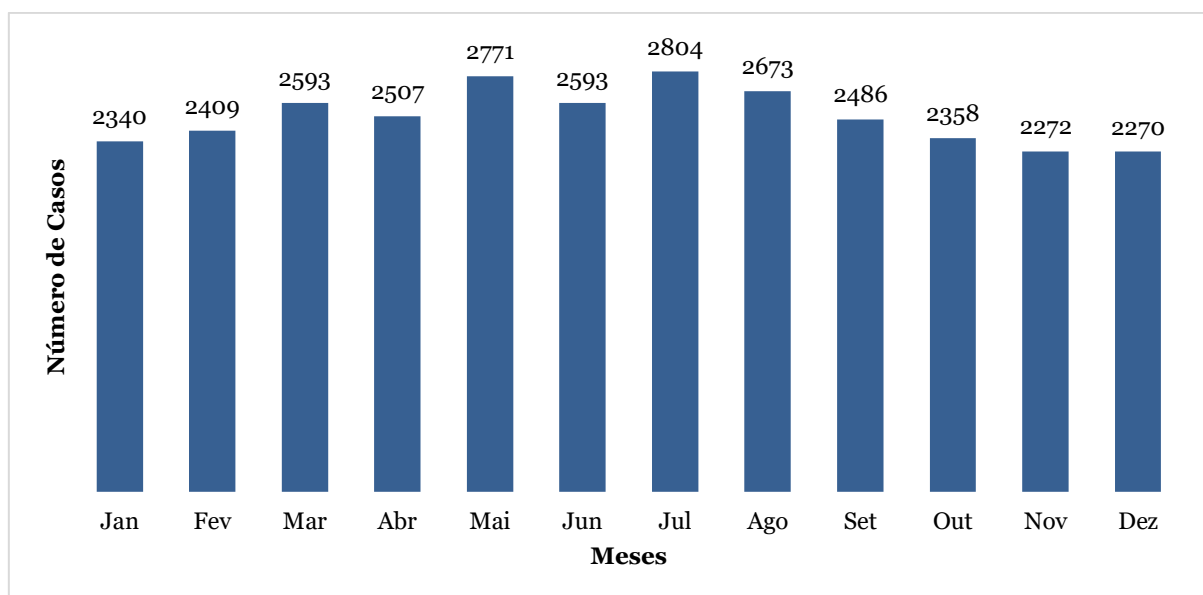


Figura 1 - Distribuição mensal do número de chamadas recebidas pelo CIAV, em 2019

A principal origem dos contactos foi proveniente da linha Serviço Nacional de Saúde 24 (8.827 casos), seguido por chamadas provenientes do CODU (6.779 casos), diretamente de hospitais, clínicas e centros de saúde (5.985 casos), de domicílios e locais públicos (4.511 casos), de outros locais (3.414 casos) e de locais de trabalho (560 casos).

Tanto em adultos como em crianças, a via oral foi a principal via de intoxicação, com um total de 14.742 casos em adultos e 7.831 casos em crianças (figura 2).

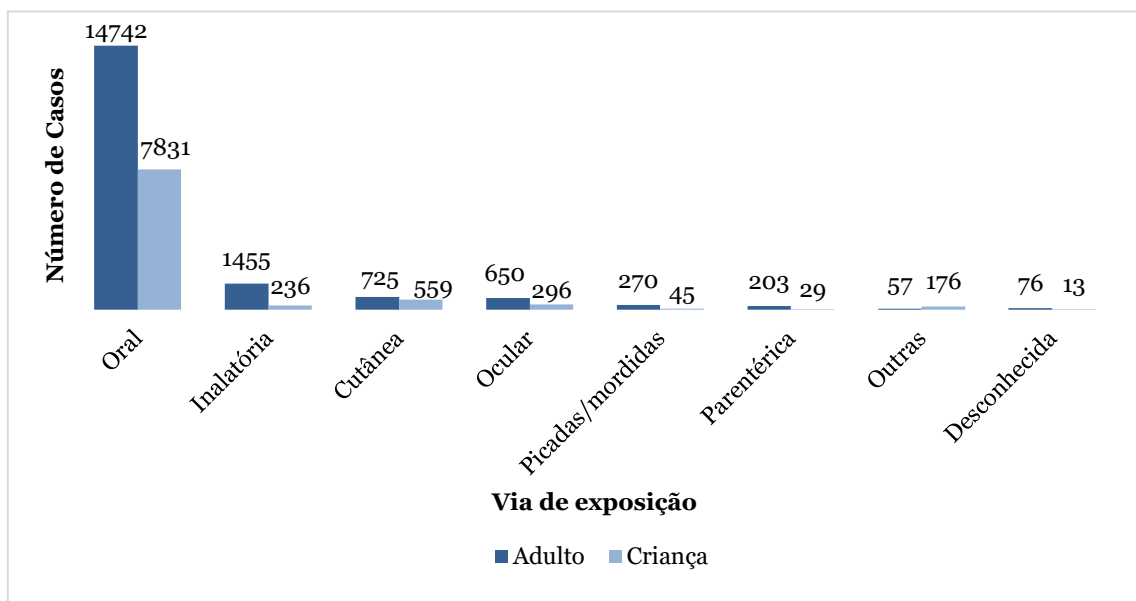


Figura 2 - Distribuição das vias de contacto com o agente tóxico registadas pelo CIAV, em 2019

Foi possível verificar um maior número de casos registados em indivíduos do sexo feminino (11.521 casos) em comparação com o sexo masculino (6.248 casos), a partir dos 16 anos (figura 3).

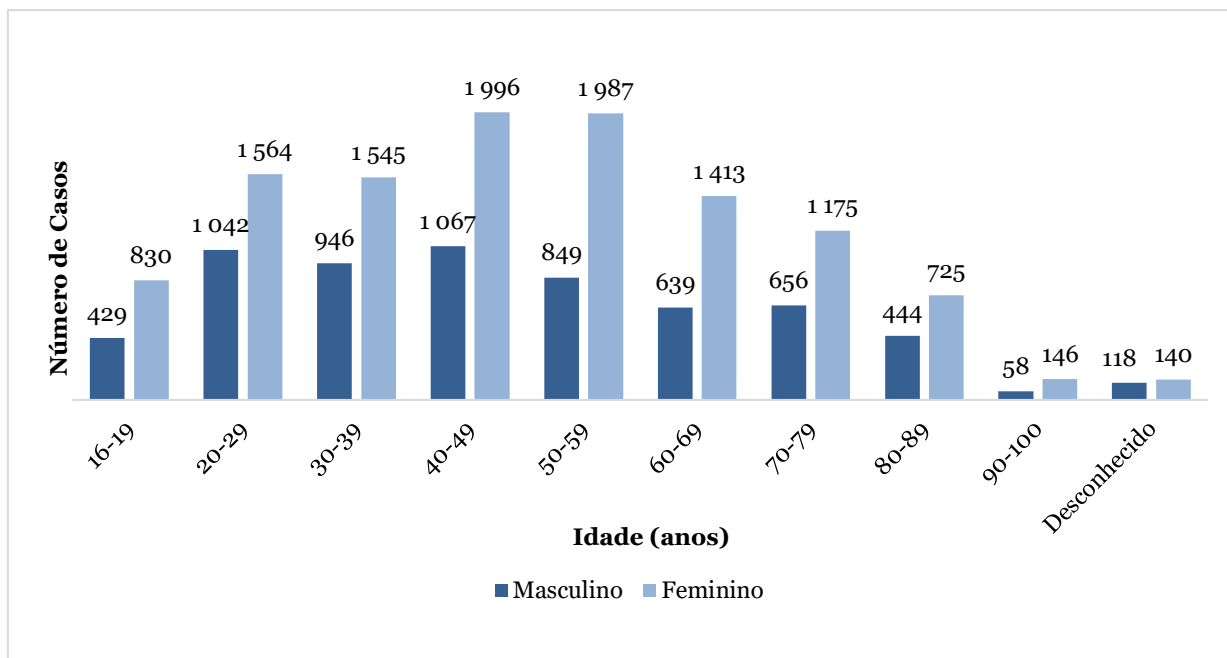


Figura 3 - Distribuição etária por sexo dos casos registados pelo CIAV acima dos 16 anos, em 2019

Entre os menores de 16 anos, foram registados 4.383 casos no sexo masculino e 4.305 casos no sexo feminino. A figura 4, apresenta a distribuição etária por sexo, em idades inferiores a 1 ano, até aos 15 anos, sendo que maioria dos casos ocorreu entre o primeiro e o quarto ano de vida.

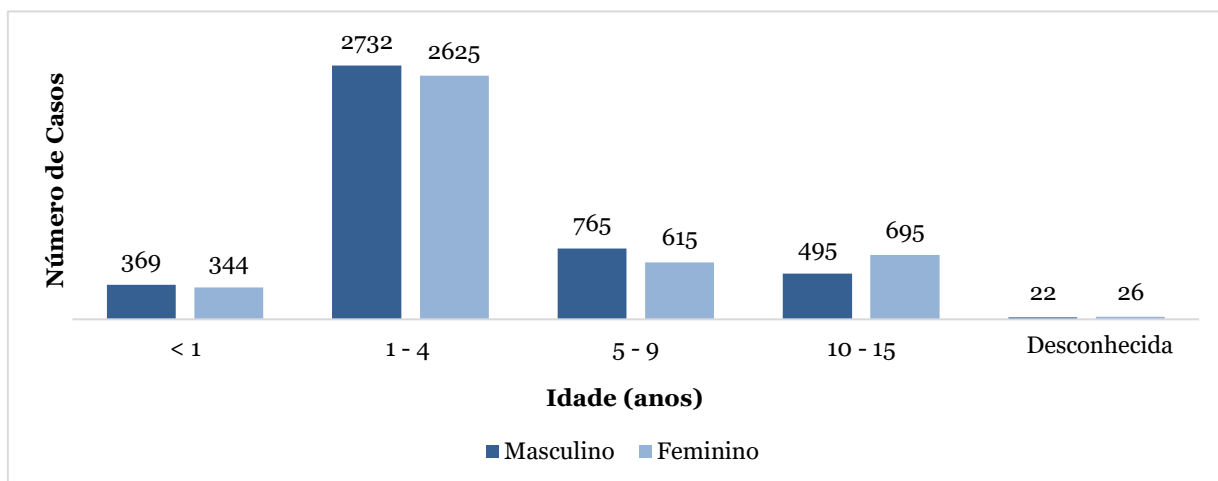


Figura 4 - Distribuição etária por sexo dos casos registados pelo CIAV abaixo dos 16 anos, em 2019

Na figura 5, observa-se que as intoxicações em adultos foram predominantemente intencionais (8.288 casos), seguidas de acidentais (4.900 casos). Em contraste, entre as crianças, predominam as intoxicações acidentais (6.186 casos), sendo os casos intencionais significativamente menores (619 casos). Em ambos os casos verificou-se ainda um número elevado de erros terapêuticos associados.

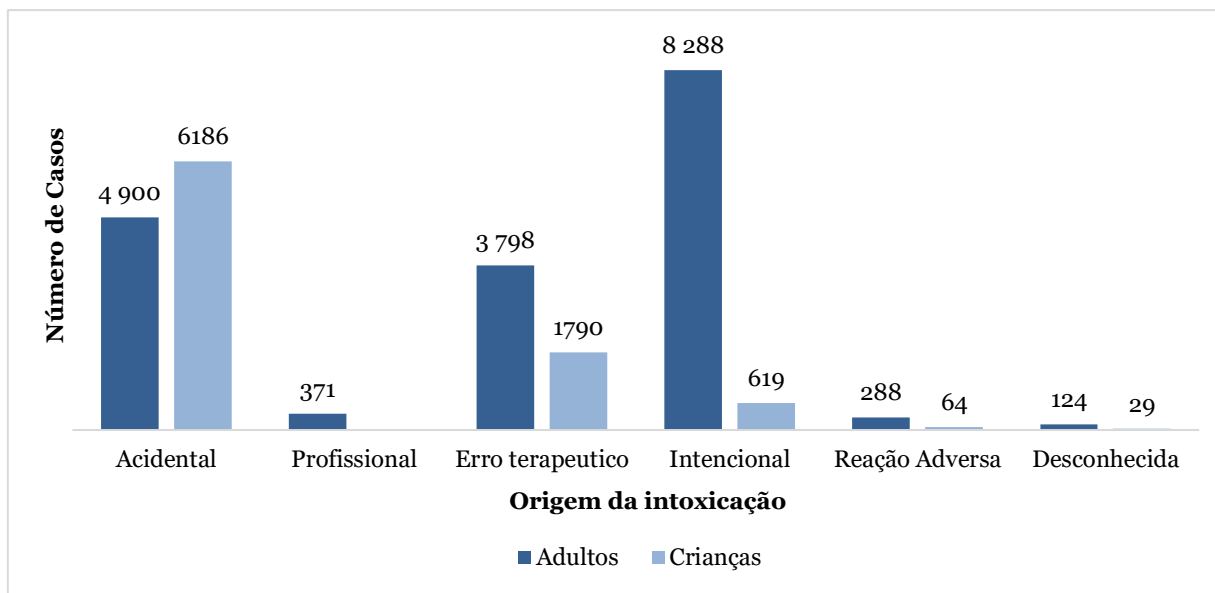


Figura 5 - Origem dos casos de intoxicação registados pelo CIAV, em 2019

Os medicamentos de uso humano foram as principais substâncias envolvidas nos episódios registados, totalizando 11.844 casos em adultos (66,83%) e 5.109 casos em crianças (58,95%) (figura 6).

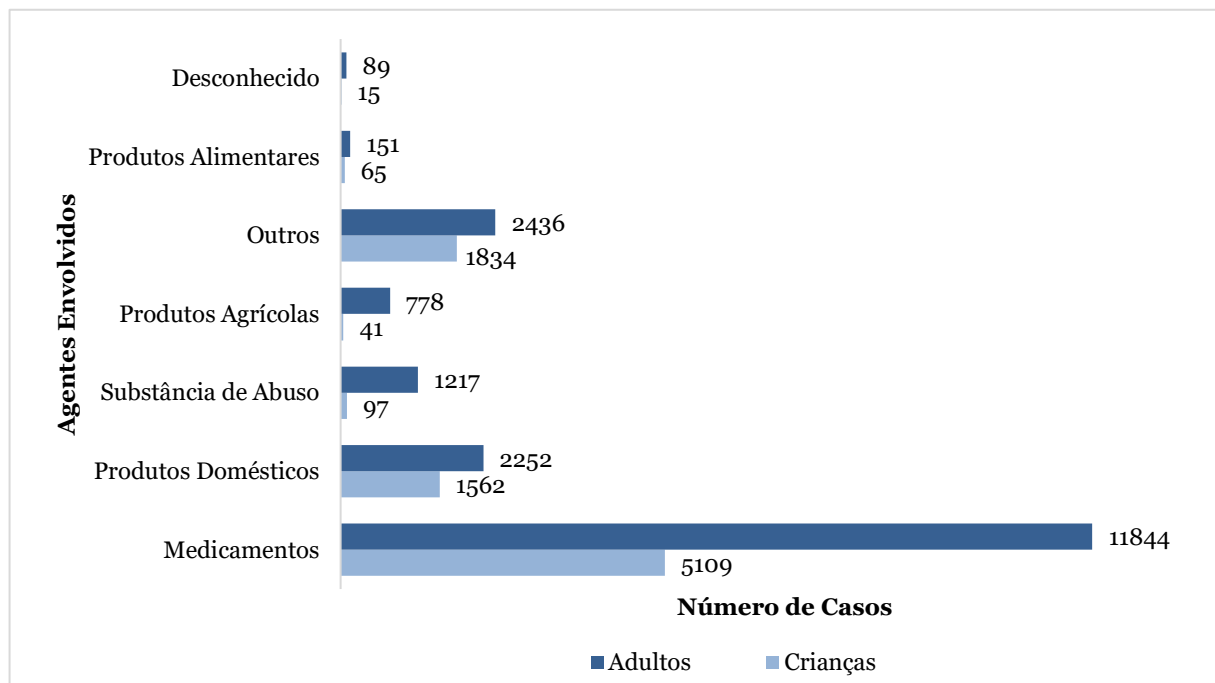


Figura 6 - Agentes tóxicos notificados ao CIAV, em 2019

Nos adultos, os principais medicamentos envolvidos nos episódios de intoxicações foram as benzodiazepinas (BZD), os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), antipsicóticos, anti-epiléticos, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), paracetamol, outros antidepressivos, inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e betabloqueadores (figura 7).

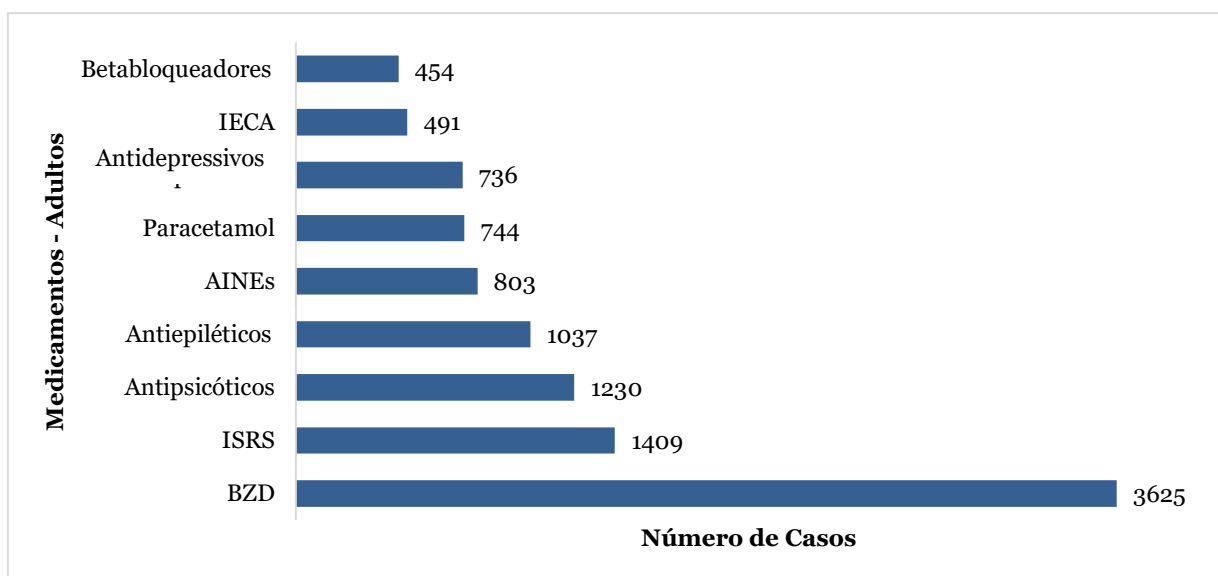


Figura 7 - Medicamentos registados pelo CIAV, em adultos, em 2019

Ainda neste grupo, os produtos químicos mais usados foram hipoclorito de sódio (869 casos), detergentes manuais (403 casos), alcalino corrosivos (339 casos), ácidos corrosivos (308 casos), álcoois, glicóis e cetonas (127 casos), combustíveis líquidos (118 casos), detergentes (93 casos), outros hidrocarbonetos (85 casos) e outros produtos domésticos/industriais (83 casos).

Nas crianças, os medicamentos mais frequentemente envolvidos foram antihistamínicos sistémicos (AHS), AINEs, paracetamol, BZD, antibacterianos sistémicos, contraceptivos, antipsicóticos e vitaminas (figura 8).

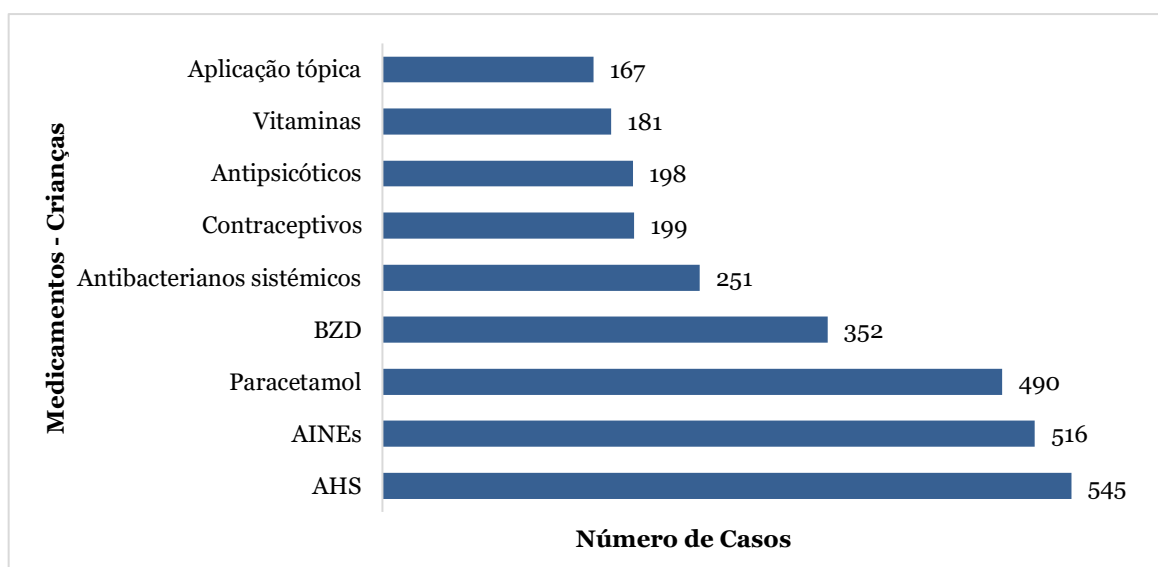


Figura 8 - Medicamentos registados pelo CIAV, em crianças, em 2019

Neste caso, os principais produtos químicos utilizados foram detergentes manuais (397 casos), detergentes de máquinas automáticas (254 casos), hipoclorito de sódio (246 casos),

ambientadores (157 casos), alcalinos corrosivos (88), álcoois, glicóis e cetonas (45 casos), hidrocarbonetos (35 casos), acendalhas (32 casos) e ácidos corrosivos (30 casos).

O CIAV registou diversos casos de consumo de substâncias de abuso em adultos, destacando-se o álcool como a mais prevalente. Nos mais jovens, destacou-se com maior número de casos o consumo de cânabis, seguido de bebidas alcoólicas (figura 9).

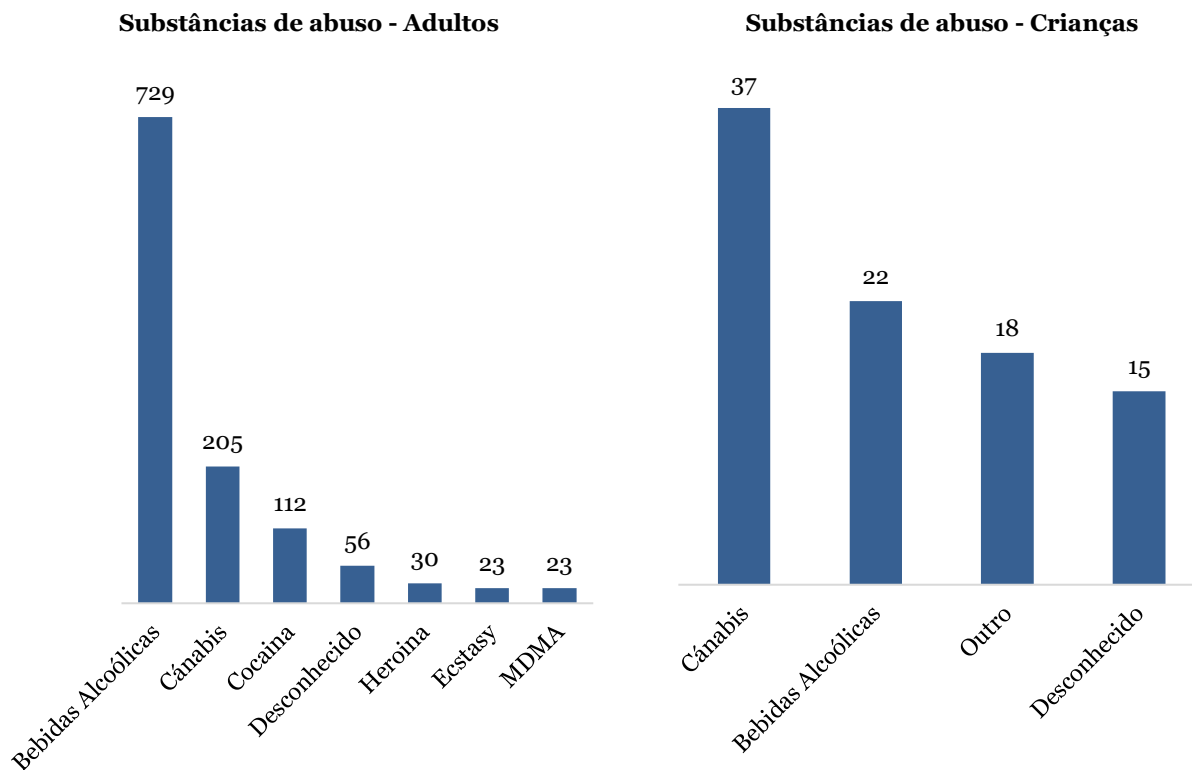


Figura 9 - Substâncias de abuso notificadas pelo CIAV, em adultos e crianças, em 2019

Como resultado das consultas efetuadas pelo CIAV, foram fornecidas várias orientações, sendo a mais comum a permanência no domicílio, com um total de 13.301 casos (7.397 adultos e 5.904 crianças). Nesse seguimento, outras orientações podem ser observadas na figura 10.

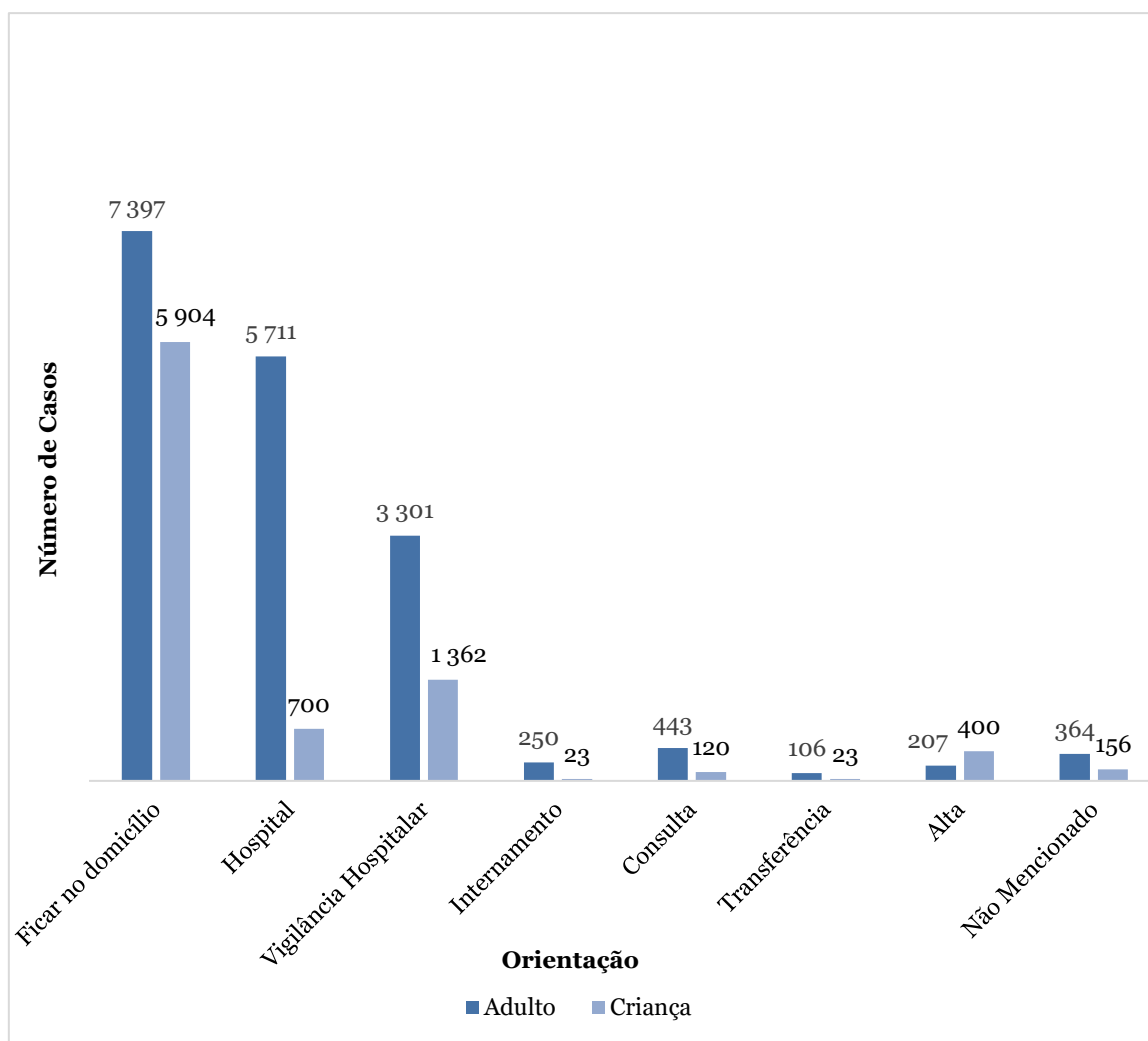


Figura 10 - Orientação fornecida pelo CIAV, aos casos notificados, em 2019

1.4 Enquadramento da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira

O Centro Hospitalar Cova da Beira foi inaugurado em janeiro de 2000 e integrou o Hospital Distrital da Covilhã, o Hospital Distrital do Fundão e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Atualmente, serve como referência para a população residente nos concelhos de Belmonte, Covilhã, Fundão e Penamacor, sendo a maior unidade de saúde da região.

Localizado junto à Faculdade Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior (UBI), em 2018 foi reconhecido como Centro Hospitalar Universitário, no âmbito do projeto-piloto de hospitais universitários, conforme o Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto. A partir daí, constituiu-se como centro académico clínico, formalizando o desenvolvimento integrado de atividades de ensino e investigação clínica, passando a designar-se Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB).

Mais recentemente, em janeiro de 2024, a integração do CHUCB com o Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira deu origem à atual Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULSCBeira).(17)

2. Justificação e objetivo do estudo

2.1 Justificação

Entre 2014 e 2023, o CIAV registou em Portugal, uma média de aproximadamente 29.000 chamadas anuais, destinadas ao esclarecimento de questões relacionadas com intoxicações. Durante esse período, verificou-se uma tendência decrescente do número de contactos nos anos pandémicos (2020-2022), seguida de um aumento de cerca de 7% entre 2022 e 2023. (18) Os dados apresentados indicam um volume expressivo de ocorrências, contudo, revelam-se limitados quanto à caracterização abrangente do perfil dos casos. Nesse sentido, torna-se imperativo aprofundar a investigação, a fim de elucidar os fatores subjacentes às variações observadas, bem como seus possíveis impactos na saúde pública.

Dado o reduzido número de estudos disponíveis sobre os perfis de intoxicação nos Serviços de Urgência (SU) hospitalares a nível nacional, este trabalho assume especial relevância, pois ao estar centrado na ULSCBeira, insere-se num protocolo mais abrangente que engloba todas as Unidades Locais de Saúde (ULS) pertencentes ao CACB. Esta investigação inclui uma análise multicêntrica dos dados recolhidos nos hospitais das regiões de Castelo Branco, Covilhã, Guarda e Viseu, permitindo uma visão mais detalhada sobre os padrões de intoxicação nestas localidades. Adicionalmente, este estudo propõe a realização de uma análise comparativa entre os casos registados no período pré-pandémico e durante a pandemia, com o objetivo de compreender os fatores responsáveis pela redução do número de contactos efetuados durante os anos pandémicos, bem como uma avaliação global dos padrões observados.

Neste contexto, o presente estudo concentrar-se-á especificamente no ano de 2019, adotando esse período como foco principal de análise, ano pré-pandémico e a partir do qual se verificou um decréscimo do número de contactos efetuados ao CIAV. Foi escolhido o SU da ULSCBeira, localizado na cidade da Covilhã, em virtude da sua relevância regional. A escolha justifica-se, adicionalmente, pelo vínculo pessoal e afetivo com a região, o que poderá favorecer uma compreensão mais aprofundada dos padrões de intoxicação locais e, por conseguinte, contribuir para a sensibilização da comunidade, o aprimoramento das estratégias de resposta dos serviços de saúde e a promoção do bem-estar da população.

2.2 Objetivo

O principal objetivo centraliza-se em traçar o perfil das intoxicações registadas no SU da ULSCBeira durante o ano de 2019, o que permite analisar dados sem influência da pandemia Covid-19, que teve início em 2020 e causou um impacto significativo no sistema de saúde. Nesse sentido, pretende-se realizar uma análise detalhada que contribua para um maior conhecimento das intoxicações que ocorrem em Portugal, com especial foco no interior do país.

Para cumprir o objetivo deste estudo foi necessária a determinação de características epidemiológicas, tais como:

- As principais variáveis demográficas (ex. idade, sexo);
- A etiologia das intoxicações e qual a via de contacto;
- As substâncias tóxicas envolvidas nos episódios de intoxicação;
- Sazonalidade de entrada no SU;
- Destino final do indivíduo após atendimento no SU;
- A ideação suicida e a mortalidade associada ao episódio de intoxicação;
- Tratamento implementado;
- Intervalo de horas de máxima afluência de intoxicações no SU;
- A existência de antecedentes toxicológicos/psiquiátricos.

3. Materiais e Métodos

3.1 Tipo de estudo

Esta investigação consiste num estudo retrospectivo e descritivo de casos de indivíduos que deram entrada no SU da ULSCBeira, no ano de 2019 e que foram triados como episódios de uma possível intoxicação.

3.2 Seleção da amostra

Neste estudo foram incluídos doentes triados pelo SU da ULSCBeira, no ano de 2019, com sinais ou sintomas de uma possível intoxicação, de acordo com o sistema de triagem de Manchester. Foram excluídos da investigação casos de intoxicação alimentar e episódios nos quais não havia registo suficiente de dados.

No total, foram identificados 101 episódios de intoxicação. Desses, foram excluídos: 1 caso de intoxicação alimentar, 1 episódio sem dados relevantes registados e 2 casos duplicados. Assim, a amostra final incluiu 82 indivíduos válidos, dos quais alguns apresentaram mais de um episódio de intoxicação ao longo do período analisado.

3.3 Recolha de dados

Primeiramente foi feito um pedido de autorização para a realização do estudo, ao Diretor de Serviço, à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da ULSCBeira. Após a obtenção de uma resposta positiva, os dados da amostra em estudo foram extraídos do processo clínico pela Dr.^a Sofia Lima e pela Dr.^a Vanessa Sendim, ambas médicas que exercem no CHUCB e foram posteriormente consultados e analisados, tendo sempre por base os princípios bioéticos acordados e regulamentares exigidos.

Após consultar os processos clínicos, foram recolhidos os seguintes parâmetros:

- Idade;
- Sexo;
- Etiologia (voluntária, acidental ou ocupacional);
- Classificação do agente tóxico;
- Via de contacto (oral, cutânea, inalatória, intramuscular, intravenosa, outros);
- Avaliação da ideação suicida;
- Sazonalidade;
- Destino após triagem;
- Mortalidade;
- Quantos dias de internamento (se aplicável);
- Tratamento aplicado.

3.4 Análise dos dados

Os dados recolhidos foram analisados utilizando os programas *Microsoft Excel* e *Statistical Package for the Social Science 30.0.0.0 (SPSS)*. Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram estudadas por meio da frequência relativa (%), que representa a proporção de vezes que um determinado valor ou evento ocorreu em relação ao total da amostra. As variáveis contínuas foram descritas por médias (\pm desvio padrão). Para avaliar a associação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado, tendo em conta que quando mais de 20% das células apresentavam uma frequência esperada inferior a 5 (valor abaixo do qual a aproximação do teste qui-quadrado pode deixar de ser válida), aplicou-se o teste exato de Fisher para garantir a validade estatística dos resultados. A comparação entre variáveis contínuas foi realizada por meio do teste Kruskal-Wallis para duas amostras independentes.

4. Resultados e Discussão

4.1 Caracterização da amostra

Em 2019, foram admitidos no SU da ULSCBeira um total de 82 indivíduos com a suspeita de intoxicação clínica, dos quais, 16 (19,51%) eram menores de idade (1 a 17 anos), enquanto os restantes 66 (80,49%) eram adultos (18 a 100 anos). Em alguns casos os indivíduos recorreram ao SU mais de uma vez ao longo do ano por episódios distintos de intoxicação, em particular, dois indivíduos tiveram três admissões, um registou quatro entradas e outros dois foram admitidos cinco vezes. Considerando todas as ocorrências, o estudo analisou um total de 97 episódios de intoxicação. No entanto, para a distribuição por sexo e faixa etária, foi contabilizado apenas o número de indivíduos únicos, independentemente do número de admissões, garantindo que cada pessoa fosse considerada apenas uma vez na respetiva categoria de sexo e idade.

Os resultados revelaram uma predominância do sexo masculino na amostra geral, havendo na faixa etária dos 12-17 anos, uma distribuição equilibrada entre os sexos, com 7,32% cada (figura 11), o que diverge dos dados nacionais fornecidos pelo CIAV, que em 2019, reportou uma maior prevalência de intoxicações no sexo feminino em todas as faixas etárias. Do mesmo modo, os registos da AAPPC no mesmo ano apontaram para uma prevalência maior de intoxicações no sexo feminino em adolescentes e adultos, enquanto nas crianças até aos 12 anos, a predominância foi do sexo masculino.(15)

Um estudo internacional, realizado por Kaya et. al (2015), que avaliou casos de intoxicação no Hospital Médico Universitário de Duzce, na Turquia, no ano de 2010 também indicou uma predominância feminina, em 63,2% dos casos. (19) Da mesma forma, estudos realizados em Portugal, como o de Salvado et. al (2013) no CHUCB em 2011 e o estudo de Lopes et. al (2019) realizado no Hospital de Braga, em 2017, também apontam para uma maior prevalência no sexo feminino. (20,21) Por outro lado, os resultados do presente estudo estão mais alinhados com os estudos de Muñoz et. al (2016), realizado no Hospital La Paz, em Madrid, entre 2011 e 2013 e de Descamps et. al (2019), conduzido no Hospital Universitário de Ghent, na Bélgica, no período de 2017, que relataram uma ligeira predominância masculina, com 51,2% e 62,2%, respetivamente.(22,23) Além disso, estudos nacionais como os de Bettencourt et.al (2020), feito no Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal, em 2018 e Salgueiro et. al (2016), realizado no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, em Aveiro, em 2015, corroboram a tendência de maior frequência de intoxicações no sexo masculino, com 66,5% e 62,4%, respetivamente.(24,25)

Relativamente à distribuição etária, os indivíduos tinham idades compreendidas entre 4 e 100 anos, demonstrando uma ampla variação na idade dos casos atendidos. Para fins de análise estatística, a amostra foi ainda segmentada em crianças/adolescentes (≤ 17 anos) e adultos (≥ 18 anos).

A média etária foi de $41,34 \pm 24,43$ anos, com a maior prevalência de casos na faixa etária de 45-59 anos (25,61%), seguida pelos grupos de 60 anos ou mais e 18-24 anos. Comparando com outros estudos, Lopes et. al (2019) identificou uma prevalência maior na faixa etária de 40-49 anos, com uma média de $42,94 \pm 15,97$ anos, enquanto Bettencourt et. al (2020) apontou maior prevalência entre os 49-57 anos, com uma média de $42,42 \pm 15,81$ anos, sendo estas muito próximas à deste estudo. O estudo de Salvado et. al (2013) registou uma média semelhante ($43,16 \pm 16,15$ anos), mas com maior prevalência na faixa etária dos 25-34 anos.(20,21,24)

Foi realizado um teste Kruskal-Wallis para amostras independentes comparando a idade média entre os dois sexos. Embora a média de idade dos homens seja maior que a das mulheres, o valor de $p = 0,167$ é superior ao nível de significância de 0,05, indicando que não há diferença estatisticamente significativa entre as idades médias dos dois grupos (anexo I).

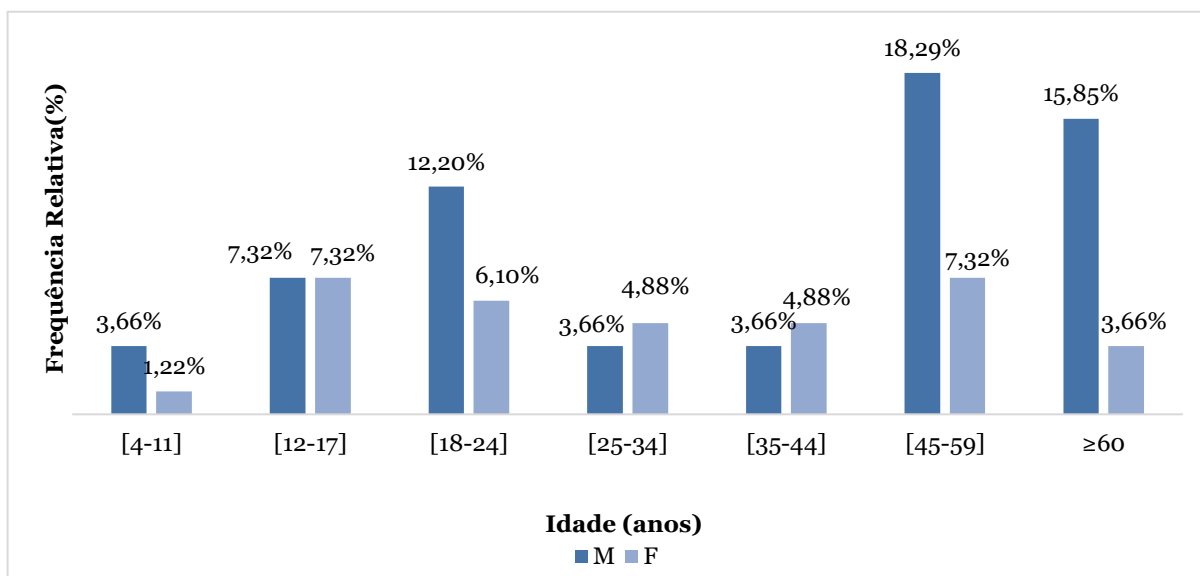


Figura 11 - Distribuição etária por sexo e idades dos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019

4.2 Distribuição Sazonal

Para este parâmetro, considerou-se que alguns indivíduos recorreram ao SU em mais de uma ocasião ao longo do ano, resultando em múltiplos episódios registados no mesmo processo clínico.

O mês de dezembro destacou-se como aquele com o maior número de casos entre os adultos, representando 19,59% das ocorrências, seguido de novembro, com 15,46%, sugerindo um aumento significativo das intoxicações na reta final do ano. Entre crianças/adolescentes, os meses com maior prevalência foram fevereiro e novembro, ambos com 3,09% dos casos. Em contrapartida, a menor prevalência de intoxicações em adultos foi registrada em julho, com apenas 2,06% dos episódios, seguido por abril e outubro, ambos com 3,09%. No caso das crianças/adolescentes, maio não registou nenhum caso, enquanto nos restantes meses a distribuição manteve-se relativamente estável, sem variações significativas (figura 12).

Todavia, essa distribuição contrasta com os dados nacionais fornecidos pelo CIAV, que indicam julho como o mês com o maior número de intoxicações e dezembro como o período de menor prevalência, ou seja, um padrão oposto ao observado neste estudo. Essa divergência pode ser explicada por diferenças na natureza dos dados analisados, uma vez que os dados do CIAV baseiam-se em chamadas telefónicas realizadas, que podem incluir situações de intoxicação leve, sem necessidade de deslocação ao hospital, enquanto os dados apresentados refletem apenas os casos que exigiram atendimento hospitalar.

A investigação de Lopes et. al (2019), identificou uma maior prevalência de intoxicações nos meses de verão, com junho apresentando a maior prevalência (12,2%) e uma redução progressiva no final do ano, o que também diverge dos resultados do presente estudo.(21) No entanto, estes estão parcialmente alinhados com os de Bettencourt et. al (2020), que também registou um aumento dos casos em dezembro (11,20%). Ainda assim, esse estudo apontou para uma elevada prevalência em julho (9,70%), o que não se verifica na presente análise.(24) Já o estudo Salvado et. al (2013), evidenciou oscilações ao longo dos meses, com 12,87% dos casos em janeiro, seguido de 11,88% em março, enquanto novembro registou a menor prevalência com 2,97%. (20)

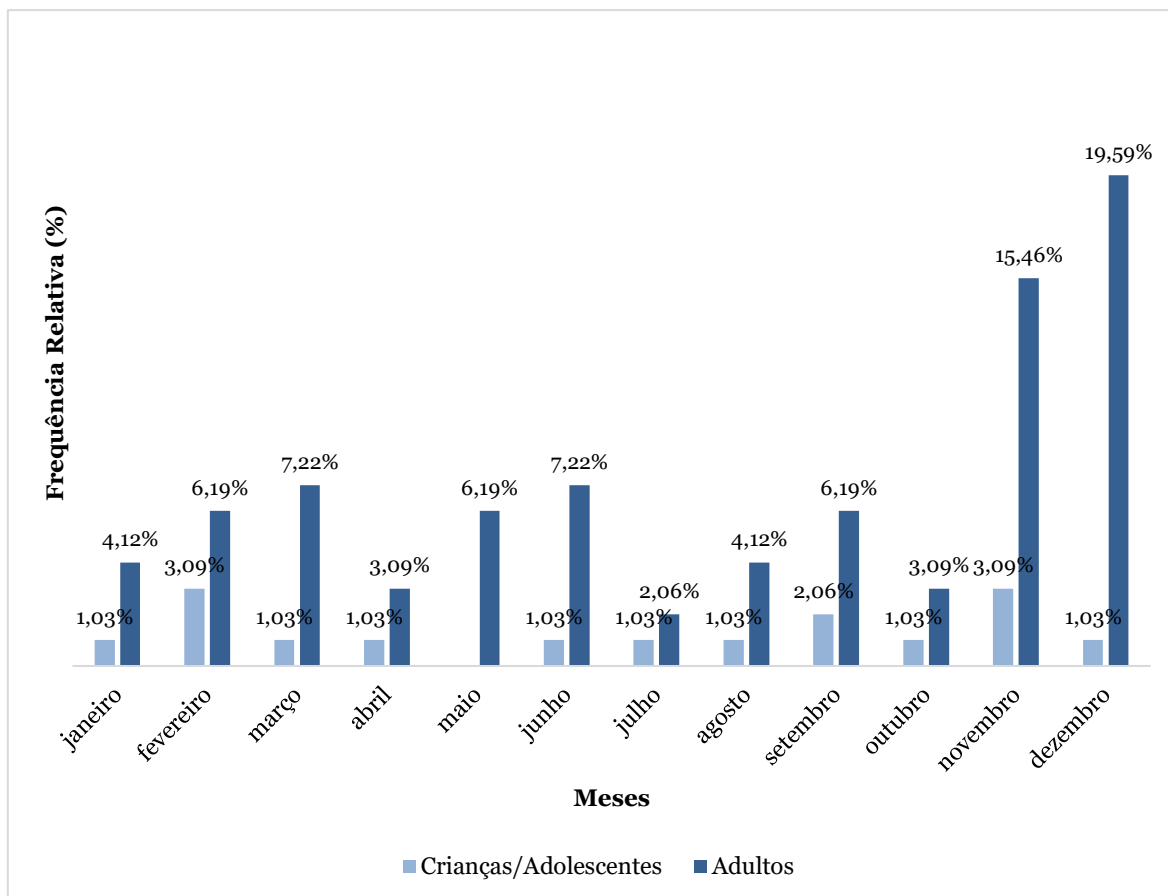


Figura 12 - Distribuição por meses dos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019

4.3 Sintomatologia

Dos 97 episódios procurou-se identificar se os utentes apresentaram sintomas no momento da entrada no SU e quais motivaram a deslocação ao hospital. Verificou-se que em 54,64% dos episódios em adultos e 12,37% das crianças/adolescentes, apresentaram sintomas no momento da admissão no SU, enquanto somente 2,06% dos episódios adultos e 3,09% das crianças/adolescentes estavam assintomáticas (figura 13). Esses resultados vão de encontro com outros estudos, como o de Borrego et. al (2016), que também identificou predominância de casos sintomáticos, assim como a investigação conduzida por Muñoz et. al (2016). (22,26)

De modo geral, foi possível estabelecer algumas relações entre o tipo de intoxicação e a sintomatologia apresentada. A maioria dos casos relacionados com o consumo de álcool e/ou combinação com outras substâncias manifestou sintomas como alterações no estado de consciência, vômitos, tonturas, cefaleias, fraqueza, alterações visuais e sonolência. Em determinados casos, observou-se comportamentos agressivos, tanto dirigidos a si mesmos (autoagressão) quanto a outros (heteroagressão), além de episódios de agitação e agravamento das alterações do estado de consciência. No caso de intoxicações por

monóxido de carbono, os sintomas mais frequentes incluíram cefaleias, tonturas, perda de consciência e dificuldade respiratória. Quanto às intoxicações por fármacos, os sintomas predominantes foram sonolência e alteração do estado de consciência, embora o número de registos detalhados sobre esses episódios tenha sido reduzido (figura 13).

A informação disponível sobre a sintomatologia dos casos registados foi maioritariamente limitada, pouco clara e, por vezes escassa, o que dificultou uma caracterização mais abrangente dos quadros clínicos apresentados, impossibilitando uma análise mais precisa.

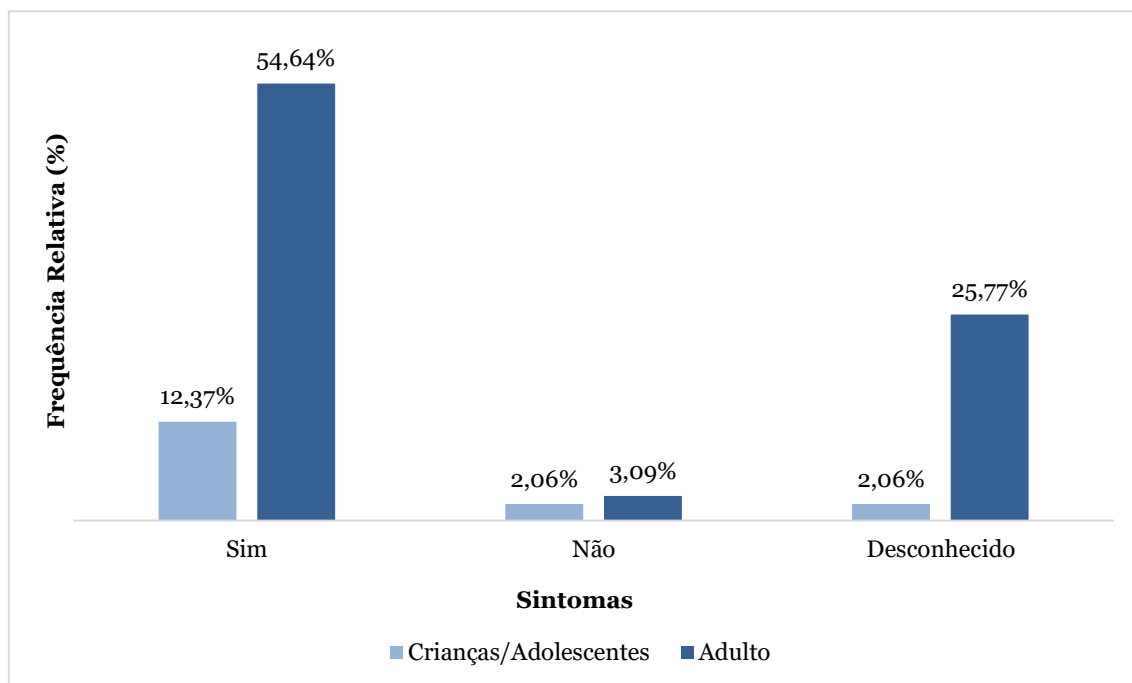


Figura 13 - Distribuição da sintomatologia dos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019

4.4 Via de contacto

A análise dos dados demonstra que a via de contacto mais comum foi a oral, tanto em crianças/adolescentes, como em adultos, representando 86,59% dos casos (15,46% em crianças/adolescentes e 71,13% em adultos), sendo esta também a mais frequentemente reportada nos dados fornecidos pelo CIAV e pelo AAPCC. (15)

Neste caso, a via inalatória ocupa o segundo lugar com 1,03% em crianças/adolescentes e 8,25% em adultos, um valor que, embora menor, ainda é significativo. As vias transdérmica e injetável foram registadas apenas em adultos, ambas com uma ocorrência de 1,03%, refletindo uma prevalência esporádica. Da mesma forma, a combinação da via oral e inalatória apresentou uma baixa percentagem, correspondendo a 2,06% dos episódios nos adultos (figura 14). Estes dados estão em conformidade com os do CIAV, que identificou a

via inalatória como a segunda mais comum, seguida da via cutânea. Por outro lado, o AAPCC registou a via cutânea como a segunda mais prevalente, seguida da via inalatória. (15)

Os dados analisados confirmam a tendência amplamente documentada em outros estudos de que a intoxicação por via oral é a mais comum, seguida pela via inalatória. Exemplo disso, são os estudos nacionais de Lopes et. al (2019) e Borrego et. al (2016), cujas percentagens de intoxicação por via oral foram de 91,5% e 87,06% respetivamente, seguidos pela via inalatória como a segunda mais comum. (21,26) Um estudo realizado por Zohre et. al (2015) no Hospital da Faculdade de Medicina da Universidade de Mersin, na Turquia entre 2009 e 2011 corrobora essas evidências, com 95% dos casos ocorrendo por via oral, seguida da via inalatória com 2,4%. Por outro lado, Zohre et. al (2015) registou uma taxa mais elevada de intoxicação por via intravenosa (1,7%) em comparação com a via transdérmica (0,9%). (27)

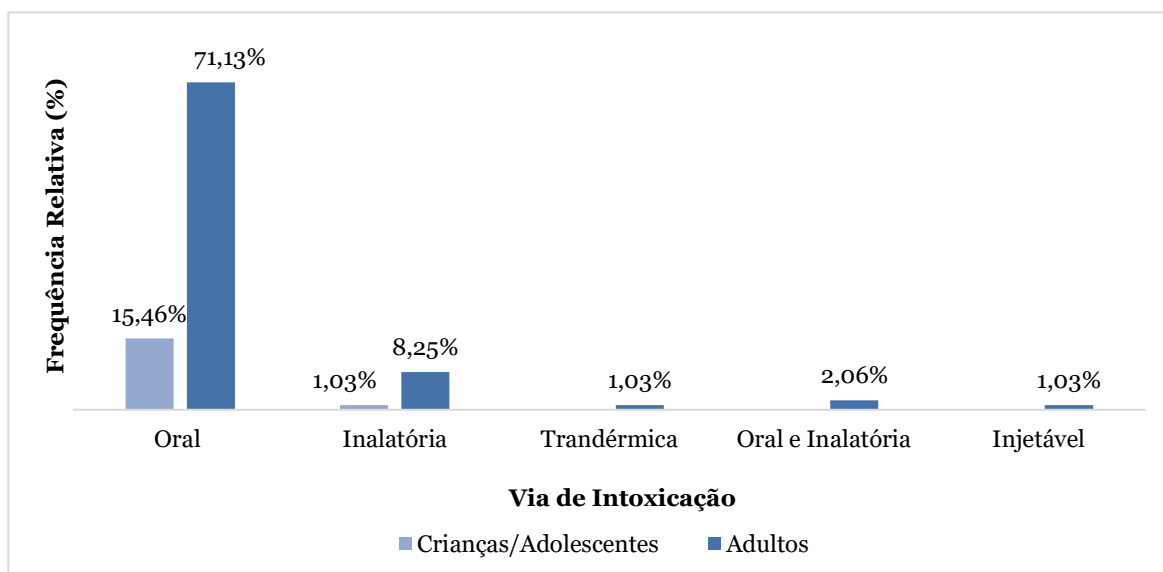


Figura 14 - Distribuição por via de contacto, dos casos de intoxicação registados no SU da ULSCBeira, em 2019

4.5 Substâncias tóxicas

A análise dos dados indicou que as bebidas alcoólicas constituíram as substâncias tóxicas mais frequentemente associadas aos episódios de intoxicação em todas as idades, representando 46,39% dos casos em adultos e 10,31% em crianças/adolescentes, sendo a totalidade destes casos entre os 14 e os 17 anos. Nos mais jovens, também foram registadas intoxicações por fármacos (4,12%), monóxido de carbono (1,03%) e produtos domésticos (1,03%). Nos adultos, além do álcool, verificaram-se casos envolvendo fármacos (19,59%), monóxido de carbono (7,22%), álcool e drogas de abuso (7,22%), pesticidas (1,03%) e chumbo (1,03%) (figura 15).

Os registos do CIAV de 2019 indicam uma maior frequência de intoxicações relacionadas com o uso de medicamentos em comparação com as associadas ao consumo de bebidas alcoólicas, embora estas últimas também apresentem um número significativo de casos. De forma semelhante, os dados do AAPCC apontam que as intoxicações ocorreram, na sua maioria, devido a erros terapêuticos e ao uso inadequado de fármacos. (15)

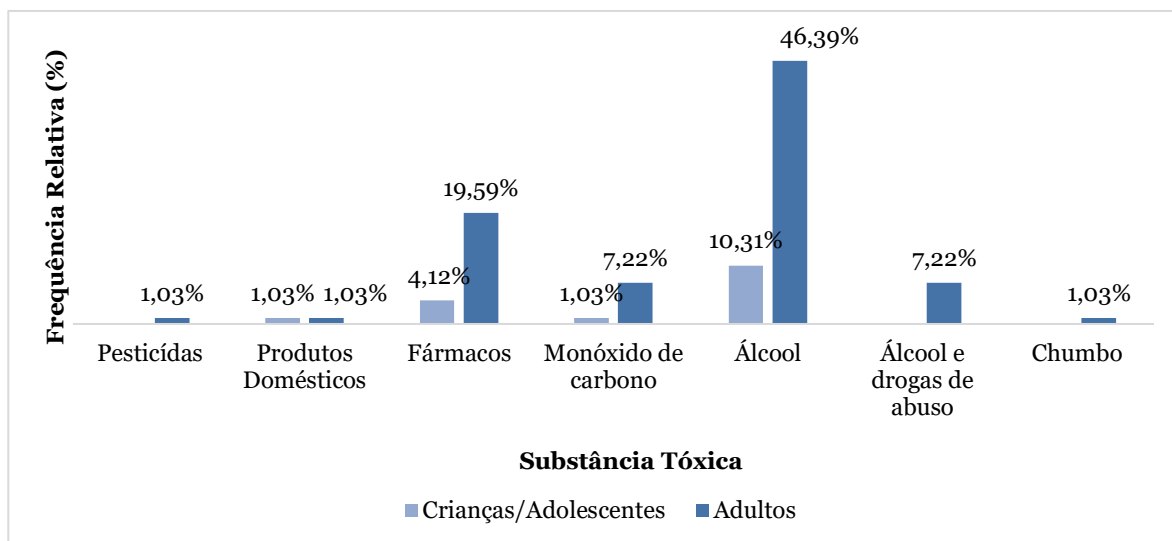


Figura 15 - Substâncias tóxicas registadas nos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019

Vários estudos apontam o álcool como a substância mais frequentemente envolvida em casos de intoxicação. Muñoz et al. (2016) e Bettencourt et al. (2020) identificaram o álcool como o principal agente, seguido por fármacos e, no caso de Bettencourt et al. (2020), também por casos de origem desconhecida.(22,24). Já, Salvado et. al (2013) apresentou uma distribuição distinta, indicando que a maioria das intoxicações foi causada pelo uso de fármacos (89%), seguido pela combinação de fármacos e álcool (10%). (20)

Na maioria dos episódios não foi possível determinar com precisão o agente envolvido, levando a uma classificação genérica, como fármacos, pesticidas, drogas de abuso ou bebidas alcoólicas. Relativamente às classes farmacológicas, apenas foram identificados dois casos específicos: um envolvendo a ingestão de 10 comprimidos de diazepam (10 mg), uma benzodiazepina, acompanhado de comprimidos de quetiapina (200 mg), um antipsicótico e outro pela ingestão de 3 comprimidos de clonazepam (2 mg), também uma benzodiazepina. Contudo, não houve registos de reencaminhamento para consulta de psiquiatria.

Adicionalmente, foi realizada uma análise comparativa entre a substância tóxica e o sexo predominante. De modo geral, observou-se um consumo mais elevado de álcool em

indivíduos do sexo masculino, com 45,36% dos casos, em comparação com 11,34% no sexo feminino. Por outro lado, no que diz respeito ao consumo de fármacos, verificou-se maior prevalência no sexo feminino, com 15,46%, face a 8,25% do sexo masculino (figura 16). Estes dados vão de encontro com o estudo Descamps et. al (2019) onde também se verificou um maior consumo de fármacos em mulheres, comparativamente com homens e em relação ao consumo de álcool verificou-se mais consumo em homens do que em mulheres.(23)

O teste qui-quadrado indicou $p = 0,002$, sugerindo que o tipo de substância varia em função do sexo. Além disso, o teste exato de Fisher confirmou essa relação com $p < 0,001$, sendo considerado mais confiável, uma vez que 64,3% das células apresentaram contagens esperadas inferiores a 5, indicando que homens e mulheres tendem a usar substâncias diferentes. (Anexo II)

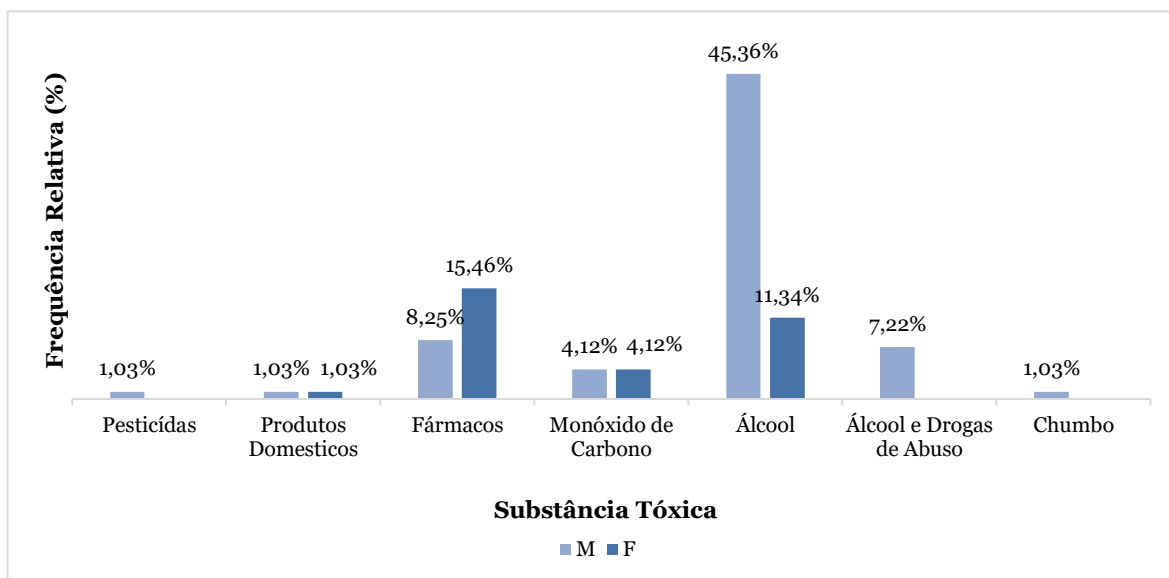


Figura 16 - Distribuição das substâncias tóxicas registadas de acordo com o sexo, dos casos de intoxicação que deram entrada da ULSCBeira, em 2019

4.6 Etiologia

A etiologia de uma intoxicação refere-se à circunstância que levou à exposição da substância tóxica, podendo ser classificada em três categorias:

- **Voluntária:** ocorre quando há uma decisão consciente e intencional por parte do indivíduo em utilizar a substância.
- **Acidental:** refere-se a exposições não intencionais ao agente tóxico, geralmente decorrentes de descuido, erro ou desconhecimento dos riscos associados.
- **Ocupacional:** está relacionada à exposição no ambiente de trabalho.

Neste estudo, a etiologia foi classificada apenas como voluntária ou acidental, com base nos dados fornecidos e foi realizada uma análise mais detalhada por faixas etárias para compreender melhor os padrões dos episódios de intoxicação nos diferentes grupos populacionais.

Entre as crianças de 4 a 11 anos, a maioria das intoxicações foi acidental (3,09%), enquanto as intoxicações voluntárias foram pouco expressivas (1,03%). Nos adolescentes de 12 a 17 anos, observa-se um aumento significativo das intoxicações voluntárias, atingindo 12,37%, sem registo de intoxicações acidentais, o que pode estar associado a comportamentos de risco típicos desta fase da vida. Na faixa etária dos 18 a 24 anos, as intoxicações voluntárias continuam a ser predominantes, com uma frequência de 14,43%, enquanto os casos acidentais são pouco representativos, com 1,03%. Entre os 25 e os 34 anos, as intoxicações voluntárias diminuíram para 8,25% enquanto as acidentais representam 2,06%, uma tendência semelhante à observada no grupo de 35 a 44 anos, com 5,15% de intoxicações voluntárias e 2,06% de acidentais, o que sugere uma relativa estabilidade no padrão de intoxicações nessa fase adulta.

Já entre os 45 e os 59 anos, as intoxicações voluntárias aumentam significativamente, atingindo 31,96%, um valor consideravelmente superior ao das faixas etárias anteriores, enquanto as intoxicações acidentais permanecem em 2,06%. Nos idosos (≥ 60 anos), há uma inversão do padrão, com as intoxicações acidentais tornando-se predominantes (10,31%), enquanto as intoxicações voluntárias representam 6,19% (figura 17). Estes últimos resultados podem ser explicados por diversos fatores associados ao envelhecimento, incluindo o declínio das funções cognitivas, que aumenta a probabilidade de erros na administração de medicamentos, a polimedicação comum nessa faixa etária, a diminuição do metabolismo ou a falta de informação ou compreensão sobre o uso correto dos medicamentos, tornando essa população particularmente vulnerável. De forma geral, os dados indicam que as intoxicações voluntárias são mais frequentes entre adolescentes, adultos jovens e pessoas de meia-idade, enquanto as intoxicações acidentais ocorrem principalmente em crianças e idosos, podendo estar associado à vulnerabilidade associada a cada fase.

Segundo o CIAV, no mesmo ano, as intoxicações em adultos ocorreram maioritariamente de forma voluntária, enquanto nas crianças foram, na sua maioria, acidentais. Por sua vez, de acordo com o AAPCC, a maioria dos casos foram de origem não intencional.(15) O estudo Salvado (2013) et. al e Salgueiro et. al (2016) também verificaram mais casos de intoxicação voluntárias, com 73,27% e 95,1%, respetivamente. (20,25)

O teste exato de Fisher ($p < 0,001$) indicou uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de substância e a etiologia, sugerindo que algumas substâncias estão mais frequentemente associadas a intoxicações voluntárias ou acidentais. (Anexo III)

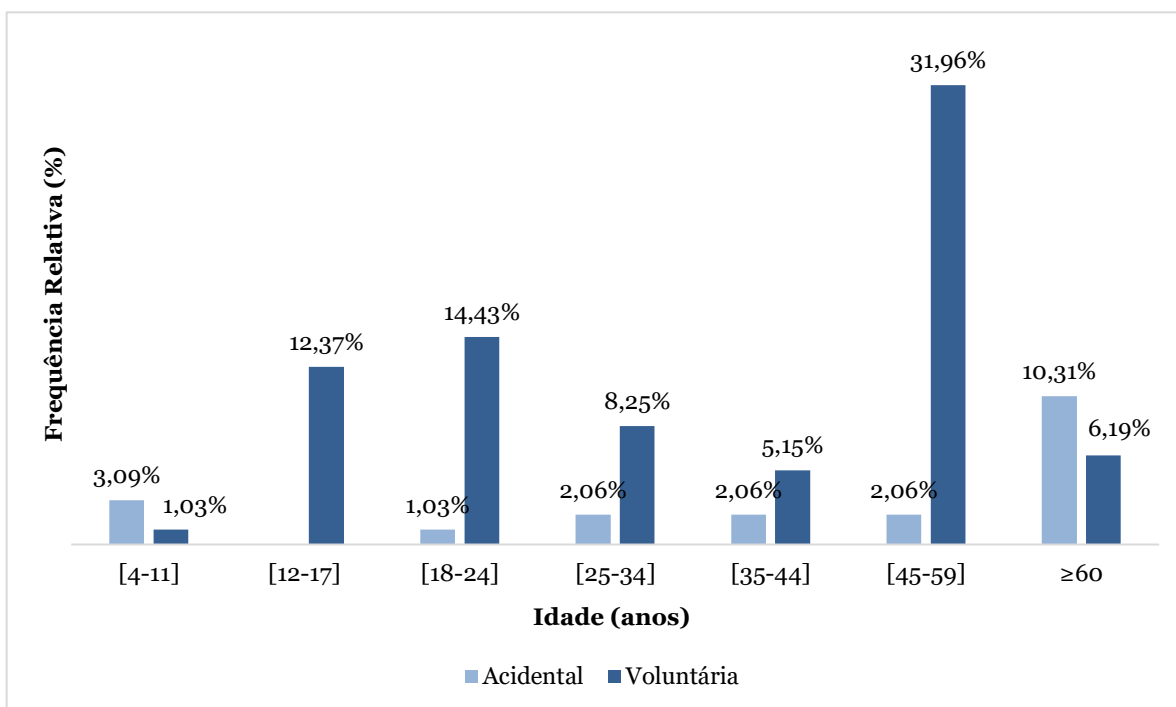


Figura 17 - Distribuição por idades da etiologia dos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019

Neste estudo, avaliou-se adicionalmente a existência de ideação suicida dentro da população com os episódios de intoxicação. Confirmou-se que 7,22% tinha ideação suicida e eram adultos, enquanto 52,58% dos casos não indicaram tal intenção. Contudo, em 23,71% dos episódios, não havia qualquer registo sobre este aspeto, o que limita a precisão da análise. Nas crianças/adolescentes 11,34% dos episódios não apresentavam ideação suicida e apenas 1,03% indicavam essa intenção, sendo que todos os registos correspondiam a adolescentes. Para essa faixa etária, em 4,12% dos casos, o parâmetro não foi especificado (figura 18).

Os dados obtidos encontram paralelismo com outros estudos. No estudo de Lopes et. al (2019), a ausência de ideação suicida apresentou uma taxa superior (57%) em comparação com a presença de ideação suicida (33%), enquanto apenas 10% dos casos não tinham essa informação registada.(21) Já no estudo de Salvado et.al (2013), a ideação suicida esteve presente em 35,14% dos episódios de intoxicação, sendo também inferior à ideação não suicida, que representou 64,86% dos casos.(20)

O teste qui-quadrado para a relação entre o sexo e a ideação suicida apresentou um valor de $p = 0,154$. Como $p > 0,05$, não há evidência estatística suficiente para concluir que existe uma associação entre essas variáveis. (Anexo IV)

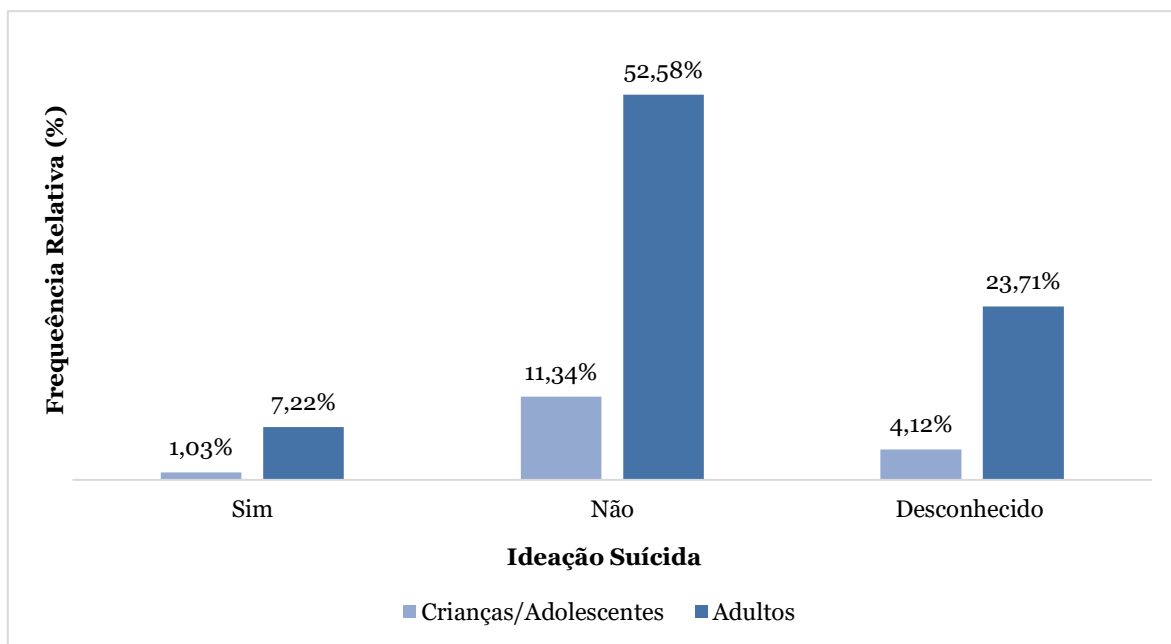


Figura 18 - Distribuição da ideação suicida, nos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019

4.7 Destino

A distribuição relativa ao destino após o atendimento, evidenciou algumas tendências significativas. O destino mais comum foi "Exterior Não Referenciado", representando 22,68% dos episódios, seguido por "Administração Regional de Saúde (ARS)/Centro de Saúde" (21,65%) e "Serviço de Internamento" (15,46%). Por outro lado, os destinos menos frequentes incluíram "Outro Hospital" (1,03%) e "Domicílio" (2,06%). Além disso, "Saída Contra Parecer Médico" representou 3,09% dos casos, enquanto "Abandono" teve uma taxa de 6,19% (figura 19).

O estudo de Zohre et. al (2015) indicou que 22,4% dos casos necessitou de internamento, sendo uma percentagem semelhante com a do estudo presente. (27) No estudo de Salgueiro et. al (2016), a maioria dos casos foi "Exterior não referenciado", contudo, a taxa de abandono, foi superior à de "Encaminhamento para Centro de Saúde" e "Internamento". (25) No estudo Salvado et. al (2013), a taxa de internamento foi de 46,53% e a saída contra parecer do médico teve uma taxa de 2,97%, sendo semelhante à deste estudo.(20)

O teste qui-quadrado apresentou $p = 0,118$, indicando que não há evidência estatística suficiente para afirmar que o destino varia de acordo com o sexo. O teste exato de Fisher também não demonstrou uma associação significativa ($p = 0,057$), embora esteja próximo do limiar de $0,05$. Além disso, 56,3% das células apresentam contagens esperadas menores que 5, o que pode comprometer a validade do qui-quadrado, tornando o teste exato de Fisher mais adequado para a interpretação. Ainda assim, não há uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e o destino dos indivíduos analisados. (Anexo V)

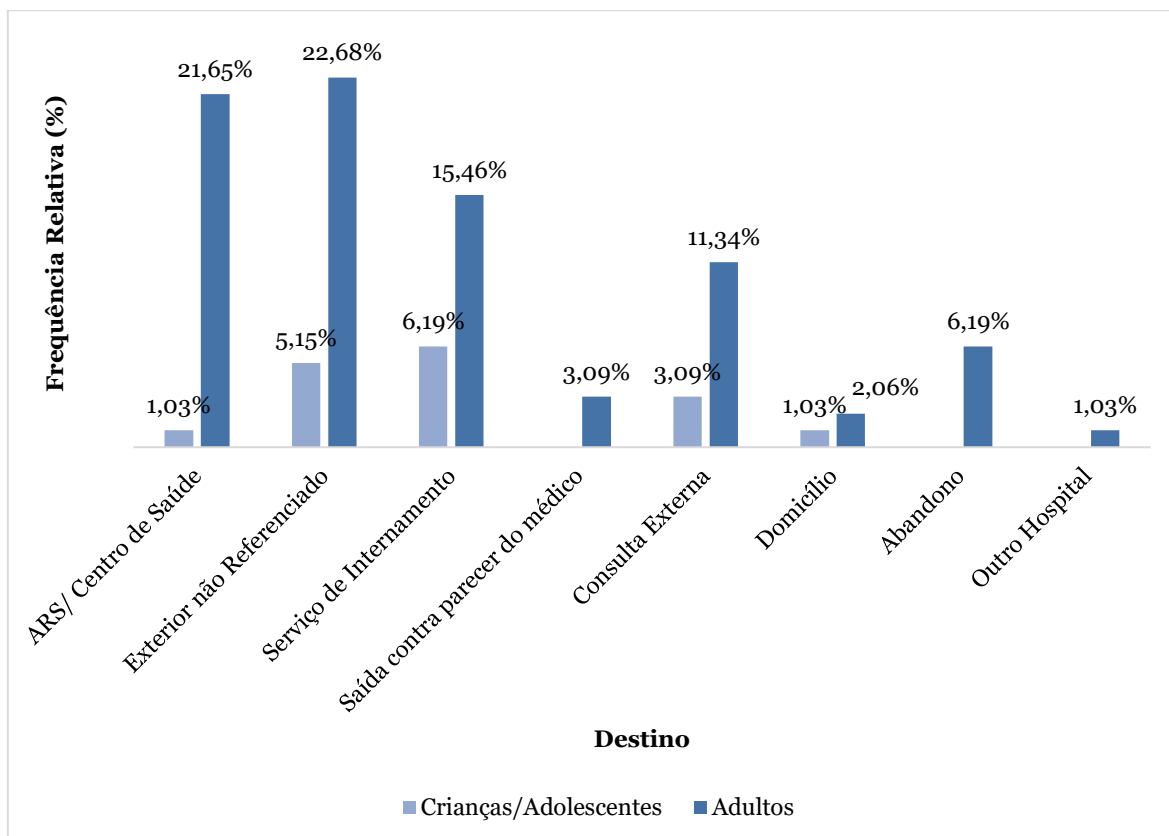


Figura 19 - Destino dos casos de intoxicação que deram entrada no SU da ULSCBeira, em 2019

4.8 Internamento

A análise demonstrou que a maioria dos episódios não necessitou de internamento, ainda assim houve um total de 21 episódios. Desses casos, a maioria necessitou apenas de um dia de internamento, especialmente crianças/adolescentes (31,25%). Os internamentos de dois dias foram menos frequentes, ocorrendo em 1,03% das crianças/adolescentes e 2,06% dos adultos. Já os internamentos de três dias foram ainda mais raros, registrando 2,06% apenas em adultos, sem ocorrências entre os mais jovens.

Os casos de internamento mais prolongados (≥ 4 dias) foram exclusivos da população adulta, representando 5,15% dos casos (figura 20). Tal como observado no estudo de Descamps et. al (2019), a situação mais comum foi não precisar de hospitalização, seguida por um internamento curto de 1 dia. (23)

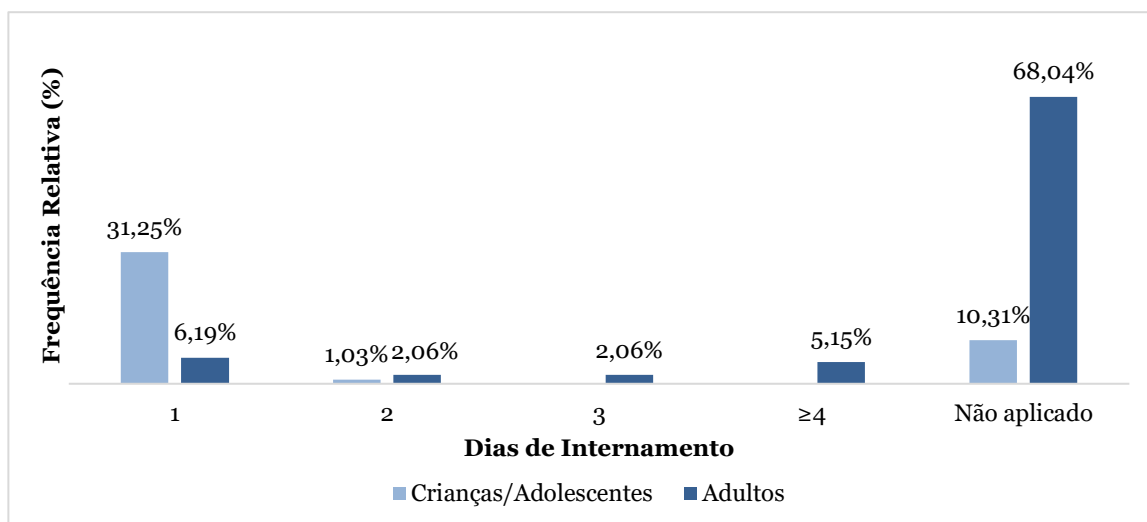


Figura 20 - Dias de internamento dos casos de intoxicação da ULSCBeira, em 2019

4.9 Tratamento

O tratamento envolveu uma abordagem multidisciplinar e personalizada a cada situação clínica. A partir da análise dos dados, foram obtidas informações gerais sobre as abordagens terapêuticas mais comuns.

As intoxicações alcoólicas foram predominantemente tratadas com fluidoterapia, destinada à reposição de líquidos e eletrólitos. Essa foi a terapia mais frequentemente administrada, com 17,53% dos casos em adultos e 8,25% em crianças/adolescentes. Em alguns casos, a fluidoterapia foi combinada com a administração de tiamina (vitamina B1), com o objetivo de prevenir complicações neurológicas, sendo administrada em 7,22% dos adultos e 1,03% das crianças/adolescentes. No caso de intoxicações por monóxido de carbono, a oxigenoterapia foi o tratamento utilizado, tendo sido aplicada em 5,15% dos episódios em adultos e 1,03% em crianças/adolescentes. É fundamental a vigilância clínica contínua para monitorizar e detetar precocemente sinais de complicações e aplicar terapia de suporte, com o objetivo de aliviar sintomas como náuseas, vômitos, cefaleias e sonolência. Ambas estas abordagens podem ser aplicadas isoladamente ou em combinação com outros tratamentos (figura 21).

Apesar da implementação de tratamentos eficazes, observou-se uma elevada taxa de abandono do SU, com 12,37% dos adultos optando por deixar o atendimento antes da conclusão do tratamento. Além disso, em 7,22% dos casos em adultos e 1,03% em

crianças/adolescentes, não foi referido qual o tratamento administrado, o que representa uma limitação importante no estudo. Muitos dos registos estavam pouco claros ou incompletos, o que também dificultou uma análise detalhada e precisa dos tratamentos.

O estudo de Descamps et. al (2019) destacou a utilização de tiamina em 32,1% dos casos de intoxicação alcoólica, juntamente com a terapia de suporte. (23) No estudo de Borrego et. al (2016) o mais aplicado foi terapia de suporte em 67,16% dos casos e no estudo Salvado et. al (2013) o mais utilizado foi “Lavagem Gástrica e/ou Administração de Carvão Ativado + Tratamento de Suporte”, em 17,82% dos casos, seguido de “Não Determinado/Nenhum”, em 15,84%.(20,26)

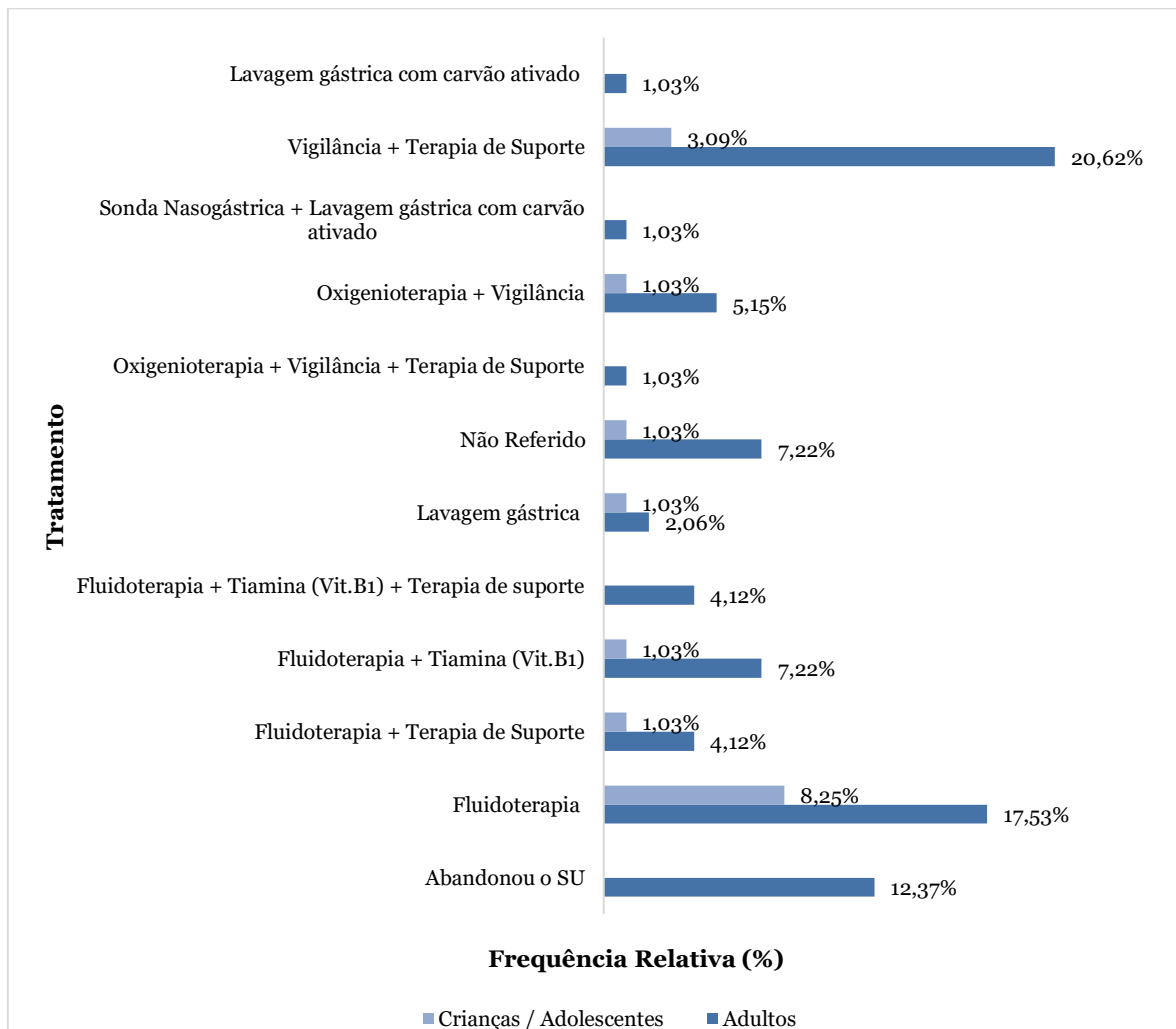


Figura 21 - Tratamento aplicado aos casos de intoxicação da ULSCBeira, em 2019

4.10 Taxa de mortalidade

A análise da taxa de mortalidade associada a casos de intoxicação não revelou óbitos. Esse resultado pode estar associado a diversos fatores, como a eficácia do atendimento médico, a rápida identificação e intervenção no tratamento das intoxicações, além da gravidade relativamente baixa da maioria dos casos registados.

5. Limitações do estudo

O presente trabalho de investigação apresentou diversas limitações, especialmente devido ao seu carácter retrospectivo. Uma das principais dificuldades surgiu com a atualização do programa utilizado na ULSCBeira após o ano 2019, o que complicou a obtenção dos dados, obrigando ao uso de bases de dados antigas. Como consequência, a precisão das informações foi afetada, sendo que os registos estavam, em grande parte, incompletos, ambíguos e em alguns casos, duvidosos quanto à sua veracidade.

Outro aspeto relevante foi o facto de alguns indivíduos terem sido atendidos várias vezes no SU com o mesmo tipo de intoxicação, sendo atribuído o mesmo número de processo a cada episódio. Esse fator complicou a análise dos dados, pois foi necessário considerar que se tratava da mesma pessoa, mas em episódios distintos de atendimento, o que foi considerado, consoante o parâmetro de análise. Além disso, a análise de processos clínicos também apresentou limitações, com informações cruciais frequentemente ausentes nos registos.

Em função dessas limitações, não foi possível alcançar dois dos objetivos propostos no estudo, nomeadamente a identificação do “Intervalo de horas de maior afluência de intoxicações ao SU” e de “Antecedentes toxicológicos/psiquiátricos” dificultando uma análise mais robusta e minuciosa dos padrões de intoxicação e consequentemente comprometendo conclusões mais precisas e exatas.

6. Conclusão

As intoxicações provenientes da exposição a diferentes agentes tóxicos representam um desafio crescente para os serviços de saúde, exigindo uma resposta eficaz e célere por parte das equipas médicas. Diante desse cenário, é essencial que os profissionais de saúde detenham um conhecimento aprofundado sobre a sintomatologia característica e os agentes mais frequentemente envolvidos nesses quadros clínicos, o que é fundamental para garantir a implementação de medidas terapêuticas adequadas e em tempo oportuno.

Os dados obtidos no SU da ULSCBeira em 2019, ano pré-pandémico, evidenciaram que a maioria dos casos envolveu indivíduos do sexo masculino, predominantemente entre os 45 e os 59 anos. O maior número de intoxicações em adultos ocorreu no mês de dezembro, enquanto em crianças/adolescentes registou-se picos em novembro e fevereiro. No momento da admissão, a maioria dos utentes apresentou sintomas (54,64% dos adultos e 12,37% das crianças), sendo os casos mais frequentes associados ao consumo de álcool e fármacos. A principal via de contacto foi a oral (71,13% em adultos e 15,46% em crianças/adolescentes), seguida pela inalatória (8,25% em adultos e 1,03% em crianças/adolescentes).

A etiologia predominante foi voluntária, sobretudo entre adolescentes dos 12 aos 17 anos (12,37%), assim como nos jovens adultos (14,43%) e adultos dos 45 aos 59 anos (31,96%). Por outro lado, as intoxicações acidentais foram mais frequentes em crianças dos 4 aos 11 anos (3,09%) e idosos (10,31%), refletindo os perfis de risco e vulnerabilidade.

Relativamente ao destino, a maioria recebeu alta sem necessidade de acompanhamento específico (22,68% dos adultos e 5,15% das crianças/adolescentes) ou foi encaminhada para cuidados primários (21,65% adultos e 1,03% crianças/adolescentes). A taxa de internamento foi relativamente baixa e quando necessária, teve geralmente curta duração. O tratamento mais comum incluiu fluidoterapia para intoxicações alcoólicas e oxigenoterapia para intoxicações por monóxido de carbono, sendo a vigilância clínica fundamental para a gestão dos sintomas e prevenção de complicações.

Os dados obtidos reforçaram tendências já descritas na literatura e sublinham a necessidade de medidas preventivas mais eficazes, especialmente em relação aos grupos de maior vulnerabilidade. Para que futuros estudos sejam ainda mais precisos e representativos, é essencial que os profissionais de saúde realizem um registo mais detalhado dos casos de intoxicação, garantindo uma base de dados mais fiável. Além disso, a ampliação desses estudos a nível nacional permitiria traçar um perfil mais completo das intoxicações em Portugal.

7. Bibliografia

1. Hayes AN, Gilbert SG. Historical milestones and discoveries that shaped the toxicology sciences. In: Luch A, editor. *Molecular, clinical and environmental toxicology*. Volume 1: *Molecular toxicology*. Basel: Birkhäuser Verlag; 2009. p. 1-36.
2. Gallo MA. History and scope of toxicology. In: Klaassen CD, editor. *Casarett and Doull's toxicology: the basic science of poisons*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 1–10.
3. Barile FA. Introduction. In: Barile FA. *Barile's clinical toxicology: principles and mechanisms*. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2019. p. 3-10.
4. Hodgson E. Introduction to toxicology. In: Hodgson E, editor. *A textbook of modern toxicology*. 4th ed. Hoboken: Wiley; 2010. p. 3–14.
5. European Chemicals Agency (ECHA). [Internet]. [citado 2024 nov 30]. Disponível em: <https://poisoncentres.echa.europa.eu/pt/about-us>
6. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). CIAV - Centro de Informação Antivenenos [Internet]. [citado 2024 nov 30]. Disponível em: <https://www.inem.pt/category/servicos/centro-de-informacao-antivenenos/>
7. Serviço Nacional de Saúde (SNS). Intoxicação e venenos [Internet]. [citado 2024 dez 13]. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/intoxicacoes-e-envenenamentos>
8. Donroe JH, Tetrault JM. Recognizing and caring for the intoxicated patient in an outpatient clinic. *Med Clin North Am*. 2017;101(3):573-86. doi:10.1016/j.mcna.2016.12.012.
9. Gedik MS, Hakkoymaz H, Kilci AI, Kuçuk OF. General approach to cases of drug intoxication. *Eurasian J Crit Care*. 2023;5(1):17-21. doi:10.55994/ejcc.1237689.
10. Thompson TM, Theobald J, Lu J, Erickson TB. The general approach to the poisoned patient. *Dis Mon*. 2014;60(11):509-24. doi: 10.1016/j.disamonth.2014.10.002
11. Sarkar S, Bhatia G, Dhawan A. Clinical practice guidelines for assessment and management of patients with substance intoxication presenting to the emergency department. *Indian J Psychiatry*. 2023; 65(2):196-211. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_490_22.
12. Ghannoum M, Roberts DM. Management of poisonings and intoxications. *Critical Care Nephrology and Acute Kidney Injury*. 2023; 18: 1210–1221. doi.org/10.2215/CJN.0000000000000057
13. World Health Organization (WHO). *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs*. Geneva: WHO; 2022.
14. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. *Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e Evoluções*. Lisboa; OEDT; 2021.
15. Gummin DD, Mowry JB, Beuhler MC, Spyker DA, Brooks DE, Dibert KW. *Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System: 37th*

- Annual Report. Clin Toxicol; 2020; 58(12): 1360-1541, doi:10.1080/15563650.2020.1834219.
16. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Relatório de Atividades específicas desenvolvidas nos Centros de Orientação de Doentes Urgentes, 2019 [Internet]. [citado 2025 jan 15].
 17. Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. História [Internet]. Covilhã; [citado 2025 jan 15]. Disponível em: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/apresentacao/historia/>
 18. Instituto Nacional de Emergência Médica. Relatório de Atividades específicas desenvolvidas nos Centros de Orientação de Doentes Urgentes, 2023 [Internet]. Lisboa: INEM; [citado 2025 jan 15].
 19. Kaya E, Yilmaz A, Saritas A, Colakoglu S, Baltaci D, Kandis H, Kara IH. Acute intoxication cases admitted to the emergency department of a university hospital. World J Emerg Med. 2015;6(1):54-59. doi:10.5847/wjem.j.1920-8642.2015.01.010
 20. Salvado ASS. Caracterização de Intoxicações Medicamentosas no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar da Cova da Beira [dissertação de mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2013.
 21. Lopes ECF. Caracterização de intoxicações no Serviço de Urgência do Hospital de Braga [dissertação de mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2019.
 22. Muñoz R, Borobia AM, Quintana M, Martínez A, Ramírez E, Muñoz M, et al. Outcomes and costs of poisoned patients admitted to an adult emergency department of a Spanish tertiary hospital: Evaluation through a toxicovigilance program. Plos One. 2016; 11(4):e0152876. doi:10.1371/journal.pone.0152876
 23. Descamps A-MK, Vandijck DM, Buylaert WA, Mostin MA, De Paepe P. Characteristics and costs in adults with acute poisoning admitted to the emergency department of a university hospital in Belgium. Plos One. 2019; 14(10): e0223479. doi:10.1371/journal.pone.0223479
 24. Bettencourt JN. Perfil das intoxicações no serviço de urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça [dissertação de mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2020.
 25. Salgueiro ARM. Casuística das intoxicações clínicas em Portugal: Perfil das intoxicações nos serviços de urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro. [dissertação de mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2016.
 26. Borrego CMM. Casuística e perfil das intoxicações agudas atendidas no Serviço de Urgência do Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco. [dissertação de mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2016.
 27. Zöhre E, Ayrik C, Bozkurt S, Köse A, Narci H, Çevik I, et.al Retrospective analysis of poisoning cases admitted to the emergency medicine. Arch Iran Med. 2015;18(2):117-122

Capítulo 2 - Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária

1. Introdução

A farmácia comunitária (FC) representa das principais áreas de atuação dos farmacêuticos, desempenhando um papel crucial como ponto de contacto entre o sistema de saúde e a comunidade. Para muitos, é o primeiro ponto de contacto com um profissional de saúde, garantindo o acesso seguro aos medicamentos, promovendo educação em saúde e incentivando o uso consciente e responsável destes, assumindo o farmacêutico comunitário um papel de proximidade e de confiança.

Dada a sua relevância, considero a experiência prática, através de um estágio curricular no final do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), fundamental, pois permite consolidar conhecimentos, compreender as responsabilidades inerentes à profissão e contactar diretamente com situações reais e práticas, preparando-nos para o futuro e para as exigências do setor.

O presente relatório descreve a minha experiência no meu estágio curricular, que se realizou na Farmácia Grave (FG), no período compreendido entre 9 de setembro e 29 de novembro de 2024, sob a orientação da Dr.^a Ana Roxo, diretora técnica, e da restante equipa.

2. Caracterização e Organização da Farmácia Grave

2.1 Localização e Contextualização Histórica

Localizada no centro de Castelo Branco, a FG foi inaugurada em fevereiro de 1907, na Rua de Santo António, sendo considerada a mais antiga da cidade. Mantendo-se no legado familiar ao longo de mais de um século, está atualmente sob a propriedade da farmacêutica Dr.^a Maria João Afonso. Recentemente, a mesma proprietária adquiriu uma farmácia do mesmo grupo na cidade de Tomar, estabelecendo uma gestão interligada e colaborativa entre as duas farmácias.

2.2 Horário de Funcionamento

O estabelecimento funciona das 8 horas e 30 minutos às 19 horas e 30 minutos, de segunda-feira a sábado, sem interrupção para almoço, durante todo o ano, exceto entre junho e setembro, quando o horário habitual de funcionamento é estendido até às 20 horas e 30

minutos. O serviço permanente consiste em assegurar a dispensa de medicamentos durante algumas noites, domingos e feriados e é um sistema rotativo com as demais farmácias da cidade, sendo assegurado pela FG a cada onze dias.

2.3 Espaço Físico da FG

2.3.1 Espaço Exterior

A FG é facilmente identificável através do letreiro “Farmácia Grave”, e pela cruz verde, alusiva às Farmácias Portuguesas, permanentemente iluminada durante o período de funcionamento, como ilustrado na figura 22 e conforme o indicado no manual de Boas Práticas Farmacêuticas (BPF). (1) A farmácia tem duas portas de entrada automáticas em vidro, e, na lateral de cada uma delas, é possível consultar o horário, os contactos e o escalonamento semanal das farmácias de serviço da cidade. É também numa destas portas que se encontra o postigo destinado ao atendimento durante as noites de serviço.



Figura 22 - Identificação exterior da FG

Na FG existem quatro montras. A primeira montra, fica junto à zona de atendimento e é decorada quinzenalmente pelo grupo Mais Farmácia. A segunda montra da área de atendimento e uma das montras do gabinete de atendimento personalizado (GAP), são decoradas com temas variados, como referências a atividades temáticas desenvolvidas pela farmácia ou campanhas promocionais dos laboratórios com os quais a FG tem parceria. A quarta e última montra fica no GAP e é regularmente decorada pelas educadoras do Jardim Escola João de Deus, de Castelo Branco, com trabalhos feitos pelas crianças, no âmbito de um protocolo estabelecido.

2.3.2 Espaço Interior

O interior da farmácia encontra-se organizado, funcional e dividido em zona de atendimento, armazém, dois gabinetes para a prestação de serviços farmacêuticos, um laboratório, uma copa e duas casas de banho, ambas com acesso pelo armazém ou pela copa.

Zona de Atendimento

É neste local que são realizados os atendimentos e, para tal, a FG tem quatro balcões, cada um equipado com computador com acesso ao Sifarma, leitor de código de barras e QR *codes*, terminal de multibanco, caixa para o dinheiro, impressora de talões e uma impressora que imprime etiquetas com a posologia e que são coladas nas caixas dos medicamentos no momento da sua dispensa, garantindo clareza sobre a sua correta utilização. Na parte interior dos balcões, encontram-se gavetas onde são organizadas as reservas previamente pagas, bem como alguns medicamentos que não estão nos lineares da farmácia, mas que são frequentemente solicitados pelos utentes, tornando o atendimento mais eficiente. Ainda junto ao balcão, encontra-se exposta uma placa, que apresenta de forma clara os serviços farmacêuticos disponibilizados pela FG e os seus respetivos preços.

Atrás dos balcões existem prateleiras, localizadas de forma a não estarem ao alcance do utente, onde estão expostos os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), organizados de acordo com a gestão de categorias: «Higiene e Cuidado Íntimo», «Vitaminas e Minerais», «Cansaço Físico e Mental», «Ossos e Articulações», «Cuidado Oral», «Piolhos», «Pernas Cansadas e Hemorroidas», «Dor de Garganta e Rouquidão», «Tosse», «Nariz Entupido», «Gripe e Constipação», «Dor e Febre», «Dor Muscular», «Digestão e Gases», «Deixar de Fumar», «Cuidado do Pé», «Coração e Sangue», «Reforço Imunitário», «Distúrbios Gastrointestinais», «Cabelo», «Emagrecimento e Celulite», «Ansiedade e Insónias», «Saúde Animal» e uma prateleira exclusiva para produtos do cartão das farmácias. Estes lineares são ajustados conforme as necessidades sazonais, ou seja, no outono e inverno, há um reforço para sintomas gripais, constipações e sistema imunitário, enquanto na primavera e verão aumenta-se a exposição de produtos para picadas de insetos e alergias.

Ao alcance do utente, a FG tem dois armários e neles estão principalmente expostos produtos de dermocosmética e produtos destinados ao cuidado do bebé. O espaço conta ainda com uma pequena sala com cadeiras que os utentes podem utilizar enquanto esperam para ser atendidos.



Figura 23 - Zona de atendimento da FG

Gabinete de Atendimento Personalizado

A FG, tem dois gabinetes dedicados à prestação de serviços farmacêuticos. O gabinete principal, de maior dimensão, está equipado com marquesa, mesa e cadeiras, sendo o principal espaço onde a maioria dos serviços é realizada. Para situações em que este se encontra ocupado, a farmácia dispõe de um segundo gabinete, menor, mas igualmente funcional, e com todo o material necessário que não incluem a necessidade de utilizar a marquesa. Desta forma, permite a prestação de serviços em simultâneo, garantindo eficiência e continuidade no atendimento aos utentes.

São prestados os seguintes serviços:

- a) Medição de Parâmetros Fisiológicos, como, glicémia, colesterol total, triglicéridos e ácido úrico;
- b) Medição da Pressão Arterial;
- c) Administração de Vacinas (não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (PNV));
- d) Testes de Gravidez;
- e) Administração de Injetáveis;
- f) Análise de Infecção Urinária;

- g) Testes Streptococcus A;
- h) Serviço Trag Covid-19;
- i) Pensos e Feridas;
- j) Preparação Individualizada da Medicação (PIM);
- k) Consultas de Nutrição, nas quartas e sextas-feiras, por uma nutricionista;
- l) Consultas de Podologia, que são agendadas consoante a disponibilidade da enfermeira;
- m) Consultas de Massagem Terapêutica e Desportiva, uma vez por mês, consoante a disponibilidade do terapeuta;
- n) Consultas de Cessação Tabágica, realizadas pela farmacêutica responsável;
- o) Serviço de Terapia da Fala, que é agendado consoante a disponibilidade da terapeuta.



Figura 24 - Fotografias do gabinete principal de atendimento personalizado

Laboratório

O laboratório é o local destinado à prepara o dos medicamentos manipulados e prepara es extemporâneas. Este espaço dispõe de uma bancada lisa e de um armário onde estão armazenadas as matérias-primas e o material necessário, seguindo as diretrizes estabelecidas pela Delibera o n  1500/2004, de 29 de dezembro. (2) Além disso, há uma prateleira destinada ao arquivo do Formulário Galénico Português (FGP), para facilitar a sua consulta, caso necessário, bem como para o arquivo dos dossiês das fichas de prepara o dos medicamentos manipulados e dos boletins de análise das matérias-primas. Nesta divisão, a FG dispõe de um armário trancado   chave, para o armazenamento de medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, assegurando um controlo rigoroso e a segurança dos mesmos.

Armazém da Farmácia

O armazém é uma área de acesso restrito, equipado com armários devidamente identificados, facilitando o acesso e a visualização dos medicamentos. A organização é feita por ordem alfabética, com uma subdivisão por ordem crescente de dosagem e, em seguida, por ordem alfabética de laboratório. Durante o armazenamento, é crucial prestar atenção ao prazo de validade, aplicando o princípio *First-Expire, First-Out (FEFO)*, ou seja, produtos com um prazo de validade menor devem ser colocados à frente ou por cima dos restantes, garantindo que sejam dispensados primeiro, de forma a minimizar o risco de desperdício. A organização no armazém está dividida em categorias específicas para otimizar o acesso, nomeadamente, «Comprimidos/Cápsulas», «Soluções Cutâneas», «Carteiras», «Ampolas», «Soluções Oraís», «Soluções Auriculares», «Colírios», «Soluções Intestinais», «Supositórios», «Inaladores», «Cremes/Óvulos Vaginais», «Soluções Injetáveis», «Higiene Íntima», «Desodorizantes», «Produtos Ortopédicos», «Aglulhas», «Tiras de Teste/Lancetas/Sensores», «Higiene Oral», «Chás», «Compressas», e um armário onde são armazenados temporariamente excessos de produtos antes de serem colocados na zona de atendimento.

As encomendas são todas rececionadas no armazém, que está equipado com duas secretárias, cada uma com um computador conectado ao sistema Sifarma e com um leitor de código de barras e QR codes. Além disso, tem três tipos de impressoras, uma para a emissão de talões, outra para etiquetas e uma impressora comum. Adicionalmente, o armazém tem um frigorífico para armazenar os medicamentos que requerem refrigeração.

No armazém existe um armário específico com prateleiras devidamente identificadas e organizadas em várias categorias, entre as quais:

- Validades inferiores a seis meses: onde, mensalmente, são colocados os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) com validade próxima de expirar, de forma que sejam dispensados com prioridade;
- Produtos sem rotatividade: destinada aos produtos que permanecem por longos períodos na farmácia sem serem solicitados;
- Quebras: onde são colocados os produtos para quebra, utilizados nos serviços;
- Devoluções: para produtos que precisam ser devolvidos ao fornecedor;
- Reservas não pagas: onde são guardadas as reservas até que sejam pagas e levantadas;
- Produtos com o dispositivo anti-adulteração quebrado: quando o produto vem com o QR code danificado, impossibilitando a leitura.

O objetivo dessa organização é garantir a eficiência na gestão do *stock* de forma organizada, assegurando a acessibilidade e a rastreabilidade, além de evitar desperdícios e perdas financeiras.

2.4 Quadro Pessoal da FG

A equipa da FG é constituída pelas seguintes profissionais:

- Dr.^a Maria João Afonso – Farmacêutica e Proprietária;
- Dr.^a Ana Roxo – Farmacêutica e Diretora Técnica;
- Dr.^a Adriana Valente – Farmacêutica;
- Dr.^a Catarina Martins – Farmacêutica;
- Mariana Pais – Técnica de Farmácia;
- Dr.^a Rita Mestre – Farmacêutica;
- Dr.^a Sílvia Simões – Farmacêutica.

No total, a equipa conta com seis farmacêuticas e uma técnica de farmácia. Embora todas estejam devidamente preparadas para desempenhar qualquer tarefa, a organização interna atribui responsabilidades específicas a cada elemento, o que permite uma gestão mais eficiente e um funcionamento otimizado.

2.5 Sistema Informático

O programa informático utilizado é o Sifarma, fornecido pela Glintt - *Global Intelligent Technologies*. O acesso ao programa, requer um código de acesso individual, assegurando que todas as atividades são registadas com a identificação do responsável pela sua execução. Durante o meu estágio, foi-me atribuído um código pessoal para esse efeito.

Atualmente, algumas tarefas já são realizadas no novo módulo de atendimento do Sifarma, como a receção de encomendas e atendimentos. Não obstante, a transição entre módulos ainda é necessária, visto que algumas funcionalidades específicas estão disponíveis apenas no Sifarma 2000, como a receção de encomendas manuais, pedido da encomenda diária, devoluções e realização de transferências.

3. Informação e Documentos Científicos

Segundo o indicado no artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, e no manual das BPF, as farmácias devem garantir acesso à Farmacopeia Portuguesa (FP), seja em formato físico ou digital, além de outros documentos recomendados pelo Infarmed. (1,3)

Na FG, é possível consultar em formato físico o Prontuário Terapêutico (PT), o FGP e a IX edição da FP, assim como edições mais recentes, em formato digital. Outras fontes de referência incluem o Centro de Informação do Medicamento da Ordem dos Farmacêuticos (OF), o Centro de Documentação e Informação de Medicamentos da Associação Nacional das Farmácias (ANF), o Infomed (base de dados do Infarmed) e o próprio Sifarma que disponibiliza uma secção com informação científica e que pode ser facilmente consultada.

4. Aquisição e Armazenamento de Encomendas

O meu primeiro mês foi inteiramente nesta parte, o que foi fundamental para conhecer a organização da farmácia. Este primeiro contacto ajudou-me a familiarizar com os produtos que chegavam diariamente à FG e associar o nome dos princípios ativos aos respetivos nomes comerciais, algo que não é aprofundado ao longo do MICF. Posteriormente, a transição para a zona de atendimento tornou-se mais fácil, pois consegui localizar rapidamente o que me era solicitado, o que não só agilizou o atendimento, como também contribuiu para uma interação mais eficiente com os utentes.

4.1 Fornecedores e Tipos de Encomendas

Os fornecedores da FG são a Alliance Healthcare, a Plural+Udifar e a Empifarma. No entanto, em situações específicas, como a aquisição de uma quantidade maior de medicamentos ou produtos de um laboratório, a farmácia contacta diretamente com os delegados, que, por sua vez, oferecem condições comerciais mais vantajosas, e isto acontece especialmente no caso de produtos de dermocosmética.

Diariamente, são geradas de forma automática encomendas pelo sistema, com base no *stock* máximo e mínimo predefinido para cada produto, sendo esta feita duas vezes por dia à Alliance Healthcare, principal fornecedor. A primeira encomenda é efetuada até às 13 horas e 30 minutos e é entregue por volta das 15 horas e a segunda é feita até às 20 horas e 30 minutos e chega pelas 9 horas e 30 minutos da manhã seguinte. Alguns produtos específicos são pedidos à Plural+Udifar, sendo a encomenda feita até as 13 horas e 30 minutos, com previsão de chegada pelas 15 horas, e outros são solicitados numa encomenda à Empifarma, até as 18 horas, com entrega no dia seguinte, pelas 11 horas e 30 minutos.

Existe também a possibilidade de fazer encomendas instantâneas, geralmente efetuadas no ato de atendimento, quando não está disponível em *stock* o produto solicitado pelo utente. O Sifarma permite consultar a disponibilidade nos diferentes fornecedores, bem como o preço de venda à farmácia (PVF) e o prazo estimado de entrega. Perante estas situações, o utente pode efetuar o pagamento no ato da reserva, a que chamamos “reserva paga”, ou

apenas no ato da recolha, a chamada “reserva não paga”. Após efetuar a reserva o programa emite automaticamente um talão para o utente e outro que fica guardado até que a reserva seja levantada. As “reservas pagas” são organizadas nas gavetas do balcão de atendimento, alfabeticamente pelo nome do utente, enquanto as “reservas não pagas” são armazenadas na prateleira identificada no armazém como “reservas não pagas” e assim que o produto é rececionado, o utente é contactado por telefone para ser informado sobre a disponibilidade.

Outra forma de adquirir medicamentos é a Via Verde, um sistema que permite encomendar medicamentos que se encontrem esgotados nos fornecedores, desde que estejam incluídos na Circular Informativa nº 019/CD/100.20.200, de 15 de fevereiro de 2015, e que sejam solicitados perante número da receita médica válido. (4)

4.2 Receção e Armazenamento de Encomendas

As encomendas chegam à farmácia em contentores de plástico adequados ao seu transporte, sendo que, em casos pontuais, vêm em caixas de cartão, especialmente produtos de dermocosmética. Estas vêm acompanhadas pela respetiva guia de remessa, na qual deve estar indicado o nome da farmácia, o nome do fornecedor, a data de emissão, número da fatura e uma lista de todos os produtos da encomenda, com o respetivo código nacional do produto (CNP), quantidade faturada, PVF, preço de venda ao público (PVP) e cada produto, deve apresentar o respetivo imposto sobre o valor acrescentado (IVA). No fim da guia, deve constar o valor total do pedido e devem ser discriminados todos os produtos solicitados e que não tenham sido enviados e a respetiva justificação. Para cada um dos produtos, deve estar indicado o contentor onde o mesmo se encontra, uma vez que algumas encomendas vêm distribuídas por mais do que um contentor, facilitando desta forma encontrar um produto se necessário.

Os medicamentos que necessitam de ser armazenados no frio, vêm dentro de caixas com placas de gelo, para garantir a sua conservação durante o transporte. Estes contentores vêm identificados, por exemplo, os da Alliance Healthcare têm uma tampa azul, para alertar que se trata de um produto que necessita de refrigeração, para que este seja armazenado o mais brevemente possível.

Quando a encomenda chega deve-se conferir se veio acompanhada pela guia de remessa e se esta vem correta, pois testemunhei algumas situações em que chegaram encomendas sem guia de remessa, ou com esta trocada com outra farmácia e caso estes erros aconteçam é necessário contactar o armazém. Para dar entrada utilizei maioritariamente o novo módulo de atendimento do Sifarma, que agrupa automaticamente as encomendas com o mesmo número de fatura, apenas é necessário verificar a validade de MNSRM, e caso o produto

tenha uma validade inferior aos produtos já disponíveis na farmácia, corrigir no sistema e confirmar as margens e preço de venda, consoante o IVA aplicado. Este novo módulo de atendimento torna o processo mais rápido e intuitivo, emitindo alertas quando há alterações de preço e está interligado com as reservas do sistema, ficando o produto automaticamente disponível para dispensa assim que a receção da encomenda é finalizada. Contudo, números de encomendas feitas manualmente ou pedidas por telefone, são ainda rececionadas no Sifarma 2000. Neste caso, é necessário primeiro criar a encomenda no sistema e só depois se faz a receção, sendo o processo mais demorado e fácil de induzir em erros.

4.3 Marcação de Preços e Etiquetagem

Os MSRM, têm valores de comercialização estabelecidas e fixos pelo Infarmed, garantindo uniformidade nos valores praticados por todas as farmácias. Por outro lado, para os MNSRM e outros produtos de venda livre, o PVP é estabelecido por cada farmácia no momento da receção tendo em consideração o PVF, margem de lucro e o IVA. Após isso, o programa Sifarma processa automaticamente os dados e gera etiquetas com o PVP definido e que são coladas nos respetivos produtos, de forma que estejam todos corretamente identificados, garantindo clareza para o utente. Sempre que o preço de um produto é ajustado essa alteração é imediatamente atualizada no sistema e os produtos são removidos das prateleiras para serem reetiquetados com o novo valor. Em situações de promoções, ou descontos, a indicação é afixada junto ao produto.

4.4 Pedidos de Devoluções

As devoluções podem ocorrer em diversas situações, como por exemplo, quando chegam produtos danificados do fornecedor, quando é feito um pedido por engano, por prazos de validade reduzido, ou o Infamed solicitar a sua retirada do mercado.

O tempo permitido de devolução é diferente para cada distribuidor. A Alliance Healthcare, permite devoluções sem custos até 10 dias seguidos após a data de faturação, já a Plural+Udifar, apenas permite devoluções até 5 dias úteis após a data de faturação, sendo também esta gratuita. No entanto, a Empifarma, permite devoluções até 5 dias úteis, mas apenas isenta custos se o produto estiver danificado.

O processo é realizado no Sifarma 2000, sendo necessário, em primeiro lugar, seleccionar o fornecedor para o qual será feita a devolução, a data e hora de recolha, o produto que queremos devolver, as quantidades correspondentes, o número da fatura de origem e o motivo da devolução. No fim, a guia de devolução é impressa em triplicado e no momento da recolha, o distribuidor leva a original assinada, carimbada e agrafada à duplicada, cola uma etiqueta do fornecedor e assina a folha triplicada que fica guardada na farmácia. Se a

devolução for aceite pelo fornecedor, é efetuado o reembolso, geralmente por meio de uma nota de crédito, ou o produto pode ser substituído. Caso a devolução não seja aceite, o produto retorna à farmácia, e é reintroduzido no *stock*, salvo se estiver danificado, ou fora de validade, em que é feita uma destruição de *stock* e este é descartado no contentor da VALORMED, mediante assinatura de 3 testemunhas.

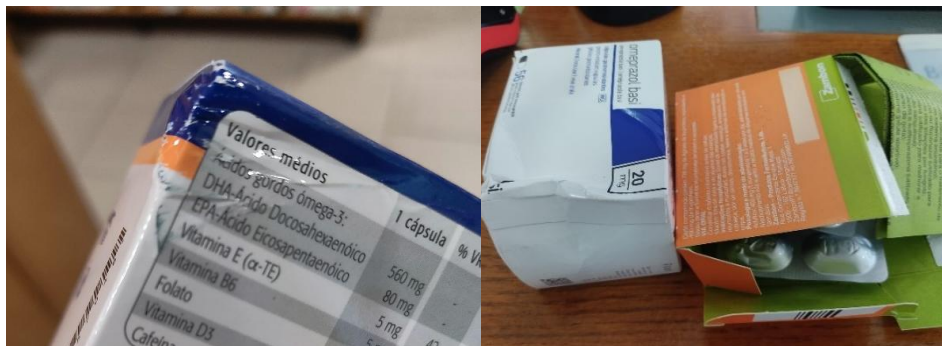


Figura 25 - Exemplos de embalagens danificadas recebidas e posteriormente devolvidas

4.5 Registo da Temperatura e Humidade

A FG tem termohigrómetros na zona de atendimento, no armazém, no frigorífico, no laboratório e no GAP, para garantir as corretas condições de armazenamento em toda a farmácia. A análise é feita semanalmente, normalmente nas segundas-feiras e para isso a farmacêutica responsável utiliza o programa WH4 que emite um gráfico com os registos da última semana que é posteriormente impresso, analisado, assinado por ela e pela diretora técnica e arquivado. Esta confirma se a humidade foi mantida abaixo dos 60%, se a temperatura ambiente no interior da farmácia não ultrapassou os 25°C e se a do frigorífico se manteve entre os 2 e 8°C. (5)

4.6 Controlo de Prazos de Validade

No fim de cada mês, a técnica responsável emite através do Sifarma uma lista de controlo dos produtos cujo prazo de validade termina no mês seguinte e nos próximos seis meses. Todos os produtos cujo prazo de validade expira no mês seguinte são devolvidos ao fornecedor. Os MSRM com validade a terminar nos próximos seis meses são colocados na prateleira etiquetada com "prazo de validade inferior a seis meses", com o objetivo de garantir que são dispensados com prioridade. Quanto aos MNSRM e produtos de venda livre, é colocada uma "borboleta verde" nas embalagens a fim de alertar para validade reduzida. Estas listas são verificadas manualmente, ou seja, verifica-se a validade da embalagem que está em *stock* físico e atualiza-se no programa, de forma a ter a validade mais curta no sistema.



Figura 26 - “Borboleta verde” de controlo de prazo de validade

4.7 Quebras de *Stock*

Existem dois tipos de quebras, as quebras de *stock* e as quebras de IVA. Nas quebras de *stock* o produto não chega ao consumidor e podem ser feitas à medida que a farmácia necessita de matérias para usar nos serviços farmacêuticos, como luvas, máscaras, algodão, pensos e álcool, ou quando um produto acidentalmente parte, como por exemplo um xarope. No caso de quebras de IVA, a farmácia paga o IVA e o produto chega ao consumidor, por exemplo, quando este é doado.

Para facilitar a organização, todos os produtos que são utilizados para uso interno na farmácia, são anotados numa folha para que depois a técnica responsável possa fazer a sua quebra e este procedimento é realizado no Sifarma 2000.

4.8 Transferências

Este processo é efetuado no Sifarma 2000, onde se insere o destino da transferência, o CNP e a respetiva quantidade a ser transferida. No final, são impressas duas guias de transporte, uma que fica arquivada na FG e a outra que acompanha a encomenda até ao destino. Como existem duas farmácias no grupo, este procedimento é realizado com alguma frequência aquando da necessidade, tendo tido a oportunidade de desempenhar esta tarefa em alguns momentos do estágio.

5. Relação Farmacêutico-Utente-Medicamento

Nos termos do artigo 4º do Código Deontológico da OF, a atividade farmacêutica rege-se por princípios como a autonomia técnico-científica, honestidade e igualdade, garantindo decisões conscientes e independentes, além de assegurar o acesso equitativo aos melhores tratamentos, com alerta especial aos grupos vulneráveis. (6)

Durante os atendimentos que realizei, pude constatar o papel fulcral do farmacêutico nesse sentido, transmitindo à população conhecimentos que promovem escolhas informadas e

conscientes sobre a sua saúde, sendo uma comunicação clara, empática e eficaz fundamental para estabelecer confiança e assegurar que a informação transmitida é plenamente compreendida. Ao longo do estágio, com o apoio da equipa, fui gradualmente ganhando mais segurança na capacidade de transmitir informação e interação com o utente. Foi particularmente gratificante perceber que os utentes saíam esclarecidos e gratos pela atenção e cuidado prestado. Além disso, procurei sempre adaptar a abordagem às necessidades individuais de cada utente, considerando o estado clínico, bem como padrões culturais e comportamentais e estar atenta a eventuais questões e preocupações.

6. Dispensa de Medicamentos

Os medicamentos podem ser classificados em 3 categorias principais:

- MNSRM - podem ser adquiridos nas farmácias sem a necessidade de receita médica;
- MSRM - requerem prescrição médica para serem dispensados;
- MNSRM de Dispensa Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF) – a dispensa ocorre exclusivamente em farmácias e está sujeita à intervenção direta do farmacêutico, seguindo protocolos específicos de dispensa, que asseguram o aconselhamento necessário para a sua utilização correta. (7)

6.1 Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) e Automedicação

Segundo o artigo 115º do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, os MNSRM são destinados ao tratamento de condições de saúde ligeiras e não são comparticipados, salvo exceções legisladas. (8) O termo “automedicação” é definido como o uso responsável de MNSRM para tratar ou aliviar sintomas sem gravidade, com ou sem intervenção de um profissional de saúde. (9) Porém, esta prática deve restringir-se a situações clínicas definidas, sendo a intervenção do farmacêutico fundamental na orientação sobre a melhor opção, uma vez que a facilidade de acesso a esses medicamentos pode levar ao seu uso inadequado.

Sob indicação da minha orientadora, foi-me proposto desde o início do estágio, semanalmente, analisar situações de aconselhamento relacionadas com gripes, constipações, obstipação, diarreia, dores musculares, entre outras condições ligeiras. Este método foi extremamente útil, o que permitiu avaliar o meu conhecimento e preparar-me melhor para o atendimento, identificar as perguntas mais relevantes a serem feitas em cada caso, conhecer os diversos produtos disponíveis no mercado para cada situação e estar atenta a cuidados específicos durante a dispensa, nomeadamente se a pessoa apresenta outras comorbilidades.

Um caso que considero particularmente relevante e que reforça a importância de personalizar o atendimento a cada utente envolveu uma senhora diabética que procurava um suplemento alimentar. Após avaliar a sua condição, recomendei o Magnésio Rapid, 1 comprimido por dia, após uma das refeições, uma vez que este suplemento é rico em crómio, um elemento que auxilia na regulação dos níveis de açúcar no sangue. Durante a conversa, a senhora questionou se o mesmo suplemento poderia ser utilizado pelo seu marido, que recentemente tinha sofrido uma gastrite. Após analisar a situação, informei-a que o Magnésio Rapid era contra-indicado em casos de úlcera gástrica ou gastrite e por essa razão, sugeri o Magnésio Card, que contém apenas magnésio e seria uma opção mais segura e adequada para o quadro clínico do marido.

Dado o período em que realizei o estágio ser sazonal a doenças respiratórias, nos atendimentos que realizei predominaram pedidos para o alívio de sintomas gripais e de constipações, tais como dor de garganta, congestão nasal, tosse, dores musculares, cefaleias, febre e rinorreia.

6.2 Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)

Segundo o artigo 114º do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, são classificados como MSRM, quando apresentam riscos para a saúde, seja pelo uso correto sem supervisão médica, seja pelo uso frequente em grandes quantidades para fins inadequados. Podem ser classificados como: (8)

- MSRM não renovável – destinam-se a determinadas doenças ou tratamentos prolongados;
- MSRM especial – por exemplo, medicamentos psicotrópicos e estupefacientes;
- MSRM restrita – como é o caso dos medicamentos hospitalares.

6.2.1 Receitas Médicas

A prescrição de medicamentos pode ser feita manualmente, em situações excecionais, como falha do sistema informático, inadaptação do prescriptor, prescrição no domicílio, em até 40 receitas por mês, ou mais frequentemente eletronicamente, podendo ser apresentada na forma de receita eletrónica desmaterializada, ou eletrónica materializada (REM). (10)

Para que uma prescrição médica seja válida, deve obrigatoriamente incluir: a denominação comum internacional (DCI), a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação, número de embalagens e a posologia. De acordo com o artigo 6º da Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, a prescrição de medicamentos comparticipados pode incluir a denominação comercial em situações específicas, como inexistência de genéricos comparticipados, disponibilidade exclusiva do medicamento original de marca no mercado, casos de margem

terapêutica estreita, ocorrência de reações adversas, intolerância a outras opções, ou para garantir a continuidade de um tratamento, devendo ser acompanhada da respetiva justificação. (11)

No atendimento, utilizei sempre o novo módulo de atendimento do Sifarma, que se divide em dois campos distintos. O campo para abrir as receitas médicas eletrónicas é bastante intuitivo, sendo apenas preciso inserir o número da receita e o código de acesso correspondente para aceder aos medicamentos prescritos e às quantidades que se encontram disponíveis para levantamento. Já no campo para receitas manuais, é necessário inserir o número da receita, o número de saúde do utente, o código do prescriptor e do local de prescrição e após esses dados iniciais é necessário registar manualmente no sistema os medicamentos solicitados.

A maioria dos utentes da FG já têm ficha criada, permitindo que todos os consumos fiquem devidamente registados. Por isso, é essencial ter especial atenção à dispensa de medicamentos do mesmo laboratório que o utente utilizou anteriormente, tanto para evitar trocas de medicação como para assegurar consistência terapêutica. Caso o medicamento não esteja disponível, a farmácia procura fazer uma encomenda instantânea junto dos armazenistas. Porém, se a encomenda não for possível, verifica-se com o utente a possibilidade de levar o mesmo medicamento de um laboratório diferente, de modo a não interromper o tratamento. Nesses casos, procurei sempre identificar da forma mais clara possível a nova embalagem para prevenir eventuais trocas de medicação.

6.2.2 Receitas Manuais e Eletrónicas Materializadas

As REM e as receitas manuais, são ambas apresentadas em papel, mas diferenciam-se por as REM incluírem uma parte destinada à prescrição e outra correspondente ao guia do tratamento.

Perante uma receita manual, primeiramente verifiquei se cumpria todos os requisitos para serem consideradas válidas, tais como justificação válida, data, informações do médico prescriptor, (especialidade, contacto telefónico, respetiva vinheta e assinatura), vinheta do local de prescrição, identificação do utente (nome e número de utente), entidade responsável pelo pagamento da participação, DCI, forma farmacêutica, dosagem, apresentação, posologia, número de embalagens, e que as receitas não estão rasuras, ou com caligrafias diferentes, em conformidade com o artigo 12º da Portaria n.º 224/2015 e a norma relativa à dispensa de medicamentos e produtos de saúde do Infarmed. (10,11) Ao

inserir a receita manual no sistema, é necessário aplicar a comparticipação, colocando “01 SNS”, no caso de comparticipações pelo estado, porém num dos atendimentos que realizei, a entidade responsável pelo pagamento, não era o SNS, e foi necessário imprimir uma cópia da receita e do cartão da entidade responsável, e arquivar na farmácia. Maioritariamente as receitas médicas manuais que verifiquei eram relativas a prescrições de antibióticos.

A validade das receitas manuais começa a contar a partir do dia seguinte à data de prescrição e têm validade de 30 dias. Já as receitas eletrónicas materializadas podem ser emitidas como não renováveis, também com validade de 30 dias, ou como renováveis, destinadas a tratamentos prolongados, com validade de 1 ano e podem incluir até três vias, devidamente numeradas na receita. (10)

Aquando a dispensa de medicamentos prescritos em receitas manuais ou materializadas, deve ser impressa no verso da receita a lista dos medicamentos fornecidos, incluindo a quantidade, o preço unitário, o valor total, o encargo do utente por cada medicamento, o regime de comparticipação e a data em que foi feita a dispensa. Caso alguma embalagem esteja em falta, o farmacêutico deve registar essa informação. No fim, a receita tem de ser carimbada, datada e assinada tanto pelo utente como pelo farmacêutico e se o utente não puder assinar, outra pessoa pode fazê-lo mediante autorização. Além disso, as receitas devem ser dispensadas integralmente e arquivadas na farmácia por um período de 3 anos. (10)

Conforme o ponto 4 do artigo 5.º da Portaria n.º 224/2015, este tipo de receita permite no máximo a prescrição de quatro medicamentos ou produtos por receita, e de duas embalagens por cada um. (11)

6.2.3 Receitas Eletrónicas Desmaterializadas

As receitas eletrónicas desmaterializadas são disponibilizadas em papel ou através de um código enviado por mensagem, email ou consultado na aplicação do SNS. Segundo o artigo 17º da Portaria n.º 263/2023, as receitas desmaterializadas, quando incluem medicamentos para tratamentos prolongados, podem ter a prescrição de embalagens suficientes para cobrir até 12 meses, no entanto, a farmácia apenas pode dispensar no máximo, medicação para garantir o tratamento de 2 meses, sendo possível efetuar uma nova dispensa a cada 45 dias. Em situações excecionais e mediante justificação, podem dispensar uma quantidade superior, nomeadamente por motivos de ausência por um período prolongado do país, perda, roubo ou em situações de rutura identificada pelo Infarmed. (10,12)

6.2.4 Regimes de Comparticipação

Nos regimes de comparticipação, o estado cobre uma parte do custo dos medicamentos fornecidos aos utentes do SNS, podendo ser aplicada segundo os seguintes regimes:

- Regime especial – Neste caso o valor da comparticipação é geralmente mais elevado e destina-se a grupos específicos como pensionistas e doentes crónicos, garantindo que esses utentes tenham acesso a tratamentos essenciais a um custo reduzido;
- Regime geral – A comparticipação é aplicada segundo escalões, conforme a classificação farmacoterapêutica: escalão A: 90%, escalão B: 69%, escalão C: 37% e escalão D: 15%.

A comparticipação também pode abranger dispositivos médicos e produtos dietéticos terapêuticos, desde que cumpram os critérios definidos pelo Infarmed. No caso de medicamentos manipulados comparticipados, a percentagem de comparticipação é fixa, correspondendo a 30% do PVP. (10)

Outras entidades, como seguradoras, subsistemas de saúde ou entidades privadas, podem assumir a comparticipação em contextos específicos. Nestes casos, o utente tem de apresentar o cartão de beneficiário para validação antes de concluir a dispensa.

6.2.5 Dispensa de Psicotrópicos e Estupefacientes

Os psicotrópicos e estupefacientes são classificados como MSRM especial, sendo necessário uma prescrição médica específica que cumpra os requisitos legais estabelecidos e a sua dispensa está sujeita a regulamentação rigorosa, devido ao risco de abuso e de dependência.

Segundo o artigo 5º da Portaria n.º 224/2015, são classificadas como estupefacientes ou psicotrópicos, medicamentos que contenham substâncias ativas listadas nas tabelas I e II do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou no artigo 86.º do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro. (11,13,14)

No momento da sua dispensa é necessário fazer o registo informático da identificação completa do utente e caso aplicável, do seu representante, morada do utente, número de registo do medicamento, quantidade dispensada e data da dispensa, assegurando o controlo rigoroso destas substâncias. Estes medicamentos têm de ser prescritos isoladamente nas receitas manuais e as farmácias têm de arquivar uma cópia em papel ou em formato digital, pelo prazo mínimo de 3 anos. (10) Após a dispensa, o Sifarma emite um talão próprio que fica guardado na farmácia, numa capa específica e no fim de cada mês o resumo da dispensa destes medicamentos é enviado para o Infarmed.

6.2.6 Medicamentos Hospitalares

A FG recebe medicamentos hospitalares (MH) do Centro Hospital Universitário de Lisboa Central e do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Estes vêm acompanhados por uma guia de tratamento, que contem informações como o número de processo, o nome, o número de utente, a entidade responsável, o nome do médico prescriptor e a sua especialidade, o nome do princípio ativo, a sua apresentação, posologia, dose e quantidade fornecida. (Anexo I) Além disso, a guia inclui orientações sobre como deve ser feito o tratamento, a data prevista da próxima consulta e da próxima cedência, bem como os campos destinados à assinatura do farmacêutico hospitalar, do farmacêutico comunitário que realiza a entrega e do utente ou da pessoa por si designada.

A dispensa dos MH é efetuada exclusivamente por farmacêuticos, com o devido registo no sistema informático, o que assegura o registo partilhado entre a equipa de profissionais de saúde, ao longo de todo o processo, garantindo rastreabilidade desde a prescrição à dispensa.

Assim que estes medicamentos chegam à farmácia é feito o contacto com o utente, por via telefónica, para informar que estes já estão disponíveis para levantamento. A dispensa é feita mediante a apresentação do Cartão de Cidadão (CC) do utente e no caso deste ser levantado por outra pessoa, esta também necessita de apresentar o seu CC. O registo é feito através do novo módulo do Sifarma, que emite no final dois talões, um que é entregue ao utente e outro que este tem de assinar e é anexado junto com a folha de prescrição que fica arquivada na farmácia.

7. Aconselhamento de Outros Produtos de Saúde

7.1 Medicamentos de Uso Veterinário

Os medicamentos de uso veterinário (MUV), são utilizados exclusivamente na saúde animal e a sua regulamentação, segurança, qualidade e eficácia, é garantida pela Direção Geral da Alimentação e Veterinária (DGAV). (15)

Por não ter sido um tema amplamente abordado ao longo do MICF, a dispensa dos MUV foi um desafio para mim principalmente no que concerne ao aconselhamento, exigindo um esforço adicional na aquisição de conhecimento sobre esta área. Os MUV que mais vi serem procurados foram desparasitantes internos e externos. No ato da sua dispensa, deve ser realizada uma abordagem cuidadosa e questionar sobre o peso, idade e raça. Além disso, é igualmente importante fornecer orientações sobre o uso do medicamento, nomeadamente sobre a sua posologia e possíveis efeitos secundários. É de realçar ainda que, estes

medicamentos são facilmente identificáveis por uma barra verde na embalagem, com a indicação “Uso Veterinário”, de forma a indicar que são produtos de uso exclusivo em animais, evitando que sejam confundidos.

7.2 Produtos de Dermocosmética, Cosmética e Higiene

Os produtos cosméticos são destinados a ser colocados nas partes superficiais do corpo, sendo legislados pelo Decreto-Lei nº189/2008, de 24 de setembro. (16) Na FG existe uma variedade de produtos destas categorias, incluindo cuidados para o bebé, cuidados para grávidas, produtos de higiene íntima, higiene oral, dermocosmética, entre outros.

Uma das áreas mais solicitadas e que destaco é a dermocosmética, sendo as principais marcas disponíveis na FG, a Avène, Uriage, La Roche-Posay, Nuxe e CeraVe, que se encontram em expositores acessíveis, com *testers* para que as pessoas possam experimentar os produtos. No segmento de cuidados capilares, a farmácia oferece uma ampla gama de produtos das marcas Klorane e Dercos, que são especialmente procurados para o tratamento de condições como queda de cabelo, caspa e sensibilidade do couro cabeludo. Inicialmente, fui desafiada pela equipa da farmácia a pesquisar detalhadamente as marcas de dermocosmética disponíveis na farmácia, explorar as suas gamas, propriedades e usos específicos, o que me ajudou a adquirir uma base mais sólida de conhecimento para atender aos pedidos de aconselhamento e a ajustá-los às necessidades individuais de cada pessoa. A maior parte das solicitações, foram predominantemente de mulheres que procuravam produtos antienvhecimento, nomeadamente sérums, cremes diurnos e noturnos.

7.3 Produtos Dietéticos para Alimentação Especial e Infantil

Os produtos dietéticos para alimentação especial são formulados para atender a necessidades nutricionais específicas, sendo utilizados para complementar, substituir ou regular a dieta de pessoas com objetivos ou restrições alimentares específicas, e estão em conformidade com o Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho. (17) Na FG, os produtos mais frequentemente dispensados são o Fortimel e o Fresubin. O Fortimel é um suplemento nutricional oral hipercalórico e hiperproteico, usado na desnutrição associada a doenças, para pessoas que não conseguem atingir necessidades proteicas e energéticas somente com a alimentação convencional. (18) A gama Fresubin também dispõe de produtos nutricionais destinados a melhorar o estado nutricional. (19) Dentro de toda a gama os mais dispensados na FG são os suplementos nutricionais orais líquidos prontos a consumir e uns para comer com colher.

Já os produtos dietéticos infantis, são desenvolvidos como alternativa ou complemento à alimentação regular de bebés e crianças, assegurando que recebem os nutrientes necessários para um crescimento saudável e os produtos mais comuns, incluem leites em pó da Aptamil e da Nestlé e papas infantis da Nutriben.

7.4 Fitoterapia

Regulados pelo Decreto-Lei nº. 176/2006, de 30 de agosto estes produtos são frequentemente solicitados pelos utentes, especialmente para situações de ansiedade, dificuldade para dormir e distúrbios gastrointestinais. (8) Essa crescente demanda reflete a preferência por produtos naturais, muitas vezes vistos como alternativas mais seguras e menos invasivas, sendo neste contexto muito importante a intervenção do farmacêutico, tanto na orientação sobre o uso adequado, como na identificação das necessidades do utente.

Um momento particularmente marcante foi o meu primeiro atendimento realizado de forma autónoma, no qual o utente solicitou o DormiNatur Tripla Ação, tendo mencionado que o utilizava regularmente. Este suplemento é conhecido por ser rico em melatonina, a hormona responsável por regular o ritmo circadiano do sono-vigília, otimizando os efeitos regeneradores do sono e para além disso, tem ainda na sua constituição Ginkgo Biloba e Curcuma que ajudam na função cognitiva.

7.5 Dispositivos Médicos

Os dispositivos médicos (DM) são equipamentos tecnológicos desenvolvidos para fins específico, como diagnóstico, prevenção, monitoramento ou tratamento, cujo efeito pretendido não é alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos. Podem ser classificados consoante o seu risco em: baixo risco (classe I), baixo médio risco (classe IIa), alto médio risco (classe IIb) e alto risco (classe III). (20)

Tabela 4: Exemplos por classes de DM que contactei durante o estágio

Classe I	Pulsos e joalheiras elásticas
Classe IIa	Compressas de gaze hidrófila (esterilizadas e não esterilizadas), medidores de tensão arterial, termómetros e lancetas
Classe IIb	Preservativos, colírios para hidratação e canetas de insulina recarregáveis
Classe III	Pensos medicamentosos

Existem DM para diagnóstico *in vitro*, como por exemplo testes de gravidez, equipamentos e tiras para medir a glicémia e frascos para colheita de urina.

7.6 Suplementos Alimentares

Os suplementos alimentares são regulados pela DGAV e destinam-se a complementar e/ou suplementar o regime alimentar, fornecendo os nutrientes essenciais. (15)

No decurso do meu estágio, tiveram grande destaque, não apenas pela variedade disponível, mas também pela sua crescente procura por parte dos utentes, o que reflete o aumento da conscientização da suplementação na saúde, especialmente para prevenir deficiências nutricionais ou auxiliar no tratamento de condições específicas. A FG apresenta uma ampla gama de suplementos alimentares como Centrum, Viterra, Magnésio OK, Cartisil, entre outros, atendendo a diferentes necessidades. Estes produtos são principalmente procurados para melhorar a vitalidade, reforçar o sistema imunológico, e atuar nas articulações, ossos ou músculos.

8. Preparação de Medicamentos

8.1 Preparação de Medicamentos Manipulados

Regido pelo Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril um medicamento manipulado pode ser classificado como fórmula magistral, se preparado com base numa receita médica, ou como preparado oficial, se preparado segundo as indicações descritas na Farmacopeia ou num Formulário. (21)

A FG não realiza a maioria das preparações de medicamentos manipulados, recorrendo, nesses casos, à Farmácia Aguiar, em Lisboa e no caso de serem homeopáticos à Farmácia Melo, na Amadora. Somente algumas preparações são preparadas na FG, tendo auxiliado na preparação da “Suspensão Oral de Trimetoprim a 1%”, com indicação para o tratamento de uma infeção respiratória numa criança e na “Solução Alcoólica de Ácido Bórico à Saturação” indicada para uma infeção no canal auditivo externo (Anexo II e III). Na “Suspensão Oral de Trimetoprim a 1%”, como não tínhamos essência de banana, utilizámos a essência de eucalipto.

Ambos foram preparados em conjunto com a farmacêutica responsável, sendo todas as etapas validados pela diretora técnica. No final, as fichas de preparação, foram arquivadas num dossiê, no qual permanecem durante um prazo mínimo de 3 anos, seguindo o descrito na Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. (22)

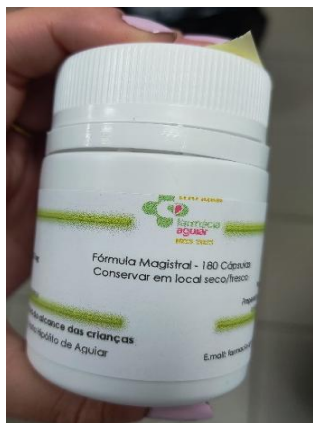


Figura 27 - Medicamento Manipulado preparado na Farmácia Aguiar, em Lisboa



Figura 28 - Medicamento Manipulado Homeopático preparado na Farmácia Melo, na Amadora



Figura 29 - Solução Alcoólica de Ácido Bórico à Saturação, preparada na FG

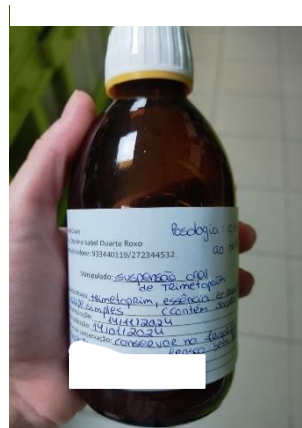


Figura 30 - Suspensão Oral de Trimetoprim a 1%, preparada na FG

8.2 Cálculo do Preço de Medicamentos Manipulados

O preço dos produtos manipulados é determinado conforme as diretrizes da Portaria nº 769/2004, de 1 de julho. Resulta da soma dos custos com honorários, matérias-primas e materiais de embalagem, sendo o total multiplicado por um fator de 1,3. Após isso, adiciona-se o valor do IVA conforme a taxa vigente.

A base para calcular o custo das matérias-primas é o preço de aquisição sem IVA, a quantidade e um fator tabelado que varia conforme as unidades utilizadas. Já os custos dos materiais de embalagem são obtidos multiplicando o preço de aquisição por 1,2. Por fim, o valor referente aos honorários é calculado segundo um fator (F), que é periodicamente ajustado pelo Instituto Nacional de Estatística, sendo 5, 75 em 2024. (23)

9. Dispensa de Medicação para a Santa Casa da Misericórdia

Durante o mês de outubro, foi responsabilidade da FG preparar e fornecer medicação para a Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco (SCMCB), como parte de um sistema rotativo entre farmácias da cidade. Nesse sentido, diariamente, ao longo de todo o mês, a SCMCB enviou solicitações de medicação por email, acompanhadas das respetivas prescrições para cada utente e a FG organizava a medicação, separando-a em sacos individualmente identificados para cada utente e no final do dia, a própria farmácia realizava a entrega, utilizando o seu próprio veículo, para garantir que os medicamentos chegavam com segurança ao seu destino.

Na medida que auxiliei na organização e preparação de medicação para a SCMCB, desenvolvi mais confiança e familiaridade com o novo módulo do Sifarma, o que contribuiu para a minha adaptação ao sistema.

10. VALORMED

A VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos, cuja responsabilidade é gerir os resíduos de embalagens vazias, assim como de medicamentos fora de uso ou de prazo de validade através do Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e Medicamentos. (24)

Na FG existem contentores da VALORMED, onde os utentes podem depositar embalagens de medicamentos vazias ou fora do prazo de validade. Quando estes estão cheios, é feita a sua dispensa no Sifarma 2000 e é emitido um talão de recolha, que é assinado pelo farmacêutico e posteriormente a recolha é realizada pela Alliance Healthcare.

Entre o dia 1 de novembro e 14 de dezembro de 2024, a FG realizou a 2ª edição do “Concurso VALORMED”, com o objetivo de sensibilizar a comunidade para a recolha do maior número de embalagens vazias e de medicamentos fora de prazo. O concurso contou com duas categorias, “Instituições” e “Famílias”, tendo sido entregue a cada concorrente um kit de participante com contentores da VALORMED. À medida que enchiam os contentores, estes eram entregues na farmácia, onde eram pesados, registados e em seguida, era feito um pedido de recolha ao fornecedor.

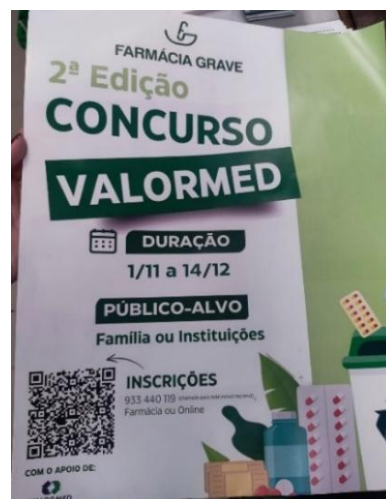


Figura 31 - Cartaz da 2ª edição do Concurso VALORMED organizado pela FG

11. Cartão Saúde

A FG integra o grupo das Farmácias Portuguesas, e permite acumular pontos no Cartão Saúde que podem ser trocados por produtos, ou por descontos, conforme o catálogo de pontos vigente, válido em todas as farmácias aderentes. A criação do cartão não tem qualquer custo e permite que sempre que o utente adquira um produto de venda livre, acumule um ponto por cada euro gasto e para os MSRM, a totalidade da venda acumula um ponto diário, independentemente do valor da compra. Na FG entre os produtos mais escolhidos destacam-se géis de banho, álcool gel e rebuçados sem açúcar.

12. Outros Serviços Farmacêuticos Prestados

12.1 Determinação da Pressão Arterial

Frequentemente deslocam-se à farmácia utentes para medir a pressão arterial, de forma a controlarem os seus valores, tendo sido a medição que mais teve a oportunidade de realizar. Antes de iniciar cada medição, segui as orientações recomendadas, pedindo ao utente que aguardasse 5 minutos sentado para garantir maior precisão nos resultados e também questionei se tinha fumado, consumido café ou realizado esforço físico nos últimos 30 minutos, pois isso pode influenciar os valores obtidos. Durante a medição, orientei-o a sentar-se confortavelmente com as costas apoiadas, a manter os pés assentes no chão e as pernas descruzadas. Pedi ainda que posicionasse o braço sobre a mesa, ao nível do coração, e verifiquei que a roupa não interferia na medição. No fim, os valores são anotados num cartão que a FG dá aos seus utentes e é feito o aconselhamento tendo em conta os valores obtidos, em comparação com os de referência (tabela 5), de forma a fazer um seguimento e acompanhamento adequado, sendo relevante salientar sempre que deve adotar hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, redução de sal, praticar atividade física regular e evitar o consumo excessivo de álcool e cafeína. Em situações mais graves, é feito o encaminhamento ao médico.

Tabela 5: Valores de Referência da Pressão Arterial (25)

Pressão Arterial Categorias	Valor de Referência (mmHg)	
	Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica
Ótima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensão Grau 1	140-159	90-99
Hipertensão Grau 2	160-179	100-109
Hipertensão Grau 3	≥180	≥110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥140	<90

12.2 Determinação da Glicémia, Colesterol total, Triglicéridos e Ácido Úrico

Para medir a Glicémia é recomendado que o utente esteja em jejum, para maior precisão e os valores devem situar-se entre 70 mg/dL e 110 mg/dL. Se a medição for feita duas horas após a última refeição, devem estar entre 70 mg/dL e 140 mg/dL. (26)

Quanto à medição do colesterol total, a ingestão de alimentos não influencia os resultados, pelo que pode ser realizada a qualquer hora do dia. Contudo, no caso dos triglicéridos, é necessário realizar o teste após 12 horas de jejum, pois os valores são influenciados pela ingestão de alimentos. (27) De acordo com a Norma Nº 019/2011, de 28 de setembro, da DGS, deve ter-se em conta os seguintes valores:

Tabela 6: Valores de Referência do Colesterol Total, Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL), Lipoproteína de Alta Densidade (HLD) e triglicéridos (27)

Perfil Lipídico	Valor de Referência (mg/dL)
Colesterol Total	< 190
Colesterol HDL	> 40 (homens); > 45 (mulheres)
Colesterol LDL	< 115
Triglicéridos	< 150

A medição do ácido úrico, mede a quantidade deste composto no sangue. O ácido úrico é obtido a partir do metabolismo das purinas, que estão presentes no nosso organismo e que provêm de alimentos ou da sua produção em excesso sempre que ocorrem problemas na metabolização. Os valores normais no sangue variam entre 2,4–6,0 mg/dL para mulheres e 3,4–7,0 mg/dL para homens. (28)

Todas estas medições são realizadas de forma padronizada e seguindo o mesmo procedimento. Antes de iniciar, coloca-se luvas descartáveis para garantir a higiene e segurança. O próximo passo é inserir a tira apropriada ao tipo de exame que será realizado, programando o aparelho conforme o teste. Em seguida, o dedo onde será feita a picada é cuidadosamente desinfetado com álcool e é essencial garantir que não ficam resíduos de álcool na pele, pois isso pode interferir nos resultados. Após a desinfecção, realiza-se a picada e colhe-se uma pequena amostra de sangue, que é colocada na tira de teste e por fim, é feita a medição no aparelho. No final de todo o processo, os valores são registados no cartão e é realizado o aconselhamento personalizado com base nos resultados obtidos, salientando uma vez mais possíveis ajustes no estilo de vida, ou a necessidade de uma consulta médica para acompanhamento adicional.

12.3 Administração de Vacinas e Injetáveis

A administração de vacinas que não estão incluídas no PNV e de medicamentos injetáveis pode ser realizada em farmácias e é regulamentada pela Deliberação n. °139/CD/2010, de 21 de outubro. A FG cumpre integralmente os requisitos estabelecidos, dispondo do material necessário para garantir a segurança e conformidade com a regulamentação e todas as farmacêuticas possuem formação certificada, reconhecida pela OF para poderem realizar esta prática. (29)

Ao longo do estágio, acompanhei a época de vacinação contra a gripe e a Covid-19, assistindo sempre com consentimento do utente à administração de algumas vacinas. Após a administração, é efetuado o registo completo no sistema, que inclui nome do utente, data de nascimento, o nome da vacina, o respetivo lote e validade, a via de administração, o lugar do corpo onde esta é administrada e a identificação do farmacêutico responsável.

12.4 Testes de Infecção Urinária

Na FG, é possível realizar um teste de infecção urinária, utilizando o teste Combur, que permite uma análise simples e rápida. O procedimento inicia com a recolha de uma amostra de urina, sendo fornecido um copo de recolha ao utente e disponibilizado acesso à casa de banho. Após a recolha, é mergulhada uma tira reagente Combur, na urina e imediatamente retirada. A tira tem diferentes zonas de teste, que mudam de cor ao reagirem com determinadas substâncias específicas presentes na urina. Os resultados são interpretados através da comparação das cores obtidas, com a tabela de cores fornecida pela embalagem do teste, o que permite analisar parâmetros, como glicose, bilirrubina, cetonas, presença de sangue, pH, proteínas, urobilinogênio, leucócitos e nitritos.

No caso de um resultado positivo, recomenda-se que o utente consulte um médico, além de adotar algumas medidas, como manter uma boa ingestão de água e evitar o consumo de refrigerantes, bebidas com álcool e cafeína, pois, podem agravar a situação. O único teste que realizei foi a uma senhora, que apresentava como sintomas dor ao urinar e odor na urina. O resultado revelou a presença de sangue na urina (hematúria), tendo então aconselhado que procurasse um médico o mais breve possível para uma avaliação detalhada e tratamento adequado.

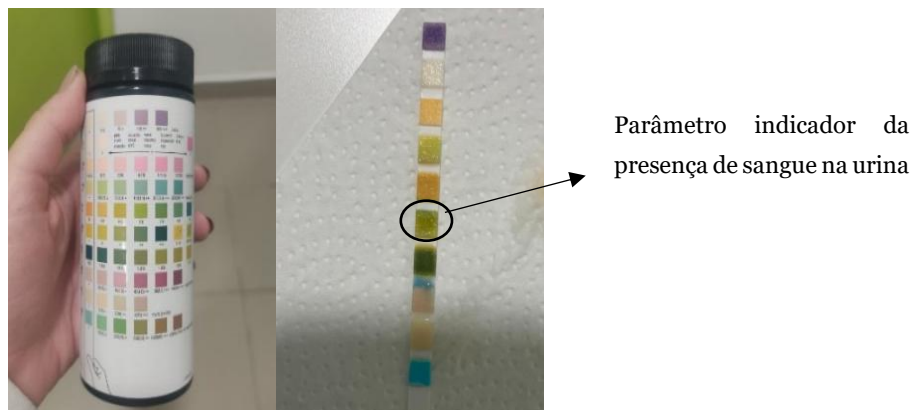


Figura 32 - Teste Combur, com resultado positivo

12.5 Testes de Gravidez

A FG realiza testes de gravidez rápidos, que permitem uma deteção precoce da gravidez através da análise da urina. Recomenda-se utilizar a primeira urina da manhã, pois é mais concentrada e contém níveis mais elevados da hormona gonadotrofina coriônica humana (hCG), aumentando a precisão do resultado. Nestes casos, é fornecido um copo de recolha e disponibilizada a casa de banho para a recolha da amostra. Em seguida, o teste é feito utilizando uma tira reagente que é mergulhada na urina e após 1 a 5 minutos, o teste apresenta o resultado. Se aparecerem 2 traços, indica a presença de hCG, confirmando a gravidez, se apenas der um traço, significa que não registou a presença da hormona, sugerindo que a mulher não está grávida, se não aparecer nenhum traço ou símbolo, o teste pode ter algum defeito ou ter sido realizado incorretamente.

13. Preparação Individualizada da Medicação (PIM)

A PIM é um serviço personalizado disponibilizado, na qual é organizada a medicação dos utentes, a fim de aumentar adesão ao tratamento, minimizando erros. Os medicamentos são colocados num dispositivo de múltiplos compartimentos, organizados de acordo com os horários em que devem ser tomados (jejum, pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia), permitindo a organização semanal da medicação. Estes compartimentos são selados de forma estanque, garantindo a segurança e a integridade dos medicamentos até à sua utilização.

O processo começa com a recolha de informações detalhadas sobre o fármaco, nomeadamente forma farmacêutica, dose, duração da terapêutica, e dos lotes e validades dos medicamentos, de modo a permitir a identificação de interações e contraindicações. Para facilitar, a FG tem uma folha modelo (Anexo IV), onde coloca todas estas informações, bem como a descrição visual dos medicamentos (cor e forma) para que seja mais fácil

identificá-los, caso seja necessário. É fundamental prestar especial atenção aos medicamentos com características sensíveis, como a fotossensibilidade (por exemplo, a furosemida), que exigem precauções adicionais, nestes casos, coloca-se uma camada de papel de prata para cobrir os comprimidos, protegendo-os da exposição à luz. Após preparar a bancada, os medicamentos são colocados nos compartimentos específicos da caixa. Em seguida, o farmacêutico responsável pela preparação revisa o conteúdo da caixa e é ainda essencial que uma segunda validação seja realizada por outro farmacêutico, a fim de assegurar a segurança e a precisão do processo. No momento da dispensa, é imprescindível fornecer todas as orientações necessárias, sobre a utilização dos medicamentos.



Figura 33 - Exemplo de um modelo de PIM que preparei

14. Formação Contínua

A FG deu-me a oportunidade de participar em formações e iniciativas de intervenção na comunidade, que enriqueceram significativamente a minha experiência.

No âmbito do “Mês da Grávida”, uma atividade desenvolvida ao longo de todo o mês de setembro, assisti a uma série de palestras, que visavam proporcionar informações essenciais às grávidas, abordando aspetos relevantes da saúde materna e infantil. Estas sessões foram realizadas nas instalações da farmácia e contaram com a colaboração de médicos, nutricionistas, enfermeiros, entre outros profissionais.



Figura 34 - Programa da atividade "Mês da Grávida"

No dia 22 de outubro de 2024, assisti presencialmente à “Formação Sifarma”, realizada no edifício da Nercab, em Castelo Branco, que foi essencial para o meu desenvolvimento técnico, pois permitiu-me aprofundar conhecimento sobre o novo módulo do Sifarma, amplamente utilizado na farmácia. Durante a formação, explorei funcionalidades do sistema, esclareci dúvidas relacionadas à sua aplicação prática e aperfeiçoei a minha capacidade de utilizá-lo de forma mais eficiente ao longo do estágio.

Assisti por via *online* ao webinar organizado pela Nuxe “Técnicas de venda antienvhecimento”, e participei em vários webinars através da Escola de Pós-Graduação em Saúde Pública da ANF, que abordaram temas de interesse atual e prático, nomeadamente: “Sanofi – Sabe tudo sobre a tosse? Soluções práticas para situações reais”, “Norgine – Entender e combater a obstipação: Causas e tratamento”, “Esteve – Impacto do sono na saúde mental e memória” e “Obesidade – O que há de novo na terapêutica da gestão de peso?”.

Para além destas atividades formativas, foi-me proposto desenvolver uma apresentação sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito de uma ação promovida pela Universidade Sénior Albicastrense em conjunto com a FG, a qual tive a oportunidade de apresentar na freguesia do Palvarinho, no concelho de Castelo Branco, com o objetivo de conscientizar a população para sinais de alerta, fatores de risco e formas de prevenção do AVC. A sessão envolveu uma interação ativa com os participantes, que puderam esclarecer dúvidas sobre o tema e posteriormente, realizámos rastreios de glicémia, uma iniciativa que permitiu sensibilizar a população local para a importância da monitorização regular da glicemia como uma medida preventiva.

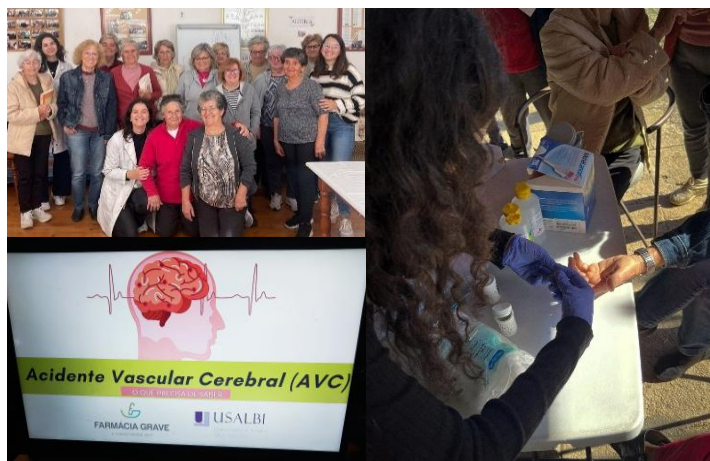


Figura 35 - Apresentação sobre o AVC e rastreios de glicémia, na freguesia de Palvarinho, no concelho de Castelo Branco

A FG tem um blog no seu *website*, onde mensalmente é publicado um artigo sobre temas relacionados com saúde e bem-estar. No mês de novembro, o tema escolhido foi “Caspa e Dermatite Seborreica: São a mesma coisa?”, (Anexo V) tendo contribuído diretamente para o desenvolvimento deste artigo, aprofundando os conhecimentos sobre o tema e escrevendo a rúbrica do mês. (30)

15. Conclusão

Tive a oportunidade de crescer acompanhando de perto a realidade de uma FC, uma área pela qual desenvolvi um grande carinho e apreço. Ingressei no MICF com a convicção de que não seria a área na qual desejaria construir a minha carreira no futuro, apesar disso, também reconhecia que, muito provavelmente, seria por esta área que começaria o meu percurso profissional.

Estar na linha da frente, e em contacto direto com as pessoas, fez-me perceber o verdadeiro efeito que o farmacêutico pode ter na vida de alguém. Não há nada mais recompensador do que saber que consegui ajudar uma pessoa, esclarecer uma dúvida e certamente trazer-lhe outro conforto de vida. Ao longo destes três meses, deparei-me com os inúmeros desafios inerentes à profissão e compreendi que cada interação, por mais simples que pareça, tem um significado enorme.

Foi um período intenso de aprendizagem, onde pude aplicar, na prática, muitos dos conceitos teóricos adquiridos ao longo do curso. Contudo, o estágio foi muito mais do que isso, mostrou-me que a FC é um espaço dinâmico e em constante evolução, o que exige uma adaptação contínua ao longo da carreira. Esta perceção deu-me uma nova apreciação pela profissão e uma maior motivação para continuar a investir no meu crescimento profissional. Esta experiência contribuiu para alargar os meus horizontes, aprimorar as minhas

competências e aprofundar o meu pensamento crítico no contexto dos cuidados farmacêuticos, mas, acima de tudo, proporcionou-me momentos de enorme realização pessoal, como ver o sorriso de um utente que se sentiu ouvido, compreendido e cuidado.

16. Bibliografia

1. Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF). 3^a ed. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos;
2. Ministério da Saúde. Deliberação n.º 1500/2004, de 29 de dezembro. Diário da República. II Série.
3. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. Diário da República. I Série.
4. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Circular Informativa: Projeto Via Verde do Medicamento para Farmácias, Distribuidores por Grosso e Titulares de AIM [Internet]. Lisboa: INFARMED; [citado 2024 out 14]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1147406/11702347.PDF/79965566-c10c-4d5c-b4a2-af443902dc1e?version=1.0>
5. INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Humidade e temperatura [Internet]. [citado 2024 out 14]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/profissionais-de-saude/prescricao-e-dispensa/medicamentos_e_calor/conservacao_medicamentos_calor
6. Ordem dos Farmacêuticos. Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos [Internet]. 2021 [citado 2024 out 20]. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2021/12/244000000/0014300159.pdf>
7. INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. MNSRM-EF [Internet]. [citado 2024 out 1]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/alteracoes_transferencia_titular_aim/lista_dci
8. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Diário da República.
9. Ordem dos Farmacêuticos. Automedicação [Internet]. [citado 2024 dez 30]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/automedicacao/>
10. INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Normas para a dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica e não sujeitos a receita médica [Internet]. [citado 2025 jul 19].
11. Ministério da Saúde. Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho. Diário da República.
12. Ministério da Saúde. Portaria n.º 263/2023, de 17 de agosto. Diário da República.
13. Ministério da Saúde. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro. Diário da República.
14. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Diário da República.

15. Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV). DGAV [Internet]. [citado 2025 jan 2]. Disponível em: <https://www.dgav.pt/>
16. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro. Diário da República.
17. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho. Diário da República.
18. Nutricia. Fortimel [Internet]. [citado 2024 nov 27]. Disponível em: <https://nutricia.pt/portfolio/fortimel/>.
19. Fresubin. Os nossos produtos [Internet]. [citado 2024 nov 27]. Disponível em: <https://www.fresubin.com/pt/os-nossos-produtos>.
20. INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Dispositivos médicos na farmácia [Internet]. [citado 2024 nov 30]. Disponível em: <https://shre.ink/buJ1>
21. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 95/2004, 22 abril. Diário da República.
22. Ministério da Saúde. Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Diário da República.
23. Ministério da Saúde. Portaria n.º 769/2004, de julho. 2004. Diário da República.
24. ValorMed. Quem somos [Internet]. Lisboa: ValorMed; [citado 2025 jul 8]. Disponível em: <https://valormed.pt/quem-somos/>
25. Direção-Geral da Saúde (DGS). *Hipertensão arterial: definição e classificação* [Internet]. [citado 2024 dez 12]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial-definicao-e-classificacao.pdf>.
26. Afonso AD, Moura FH, Digitally G, Henrique F, George M, George HM. Diabetes Mellitus [Internet]. 2011 [citado 2024 dez 12].
27. Direção-Geral da Saúde (DGS). Abordagem terapêutica das dislipidemias no adulto [Internet]. [citado 2024 dez 20].
28. Saúde Bem-Estar. Ácido úrico [Internet]. [citado 2024 dez 15]. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/exame/analises-clinicas/acido-urico/>.
29. INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Atividade de vacinação nas farmácias de oficina. [citado 2024 dez 20].
30. Farmácia Grave. Blog FG [Internet]. [citado 2024 dez 24]. Disponível em: <https://www.farmacigrave.pt/blog>

Capítulo 3 - Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Hospitalar

1. Introdução

Entre as diversas saídas profissionais proporcionadas pela formação em Ciências Farmacêuticas, destaca-se a possibilidade de trabalhar nos serviços farmacêuticos hospitalares, cuja prática exige, de forma regulamentada, a aquisição do título de especialista em Farmácia Hospitalar (FH). Esta vertente permite integrar equipas multidisciplinares, participar ativamente em comissões técnicas e em todo o circuito relacionado com o uso e gestão de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, desde a seleção e aquisição até à preparação e distribuição pelos diversos serviços clínicos.

No quarto ano do curso, optei por frequentar a disciplina opcional de FH, o que me despertou um interesse particular por esta área. Por essa razão, escolhi realizar parte do meu estágio profissionalizante neste contexto, com o objetivo de aprofundar as minhas competências técnicas e experienciar, de forma prática, o papel fundamental que o farmacêutico desempenha no âmbito hospitalar.

O presente relatório descreve a experiência no meu estágio curricular, que se realizou entre 9 de dezembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025, nos Serviços Farmacêuticos (SF) do Hospital Amato Lusitano (HAL), na cidade de Castelo Branco, com orientação da Dr.^a Sandra Queimado, diretora do serviço e da restante equipa.

2. Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB)

A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) integra o HAL e várias Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) distribuídas ao longo de todo o concelho, nomeadamente as UCSP de Alcains, Idanha-a-Nova, Oleiros, Penamacor, Proença-a-Nova, São Tiago, São Miguel, Sertã e Vila Velha de Rodão.



Figura 36 - Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco

2.1 Serviços Farmacêuticos da ULSCB

Facilmente acessível pela entrada principal do HAL, a FH está localizada no 2.º piso, perto da zona de acesso aos elevadores e às escadas, o que facilita igualmente o acesso pelo interior do edifício. Está estruturada em diversas áreas funcionais, tais como um armazém apenas para desinfetantes e antissépticos, um armazém central, uma zona de receção de encomendas e ainda salas específicas destinadas à distribuição, reembalamento, preparação de medicamentos manipulados e preparação de medicamentos citotóxicos. O espaço contempla ainda uma sala para os farmacêuticos, outra dedicada aos circuitos especiais, o gabinete da direção, a farmácia de ambulatório e um gabinete com um vasto arquivo de suporte bibliográfico, onde também são realizados ensaios clínicos. Além disso, dispõe de instalações de apoio como copa, instalações sanitárias e vestiários.

2.2 Horário de Funcionamento

Os SF encontram-se em funcionamento das 8 horas às 17 horas e 30 minutos, de segunda-feira a sexta-feira e das 9 horas às 13 horas nos sábados. Após este horário, fica em regime de prevenção um dos farmacêuticos especialistas, assegurando a resposta a eventuais necessidades emergentes. Durante esse período, pode ser contactado por telefone e, se necessário, deslocar-se fisicamente ao hospital. Todas as ocorrências registadas em regime de prevenção são documentadas num ficheiro partilhado entre os farmacêuticos, garantindo a rastreabilidade e organização da informação.

2.3 Recursos humanos

A equipa dos SF engloba profissionais de diferentes áreas, cujas competências se complementam. Até ao momento do meu estágio, a equipa era composta por 10 farmacêuticos especialistas assistentes, 4 farmacêuticos residentes, 1 técnico coordenador, 9 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT), 1 administrativa, 5 assistentes operacionais (AO) e pela diretora dos SF, a Dr.^a Sandra Queimado, farmacêutica especialista assessora.

Dentro de cada área profissional são distribuídas tarefas de forma estruturada e organizada, seguindo um modelo de rotatividade periódica. Esta metodologia permite que cada profissional aprofunde as suas competências em funções específicas na sua área de atuação, no entanto, todos os elementos da equipa possuem formação adequada para desempenhar qualquer função e na ausência de algum elemento, as tarefas são redistribuídas entre os profissionais presentes, assegurando a continuidade do trabalho sem comprometer a eficiência dos serviços prestados.

3. Gestão dos Serviços Farmacêuticos

Para organizar e gerir stocks são utilizados indicadores de gestão, sendo o principal o ponto de encomenda, que pode consultar no programa informático e que sinaliza o momento em que o stock atinge o nível necessário para reposição. Para além desse, existe também o stock de segurança, que consiste no limite mínimo a ser mantido até que os medicamentos encomendados cheguem.

Para uma gestão mais eficiente dos stocks e dos custos, é feita uma análise ABC. Esta ferramenta permite categorizar medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos, com base no seu impacto financeiro ou quantidade consumida. A categoria A inclui os medicamentos com maior impacto económico, a B os de impacto moderado e a C corresponde aos de menor impacto económico. Após a análise, os pedidos de encomenda carecem de aprovação pelo Conselho de Administração antes da emissão da nota de encomenda pelos Serviços de Aprovisionamento (SA). (1)

3.1 Aprovisionamento e Sistemas de Aquisição

A monitorização de stocks e os pedidos de aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos são feitos diariamente pela farmacêutica coordenadora em colaboração com os SA, que têm ao seu encargo a aquisição de todos os bens essenciais ao hospital.

Para fazer a seleção de medicamentos é utilizado o Formulário Nacional de Medicamentos (FNM), porém, quando se verifica a necessidade de incluir um medicamento não contemplado neste documento, deve ser elaborada uma proposta de adenda, sujeita à aprovação prévia da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

Previsão Anual e Adjudicação

A aquisição de medicamentos na ULSCB, enquanto entidade do setor público, segue na maioria dos casos os procedimentos centralizados estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Anualmente, a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), entidade responsável pela logística e compras centralizadas no setor da saúde, solicita aos SF de cada unidade

hospitalar uma previsão de consumo para o ano seguinte, baseada nos consumos registados nos anos anteriores. Após consolidar essas informações, a SPMS elabora e envia para cada hospital um documento que contém uma lista de medicamentos e as respetivas quantidades adjudicadas para um determinado período.

Aquisição via Catálogo Eletrónico

Para os produtos não adjudicados ou cuja previsão não tenha sido comunicada, a aquisição é efetuada através do "Catálogo Eletrónico de Compras da Saúde". Este catálogo é acessível através de uma plataforma e facilita a aquisição de bens e serviços mediante contratos públicos de aprovisionamento, denominados por acordo-quadro, estabelecidos pelos SPMS. (2) Nesses casos, os SF emitem o pedido de compra aos SA, que consultam o catálogo e selecionam o fornecedor, geralmente com base na opção economicamente mais vantajosa. No entanto, podem optar por outro fornecedor, desde que a escolha seja devidamente fundamentada, como no caso de medicamentos adaptados à unidose ou com forma farmacêutica específica. Importa sublinhar que, antes da emissão da nota de encomenda, a seleção do fornecedor feita pelos SA é validada pela Diretora Técnica dos SF.

Produtos que Não Integram o Catálogo

Nestes casos podem fazer ajuste direto com um fornecedor, ou realizar consultas prévias e contactar pelo menos três entidades para realizar a aquisição. No entanto, quando é expectável fazer um consumo com elevado impacto económico, de forma a manter transparência é feito um concurso público (podem ser nacionais ou internacionais), ou seja, o próprio hospital abre um concurso, com critérios bem definidos para um determinado produto e os laboratórios apresentam as suas propostas. Para encomendas cuja previsão de custos é superiores a 75.000€ é obrigatório realizar concurso público. (3)

Empréstimo com outras Unidades Locais de Saúde (ULS)

Em situações urgentes e devidamente justificadas, podem ser realizados empréstimos de medicamentos entre instituições de saúde. No caso da ULSCB os empréstimos são normalmente efetuados com a ULSCBeira e a ULS da Guarda. Quando a ULSCB solicita medicamentos a outra entidade, trata-se de um "Empréstimo Obtido" e após a receção, os produtos são devolvidos sem transações monetárias entre as instituições. Por outro lado, quando a ULSCB fornece medicamentos a outra unidade, considera-se um "Empréstimo Concedido".

Aquisições em Situações de Urgência

Em casos de urgência ou rutura de stock, recorrem ao fornecedor de emergência, que neste caso é a Plural+Udifar. Caso o fornecedor de emergência não esteja disponível, pode ser utilizada uma FC, desde que existam protocolos previamente estabelecidos.

Medicamentos Sujeitos a Autorização de Utilização Excecional (AUE)

Quando um medicamento não tem Autorização de Introdução no Mercado (AIM) em Portugal, apesar de reconhecido o seu benefício terapêutico, pode ser solicitado ao Infarmed, em determinadas situações clinicamente justificadas, um pedido de Autorização de Utilização Excecional (AUE).

Para além deste tipo de autorização, existe a AUE de lote, que é concedida para medicamentos em situação de rutura de fornecimento ou sem outra opção terapêutica, permitindo a importação de lotes específicos para garantir a continuidade do tratamento. Quando o medicamento está indicado para uma determinada patologia, mas não dispõe de relatório de financiamento público, pode ser requerida a AUE para uma terapêutica específica. Neste caso, é necessário submeter o pedido no portal do Sistema de Informação para Avaliação das Tecnologias de Saúde - SIATS. (4)

3.2. Receção e Armazenamento de Encomendas

Receção

As encomendas são entregues numa zona própria do armazém dos SF com acesso exterior para facilitar o transporte e a descarga, sendo rececionadas pelo TSDT responsável. A primeira etapa consiste em comparar a guia de remessa com a nota de encomenda previamente emitida. Posteriormente conferi os produtos recebidos, verificando o número de unidades, lote, prazo de validade e o estado das embalagens. Em seguida, foi dada informaticamente entrada da encomenda em quantidade unitária e por *Medicines Verifications Organization* - MVO, um sistema que visa impedir a circulação de medicamentos falsificados. Por fim, a fatura duplicada fica arquivada nos SF, para efeitos de registo e a original é enviada para os serviços financeiros do hospital.

Aquando da receção, medicamentos estupefacientes e psicotrópicos devem ser verificados também na presença do farmacêutico responsável. Estes devem vir acompanhados pelo anexo VII corretamente preenchido, tal como definido no artigo 2º da Portaria n.º 981/98, de 8 de junho e no artigo 18º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro. (5,6) No caso dos medicamentos hemoderivados, deve-se garantir que vêm acompanhados pelo Certificado de Autorização de Utilização de Lote emitido pelo Infarmed e no caso das

matérias-primas, que cada lote ou fração vem acompanhado pelo respetivo boletim de análise. (1)

Armazenamento

O armazenamento dos produtos farmacêuticos é realizado imediatamente após a receção, garantindo a correta conservação e rastreabilidade. No momento de arrumar a prioridade é dada aos medicamentos que necessitam de refrigeração, seguido dos medicamentos estupefacientes/psicotrópicos, BZD e citotóxicos. A organização é feita nos respetivos locais por ordem alfabética de DCI e seguindo o princípio FEFO, assegurando que os produtos com validade mais curta são utilizados primeiro.

As condições ambientais do armazém devem ser rigorosamente controladas, mantendo a temperatura ambiente $\leq 25^{\circ}\text{C}$ e a humidade relativa $< 60\%$. Os medicamentos que requerem refrigeração devem ser conservados entre 2°C e 8°C , enquanto os que exigem congelação devem permanecer a temperaturas abaixo de -15°C . (1) Estes parâmetros são monitorizados em tempo real pelo sistema IT2 *Wireless Calmetric*, que emite alertas sonoros sempre que são detetadas variações fora dos limites estabelecidos.

A maioria dos produtos encontra-se armazenada no armazém central, à exceção dos que requerem condições especiais de conservação, como:

- Produtos inflamáveis – guardados num local individualizado, com acesso interno protegido por porta e paredes reforçadas corta-fogo, sistema que deteta fumo, sistema de ventilação e sinalética adequada.
- Gases medicinais – armazenados numa central, com acesso pelo exterior do hospital.
- Medicamentos estupefacientes/psicotrópicos – mantidos num cofre metálico trancado à chave, de acesso restrito.
- BZD e hemoderivados – guardados num armário de acesso restrito, disponível apenas para farmacêuticos.
- Citotóxicos – armazenados num armário localizado próximo da sala onde são preparados os citotóxicos e os que necessitam de refrigeração encontram-se num frigorífico na sala de distribuição.
- Matérias-primas – armazenadas na sala de manipulados, garantindo acessibilidade e organização.

Para minimizar erros e reforçar a segurança do uso dos medicamentos, estes estão identificados segundo a sinalética *Look-Alike, Sound-Alike* (LASA), facilitando a distinção entre nomes semelhantes, recorre-se à introdução de letras maiúsculas em partes estratégicas da DCI e à utilização de cores distintas, de forma a diferenciar facilmente as

dosagens. Adicionalmente, os medicamentos classificados como de alto risco encontram-se claramente assinalados com a designação "Medicamento de Alerta Máximo" (MAM). (7)

4. Distribuição de medicamentos

O processo de distribuição visa garantir que os serviços clínicos do hospital dispõem atempadamente dos medicamentos para responder às suas necessidades. Este processo tem início com a receção do pedido de medicação que tem de ser validado por um farmacêutico. O sistema de distribuição individual diária em dose unitária (DIDDU) é o sistema de distribuição predominante, no entanto nem sempre é viável uma vez que os SF não funcionam 24 horas por dia, por isso, este é complementado com outras formas de distribuição.

4.1. Distribuição Não Personalizada

4.1.1. Pedidos de Reposição de Stocks

Desta forma, a reposição é feita diretamente nos serviços clínicos do hospital, o que salvaguarda em cada um a existência de um stock de medicamentos e produtos de saúde, sendo este previamente definido em articulação com os SF. A calendarização da distribuição está organizada da seguinte forma: à segunda e quinta-feira ocorre a reposição geral; à terça-feira procede-se à reposição dos injetáveis de grande volume; à quarta-feira são repostos desinfetantes, detergentes e material de penso; e à sexta-feira é realizada a reposição da medicação urgente, assegurando as necessidades do fim de semana.

4.1.2 Sistemas semi-automatizados de armazenamento e distribuição de medicamentos (Pyxis)

Os Pyxis (figura 37) são sistemas semi-automáticos que funcionam como unidade de armazenamento e dispensa de medicamentos, com stock adaptado às necessidades de cada serviço clínico. No HAL, existem atualmente cinco Pyxis, localizados nos seguintes serviços clínicos: urgência geral, urgência pediátrica, bloco operatório, unidade de cuidados intensivos polivalentes e hospital de dia de hemodiálise.

O TSDT responsável verifica diariamente através do sistema informático, os stocks dos Pyxis de cada serviço clínico e emite uma lista das respetivas faltas. Essa lista



Figura 37 - Sistema Pyxis

apresenta todos os medicamentos, indicando o stock máximo e o stock atual. Com base

nessa informação, o TSDT prepara a medicação em falta e após essa etapa, realiza diariamente o transporte dos medicamentos da farmácia para os diversos serviços, a fim de repor os medicamentos necessários. Durante o estágio acompanhei a TSDT responsável ao longo de todo o procedimento, desde a emissão da lista da reposição necessária, ao transporte e reposição nos Pyxis. Durante a reposição foi efetuada uma verificação detalhada do stock disponível, assim como a análise das datas de validade dos medicamentos, garantindo que a informação registada no sistema informático estava correta e que não ocorriam erros na reposição.

Quando se trata de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos a preparação e reposição no sistema Pyxis é assegurada pelo farmacêutico responsável, uma vez que esses medicamentos fazem parte dos circuitos especiais e exigem um controlo mais rigoroso.

4.1.3 Pedido Extraordinário

O pedido extraordinário apenas é utilizado em situações pontuais, sendo restrito a casos em que um serviço necessita com urgência de medicamentos que não estão disponíveis no stock previamente acordado entre os profissionais de saúde. Nestes casos, a requisição deve ser efetuada através do sistema informático, permitindo ao farmacêutico responsável proceder à sua validação antes do TSDT preparar e enviar o pedido solicitado para o serviço requisitante.

4.2 Distribuição Personalizada

4.2.1 Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU)

A DIDDU é o método de distribuição de medicamentos, mais comum nos SF hospitalares. Este sistema consiste na dispensa individual de medicamentos e produtos de saúde para o serviço de internamento por um período de 24 horas, garantindo as necessidades a partir das 16 horas, até às 16 horas do dia seguinte, no entanto, às sextas-feiras, a medicação é organizada antecipadamente para cobrir todo o período do fim de semana. No caso de serem formas farmacêuticas multidose, estes são fornecidos no primeiro dia do tratamento e apenas são reenviados mediante solicitação específica.

Primeiramente é emitida pelo médico uma prescrição eletrónica, que é posteriormente, analisada e validada pelo farmacêutico. A prescrição contém a identificação do médico prescritor, data de prescrição e informações como a identificação do utente, identificação dos medicamentos, dose, posologia e via de administração. No contexto do internamento, o farmacêutico faz reconciliação da medicação, que consiste em reunir através do sistema informático toda a informação sobre medicação que o utente faz, incluindo a do domicílio. Desta forma é possível garantir que não há interações medicamentosas, alergias nem

discrepância entre a medicação habitual e a instituída. Durante a validação, caso o farmacêutico detete alguma discrepância, duplicação ou interação nos medicamentos, deve contactar de imediato o médico. Para além disso, o farmacêutico tem também acesso ao processo clínico completo, incluindo exames complementares de diagnóstico, análises clínicas laboratoriais e de forma a realizar uma análise mais rigorosa, pode aceder ao Resumo das Características do Medicamento (RCM) e ao FNM, através do programa informático Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento (SGICM).

Após validação, a informação é recebida por um TSDT e o processo é feito manualmente, com o apoio do Kardex, um equipamento semi-automático, ligado a um computador e com várias gavetas individuais, onde estão separados os medicamentos. O sistema tem um ecrã que indica o serviço clínico, o nome do utente, número da cama, nome dos medicamentos e a sua respetiva gaveta. No HAL, esta tarefa é realizada por um TSDT com o auxílio de um AO, que coloca a medicação num carrinho em gavetas corretamente identificadas com etiquetas que têm o nome do utente e o número da cama (figura 38). (1,8)

Posteriormente é impressa uma lista dos medicamentos que não constam no stock do Kardex e para finalizar a preparação dos carrinhos, o TSDT recorre ao armário da Dose Unitária (DU). Os produtos farmacêuticos mais volumosos, são colocados numa caixa, devidamente identificados por baixo do carrinho do respetivo serviço.

Após o carrinho estar completo é feita uma dupla validação por outro TSDT, de forma a garantir que não ocorreram duplicações da medicação, ou falhas. Frequentemente surgem novas prescrições ou são realizadas alterações após o envio dos carrinhos. Nestes casos, é necessário repetir o processo de validação farmacêutica, antes da medicação ser preparada pelo TSDT.

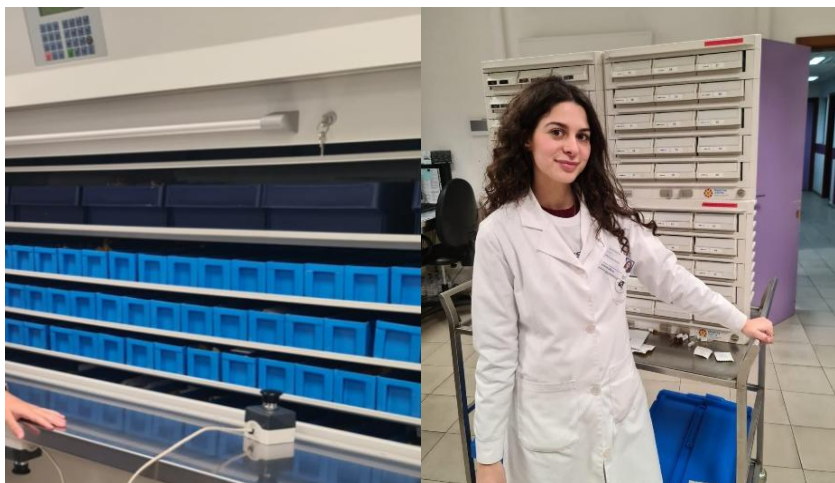


Figura 38 - Equipamento semi-automático, Kardex e carrinhos que transportam a medicação até aos serviços clínicos

4.2.2 Distribuição a doentes em Ambulatório

Nas duas primeiras semanas do meu estágio, estive na Farmácia de Ambulatório do HAL. Este espaço encontra-se acessível para funcionários dos SF do hospital internamente a partir da farmácia principal e dispõe também de acesso direto pelo exterior da farmácia, com direito a sala de espera específica e exclusiva para os seus utentes. O seu interior é composto por um gabinete de atendimento, onde está o farmacêutico responsável e é equipado com uma secretária e um computador com acesso ao programa informático. Existe ainda uma área de armazenamento dos medicamentos, com armários apropriados e frigoríficos para os medicamentos de frio.

São elegíveis para a distribuição de medicamentos em regime de ambulatório os utentes que necessitam de terapêuticas específicas que requerem um acompanhamento clínico rigoroso, não só pela necessidade de reforçar a adesão ao tratamento, mas também pela possibilidade de ocorrência de reações adversas significativas. Adicionalmente, certos medicamentos apenas beneficiam de participação integral quando a sua dispensa é efetuada diretamente pelos SF hospitalares. (8)

As prescrições médicas que são internamente prescritas, ficam devidamente registadas no sistema informático, o que permite ao farmacêutico o acesso direto e célere às prescrições em regime de ambulatório. No caso de prescrições provenientes de instituições externas, estas carecem de introdução manual no sistema, mediante a inserção do código da prescrição, identificação do médico prescritor e instituição de origem. Após aceder à prescrição no sistema, é possível ter acesso a informações do utente, como idade, sexo, morada, medicamentos prescritos e respetivas quantidades já dispensadas e unidades ainda pendentes para dispensa.

Dos atendimentos e dispensas de medicação que realizei sob a supervisão da farmacêutica responsável, uma das principais diferenças que notei em relação à experiência anterior que tive numa FC foi o facto de, neste contexto, a quantidade dos medicamentos ser apresentada à unidade individual e não por embalagem. Isto exige que o cálculo da quantidade a dispensar para o período de 30 dias seja feito manualmente, com base na dosagem prescrita e na frequência da administração. Após ceder a medicação solicitei a formalização do registo através da assinatura digital do utente, ou de uma pessoa por ele designada, num tablet conectado ao sistema informático. Esta abordagem individualizada, permite ao farmacêutico reforçar a adesão à terapêutica, assim como fazer farmacovigilância ativa durante o atendimento, sendo fulcral questionar sobre possíveis sintomas sugestivos de reações adversas a medicamentos (RAM).

Durante este período estudei a Portaria n.º 261/2024/1, de 14 de outubro que vem regulamentar e atualizar o regime excecional de comparticipação de medicamentos anteriormente estabelecido por diplomas legais distintos. A Portaria n.º 48/2016, de 22 de março, estabelece o regime excecional aplicável aos medicamentos destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas. Por sua vez, a Portaria n.º 351/2017, de 15 de novembro, define o regime excecional relativo aos medicamentos utilizados no tratamento da doença de crohn e da colite ulcerosa. Tendo em consideração a coexistência destes dois regimes distintos e a semelhança nas condições clínicas abrangidas, entendeu-se como fundamental o estabelecimento de um só regime de comparticipação, que integra todas estas patologias. (9)

4.3. Circuitos Especiais de distribuição

4.3.1. Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos

Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (MEP) requerem um controlo particularmente rigoroso, não apenas devido ao seu uso terapêutico, mas também pelo risco de desvio e utilização ilícita, o que justifica a necessidade de uma fiscalização estrita e contínua por parte das instituições de saúde e das autoridades competentes. Nesse seguimento, as medidas de controlo dos MEP, estão regulamentadas pela Portaria n.º 981/98, de 8 de junho, que obriga ao preenchimento do Anexo X. Cada requisição somente corresponde a um medicamento, podendo incluir vários doentes com prescrição desse mesmo medicamento e tem obrigatoriamente de ter a DCI, a forma farmacêutica, a dosagem, a identificação do doente, quantidade prescrita e fornecida incluindo a assinatura do enfermeiro que fez a administração, do diretor do serviço, do responsável dos SF, de quem realizou a entrega e de quem o recebeu no serviço requerente. (5)

Após a prescrição do MEP, a farmacêutica valida a requisição e procede à preparação e envio do medicamento, que se encontra armazenado num cofre específico de acesso limitado para garantir a sua segurança. Seguidamente, é registada a saída no sistema informático e entregue o medicamento juntamente com a sua requisição a um AO, que se desloca ao respetivo serviço clínico. A fim de permitir a comparação entre os medicamentos requisitados, enviados e efetivamente administrados e de garantir a sua rastreabilidade, os SF ficam com uma cópia do documento arquivada. Quando o número de linhas disponíveis no Anexo X esgota, o duplicado fica arquivado no serviço clínico para registo e o documento original regressa aos SF, onde fica guardado.

Como anteriormente referido, o circuito via Pyxis permite que determinados serviços clínicos mantenham um stock controlado de MEP e a sua reposição é feita semanalmente

por uma farmacêutica, que compara o stock dos SF, com o stock do sistema informático e trimestralmente, reporta os dados de consumo ao Infarmed.

4.3.2. Medicamentos hemoderivados

Os medicamentos hemoderivados, são preparados a partir de componentes do sangue humano, sendo regulamentados pelo Despacho n.º 1051/2000, de 14 de setembro, que estabelece a obrigatoriedade do registo de todos os atos clínicos relacionados com a requisição, distribuição e administração destes medicamentos. Além disso, determina que a sua requisição deve ser formalizada por um documento específico, composto por duas vias: Via Farmácia e a Via Serviço. (10)

Em primeiro lugar, o médico prescriptor preenche os quadros do documento, o que inclui dados como a sua identificação e a do doente, o medicamento pretendido, o serviço a que se destina, dose prescrita, duração do tratamento e justificação clínica. Este documento é posteriormente remetido aos SF, onde a farmacêutica responsável procede à validação da prescrição e ao preenchimento do quadro que inclui informações como o número de unidades a serem cedidas, o fornecedor, o lote e o número de certificação do Infarmed, bem como a sua assinatura e a data do envio do medicamento.

Após a validação farmacêutica, a medicação é preparada e devidamente identificada com um rótulo onde constam informações sobre as condições de conservação, nome do utente e serviço. A medicação é enviada ao serviço e no momento da entrega, o enfermeiro responsável pela requisição confere todo o material recebido e procede à assinatura da respetiva receção, garantindo a rastreabilidade do circuito do medicamento. Simultaneamente, é enviada a documentação e a Via Farmácia regressa à farmácia de modo a ser arquivada, enquanto a Via Serviço permanece com o serviço clínico requisitante, pois contém um quadro para o registo de todas as administrações efetuadas, que inclui a data de administração, a quantidade, identificação do hemoderivado e lote, sendo também obrigatória a assinatura do enfermeiro que administra.

Assim que o tratamento for concluído, a Via Serviço é devolvida à farmácia, para que o farmacêutico responsável possa conferir e validar os dados registados e por fim este documento é novamente remetido ao serviço requisitante, onde fica arquivado.

4.4 Gases medicinais

O Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, define gases medicinais como gases ou misturas de gases, liquefeitos ou não, destinados a entrar em contacto direto com o organismo humano e que exerçam atividade terapêutica adequada a um medicamento. (11)

Os gases medicinais disponíveis são oxigénio, monóxido de carbono, árgon, dióxido, protóxido, azoto e ar medicinal. Está a encargo dos SF a aquisição, receção, armazenamento e distribuição destes gases, a fim de assegurar a cobertura das necessidades do hospital, evitando tanto a rutura de stock como o excesso. A aquisição dos gases medicinais é realizada ao abrigo de um concurso público, sendo a *Air Liquide* o atual fornecedor.

A reposição é feita no caso dos gases medicinais líquidos acondicionados nos reservatórios criogénicos por telemetria, com reposição automática por parte do fornecedor ou, quando necessário, por verificação periódica do nível por um elemento do Serviço de Instalação e Equipamentos. No caso das garrafas ou cilindros, o controlo é feito semanalmente e em conjunto com um TSDT fui ao armazém e verificámos a quantidade disponível, tendo posteriormente comunicado à farmacêutica responsável por emitir o pedido ao SA. Quando os cilindros entram ou saem dos SF regista-se para que serviço clínico vão ou de qual vêm, assim como o lote e a validade pela leitura ótica do código de barras, garantindo rastreabilidade na sua distribuição.

4.5 Gestão e distribuição de vacinas na ULSCB

A gestão e distribuição das vacinas pelas diversas UCSPs da ULSCB, é da responsabilidade dos SF, estando incluídas as vacinas que integram o PNV e as vacinas administradas na consulta do viajante.

Para garantir uma gestão eficaz, cada UCSP dispõe de um stock mínimo e máximo previamente definido em articulação entre o enfermeiro responsável, o médico e o farmacêutico, de forma a assegurar que cada unidade dispõe de quantidades suficientes, evitando ruturas ou excesso de stock e desperdícios.

A monitorização dos stocks é realizada semanalmente pela farmacêutica responsável, que procede à extração de uma lista atualizada do inventário de vacinas de cada UCSP e com base nessa análise, identifica as necessidades de reposição em articulação com o enfermeiro responsável. Após a validação da requisição, a farmacêutica efetua o envio, assegurando rigorosamente as condições de conservação para cada tipo de vacina. Neste seguimento, auxiliei na preparação dos envios, acondicionando as vacinas em contentores próprios que mantêm as condições de armazenamento durante o transporte e conferi os lotes e as respetivas as datas de validade.

5. Produção e Controlo

5.1. Reconstituição de fármacos citotóxicos

Primeiramente, foi-me explicado todo o procedimento, bem como apresentado o Manual de Preparação de Citotóxicos da OF e o Procedimento Interno da ULSCB para a Unidade Centralizada de Preparação de Medicamentos Citotóxicos. Adicionalmente, tive a oportunidade de explorar a plataforma digital eviQ, uma ferramenta amplamente utilizada que disponibiliza protocolos de tratamento oncológico, facilitando o acesso fácil e rápido pelos profissionais de saúde.

Seguindo o predisposto no Manual Preparação de Citotóxicos da OF, os SF do HAL dispõem de uma sala com todo o material essencial para a preparação de medicamentos citotóxicos, incluindo um kit de derrames. Este espaço encontra-se organizado em três áreas distintas: a zona de apoio, a antecâmara e a sala de preparação. (12)

De forma a assegurar o stock necessário, todas as semanas é enviada uma lista para os SF dos tratamentos que estão programados para a semana seguinte. Assim, todas as manhãs, na sala de apoio logístico, a farmacêutica responsável consulta no sistema informático, as prescrições médicas e protocolos de tratamento agendados para o dia e em seguida, procede à confirmação por telefone com a enfermaria da Unidade de Administração de Citotóxicos (UAC), assegurando que não ocorreram alterações.

Compete ao farmacêutico validar o protocolo prescrito, sendo para isso necessário aceder ao valor do peso e altura do utente, a fim de calcular a área de superfície corporal, que determina a dose a administrar. Posteriormente à validação, é criado um mapa de produção, com os medicamentos e respetivos procedimentos a seguir, sendo impresso em 2 cópias, uma que acompanha o tabuleiro que entra na câmara e outra que é arquivada. Em seguida, com o auxílio do TSDT é feito o registo dos lotes e prepara-se a medicação nos respetivos tabuleiros, identificado com o rótulo, o mapa de produção e todos os materiais e fármacos necessários. Por fim, o tabuleiro é desinfetado com álcool isopropílico a 70%, antes de entrar na sala de preparação.

Durante o estágio, entrei dentro da sala da câmara e observei a preparação de medicamentos citotóxicos. O procedimento teve início na antecâmara, onde entrei acompanhada por um TSDT e uma farmacêutica. Nesta fase, procedi à lavagem asséptica das mãos, seguindo rigorosamente os protocolos de higienização e equipei-me com o equipamento de proteção individual adequado, composto por protetores para sapatos, bata impermeável esterilizada e descartável, touca, máscara FFP2 e luvas. Seguidamente, acedi à sala de preparação, que é acessível unicamente através da antecâmara. Esta área, consiste

numa sala limpa, estando equipada com uma câmara de fluxo laminar vertical, de classe II, tipo B, especificamente destinada à manipulação de medicamentos citotóxicos e que proporciona um ambiente estéril e seguro, tanto para os produtos manipulados como para o operador. Esta sala mantém condições ambientais rigorosamente controladas, apresentando uma pressão negativa relativa às áreas adjacentes, com temperaturas entre os 18 e 22 °C e humidade relativa entre 40% e 60%, sendo estes parâmetros monitorizados diariamente. (12)

Durante a entrada na câmara, permaneceu um farmacêutico na sala de apoio, onde se encontra uma bancada com materiais como adaptadores, seringas *spikes*, e bombas difusoras, bem como o transfer que permite a passagem do material para o interior da sala de preparação. Como primeiro passo, o TSDT procedeu à desinfeção integral da câmara de fluxo laminar, utilizando compressas esterilizadas e álcool isopropílico a 70%, sendo este processo novamente repetido no final. No interior da câmara, o farmacêutico é responsável por rececionar e conferir todo o material necessário, desinfetá-lo e entregar ao TSDT, que faz a manipulação propriamente dita. Após a conclusão da preparação, os medicamentos são acondicionados em sacos transparentes, colocados no tabuleiro e enviados pelo transfer ao farmacêutico que está na zona de apoio e que se encarrega de validar e ver se os rótulos têm toda a informação obrigatória como o nome do destinatário, princípios ativos e número da preparação. Os medicamentos são acondicionados em sacos devidamente rotulados e são transportados por um AO numa mala própria até à UAC. No final do processo, removi adequadamente os equipamentos de proteção utilizados na antecâmara, seguindo as normas estabelecidas.



Figura 39 - Na primeira imagem observa-se a preparação dos tabuleiros antes de entrarem na câmara e na segunda imagem uma fotografia tirada na sala de apoio

5.2. Preparação de bolsas de nutrição parentérica

Neste âmbito, os SF do HAL apenas utilizam bolsas tricompartimentadas, não realizando a sua preparação nas respetivas instalações. Estas bolsas são compostas por três compartimentos distintos, contendo separadamente o componente lipídico, proteico e glicídico, de forma a assegurar uma alimentação equilibrada e/ou prevenir ou corrigir eventuais alterações metabólicas indesejáveis. Antes da administração, as bolsas são homogeneizadas e posteriormente, aditivadas pelos enfermeiros nos serviços clínicos correspondentes. Embora a manipulação direta das bolsas não seja realizada nos SF, os farmacêuticos validam as prescrições médicas e avaliam se a nutrição parentérica constitui a abordagem nutricional mais adequada face ao estado clínico e às necessidades individuais, esclarecem eventuais dúvidas sobre a sua utilização e prestam qualquer apoio sempre que necessário.

5.3. Preparação de formas farmacêuticas não estéreis

É responsabilidade do farmacêutico assegurar a qualidade da preparação de medicamentos manipulados, em conformidade com as boas práticas de preparação farmacêutica, conforme estabelecido na Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. (13) Neste contexto, os SF do HAL dispõem de uma sala destinada exclusivamente à preparação de medicamentos manipulados, devidamente equipada com todos os materiais e matérias-primas para a sua preparação.

O processo começa com a validação da prescrição médica pela farmacêutica responsável, garantindo a adequação do tratamento, a forma farmacêutica e a dose. Em seguida, é elaborada uma ficha técnica de preparação, na qual constam elementos essenciais, como, o nome da preparação, número da guia, quantidade a preparar, data da preparação, matérias-primas, origem e lote das matérias-primas, quantidade calculada e pesada, a técnica de preparação, bem como a rubrica do operador e do supervisor, sendo neste caso duas farmacêuticas, assegurando, a dupla validação do procedimento.

Antes de iniciar a preparação, são seguidos os procedimentos de higiene e proteção individual, nomeadamente a lavagem adequada das mãos, colocação de touca e uso de luvas. Após finalizar a manipulação, a ficha é assinada e arquivada junto com o rótulo da preparação, que contem para além de outras informações dados fundamentais como a identificação do utente e serviço clínico requisitante, o nome do manipulado, prazo de validade, indicação de como conservar e caso aplicável uma etiqueta de fundo vermelho, com a indicação “USO EXTERNO”.

No meu estágio, acompanhei a preparação de manipulados, nomeadamente: Suspensão de Furosemida 2 mg/mL para o serviço de Pediatria (Anexo I), Álcool a 50% para o serviço de

Endocrinologia (Anexo II) e uma Suspensão de Nistatina, Lidocaína e Bicarbonato de Sódio (Anexo III), utilizada no tratamento de um caso de candidíase oral, para a consulta externa do serviço de estomatologia.



Figura 40 - Suspensão de Furosemina 2 mg/mL

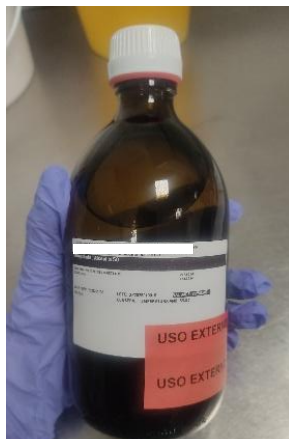


Figura 41 - Preparação de Álcool a 50%

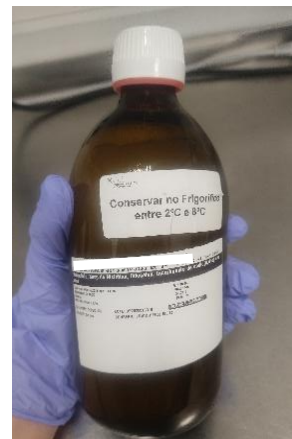


Figura 42 - Suspensão de nistatina, lidocaína e bicarbonato de sódio

5.4. Reembalamento

Este processo é utilizado quando os medicamentos não apresentam acondicionamento em dose unitária pelo seu laboratório de fabrico, ou quando, mesmo estando adaptados à unidade, não reúnem informações essenciais, como DCI, dosagem, lote e prazo de validade. Quando se determina a necessidade de reembalamento, o TSDT preenche informaticamente o “Mapa de Produção” correspondente ao caso, podendo o medicamento estar embalado em blister ou ampola (Anexo IV). Esta ficha é, posteriormente impressa e validada pelo farmacêutico responsável, que verifica todas as informações antes de se iniciar o processo.

O processo de reembalamento é feito por um AO. Quando os medicamentos se apresentam sob a forma de ampolas fotossensíveis, são acondicionadas com papel de alumínio (figura 43), para garantir a sua estabilidade, sendo em seguida rotulados. Caso não sejam fotossensíveis, passam diretamente para o processo de rotulagem manual, sem necessidade de acondicionamento adicional. No caso dos medicamentos acondicionados em blisters que não se encontram adaptados ao sistema de unidade, pode ser necessário desblistar e nestes casos, o reembalamento é realizado com o auxílio de um equipamento semi-automático (figura 44). Nessas situações a validade que se coloca no “Mapa de Produção” é de um ano a partir da data de reembalamento, salvo se a validade atribuída pelo laboratório for inferior, considerando sempre a data mais curta. Se adaptado à unidade não é necessário desblistar e o único passo consiste no corte individualizado do blister. No final o farmacêutico responsável verifica a fita de medicamentos reembalados, garantindo que não

há compartimentos vazios nem duplicação de unidades e que o processo de etiquetagem está correto. Após esta verificação, é feita a liberação do lote.

No âmbito das atividades desenvolvidas durante o estágio, participei em todas as fases deste processo, incluindo o preenchimento e validação das fichas de reembalamento, a preparação dos medicamentos para o equipamento, a rotulagem manual de ampolas e o auxílio à farmacêutica responsável na verificação final das unidades embaladas.



Figura 43 - Reembalamento de ampolas

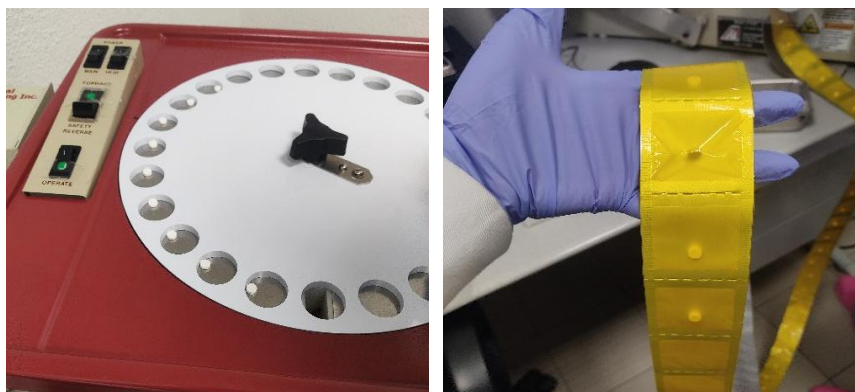


Figura 44 - Equipamento semi-automático para reembalar e fita de medicamentos reembalados

6. Atividades de Farmácia Clínica

Consulta Farmacêutica Descentralizada

Os SF do HAL implementaram um modelo de consulta farmacêutica descentralizada, direcionada aos utentes da ULSCB que beneficiam da dispensa de medicamentos na farmácia de ambulatório. Estas consultas são realizadas nas várias UCSP, seguindo uma calendarização mensal pré-definida, embora sujeita a reajustes pontuais.

No decurso da minha primeira semana, acompanhei uma farmacêutica na deslocação ao Centro de Saúde da Sertã. Nesse dia, todos os utentes já tinham tido consultas anteriores

neste âmbito pelo que o acompanhamento incidiu na monitorização da adesão terapêutica e na avaliação de potenciais RAM, contudo, não foi detetada nenhuma desde a última cedência. Embora não tenha presenciado, foi-me explicado que quando se trata da primeira consulta farmacêutica no âmbito da dispensa em proximidade, é solicitado previamente ao utente que leve consigo toda a sua medicação diária, independentemente de ter sido adquirida em FC ou FH, bem como a respetiva posologia. Nessa mesma ocasião, é igualmente solicitado ao utente que preencha e assine o termo de consentimento informado, que autoriza o registo da sua informação terapêutica e o acesso ao seu processo clínico, garantindo a legalidade e a confidencialidade dos dados recolhidos. No final do processo, é sempre solicitado ao utente, ou ao seu representante devidamente identificado, que assine um comprovativo de receção, de forma a garantir o registo formal da entrega da medicação.

Consulta de Urologia Oncológica

Na terceira semana, acompanhei diretamente uma farmacêutica à consulta farmacêutica no serviço de Urologia, que se realiza semanalmente, por norma quarta-feira à tarde.

Após a consulta médica, os utentes seguidos pelo médico urologista são encaminhados para um gabinete específico para a consulta farmacêutica individualizada, na qual a farmacêutica procede à entrega dos medicamentos prescritos, se aplicável e esclarece dúvidas, reforça a importância da adesão à terapêutica e monitoriza possíveis RAM. Entre os medicamentos mais frequentemente cedidos encontra-se a bicalutamida, um antiandrogénio não esteroide, utilizado no tratamento do cancro da próstata, cuja utilização pode estar associada a efeitos como distúrbios gastrointestinais e sensibilidade mamária, aspetos sobre os quais os utentes são devidamente informados.(14) Outro medicamento comum é a leuprorrelina, um agonista da hormona libertadora da gonadotrofina (GnRH), cuja administração é realizada na enfermaria do piso, sendo o utente orientado a deslocar-se de imediato para esse local após a consulta. (15)

Toda a informação recolhida durante a consulta, tanto no que diz respeito à cedência dos medicamentos, como ao seguimento farmacoterapêutico, é devidamente registada na plataforma eletrónica SClínico, assegurando a continuidade e a partilha de informação entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento do utente.

Visita Médica

Neste âmbito, acompanhei a farmacêutica responsável ao serviço de Cirurgia durante a visita médica, que se realiza, habitualmente, às sextas-feiras de manhã. Antes da visita, efetuei uma análise detalhada da terapêutica instituída a todos os utentes internados neste

serviço, o que me permitiu compreender melhor o contexto clínico de cada um. A visita médica decorreu também na presença dos médicos do serviço, incluindo médicos internos e do enfermeiro coordenador. Ao longo da manhã, foi feita a visita a todos os quartos, sendo cada caso clínico discutido entre os vários profissionais de saúde. Neste contexto, o papel do farmacêutico assume particular relevância na vertente terapêutica, através da análise das prescrições, assegurando o uso adequado dos medicamentos ao estado clínico, detetando eventuais interações medicamentosas, erros de prescrição e sugerindo, quando necessário, alterações ao esquema terapêutico. Neste dia, foi sugerida a transição da administração de analgésicos para a via oral nos utentes cirúrgicos que já tinham essa via disponível, o que permite maior conforto e reduzir os riscos associados ao uso da via intravenosa. De forma semelhante, acompanhei outra farmacêutica à visita médica do serviço de Ortopedia, que ocorre geralmente, na segunda-feira de manhã, também com a presença do enfermeiro coordenador e da equipa médica.

Durante estas visitas, observei o processo de reconciliação terapêutica, desempenhada pelo farmacêutico hospitalar, que consiste na comparação e validação da medicação que o utente tomava antes do internamento com a terapêutica instituída no hospital, de modo a identificar discrepâncias, que podem incluir omissões de medicamentos, duplicações, alterações de doses ou vias de administração. Para isso, o farmacêutico tem acesso a registos clínicos prévios e quando é detetada uma discrepância, esta é discutida juntamente com o médico responsável.

Por fim, foram feitos registos numa folha da reconciliação que inclui informações sobre o utente, a medicação pré-hospitalar e medicação prescrita para o internamento, bem como sugestões de alterações da medicação, quando aplicável, a fim de assegurar um registo claro e estruturado da informação.

Hospital de Dia da Psiquiatria

Para assegurar a continuidade dos tratamentos farmacológicos após a alta hospitalar e garantir que os utentes mantêm a adesão à terapêutica prescrita, acompanhei um farmacêutico ao serviço de Psiquiatria do HAL, para preparar a medicação dos seus utentes em regime de hospital de dia em conjunto com o enfermeiro responsável.

A medicação é preparada para uma semana completa e organizada em caixas devidamente identificadas com os dias da semana e os diferentes horários das refeições, sendo habitualmente levantadas pelos utentes às sextas-feiras. Desta forma, é possível garantir que continuam a receber a sua medicação de forma estruturada, mesmo fora do contexto hospitalar, contribuindo para a estabilidade do seu estado clínico.

Consultas Respiratórias da Comunidade

As consultas respiratórias da comunidade (CRC), são especializadas no acompanhamento e tratamento da tuberculose, uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e transmissível maioritariamente pela via inalatória. Esta consulta abrange indivíduos expostos à tuberculose, com suspeita da doença, com diagnóstico de tuberculose ativa ou latente e aqueles que se encontram em tratamento para qualquer uma dessas formas. São também abrangidos utentes imunodeprimidos ou candidatos a terapêuticas imunossupressoras, pessoas provenientes de países com elevada prevalência de tuberculose e crianças em idade pediátrica com indicação para vacinação contra a tuberculose e necessidade de rastreio prévio. (16,17)

No cenário referido, acompanhei uma farmacêutica, nas consultas em conjunto com o médico responsável pelo seguimento dos utentes com diagnóstico de tuberculose, que se realizam semanalmente, à quarta-feira durante a tarde, no Centro de Saúde de São Miguel, em Castelo Branco. O papel do farmacêutico é essencialmente auxiliar a consulta multidisciplinar com decisão terapêutica partilhada, assim como monitorizar a adesão ao tratamento, reforçar as medidas de contenção da doença e fazer farmacovigilância ativa visto que os fármacos em questão têm muitas reações adversas associadas. Após a consulta médica, os utentes são encaminhados para outro gabinete, onde está a enfermeira que procede à entrega da medicação e fornece orientações adicionais.

7. Farmacovigilância

A farmacovigilância engloba um conjunto de atividades científicas e técnicas destinadas à identificação, avaliação e prevenção de RAM, ou qualquer outro problema relacionado com a sua utilização. O seu desígnio principal é assegurar a segurança dos medicamentos, contribuindo assim para a proteção da saúde pública. (18)

Em contexto hospitalar, participei ativamente neste âmbito, através da notificação de uma suspeita de reação adversa associada à administração de imunoglobulina humana subcutânea (Cutaquig 165 mg/ml). O caso era referente a um utente do sexo masculino, com 72 anos, internado por AVC isquémico, que apresentava múltiplas comorbilidades. Durante a análise do processo clínico, foi reportada a possibilidade de uma RAM, associando o AVC à administração da imunoglobulina. Tendo em conta a gravidade do evento e a terapêutica em curso, procedi à consulta do RCM, onde está descrita, como possível efeito adverso, a ocorrência de eventos tromboembólicos.(74) Com base nisso, em conjunto com a farmacêutica responsável, procedi à elaboração da notificação de suspeita de RAM, que foi enviada por via email para a Unidade de Farmacovigilância da UBI, entidade responsável pela área de abrangência da ULSCB (Anexo V).

É ainda feita farmacovigilância ativa no serviço da UAC, por uma farmacêutica que se desloca regularmente à unidade com o propósito de contactar diretamente os utentes. Durante estas visitas, procede-se à recolha e ao registo detalhado da medicação habitual, com particular atenção à identificação de potenciais interações medicamentosas e RAM. Todas as informações recolhidas são devidamente documentadas e arquivadas para posterior consulta.

8. Farmacocinética clínica

A farmacocinética clínica consiste na aplicação prática de princípios farmacocinéticos com critérios farmacodinâmicos, o que permite otimizar a terapêutica farmacológica através da individualização da posologia, assegurando um uso seguro e eficaz. (18)

Nos SF hospitalares, é feita a monitorização sérica de antibióticos como a gentamicina e a vancomicina, uma vez que ambos possuem margem terapêutica estreita, ou seja, a diferença entre a dose terapêutica e a dose tóxica é pequena e para além disso, estes dois fármacos também têm elevada nefrotoxicidade e por isso é importante fazer a sua monitorização.

Para realizar a monitorização, é necessário recolher dados clínicos detalhados do utente, como idade, peso, altura, género, histórico farmacoterapêutico (incluindo informações sobre a dose, via de administração, início e duração do tratamento), informações clínicas relevantes, concentrações séricas dos medicamentos e dados bioquímicos (como a creatinina sérica). Para calcular e estimar o regime posológico individualizado é utilizado o programas informático, *Abbottbase Pharmacokinetic System Vs 1.10*,

Neste contexto, foi efetuado o doseamento da vancomicina num utente de 85 anos, com celulite e osteomielite em hospitalização domiciliária. Primeiramente foram retirados das análises parâmetros bioquímicos como o pico (medido 1 hora após o fim da perfusão), o vale (medido imediatamente antes ou até 30 minutos antes da próxima administração), a proteína C reativa e a creatinina. Estes parâmetros são usados para calcular a área sob a curva (AUC), que é calculada dividindo-se a dose total diária da vancomicina pela clearance e que deve ficar entre 400 e 600 para garantir eficácia e segurança. Neste caso, inicialmente o utente fazia 1000mg de vancomicina a cada 12 horas, mas devido ao aumento da AUC em comparação com os valores anteriores, a dose foi ajustada para 800mg a cada 12 horas. Esse ajuste foi feito para evitar que a AUC ultrapassasse os limites recomendados, ajudando a prevenir possíveis efeitos adversos.

9. Ensaio Clínicos

Os ensaios clínicos consistem em investigações realizadas em seres humanos com o propósito de analisar efeitos clínicos, farmacológicos ou farmacodinâmicos de medicamentos experimentais, avaliando a sua segurança e eficácia. (20) Nos SF do HAL, há uma sala específica para a realização destes ensaios e onde fica armazenada toda a documentação relativa a estudos em curso ou já concluídos. Quando realizei o estágio, não me foi possível o contacto direto com esta vertente prática, uma vez que não se encontrava a decorrer nenhum ensaio clínico no hospital.

10. Comissões Técnicas

Comissão de Ética

A Comissão de Ética da ULSCB integra uma equipa multidisciplinar, na qual se inclui uma farmacêutica. A sua missão é avaliar e emitir pareceres sobre temas éticos e bioéticos relacionados com a prestação de cuidados de saúde. Entre as suas funções, destaca-se a análise de protocolos de investigação científica, como ensaios clínicos ou outros procedimentos experimentais que envolvam seres humanos ou os seus produtos biológicos. Esta comissão articula-se com estruturas similares de outras instituições, promovendo a partilha de conhecimento e boas práticas éticas.

Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

A CFT, composta por profissionais médicos e farmacêuticos, assume um papel de articulação entre os serviços clínicos e os SF. Entre as suas responsabilidades principais estão a elaboração de adendas ao FNM, a monitorização da sua aplicação, bem como a adequação da terapêutica e o respetivo impacto económico.

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos é responsável por implementar e monitorizar o plano operacional de prevenção e controlo de infeção na ULSCB, em alinhamento com o programa nacional de controlo de infeção. A equipa é igualmente multidisciplinar, integrando médicos, enfermeiros, farmacêuticos e engenheiros. Entre as suas atribuições está a elaboração de protocolos sobre o uso de desinfetantes, técnicas de higienização e lavagem asséptica, assim como outras medidas de prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas

É composta por médicos, enfermeiros e farmacêuticos e dedica-se à abordagem de feridas com cicatrização difícil e à prestação de cuidados a pessoas ostomizadas. Entre as suas

atividades estão a padronização de procedimentos clínicos, através da criação de normas e orientações de boas práticas, a formação contínua dos profissionais de saúde, a implementação de sistemas de avaliação do risco de evolução das feridas e a divulgação de abordagens terapêuticas atualizadas, em colaboração com os SF.

Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

Formada por uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, engenheiros e arquitetos, esta comissão tem como missão principal promover a qualidade dos cuidados prestados e a gestão do risco, abrangendo tanto aspetos clínicos como gerais. O seu foco centra-se na segurança do doente, assegurando que os cuidados sejam eficazes e orientados para as necessidades individuais.

11. Atividades desenvolvidas

Durante o estágio, assisti a reuniões institucionais com grande valor pedagógico, em particular, uma sessão online dedicada ao projeto-piloto "Dispensa em Proximidade", que está a ser implementado em colaboração com a Glintt - *Global Intelligent Technologies*. Esta iniciativa está enquadrada no Decreto-Lei n.º 138/2023, de 29 de dezembro, e na Portaria n.º 106/2024/1, de 14 de março, que definem o regime legal para a dispensa descentralizada de medicamentos e outros produtos de saúde prescritos em ambulatório hospitalar. O propósito central deste modelo é tornar mais fácil para os utentes obterem os seus tratamentos em unidades de saúde próximas da sua residência, evitando assim deslocações exclusivamente aos SF hospitalares. (21) A sessão teve como finalidade testar e validar o sistema informático que suportará o projeto, reduzindo a ocorrência de erros após a sua implementação prática.

Adicionalmente, no dia 29 de janeiro de 2025 assisti a uma reunião sobre a vacinação sazonal com as equipas de vacinação regionais, realizada no Centro de Saúde de São Miguel, em Castelo Branco, juntamente com uma farmacêutica e a enfermeira coordenadora da saúde pública na ULSCB. Esta sessão realizou-se no período de vacinação e incluiu a apresentação do relatório semanal da região centro referente à vacinação contra a gripe e a Covid-19. Foram também revistos o PNV de 2024 e o boletim sazonal de vacinação.

Paralelamente, participei ativamente na resolução de diversos casos clínicos que iam surgindo diariamente, através de pesquisa de informação no RCM e outras fontes científicas. Colaborei ainda em atividades relacionadas com a prática clínica e a segurança no uso de medicamentos, contribuindo para a atualização e identificação dos MAM, o que envolveu a verificação e rotulagem adequada das gavetas dos SF e das enfermarias dos serviços clínicos.

12. Conclusão

Durante este período, ressalto a importância do trabalho interdisciplinar, tendo acompanhado de forma clara como a articulação entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros profissionais contribuiu significativamente para melhorar o estado clínico do utente, sendo esse, inequivocamente, o objetivo primordial de qualquer equipa de saúde.

Contudo, constatei que o papel do farmacêutico ainda é, por vezes, desvalorizado, sobretudo na sua integração nos serviços clínicos. Apesar disso, é evidente o esforço contínuo destes profissionais em afirmar um papel mais ativo e colaborativo nas equipas multidisciplinares. Neste sentido, a meu ver a implementação da consulta farmacêutica descentralizada assume particular relevância, promovendo a proximidade entre o farmacêutico e o utente, pois este modelo não só facilita o acesso à dispensa de medicamentos e outros produtos farmacêuticos em regime ambulatorio, como também fomenta uma abordagem mais personalizada e direta permitindo ao farmacêutico realizar uma análise farmacoterapêutica mais detalhada.

Por fim, considero que, ao longo destes dois meses de esforço e trabalho, adquiri competências fulcrais, tanto científicas como práticas, e que me prepararam de forma sólida para enfrentar a próxima etapa. Esta vivência possibilitou-me também entender a complexidade e a responsabilidade inerente do farmacêutico hospitalar, considerando o seu contributo em cada fase do circuito do medicamento no contexto hospitalar e nas suas UCSPs.

13. Bibliografia

1. Ordem dos Farmacêuticos. Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar: Capítulo A – Processos de Suporte [Internet]. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2020 [citado 2025 jan 8].
2. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Catálogo Eletrónico – Compras na Saúde [Internet]. Lisboa: SPMS; [citado 2025 jan 20]. Disponível em: <https://www.spms.min-saude.pt/catalogo-electronico-compras-na-saude/>
3. Ministério da Saúde. Concurso público – Manual de Compras Públicas [Internet]. Lisboa: SPMS; [citado 2025 jan 20]. Disponível em: <http://193.137.22.223/pt/manual-compras-publicas/concurso-publico/>
4. Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Autorização de Utilização Excecional [Internet]. Lisboa: INFARMED; [citado 2025 fev 12]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/autorizacao-de-utilizacao-especial>
5. Portaria n.º 981/98, de 8 de junho. Diário da República. 1998 set 18; II-Série(216):71.
6. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 outubro. Diário da República. 1994 out 12; Série I B, n.º 236.
7. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 008/2023, de 19 de dezembro de 2023: Medicamentos de Alta Vigilância [Internet]. Lisboa: DGS; 2023. [citado 2025 jul 17]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>
8. Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. Manual da farmácia hospitalar. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde; 2005.
9. Portaria n.º 261/2024/1, de 14 outubro. Diário da República. 2024 out 14; 2.ª série, n.º 199.
10. Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. Despacho conjunto n.º 1051/2000, de 14 setembro. Diário da República. 2000 out 30; 2.ª série, n.º 251.
11. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 agosto. Diário da República. 2006 ago 30; 1.ª série, n.º 167.

12. Gouveia APM, Silva ASB, Bernardo DMB, Fernandes JMS, Martins MAE, Cunha MTF, et al. Manual de preparação de citotóxicos. Capítulo I: Instalações e equipamentos. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2013. p. 13–27.
13. Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. Portaria n.º 594/2004, de 2 junho. Diário da República. 2004 jun 2.
14. Farmoz – Sociedade Técnico Medicinal, S.A. Bicalutamida Farmoz 50 mg comprimidos revestidos por película – Resumo das Características do Medicamento. Lisboa: Infarmed; 2024 ago 6.
15. Recordati Indústria Química e Farmacêutica S.p.A. Eligard 45 mg, pó e solvente para solução injetável – Resumo das Características do Medicamento. Lisboa: Infarmed; 2013 ago 22.
16. Direção-Geral da Saúde (Portugal). Documento de reorganização dos centros de diagnóstico pneumológico em Portugal [Internet]. Lisboa: DGS; 22 mar 2024 [citado 2025 fev 18].
17. Serviço Nacional de Saúde – SNS 24. Tuberculose [Internet]. Lisboa: SNS 24; [citado 2025 mar 1]. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/doencas/doencas-infecciosas/tuberculose>
18. Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Farmacovigilância – Perguntas frequentes [Internet]. Lisboa: INFARMED; [citado 2025 mar 1]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/farmacovigilancia
19. Octapharma Produtos Farmacêuticos Lda. Cutaquig 165 mg/ml, solução injetável – Resumo das Características do Medicamento. Lisboa: Infarmed; 2024 mar 22.
20. Assembleia da República. Lei n.º 21/2014, de 16 abril. Aprova a lei da investigação clínica. Diário da República. 2014 abr 16; 1.ª série, n.º 75.
21. Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. Circular Informativa n.º 081/CD/100.20.200 – Regime de Dispensa de Proximidade: Registo de Farmácias de Oficina [Internet]. Lisboa: Infarmed; 2 out 2024 [citado 2025 mar 9].

Anexos

1. Anexos do Capítulo 1

Anexo I – Teste não paramétrico Kruskal-Wallis para comparação entre Idade e Sexo.

Testes não paramétricos

Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de Idade é igual nas categorias de Sexo.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,167	Retar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis

Idade entre Sexo

Amostras Independentes de Resumo de Teste Kruskal-Wallis

N total	97
Estatística de teste	1,910 ^{a,b}
Grau de Liberdade	1
Sinal assintótico (teste de dois lados)	,167

a. A estatística do teste está ajustada para empates.

b. Comparações múltiplas não são realizadas, pois há menos de três campos de teste.

Anexo II – Teste de comparação entre substância tóxica e sexo.

Resumo de processamento de casos

	Válido		Casos Omisso		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Substância * Sexo	97	100,0%	0	0,0%	97	100,0%

Tabulação cruzada Substância * Sexo

Contagem

Substância		Sexo		Total
		F	M	
Substância	alcool	11	44	55
	alcool e drogas de abuso	0	7	7
	chumbo	0	1	1
	farmacos	15	8	23
	monoxido de carbono	4	4	8
	pesticidas	0	1	1
	produtos domesticos	1	1	2
Total		31	66	97

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	21,041 ^a	6	,002	<,001
Razão de verossimilhança	22,925	6	<,001	<,001
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	20,395			<,001
N de Casos Válidos	97			

a. 9 células (64,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,32.

Anexo III – Teste de comparação entre substância tóxica e etiologia.

Resumo de processamento de casos

Substância * Etiologia	Válido		Casos Omisso		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Substância * Etiologia	97	100,0%	0	0,0%	97	100,0%

Tabulação cruzada Substância * Etiologia

Contagem

Substância		Etiologia			Total
		acidental	voluntaria		
Substância	alcool	0	0	55	55
	alcool e drogas de abuso	0	0	7	7
	chumbo	0	1	0	1
	farmacos	1	7	15	23
	monoxido de carbono	0	8	0	8
	pesticidas	0	1	0	1
	produtos domesticos	0	2	0	2
Total		1	19	77	97

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	69,784 ^a	12	<,001	,021
Razão de verossimilhança	70,911	12	<,001	<,001
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	71,722			<,001
N de Casos Válidos	97			

a. 16 células (76,2%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,01.

Anexo IV – Teste de comparação entre sexo e ideação suicida.

Resumo de processamento de casos

	Válido		Casos Omisso		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Ideação suicida * Sexo	97	100,0%	0	0,0%	97	100,0%

Tabulação cruzada Ideação suicida * Sexo

Contagem

		Sexo		Total
		F	M	
Ideação suicida	Desconhecido	11	13	24
	nao	19	46	65
	sim	1	7	8
Total		31	66	97

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	3,740 ^a	2	,154	,191
Razão de verossimilhança	3,873	2	,144	,161
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	3,458			,202
N de Casos Válidos	97			

a. 1 células (16,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,56.

Anexo V – Teste de comparação entre sexo e destino.

Resumo de processamento de casos

	Válido		Casos Omisso		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Destino * Sexo	97	100,0%	0	0,0%	97	100,0%

Tabulação cruzada Destino * Sexo

Contagem

Destino		Sexo		Total
		F	M	
ABANDONO		3	3	6
ARS/ CENTRO DE SAUDE		8	14	22
CONSULTA EXTERNA		4	10	14
DOMICILIO		2	1	3
EXTERIOR NAO REFERENCIADO		3	24	27
OUTRO HOSPITAL		0	1	1
SAIDA CONTRA PARECER DO MEDICO		2	1	3
SERVICO DE INTERNAMENTO		9	12	21
Total		31	66	97

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	11,505 ^a	7	,118	,103
Razão de verossimilhança	12,485	7	,086	,122
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	12,291			,057
N de Casos Válidos	97			

a. 9 células (56,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,32.

Anexo VI - Estudos do perfil de intoxicações realizados em Portugal, utilizados para comparar este estudo.


Estudos	Salgueiro, A. (2016)	Lopes, E. (2019)	Borrego, C. (2016)	Salvado, A. (2013)	Bettencourt, J. (2020)
Ano	2015	2017	2014-2015	2011	2018
Hospital	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro	Hospital de Braga	Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco	Centro Hospitalar da Cova da Beira, Covilhã	Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal
Características da amostra	800 casos <u>Média de Idades:</u> 41,12 (±17,33) anos	377 casos <u>Média de Idades:</u> 42,94 (±15,97) anos	282 casos <u>Média de Idades:</u> 55,08(±22,95) anos	101 casos <u>Média de Idades:</u> 43,16 (±16,15) anos	526 casos <u>Média de Idades:</u> 42,42 (±15,81) anos
Sexo	Feminino: 37,4% Masculino: 62,4%	Feminino: 74,5% Masculino: 25,5%	Feminino: 58,21% Masculino: 41,79%	Feminino: 72,28% Masculino: 27,72%	Feminino: 33,5% Masculino: 66,5%
Faixa etária mais comum	35 aos 44 anos	40 aos 49 anos	≥ 70 anos	25 aos 34 anos	49 aos 57 anos
Meses	<u>Com mais casos:</u> janeiro e agosto <u>Com menos casos:</u> março, setembro, novembro e dezembro	<u>Com mais casos:</u> - junho (12,2%) - julho (11,1%) - agosto (11,1%) <u>Com menos casos:</u> - março (5,3%) - abril (6,1%)	<u>Com mais casos:</u> - junho (11,94%) - julho (10,95%) <u>Com menos casos:</u> janeiro e abril	<u>Com mais casos:</u> - janeiro (12,87%) - março (11,88%) <u>Com menos casos:</u> - maio (3,96%) - novembro(2,97%)	<u>Com mais casos:</u> - dezembro (11,2%) - junho (11%) - julho (9,70%) <u>Com menos casos:</u> - agosto (7%) - outubro (6,7%) - novembro (7,2%)
Etiologia	Voluntária: 95,1% Acidentais: 4,3% Desconhecida: 0,4% Ocupacional: 0,3%	Voluntária: 84,1% Acidentais: 14,6% Ocupacional: 1,3%	Acidental: 50,25%	Voluntária: 73,27% Acidental: 21,78% Não determinada: 4,95%	Voluntárias: 35,9% Acidentais: 7,4%
Ideação Suicida	Sim: ≈ 10,4%	Sim: 33% Não: 57% Desconhecido: 10%	Sim: 35,82%	Sim: 35,14% Não: 64,86%	Não Aplicado
Via de Contacto	Oral: 95,9% Inalatória: 2,5%	Oral: 91,5% Inalatória: 5% Oral + Inalatória: 1,6% IM/IV: 0,5% Inalatória + IM/IV: 0,5% Cutânea: 0,3% Oral + Cutânea: 0,3% Oral + IM/IV: 0,3%	Oral: 87,06% Inalatória: 11,44% Cutânea: 1,49%	Mais comum: oral	Mais comum: oral

Caracterização de Intoxicações no SU da ULSCBeira, no ano de 2019

Agente Tóxico	<p>Álcool: 58,70%</p> <p>Desconhecido: 27,20%</p> <p>Fármacos: 9,30%</p>	<p>Fármacos: 66,58%</p> <p>Álcool: 14,32%</p> <p>Produtos domésticos: 5,84%</p> <p>Outros: 5,57%</p> <p>Drogas de abuso e/ou fármacos: 4,24%</p> <p>Produtos agrícolas: 3,45%</p>	<p>Fármacos: 61,19%</p> <p>Drogas de abuso: 15,42%</p> <p>Produtos domésticos/ industriais: 9,45%</p> <p>Gases: 6,48%</p> <p>Pesticidas: 5,47%</p> <p>Plantas / cogumelos: 1,49%</p> <p>Cosméticos: 0,5%</p>	<p>Fármacos: 89%</p> <p>Fármacos + Álcool: 10%</p> <p>Fármacos + Outros químicos: 1%</p>	<p>Álcool: 58,7%</p> <p>Desconhecido: 27,2%</p> <p>Fármacos: 9,3%</p> <p>Produtos agrícolas: 2,3%</p> <p>Drogas de abuso: 1,1%</p> <p>Outros: 1%</p> <p>Alimentos: 0,4%</p>
Destino	<p>Principalmente "exterior não referenciado" e em seguida, "abandono".</p>	<p>Alta: 43,24%</p> <p>Internamento: 35,01%</p> <p>Transferência: 10,88%</p> <p>Abandono: 10,88%</p>	<p>Alta: 57,71%</p> <p>Internamento: 27,86%</p> <p>Consulta externa: 14,43%</p>	<p>Alta: 50,50%</p> <p>Internamento: 46,53%</p> <p>Saída contra parecer do médico: 2,97%</p>	<p>Alta: 41,10%</p> <p>Abandono: 42%</p> <p>Internamento: 12,20%</p> <p>Transferência: 4,80%</p>
Tratamento	<p>Não aplicado</p>	<p>Suporte + lavagem GI/carvão ativado + outros: 20,69%</p> <p>Suporte + outros: 19,1%</p> <p>Suporte e/ou lavagem GI/carvão ativado: 15,38%</p> <p>Suporte: 13%</p>	<p>Tratamento de suporte: 67,16%</p> <p>Tratamento sintomático: 40,8%</p> <p>Antídoto: 31,34%</p> <p>Lavagem gástrica: 27,86%</p> <p>Administração de carvão ativado: 11,44%</p>	<p>Lavagem gástrica e/ou administração de carvão ativado + Terapia de suporte: 17,82%</p> <p>Não determinado / Nenhum: 15,84%</p> <p>Tratar os sintomas: 12,87%</p> <p>Lavagem gástrica e/ou administração de carvão ativado: 12,87%</p>	<p>Não aplicado</p>

2. Anexos do Capítulo 2

Anexo I: Guia de Tratamento, de Medicamentos Hospitalares, do Hospital Universitário de Coimbra.




Informação Farmacoterapêutica

Serviços Farmacêuticos ULS Coimbra

Pág. 1 / 1
Data: 2024/09/26 18:34:23

Exmo(a) Sr(a)

Local Prescriçã
Médico Prescri
Contacto telefó



8 0 1 4 5 4 2 *

Plano Terapêutico:	22h	
Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg Comp ;	1 Comprimido	Qtd. Fornecida 30

Custo Total Cedência: 434.44 Euros Total a Pagar: 0 Euros

Informações gerais
Se tomar medicamentos não deve ingerir bebidas alcoólicas. Não tome uma dose a dobrar para compensar uma dose que se esqueceu de tomar. Tome sempre os medicamentos de acordo com as instruções do seu médico ou do seu farmacêutico. Caso tenha dúvidas sobre a utilização dos medicamentos, fale sempre com o seu médico ou com o seu farmacêutico.

Termo de Responsabilidade
Eu, declaro ter recebido toda a informação relevante ao uso e a conservação do(s) medicamento(s) que compo(e)m o meu tratamento responsabilizando-me pela boa utilização do medicamento e por garantir que os mesmos são transportados e armazenados no domicílio de forma a garantir as condições de conservação que me foram indicadas. Responsabilizo-me também por qualquer extravio ou dano causado à medicação enquanto esta estiver ao meu cuidado.

Atenção:

Data da próxima Cons. médica: 16-10-2024

Data prevista próxima Cons. farmacêutica: 25-10-2024

Farmacêutico Responsável

Entregue Por

Recebido Por

Próprio

C/ Autorização

Data: 14/10/24 Mec:

Anexo II: Ficha de Preparação "Solução Oral de Trimetoprim a 1% (m/V)".

Ficha de Preparação		Medicamentos anti-infecciosos		
		A.	III.	2.

(Carimbo da Farmácia)

Suspensão Oral de Trimetoprim a 1% (m/V) (FGP A.III.2.)

Forma farmacêutica: suspensão Data de preparação: 01/10/2024

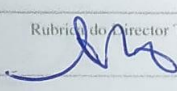
Número do lote: 01102024 Quantidade a preparar: 100 ml

Matérias-primas	Nº do lote	Origem	Farma-copeia	Quantidade para 100 ml	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Trimetoprim	A55247A	Ratiopharm	1x	1,0 g	1g	1,000g	Adri 1/10/24	
Solução aquosa de essência de banana a 10% (m/V)	000083	Labchem	1x	1,0 ml	1ml	1ml	Al 1/10/24	
Xarope Simples, BP2000 (FGP B.7.)	0118016	Gumama	1x	q.b.p. 100 ml	qbp 100ml	qbp 100ml	Sen 1/10/24	

Preparação

Técnica A (manual) Rubrica do operador

1. Verificar o estado de limpeza do material a utilizar.	Al
2. Preparação de 100 ml de solução aquosa de essência de banana ^{eucalipto} a 10% (m/V):	Al
2.1. Pesar a essência hidrossolúvel de banana e transferir para proveta rolhada, lavando o recipiente de pesagem com água purificada.	Al
2.2. Adicionar cerca de 5 ml de água purificada e agitar até à obtenção de uma solução coloidal com aspecto homogêneo. Nota: Os 5 ml de água purificada referem-se à preparação de 10 ml de solução. A preparação de quantidades diferentes de solução implica o ajustamento proporcional da quantidade de água purificada a utilizar nesta fase do processo.	Al
2.3. Completar o volume com água purificada.	Al
2.4. Agitar até à obtenção de uma solução coloidal com aspecto homogêneo.	Al

Rubrica do Director Técnico	Data
	1-10-24

FGP 2001

Anexo III: Ficha de Preparação "Solução Alcoólica de Ácido Bórico à Saturação".

Medicamentos usados em Dermatologia		
A.	II.	I.

Ficha de Preparação

Solução Alcoólica de Ácido Bórico à Saturação (FGPA.II.1)

Forma farmacêutica: solução Data de preparação: 04/11/24

Número do lote: 04112024 Quantidade a preparar: 30ml

Matérias-primas	Nº do lote	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100 g	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Ácido bórico	<u>21090059</u>	<u>Alvita</u>	<u>IX</u>	5.0 g	<u>1.50g</u>	<u>1,503g</u>	<u>Adri</u> <u>4/11/2024</u>	
Álcool a 70 % (V/V)	<u>21/0822</u>	<u>Alvita</u>	<u>IX</u>	q.b.p. 100 ml	<u>qbp 30ml</u>	<u>qbp 30ml</u>	<u>Adri</u> <u>4/11/2024</u>	

Preparação

Preparação	Rubrica do operador
1. Verificar o estado de limpeza do material a utilizar.	<u>Adri</u>
2. Colocar em proveta rolhada uma quantidade de álcool a 70 % (V/V) correspondente a de cerca de $\frac{1}{3}$ da quantidade total de solução a preparar.	<u>Adri</u>
3. Pesar o ácido bórico, e adicionar, aos poucos, ao álcool a 70% (V/V), agitando fortemente durante 20 segundos, após cada adição.	<u>Adri</u>
4. Após adição de todo o ácido bórico, completar o volume com álcool a 70 % (V/V) e agitar durante 20 segundos.	<u>Adri</u>
5. Deixar a proveta em repouso durante 1 hora, agitando-a, durante 20 segundos, de 15 em 15 minutos. Início: <u>16h50</u> Final: _____	<u>Adri</u>
6. Filtrar a solução obtida em 5.	<u>Adri</u>
7. Lavar o material utilizado.	<u>Adri</u>
8. Secar o material.	<u>Adri</u>

Rubrica do Director Técnico	Data
<u>[Assinatura]</u>	<u>4/11/24</u>

Anexo IV: Exemplo de Ficha da Preparação Individualizada da Medicação.

SERVIÇO DE PREPARAÇÃO INDIVIDUALIZADA DA MEDICAÇÃO

FICHA DA PREPARAÇÃO

Nome do utente Data de Preparação Número do lote Validade

[Redacted] 29/11

Medicamentos a incluir no Dispositivo Organizador da Terapêutica

Nome e Dosagem	Forma Farmacêutica	Posologia						Lote	Validade	Forma	Cor	Rubrica
		JJ	PA	AL	LA	JT	DT					
Pantoprazol 40 mg	Comprimido	X						23331	6/27	oval	amarelo	☑
Palexia 50 mg	Comprimido						X	B34876A	10/25	oval	branco	☑
Triticum AC 150 mg	Comprimido						1/3	S291	12/26	oval	branco	☑
Lorazepam 1 mg	Comprimido						X	24INO33A	9/26	redondo	branco	☑
Beta-histina 24 mg	Comprimido		X				X	BTC2404A	4/26	redondo	branco	☑
Venex 900	Comprimido		X					24FNO6A 24FNO6A	6/26	oval	vermelho	☑
Amlodipina 5 mg	Comprimido						X	1180426	4/29	redondo	branco	☑
Ácido Fólico 5 mg	Comprimido		X					B981	11/26	redondo	amarelo	☑

Medicamentos fora do Dispositivo Organizador da Terapêutica

Nome e Dosagem	Forma Farmacêutica	Posologia						Lote	Validade	Forma	Cor	Rubrica
		JJ	PA	AL	LA	JT	DT					

Anexo V: Blog da FG, tema “Caspa e Dermatite Seborreica: São a mesma coisa?”.

CASPA E DERMATITE SEBORREICA: SÃO A MESMA COISA?

NOVEMBRO
29

MINUTO FARMACÊUTICO

Caspa e Dermatite
Seborreica: são a mesma
coisa?


FARMÁCIA GRAVE
A CUIDAR DESDE 1957



A expressão 'Dermatite Seborreica', ou vulgarmente designada como 'Eczema Seborreico', é desconhecida por muitos, mas apresenta manifestações clínicas semelhantes à da caspa. Contudo, caspa e dermatite seborreica são condições distintas. A caspa é uma forma leve de dermatite seborreica que se caracteriza pelo aparecimento de escamas brancas/cinzentas no cabelo, enquanto que a dermatite seborreica pode afetar outras zonas do corpo.

A utilização de produtos específicos formulados para a pele e o cabelo ajudam a controlar esta condição. Descubra com a Farmácia Grave os cuidados que deve adotar no seu dia-a-dia para minimizar o desconforto.

É uma condição inflamatória crónica da pele e do couro cabeludo que, embora não seja contagiosa, pode ser recorrente e está associada a fatores internos e externos, e não à falta de

1. O que é a Dermatite Seborreica?

higiene.

2. Que faixas etárias são mais afetadas?

A Dermatite Seborreica afeta 50% da população adulta, sendo mais prevalente no sexo masculino. Surge, por norma, após a puberdade, podendo, a partir daí, ocorrer em qualquer fase da vida.

Nos bebés com até 3 meses de idade, esta condição é designada de 'crosta láctea' e é temporária.

3. Em que locais é mais comum a Dermatite Seborreica?

A Dermatite Seborreica afeta principalmente o couro cabeludo, o rosto (especialmente ao redor do nariz, pálpebras, sobrancelhas e orelhas), a região superior do tronco e, nos homens, é também comum na barba. Nos bebés, aparece como flocos de pele grossos, duros e amarelados no couro cabeludo da criança e, por vezes, nos olhos, orelhas e nariz.

4. Porque ocorre?

A Dermatite Seborreica ocorre quando há uma diminuição da renovação das células da pele ou do couro cabeludo, provocando o desprendimento destas células, formando flocos visíveis.

Nos bebés, pensa-se que o aparecimento da 'crosta láctea' se deva a uma produção excessiva de sebo (couro cabeludo oleoso) associada a uma proliferação excessiva de leveduras, o que resulta numa inflamação.

5. Que fatores contribuem para o seu aparecimento/agravamento?

Vários fatores podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento desta condição, incluindo:



que provoca microinflamações e, conseqüentemente, prurido;
climas extremos (demasiado secos e frios);
alimentação desequilibrada;
alterações hormonais;
genética (filhos de pais com esta condição são mais suscetíveis a desenvolver);
condições neurológicas, como a doença de Parkinson e Acidente Vascular Cerebral (AVC);
Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

6. Quais os sintomas associados?

Os sinais e sintomas da Dermatite Seborreica são semelhantes aos da crosta láctea, diferindo apenas na distribuição do corpo onde aparece. As manifestações características desta condição incluem:

Descamação: formação de placas brancas ou amarelas, oleosas e aderentes na pele (conhecida como 'caspa');

Vermelhidão e irritação: as áreas afetadas podem ficar avermelhadas e sensíveis;

Prurido (Comichão): pode ser intenso, gerando desconforto;

Zonas Oleosas com escamas: além da descamação, as áreas afetadas podem ter um aspeto oleoso.

A melhor forma de reduzir a severidade da Dermatite Seborreica é através da prevenção ou controlo dos fatores desencadeadores ao ficar cuidadosamente atento ao cuidado da pele do couro cabeludo.

7. Que cuidados deve adotar para prevenir?

Embora não haja uma forma garantida de evitar a sua ocorrência, adotar alguns cuidados diários ajuda a prevenir e a controlar os fatores desencadeadores. Destacam-se:

Lavar o rosto e a barba diariamente: com água morna e loções de limpeza neutras (ex.: águas micelares) e suaves, sem sabão. Esfolie a pele, pelo menos 1 vez por semana, para remover as células mortas e promover a renovação celular;

loções suaves, indicados para peles sensíveis. Dê especial atenção às pálpebras, se necessário, lave-as todas as noites com produtos posicionados para bebés, e remova eventuais resíduos com um cotonete ou uma compressa embebida em água quente;

Evitar produtos de styling: como gel e laca que podem agravar a irritação;

Optar por roupas de algodão: evite tecidos sintéticos e prefira materiais naturais e suaves.

Se mesmo com a adoção destes cuidados, os sintomas persistirem ou piorarem, é essencial consultar um médico dermatologista.

8. Qual o tratamento?

O tratamento varia consoante a área afetada.

No caso dos homens, as áreas mais afetadas são o couro cabeludo, rosto e barba.

Couro cabeludo:

Utilize champôs com ingredientes específicos (ex.: cetoconazol, climbazole, polidocanol, piroctona olamina, piritionato de zinco ou sulfeto de selénio) ou anti-inflamatórios (ex.: ácido salicílico e resorcina), que ajudam a combater a proliferação dos fungos e, conseqüentemente, removem as escamas e aliviam o prurido. Após aplicá-los, espere entre 5-10 minutos antes de enxaguar;

Para a manutenção, opte por champôs neutros formulados para couro cabeludo sensível, aliado a massagens suaves.

Rosto e Barba:

Lave a pele com água morna. Use loções de limpeza neutras e hidratantes para peles sensíveis, de forma a restaurar e a manter a integridade da barreira cutânea;

De referir, que em **casos mais graves**, deve consultar um médico dermatologista, pois pode ser necessária a prescrição de um antifúngico (ex.: cetoconazol, metronidazol ou ácido azelaico) ou corticosteróides, por períodos curtos, para reduzir a inflamação. Recentemente, também têm sido prescritos imunomoduladores tópicos (ex.: tacrolimus ou pimecrolimus) para estas situações mais graves.

3. Anexos do Capítulo 3

Anexo I – Ficha Técnica de Preparação do Manipulado Suspensão de Furosemida 2mg/ml, para o serviço de pediatria.



Unidade Local de Saúde Castelo Branco, EPE

Ficha Técnica de Preparação

Impressão	
Data / Hora:	2025-01-30 08:48
Utilizador:	4481
Página:	1 / 2

PHPR001.RDF

Preparação: Manipulado, Suspensão de Furosemide 2 mg/ml in SyrSpend® SF Alka - 80001413

Nº da Guia/Lote: GP2025010037

Quantidade a preparar: 1 FRASCO

Data de preparação: 30-01-2025 08:48

Matérias-primas	Origem	Nº Lote / Prazo Valid.	Quantidade Calculada	Quantidade Pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Furosemida 20 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV	LABESFAL LAB.DE ALMIRO,SA	18Z1097 2027-02-28	200 MG	200 mg	30/01/25	30/01/25
Excipiente em pó para prep suspensão pH alcalino (SYRSPEND® SF ALKA) q.b.p. 100 ml		21L07-F06-38 2025-12-31	1 U.	1 U.	30/01/25	30/01/25
Água para preparações injectáveis Sol inj Fr 100 ml IV q.b.p.	B. BRAUN MEDICAL, UNIPessoal LDA.	24391401 2027-08-31	q.b.p. 100 ML	q.b.p. 100 ml	30/01/25	30/01/25

Equipamento

--

Técnica de Preparação

1. Verificar o estado de Limpeza do material a utilizar.	✓
2. Aspirar 20 mL de Furosemida 20 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV.	✓
3. Adicionar ao frasco de SYRSPEND® SF ALKA	✓
4. Adicionar água para injectáveis (até à marca de 70 mL aproximadamente)	✓
5. Agitar até homogeneizar.	✓
6. Perfazer até aos 100 mL com água para injectáveis.	✓
7. Agitar até homogeneizar.	✓
8. Rotular.	✓

Rubrica do Operador _____

SERVÍCIOS FARMACÉUTICOS – ULSCB – DIR. TEG.: Dra. Sandra Quelgado


DDENTE: _____ SERV: C.EXT. – PEDIATRIA GERAL

Manipulado, Suspensão de Furosemida 2 mg/ml in SyrSpend® SF Alka

ÁGUA PARA PREPARAÇÕES INJECTÁVEIS 100.00 ML
Excipiente em pó para prep suspensão pH alcalino (SYRSPEND® FUROSEMIDA) 1.00 UL
FUROSEMIDA 200.00 MG

DATA PREP: 2025/01/30 LOTE: GP2025010037 VALIDADE: 2025/02/13
VIA ADM: Via oral CONSERV.: FRIGORÍFICO S/LUZ

Anexo II - Ficha Técnica de Preparação do Manipulado Álcool a 50°, para o serviço de Endocrinologia.



Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE

Unidade Local de Saúde Castelo Branco, EPE

Ficha Técnica de Preparação

Impressão

Data / Hora:	2025-01-08 10:05
Utilizador:	3370
Página:	1 / 2

PHPRR001.RDF

Preparação: Manipulado, Alcool a 50° - 80000820

Nº da Guia/Lote: GP2025010015

Quantidade a preparar: 500 ML

Data de preparação: 08-01-2025 10:05

Matérias-primas	Origem	Nº Lote / Prazo Valid.	Quantidade Calculada	Quantidade Pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Alcool etílico Sol 96% v/v Fr 1000 ml	81000271	PROCLINICA-EQUI.E PRO.CLINICOS	24/0323 2029-03-31	223 ML	223ml R 8/1/25	8/1/25
Água para preparações Injectáveis Sol inj Fr 100 ml IV	10104734 500ml R	B Braun	24 206452 4/2027	277 ML	277ml R 8/1/25	8/1/25

Equipamento
Provetas, pipetas

Técnica de Preparação

1. Verificar o estado de Limpeza do material a utilizar	✓
2. Medição dos diferentes volumes de matérias primas	✓
3. Adicionar ¾ da quantidade total de álcool à água purificada	✓
4. Agitar de forma a dissolver os vários componentes	✓
5. Completar o volume com o álcool restante	✓

Rubrica do Operador R

Material de embalagem	Capacidade	Nº do lote	Origem	Rubrica do Operador
Frasco	60MILILI	500ml R		R

Número de observação e nome do doente	Nome do prescriptor
ULSCB / - Volume Final = 30000 MILILITRO	

Serviço
12312 - C.EXT.-ENDOCRINOLOGIA GERAL

SERVIÇOS FARMACÉUTICOS - ULSCB - DIR. TEC.: Dm. Sandra Queimado


DOENTE: / SERV: C.EXT.-ENDOCRINOLOGIA GERAL

Manipulado, Alcool a 50

ÁGUA PARA PREPARAÇÕES INJECTÁVEIS 277.00 ML
ALCOOL 96% 223.00 ML

DATA PREP: 2025/01/08 LOTE: GP2025010015 VALIDADE: 2025/03/05
VIA ADM: CONSERV.: TEMPERATURA AMB. SILUZ

Anexo III - Ficha Técnica de Preparação do Manipulado Suspensão de Nistatina, lidocaína, bicarbonato de sódio (8,4%) em água, para o serviço de Estomatologia.



Unidade Local de Saúde Castelo Branco, EPE

Ficha Técnica de Preparação

Impressão

Data / Hora: 2025-01-08 10:06

Utilizador: 3370

Página: 1 / 2

PHPRR001.RDF

Preparação: Manipulado, Susp de Nistatina, lidocaína, bicarbonato de sodio(8,4%) em água - 80001349
Nº da Guia/Lote: GP2025010016
Quantidade a preparar: 1 FRASCO **Data de preparação:** 08-01-2025 10:06

Matérias-primas	Origem	Nº Lote / Prazo Valid.	Quantidade Calculada	Quantidade Pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Nistatina 100000 U.I./ml Susp oral Fr 30 ml	10045944 ALLOGA LOGIFARMA, SA	0180924 2026-09-30	30 ML	1 frasco	R 8/1/25	
Lidocaína 20 mg/g Gel Bisn 30 g	10025960 SIDEFARMA	2405EA 2027-04-30	30 G	1 bisnaga	R 8/1/25	
Bicarbonato de sódio 84 mg/ml Sol inj Fr 100 ml IV	10031236 LABESFAL LAB.DE ALMIRO,SA	16TE0839 2026-04-30	100 ML	100ml	R 8/1/25	
Água para preparacoes injectaveis Sol inj Fr 500 ml IV	10104684 B. BRAUN MEDICAL, UNIPESSOAL LDA.	24206452 2027-04-30	500 ML	500ml	R 8/1/25	

Equipamento

Técnica de Preparação

1. Adicionar o conteúdo do frasco de bicarbonato 8,4 % ao frasco de água para injectáveis com auxílio de um spike duplo.
2. Homogeneizar a solução.
3. Misturar em proveta a lidocaína com a nistatina até homogeneização completa
4. Adicionar aos poucos o bicarbonato misturando lentamente para evitar a formação de espuma.
5. Homogeneizar a suspensão obtida.
6. Perfazer até obter 500 ml de suspensão.
7. Homogeneizar a suspensão obtida.
8. Transferir para frasco de vidro âmbar e rolar.
9. Rotular o frasco.

Rubrica do Operador _____

SERVICOS FARMACEUTICOS - ULSCB - DIR. TEC.: Dra. Sandra Queiroz

DOENTE: _____ SERV: C.EXT. - ESTOMATOLOGIA

Manipulado, Susp de Nistatina, lidocaína, bicarbonato de sodio(8,4%) em água

ÁGUA PARA PREPARACOES INJECTAVES	500.00 ML
BICA PRONAVIO DE 3000	100.00 ML
Lidocaína	30.00 G
NISTATINA 100000 U.I./ML	30.00 ML


DATA PREP: 2025/01/08 LOTE: GP2025010016 VALIDADE: 2025/01/23

VIA ADM: Via oral CONSERV.: FRIGORIFICO S/LUZ


Anexo IV – Exemplo de mapa de produção de reembalamento de formas sólidas para uso oral.

26.12.2024

Mapa Produção Reembalamento Formas Sólidas para Uso Oral





CHNM	10067030
Designação	Complexo B + Biotina Comp REVEST ✓
Laboratório	BAYER ✓
Dose	1 U ✓
Lote Laboratório	423963 ✓
Validade Laboratório	11/2026 ✓
Lote Hospital	
Validade Hospital	12/2025 ✓
Unidades Reembaladas	600 COMP REVEST ✓ 579 TR



	F	TSDT	AO
Recolha do medicamento a reembalar e colocação na sala de embalamento			
Separação dos medicamentos em recipientes individualizados e indicação do processo de reembalamento a utilizar			
Verificação das características organolépticas do medicamento a reembalar			
Verificação da embalagem secundária			
Libertação do(s) lote(s) a reembalar			
Limpeza do equipamento e mesas de trabalho com detergente / desinfetante com amónio quaternário e / ou álcool a 70º			
Inspeção do equipamento e área de trabalho			
Confirmação da informação relativa ao medicamento a embalar			
Elaboração do rótulo de identificação do medicamento			
Verificação do rótulo antes da impressão			
Reembalamento do medicamento			
Destruir imediatamente rótulos não utilizados			
Comparação dos dados constantes no rótulo com a informação da ficha de produção e embalagem do medicamento			
Verificação visual de toda a fita do medicamento reembalado			
Validação da fita de medicamento reembalado			
Libertação do medicamento reembalado			
Ajustar equipamento para "branco" (Cancel Label)			

Anexo V – Notificação de Suspeita RAM.

Sistema Nacional de Farmacovigilância - Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos			
			
Data da Receção pela Autoridade	06-01-2025	Nº submissão	
Notificador			
Nome e Apelido			
Tipo		Local de Trabalho	UNIDADE LOCAL SAÚDE DE CASTELO BRANCO
Concelho	Castelo Branco	Telefone/Tlm	
Email			
Doente			
Iniciais do nome		Data de nascimento	
Sexo	Masculino	Idade à data da RAM	72 Anos
Peso		Altura	
Reações Adversas			
Reação 1			
Descrição da RAM	AVC isquémico (oclusão de ramo M2 (distal) da ACM esquerda).		
Reação em MedDRA	Ischemic stroke		
Data de início	23-12-2024	Data de fim	02-01-2025
Duração	10 Dias	Gravidade	Sim
Evolução	Cura	Critério de gravidade	Hospitalização
Tratamento da RAM			