



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal:  
Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência  
do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.,  
Aveiro**  
**Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia  
Comunitária, Hospitalar e Investigação**

**Ana Rita Matos Salgueiro**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Eugenia Gallardo Alba  
Co-orientador: Mestre Tiago Alexandre Pires Rosado

**Covilhã, outubro de 2016**



*À minha mãe, aos meus avós, ao Zé, ao meu pai e ao Nuno*



# Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Eugénia Gallardo Alba, pelo imenso apoio prestado desde o primeiro até ao último dia da realização deste trabalho.

Ao meu co-orientador, Mestre Tiago Alexandre Pires Rosado, pela disponibilidade e auxílio.

À Farmácia Alla e toda a sua equipa pelo fantástico acolhimento e ensinamentos transmitidos.

Aos Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco pelas experiências facultadas.

À enfermeira Florbela, à doutora Carla Pereira, à doutora Sónia Correia e ao Doutor Telmo Costa por tornarem possível a realização desta investigação.

Ao Nuno, meu namorado, pelo incentivo e apoio que permitiram a conclusão desta etapa da minha vida.

À Liliana Almeida pelos excelentes ensinamentos sobre estatística inferencial.

À minha família, a quem agradeço os meus estudos universitários.



# Resumo

A presente dissertação encontra-se dividida em três capítulos, sendo o primeiro relativo ao projeto de investigação “Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro”, desenvolvido ao longo do anterior ano 2015 e presente 2016.

O objetivo primordial da toxicologia clínica é estudar os efeitos tóxicos dos agentes comumente associados a intoxicações. Com o aumento da acessibilidade e consumo destes agentes tais como fármacos, pesticidas, bebidas alcoólicas, substâncias ilícitas, entre outros, torna-se importante conhecer o perfil destas intoxicações de modo a melhor prevenir a sua ocorrência e tratá-las, aumentando a taxa de sucesso dos tratamentos com o mínimo de repercussões para o doente. Dado que existem poucos dados na região centro de Portugal, solicitou-se a colaboração do Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E. em Aveiro, com o intuito de realizar este estudo descritivo retrospectivo com base nos dados obtidos sobre os doentes e respetivos diários clínicos dos episódios de urgência que deram entrada nos serviços de urgência do mesmo, no ano civil 2015.

Das 800 intoxicações estudadas, 62,4% representavam indivíduos do sexo masculino, enquanto que o sexo feminino apenas foi representado por 37,4% dos episódios. A idade média dos intoxicados foi 41,12 ( $\pm 17,33$ ) anos, havendo predominância na faixa etária que integra os indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e 44 anos. A maioria das intoxicações foi de origem etílica, com frequência relativa de 64,4%, seguindo-se por ordem decrescente, as intoxicações causadas por fármacos (22,5%), produtos domésticos (2,9%), pesticidas (1,5%), substâncias de abuso ilícitas (0,9%), gases (0,6%), entre outros de menor relevância estatística. A associação de bebidas alcoólicas com fármacos foi responsável por 1,8% das intoxicações, seguindo-se com frequência relativa de 1,0% as associações de bebidas alcoólicas com substâncias de abuso ilícitas. A etiologia de intoxicação predominante foi a voluntária, apresentada em 95,1% dos episódios, contando as intoxicações acidentais com 4,3% dos episódios. A via oral foi o modo de exposição mais marcado (95,9%) das intoxicações estudadas, seguindo-se a via inalatória (2,5%), embora com muito menor expressão. Destes doentes, 53,9% abandonaram os serviços de urgência com alta sem qualquer referência específica.

O segundo capítulo descreve o estágio curricular em farmácia comunitária realizado entre o período de 26 de janeiro a 17 de abril de 2016 na Farmácia Alla, em Águeda, distrito de Aveiro.

No terceiro e último capítulo encontra-se apresentada a experiência vivenciada entre 20 de abril a 13 de junho de 2016, na Farmácia Hospitalar da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, no contexto de estágio curricular.

## **Palavras-chave**

Toxicologia; Intoxicações; Envenenamento; Agentes tóxicos; Serviço de urgência; Farmácia comunitária; Farmácia hospitalar

# Abstract

The present essay is divided into three chapters, the first concerning the research project "Causes of clinical Intoxication in Portugal: Profile of intoxications in the emergency room of the Hospital do Baixo Vouga, EPE, Aveiro" developed over the previous year 2015 and this 2016.

The primary objective of the clinical toxicology is to study the toxic effects of the agents commonly associated with poisoning. With the increased accessibility and use of this agents such as medicines, pesticides, alcohol, illicit drugs, etc., it is important to know the poisoning profile to better prevent their occurrence and to solve them, increasing the rate of success of treatment with minimal impact to the patient. Since there isn't much data available in the central region of Portugal, the collaboration of the Hospital do Baixo Vouga E.P.E. in Aveiro was requested, in order to carry out this retrospective descriptive study based on data obtained on patients and the respective clinical journals regarding the urgency episodes, which were received in the same emergency services in 2015.

Of the 800 poisonings studied, 62,4% were represented by males while the female genre was only represented by 37,4% of the episodes. The average age of the intoxicated was 41,12 ( $\pm$  17,33) years, with predominance in the age range between 35 and 44 years. Most of poisonings were from alcohol origin with a relative frequency of 64,4%, followed in descending order by intoxications caused by drugs (22,5%), household goods (2,9%), pesticides (1,5%), illicit substances abuse (0,9%), gas (0,6%), and others with minor statistical relevance. The association of alcohol with drugs accounted for 1,8% of the poisonings, following up, with a relative frequency of 1,0%, the association of alcohol with illicit substances abuse. The predominant etiology of intoxication was voluntary, present in 95.1% of the episodes, with the accidental poisonings accounting for 4,3% of the episodes. The oral route is the elected route for administration (95,9%) of the studied poisonings, followed by inhalation (2,5%), although with much lower expression. Of these patients, 53,9% left the emergency services with medical release, without any specific referral.

The second chapter describes the internship in community pharmacy conducted between the period of January 26 to April 17, 2016 in Farmácia Alla, in Águeda, Aveiro district.

In the third and last chapter is presented the experience lived from 20 April to 13 June 2016, in the Hospital Pharmacy of the Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, in traineeship context.

# Keywords

Toxicology; Intoxication; Poisoning; Toxic agents; Emergency department; Community pharmacy; Hospital pharmacy

# Índice

<b>Capítulo I - Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro .....</b>	<b>1</b>
1. Introdução .....	1
1.1. Toxicologia: definição e história .....	1
1.2. Dados epidemiológicos .....	2
1.2.1. Intoxicações clínicas no mundo .....	2
1.2.2. Intoxicações clínicas em Portugal .....	4
1.3. Deteção de casos de intoxicação .....	8
1.4. Enquadramento do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. ....	9
2. Justificação e Objetivos .....	9
2.1. Justificação .....	9
2.2. Objetivo geral .....	10
2.2.1. Objetivos específicos.....	10
3. Material e Métodos .....	10
3.1. Tipo de estudo .....	10
3.2. Seleção da amostra .....	10
3.3. Recolha de dados .....	11
3.4. Análise de dados .....	11
4. Resultados e discussão.....	12
4.1. Caracterização da amostra .....	12
4.2. Existência de doenças concomitantes.....	13
4.3. Tóxicos e associações de tóxicos envolvidas nas intoxicações .....	14
4.4. Sintomatologia que motivou a ida aos SUCHBV .....	18
4.5. Etiologia das intoxicações .....	19
4.6. Vias de contacto com o tóxico .....	20
4.7. Período de internamento nos serviços de urgência.....	20
4.8. Destino do doente após o episódio de urgência.....	21
4.9. Sazonalidade.....	21
5. Conclusões.....	22
6. Bibliografia .....	24
<b>Capítulo II- Estágio em Farmácia Comunitária .....</b>	<b>27</b>
1. Introdução .....	27
2. Organização da Farmácia Alla .....	27
2.1. Localização e o seu horário de funcionamento .....	27
2.2. Composição do quadro pessoal e suas funções .....	28
2.3. Espaço físico da farmácia e equipamentos .....	29
2.3.1. Espaço e elementos exteriores .....	29

2.3.2. Espaço e elementos interiores e equipamentos .....	30
2.4. Recursos informáticos .....	32
<b>3. Informação e Documentação Científica .....</b>	<b>33</b>
<b>4. Medicamentos e outros produtos de saúde .....</b>	<b>33</b>
4.1. Conceitos .....	34
4.2. Sistemas de classificação .....	35
<b>5. Aprovisionamento e Armazenamento .....</b>	<b>35</b>
5.1. Aprovisionamento .....	36
5.1.1. Seleção de um fornecedor e critérios de aquisição .....	36
5.1.2. Geração de uma encomenda .....	36
5.1.3. Receção e conferência da encomenda .....	37
5.2. Armazenamento .....	40
5.3. Devolução e o seu processamento .....	40
5.4. Margens legais de comercialização na marcação de preços .....	41
5.5. Controlo dos prazos de validade .....	41
<b>6. Interação farmacêutico-utente-medicamento .....</b>	<b>42</b>
6.1. Comunicação com o utente .....	42
6.2. Reencaminhamento dos medicamentos fora de uso .....	43
6.3. Farmacovigilância .....	43
<b>7. Dispensa de Medicamentos .....</b>	<b>44</b>
7.1. Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica .....	44
7.1.1. Dispensa de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos .....	47
7.2. Regimes de comparticipação .....	47
7.3. Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica .....	48
<b>8. Projeto Via Verde do Medicamento .....</b>	<b>48</b>
<b>9. Automedicação .....</b>	<b>48</b>
<b>10. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde .....</b>	<b>49</b>
10.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene .....	49
10.2. Produtos para alimentação especial e dietética .....	50
10.3. Produtos fitoterapêuticos e suplementos nutricionais (nutracêuticos) .....	50
10.4. Medicamentos de Uso Veterinário (MUV) e Produtos de Uso Veterinário .....	51
10.5. Dispositivos médicos .....	51
<b>11. Outros cuidados de saúde prestados na Farmácia Alla .....</b>	<b>52</b>
11.1. Glicémia .....	52
11.2. Pressão arterial .....	53
11.3. Colesterol Total e Triglicéridos .....	53
<b>12. Preparação de medicamentos .....</b>	<b>53</b>
<b>13. Contabilidade e Gestão .....</b>	<b>55</b>
13.1. Conferência e Faturação do receituário .....	55
<b>14. Conclusão .....</b>	<b>56</b>

15. Bibliografia .....	57
<b>Capítulo III - Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar .....</b>	<b>61</b>
1. Introdução .....	61
2. Organização e gestão dos Serviços Farmacêuticos .....	61
2.1. Seleção de medicamentos .....	62
2.2. Sistemas e critérios de aquisição .....	63
2.3. Receção e conferência dos produtos .....	64
2.4. Armazenamento .....	64
2.4.1. Organização .....	65
2.4.2. Controlo dos prazos de validade .....	66
2.4.3. Controlo do stock .....	66
3. Distribuição.....	67
3.1. Distribuição tradicional ou clássica.....	67
3.1.1. Distribuição por reposição de stocks nivelados .....	67
3.1.2. Distribuição semiautomática através do sistema Pyxis™ .....	67
3.1.3. Distribuição individualizada .....	68
3.2. Distribuição individual diária em dose unitária .....	68
3.3. Distribuição de medicamentos a doentes em ambulatório .....	71
3.4. Medicamentos sujeitos a um controlo especial .....	73
3.4.1. Hemoderivados.....	73
3.4.2. Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (MEP) e benzodiazepinas .....	74
4. Farmacotecnia .....	75
4.1. Preparação de manipulados não estéreis .....	75
4.2. Reembalagem .....	76
5. Farmácia Clínica .....	77
6. Participação do farmacêutico nos ensaios clínicos .....	78
7. Formação .....	79
8. Farmacovigilância .....	79
9. Comissões Técnicas .....	80
10. Conclusão.....	81
11. Bibliografia.....	82
<b>Anexos .....</b>	<b>85</b>



# Lista de Figuras

## CAPÍTULO I

Figura 1 - Distribuição mensal do número de chamadas recebidas pelo CIAV	P.4
Figura 2 - Distribuição dos intoxicados adultos que recorreram ao CIAV em 2015 por sexo e idade	P.5
Figura 3 - Distribuição dos tipos de tóxicos pelo número de consultas efetuadas pelo CIAV em 2015	P.5
Figura 4 - Frequências relativas dos grupos de tóxicos envolvidos nas intoxicações consultadas pelo CIAV em 2015	P.6
Figura 5 - Frequências relativas dos principais produtos domésticos e industriais envolvidos nas intoxicações consultadas pelo CIAV em 2015	P.6
Figura 6 - Frequências relativas dos principais pesticidas envolvidos nas intoxicações consultadas pelo CIAV em 2015	P.7
Figura 7 - Frequências relativas das principais substâncias de abuso envolvidas nas consultas atendidas pelo CIAV em 2015	P.7
Figura 8 - Distribuição das circunstâncias das intoxicações consultadas pelo CIAV em 2015	P.8
Figura 9 - Distribuição etária e por sexo da amostra	P.13
Figura 10 - Tóxicos e associações de tóxicos envolvidos no estudo	P.14
Figura 11 - Principais grupos farmacoterapêuticos envolvidos nas intoxicações medicamentosas (ANSIOL/SEDAT/HIPNÓT - ansiolíticos, sedativos, hipnóticos; ANTIDEPRES - antidepressivos; ANALG/AINE/ANTIPIR - analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides, antipiréticos; ANTIBA - antibacterianos; ENZIM ANTI INFLAM - enzimas anti-inflamatórias; MODIFI SECREÇÃO GÁSTRICA - modificadores da secreção gástrica; HORMONAS - hormonas tiroideias e anti-tiróides; ANTIPSIC - antipsicóticos)	P.16
Figura 12 - Distribuição das intoxicações pelas diferentes substâncias de abuso ilícitas estudadas	P.17
Figura 13 - Distribuição das intoxicações pelos diferentes pesticidas	P.18
Figura 14 - Classificação dos EU em função da etiologia das intoxicações	P.19
Figura 15 - Vias de contacto com os agentes tóxicos	P.20
Figura 16 - Descrição do destino dos doentes após os episódios de urgência	P.21
Figura 17 - Distribuição das intoxicações nos SUCHBV pelos meses do ano 2015	P.22



# Lista de Abreviaturas, Acrónimos, Siglas e Símbolos

®	Original
AAPCC	<i>American Association of Poison Control Center</i>
ACSS-CCF	Administração Central do Sistema de Saúde - Centro de Conferência de Faturas
AIM	Autorização Introdução no Mercado
AINEs	Anti-inflamatórios Não Esteroides
ATC	Anatómico-Terapêutico-Químico
AUM	Autorização de Utilização Especial
CCI	Comissão de Controlo de Infecção
CES	Comissão de Ética para a Saúde
CHBV	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.
CIAV	Centro de Informação Antivenenos
CIM	Centro de Informação do Medicamento
CIMI	Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CNPEM	Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos
DALYs	Anos de Vida Ajustados pela Deficiência
DCI	Denominação Comum Internacional
EU	Episódios de Urgência
FA	Farmácia Alla
FEFO	<i>First Expire First Out</i>
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
F.S.A.	Faça Segundo a Arte
HAL	Hospital Amato Lusitano
IMC	Índice de Massa Corporal
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
LASA	<i>Look-Alike, Sound-Alike</i>
MEP	Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MNSRM-DEF	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica - Dispensa Exclusiva em Farmácia
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
MUV	Medicamentos de Uso Veterinário
OMS	Organização Mundial de Saúde
PVA	Preço de Venda ao Armazenista
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reação Adversa Medicamentosa
RCM	Resumo de Características do Medicamento
SFH	Serviços Farmacêuticos Hospitalares
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUCHBV	Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.
™	Trademark
ULSCB	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.



# Capítulo I - Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

## 1. Introdução

### 1.1. Toxicologia: definição e história

A toxicologia era inicialmente definida como o estudo de xenobióticos, ou como a ciência dos venenos, e era definida como a interação de agentes estranhos com os compartimentos fisiológicos dos mamíferos, independentemente da exposição interna ou externa ao tóxico. Com o passar dos anos o termo começou a incluir muitos químicos na definição de tóxicos, o que levou à definição atual de toxicologia como o estudo que os efeitos adversos de químicos produzem nos organismos vivos [1,2].

Os fatores que condicionam para que um agente químico seja considerado um tóxico são o tempo de exposição, concentração e via de exposição, existindo uma menor relevância no que à estrutura química do tóxico em si diz respeito, o que leva a que praticamente qualquer composto químico tenha potencial para provocar toxicidade e, devido a tal fato e à grande variedade de potenciais efeitos adversos e ao elevado número de químicos existentes no ambiente tornam a toxicologia uma ciência muito vasta [1,2].

Deste modo a toxicologia clínica é um dos vários ramos de estudo da toxicologia. Tradicionalmente era considerada como a área específica desta disciplina, de extensa aplicação, que estudava os efeitos tóxicos dos agentes que tinham como objetivo tratar, melhorar ou prevenir estados de doença ou o efeito de fármacos utilizados para funções semelhantes. Estes componentes foram posteriormente designados por agentes terapêuticos. A definição mais liberal de toxicologia clínica envolve o estudo dos efeitos tóxicos de agentes terapêuticos, mas também daqueles cuja intenção não é terapêutica, como químicos cuja exposição tem uma componente ambiental, sendo exemplos os metais, drogas de abuso ou químicos resultantes de processos industriais (diversos gases, hidrocarbonetos e tipos de

radiação) e componentes essenciais de tecnologias urbanas, suburbanas ou relacionadas com a agricultura. É nestes últimos que se enquadram os pesticidas [1].

Se recuarmos na história verificamos desde há muito tempo uma preocupação com a casuística das intoxicações. Com o início das civilizações, a descoberta da ciência da agricultura, a criação de ferramentas, a aprendizagem das utilidades e riscos associados a diversos compostos (chumbo, mercúrio e o arsénio os metais primariamente utilizados em olaria ou como tónicos, curas medicinais ou como ingredientes de culinária) desenvolveram-se estratégias de tentativa e erro que ajudaram a determinar quais eram os frutos mais seguros para alimentação e quais eram mais perigosos, que cogumelos podiam ou não ser consumidos, que cobras eram inofensivas e quais eram perigosas, que substâncias deviam evitar e quais dar aos seus inimigos. Todos estes factos contribuíram sem dúvida para o desenvolvimento da toxicologia como ciência [1,3,4].

Desde cedo o alvo dos cuidados médicos era o tratamento de intoxicações e, no século XVI *Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim*, mais conhecido como “Paracelsus”, um dos “pais da toxicologia”, instituiu a famosa frase “a dose faz o veneno”, que é considerada a primeira descrição da relação dose-efeito, tão amplamente estudada nos dias correntes [1,3].

A toxicologia clínica moderna, descrita acima, emergiu na segunda metade do século XX derivada dos Químicos analíticos que pretendiam entender a ação dos xenobióticos pelo isolamento e identificação dos componentes destes. Foi também nesta época que começou a existir a especialização de unidades médicas, a criação de centros de envenenamento e atribuição de prémios pelos tratamentos de doentes intoxicados. Nas recentes décadas a divulgação da informação resultante das pesquisas dos toxicologistas clínicos originou um substancial processo no diagnóstico e terapêutica a aplicar aos doentes intoxicados, bastante útil na atualidade [1,3].

## 1.2. Dados epidemiológicos

### 1.2.1. Intoxicações clínicas no mundo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os envenenamentos são um problema de saúde pública bastante significativo, com uma estimativa de 193 460 mortes, em 2012, por intoxicações involuntárias e uma perda de mais de 10,7 milhões de anos de vida saudável (anos de vida ajustados pela deficiência - DALYs). Deste número de mortes, de acordo com a mesma fonte de informação, 84% ocorreram em países de médio-baixo rendimento [5].

As intoxicações são ainda responsáveis por muitas mortes voluntárias em todo o mundo, principalmente por químicos e pesticidas, com um valor estimado de 370 000 mortes

por ingestão destes últimos. Estima-se ainda que cerca de 5 milhões de mordeduras por cobras aconteçam todos os anos, contribuindo para cerca de 2,5 milhões de intoxicações acidentais, 100 000 mortes e cerca do triplo de amputações e outras deficiências permanentes decorrentes após a mordedura [5].

Em 2014, de acordo com os dados da *American Association of Poison Control Centers* (AAPCC) foram recolhidos dados de 663 305 chamadas informativas, o que demonstra uma diminuição do número de pedidos de informação desde 2009 até 2014, embora antes de 2009 os números fossem superiores. Em 58% destas chamadas o agente tóxico implicado são drogas de abuso, 88,94% das intoxicações foram provocadas por um único tóxico, 6,93% por dois tóxicos e as restantes intoxicações por 3 ou mais tóxicos. Quanto às características do intoxicado, no ano 2015 as mulheres a partir dos 20 anos foram as principais intoxicadas (58,25%), comparativamente aos elementos do sexo masculino pertencentes à mesma faixa etária (47,67%). Nas crianças e indivíduos com menos de 20 anos sucedeu-se o contrário, o sexo masculino apresentou percentagens de intoxicação da ordem dos 51,78% frente aos 47,83% relativos ao sexo feminino. Relativamente aos casos de mortalidade foram os elementos do sexo feminino os mais suscetíveis, ocorrendo um total de 625 casos no ano 2015, frente aos 546 casos que aconteceram em elementos do sexo masculino. Relativamente às crianças, a predominância de intoxicações aconteceu maioritariamente nas idades de 1 e 2 anos, enquanto que nos adultos foi na faixa etária dos 20 anos, com diminuição progressiva dos casos de intoxicações nos indivíduos com idades pertencentes a faixas etárias superiores. Nos casos em que houve mortalidade, as maiores frequências relativas associadas a intoxicação acontecem em adultos com idades compreendidas entre os 20 e os 69 anos [6].

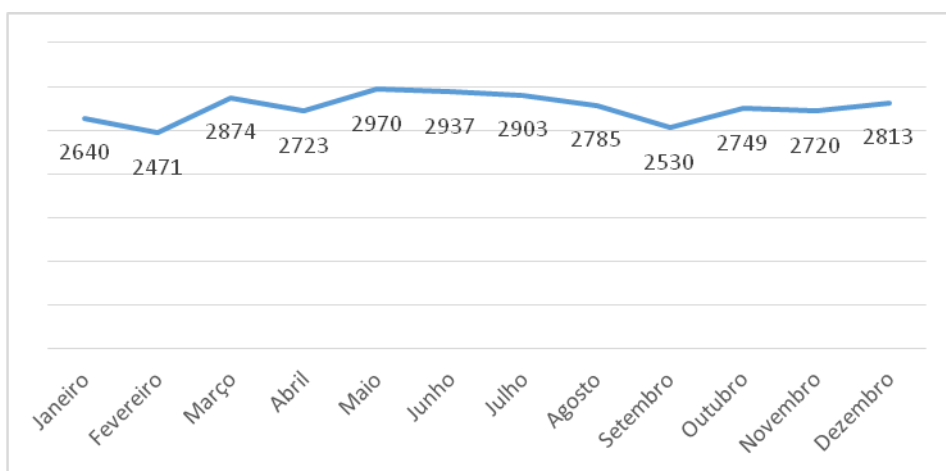
Ainda segundo os dados da AAPCC referentes a 2014, a maioria das intoxicações humanas foram agudas (87,7%), comparativamente às intoxicações crónicas (2,0%) e intoxicações agudas-e-crónicas (8,9%). As intoxicações humanas intencionais representaram 16,7% de todas as intoxicações, as acidentais 79,4% e as intoxicações devidas a reações adversas apresentaram frequência relativa de 2,4%. A via de contato com os tóxicos foi predominantemente oral (83,7%), seguindo-se a via dérmica (7,0%), inalatória (6,1%) e ocular (4,3%). Dos tóxicos envolvidos nestas exposições destacam-se os analgésicos (11,29%); os cosméticos e produtos de cuidados pessoais (7,73%); os detergentes (7,68%); os sedativos, hipnóticos e antipsicóticos (5,68%); os antidepressivos (4,36%); os antihistamínicos (4,01%); os fármacos cardiovasculares (3,96%); os corpos estranhos, brinquedos e miscelâneas (3,87%); os pesticidas (3,22%); as preparações tópicas (3,21%) [6].

Na Europa, infelizmente não existe nenhuma entidade que reúna informação sobre todas as intoxicações, havendo apenas alguns estudos que procuram conhecer as intoxicações por determinados grupos ou substâncias tóxicas específicas.

## 1.2.2. Intoxicações clínicas em Portugal

Em Portugal os estudos sobre toxicologia clínica são muito escassos, não havendo nenhum que englobe todo o país. No entanto o Centro de Informação Antivenenos (CIAV), criado em 1982 com origem no SOS - Centro Informativo de Intoxicações, para além de prestar informações em tempo útil auxiliando na abordagem a vítimas de intoxicação, divulga anualmente informações sobre as chamadas telefónicas que recebe [7].

Assim, no ano 2015 o CIAV recebeu um total de 33115 chamadas, sendo o mês de maio aquele que apresentou maior número de consultas e o mês de fevereiro o que apresentou menos, podendo-se observar no gráfico 1 a sazonalidade das mesmas [7].



**Gráfico 1:** Distribuição mensal do número de chamadas recebidas pelo CIAV.

A distribuição por sexo e idade (superior a 15 anos) pode ser estudada recorrendo-se ao gráfico seguinte (gráfico 2), que demonstra que são as mulheres as que estão mais associadas a casos de intoxicação e concretamente aquelas com idades compreendidas entre os 40 e 49 anos, seguindo-se as duas décadas de idade mais próximas [7].

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

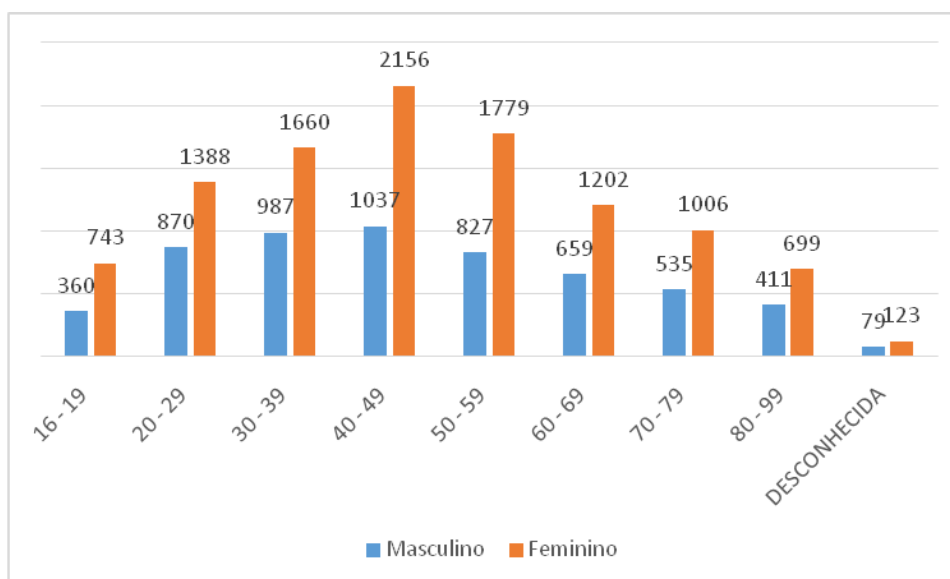


Gráfico 2: Distribuição dos intoxicados adultos que recorreram ao CIAV em 2015 por sexo e idade.

Segundo a mesma fonte de informação grande parte das intoxicações são provocadas por medicamentos, seguindo-se os produtos domésticos e industriais e os pesticidas. As drogas de abuso, as intoxicações provocadas por cosméticos, animais, brinquedos e produtos escolares, plantas e cogumelos aparecem em menor escala (gráfico 3) [7].

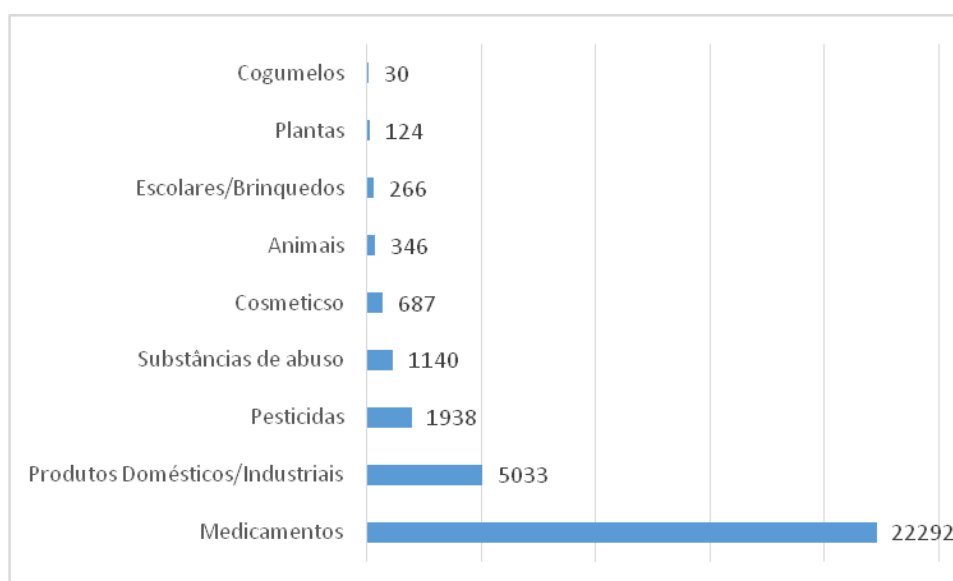
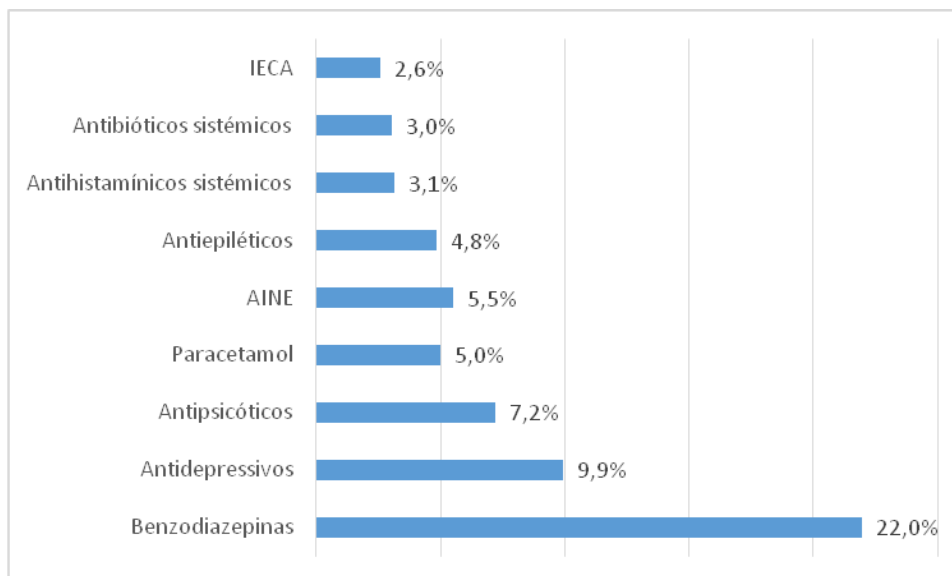


Gráfico 3: Distribuição dos tipos de tóxicos pelo número de consultas efetuadas pelo CIAV em 2015.

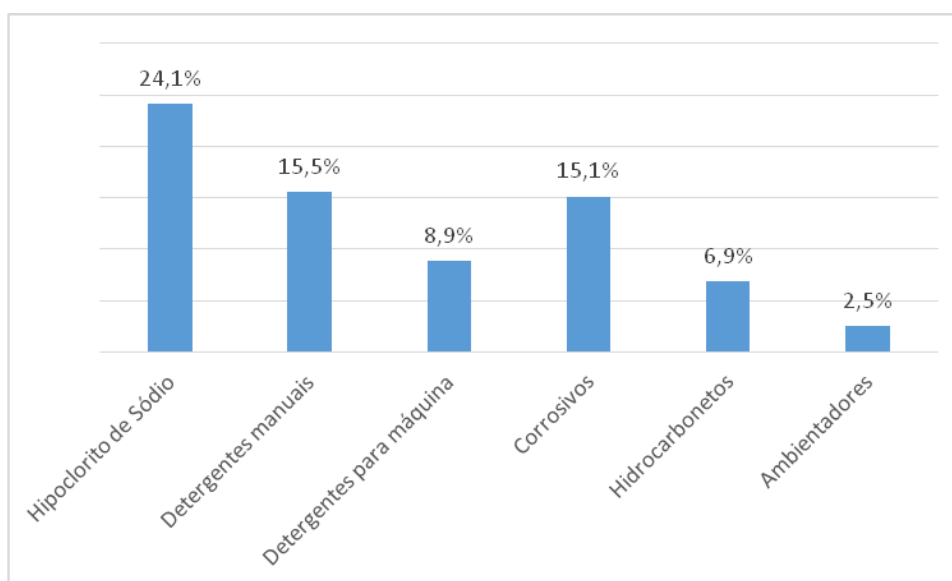
Relativamente às intoxicações medicamentosas, como é visível no gráfico 4, grande parte destas são provocadas por fármacos que atuam ao nível do Sistema Nervoso Central, possuindo também elevada expressão os princípios ativos antipiréticos [7].

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro



**Gráfico 4:** Frequências relativas dos grupos de tóxicos envolvidos nas intoxicações consultadas pelo CIAV em 2015.

As intoxicações provocadas por produtos domésticos e industriais foram em grande parte devidas a hipoclorito de sódio (lixívia), seguindo-se os detergentes manuais e corrosivos (gráfico 5) [7].

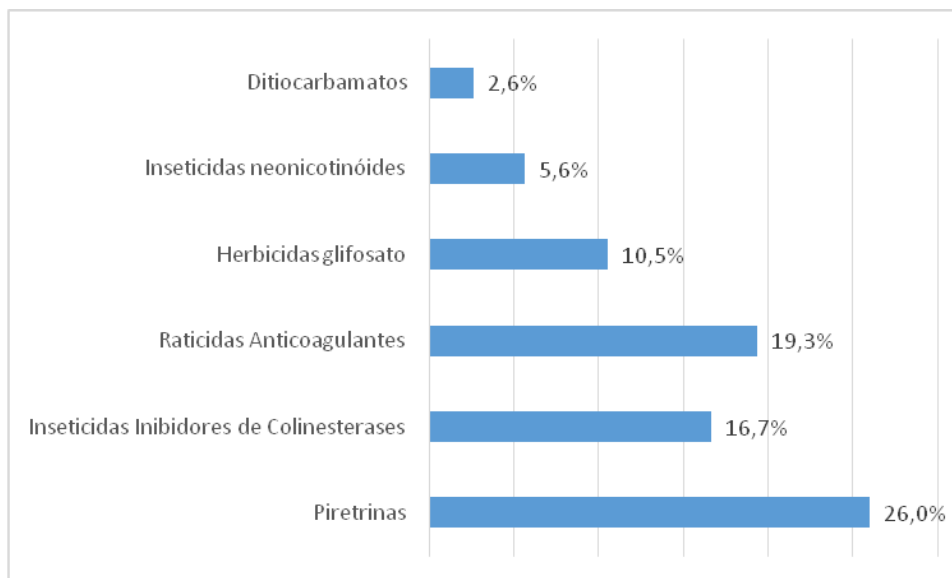


**Gráfico 5:** Frequências relativas dos principais produtos domésticos e industriais envolvidos nas intoxicações consultadas pelo CIAV em 2015.

Os pesticidas que mais intoxicações provocaram, segundo as consultas que o CIAV atendeu em 2015, foram as piretrinas e os anticoagulantes orais (rodenticidas), existindo ainda alguma expressão nas intoxicações por inseticidas inibidores de colinesterases. Com

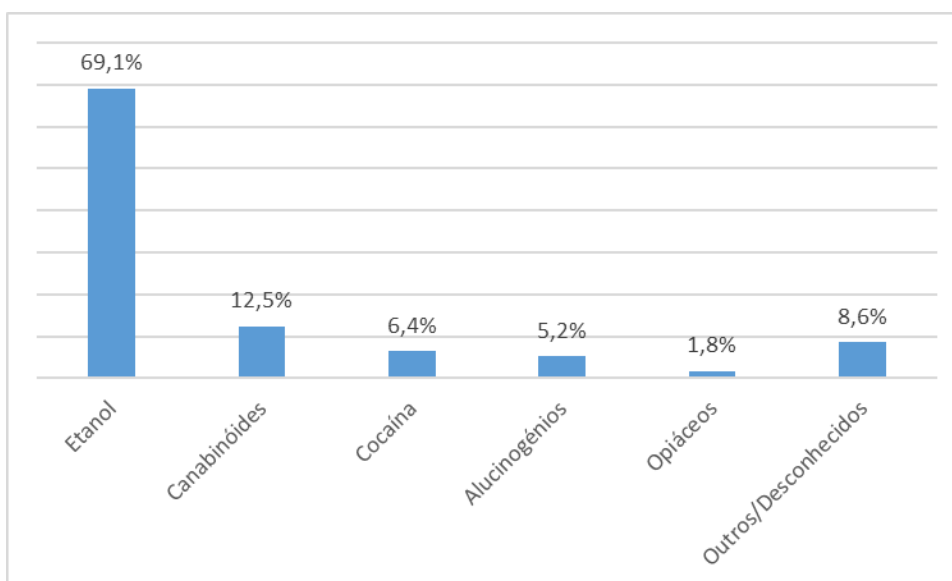
## Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

menor relevo encontram-se os ditiocarbamatos, neonicotinóides e o herbicida glifosato (gráfico 6) [7].



**Gráfico 6:** Frequências relativas dos principais pesticidas envolvidos nas intoxicações consultadas pelo CIAV em 2015.

Tendo em conta os dados que o CIAV teve oportunidade de consultar em 2015, as drogas de abuso estiveram presentes em 1140 intoxicações, o que revela a necessidade haver uma maior preocupação relativamente à utilização destas. Os tóxicos mais comumente envolvidos nestes episódios encontram-se descritos no gráfico 7, onde há uma maior prevalência nas intoxicações etílicas comparativamente com as restantes substâncias [7].



**Gráfico 7:** Frequências relativas das principais substâncias de abuso envolvidas nas consultas atendidas pelo CIAV em 2015.

Em último lugar é importante referir que a maioria destas intoxicações foram de índole intencional, seguindo-se as acidentais e devido a erros terapêuticos. As intoxicações profissionais e as devidas a reações adversas provocadas por medicamentos foram as de menor destaque no ano 2015 nas consultas do CIAV (gráfico 8) [7].

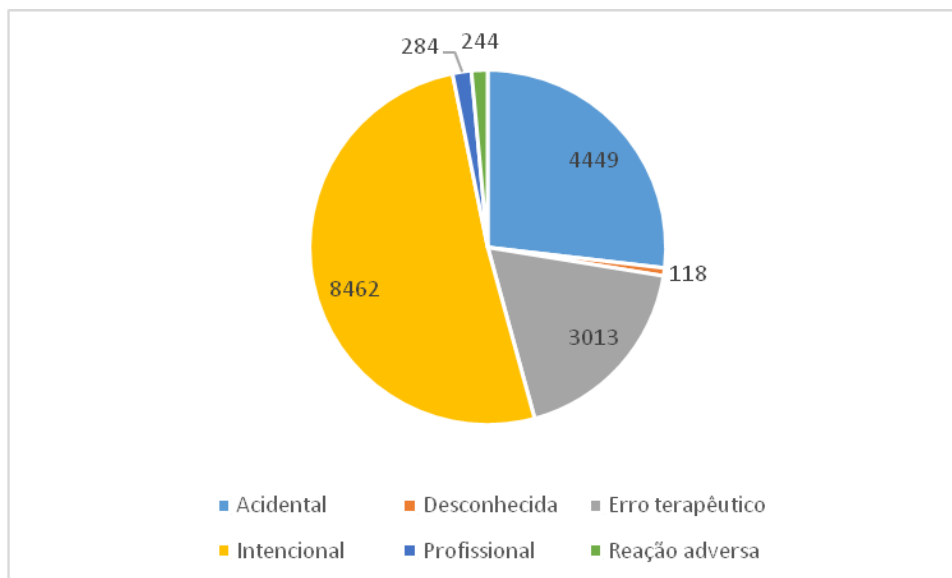


Gráfico 8: Distribuição das circunstâncias das intoxicações consultadas pelo CIAV em 2015.

### 1.3. Detecção de casos de intoxicação

A rápida deteção dos casos de intoxicações é de extrema importância, podendo salvar a vida do intoxicado caso esta esteja em risco e seja aplicado o tratamento necessário no tempo devido. No entanto, devido aos inúmeros e tão variados sinais e sintomas que um indivíduo intoxicado pode apresentar, pode tornar-se difícil reconhecer patologia causa. Em caso de dúvida o profissional de saúde deve, sempre que possível, recorrer à anamnese e exame físico do doente.

No entanto, devido ao conhecimento já existente sobre muitos tóxicos, existem determinadas apresentações clínicas que devem fazer o clínico suspeitar de uma intoxicação, sendo estas: midríase; visão turva; febre; pele seca; secura das mucosas; rubor; ileus; retenção urinária; taquicardia; bradicardia; hipotensão; hipertensão; psicose; convulsões; mioclonia; salivação; lacrimação; micção; diarreia; vômitos e cólicas gastrointestinais; diminuição dos sons intestinais; sibilos; diaforese; broncorreia; miose; tremor; rigidez; opistótono; trismo; hiperreflexia; coreia; coma; estupor; confusão; discurso arrastado; apneia; alucinações; pânico; hipertermia; hipotermia; sinestesia; alteração do estado mental; respiração superficial lenta; irritabilidade; hiperreflexia; letargia; cefaleia; inquietação; incoordenação; desrealização; despersonalização; acidose metabólica; nistagmo rotatório; paragem cardio-respiratória; insuficiência renal; insuficiência hepática; hiperglicemia;

hipoglicemia; hipernatremia; hiponatremia; hipercalemia; hipocalemia; alterações na osmolaridade plasmática [8].

#### 1.4. Enquadramento do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

O Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (CHBV) foi criado a 2 de março de 2011, constituindo-se com base na fusão do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. localizado em Aveiro, atual Sede Social do CHBV, com o Hospital Distrital de Águeda e o Hospital Visconde de Salreu localizado em Estarreja. O processo gradual de integração das três unidades de saúde teve início a 24 de fevereiro de 2012.[9]

Com a junção destes três hospitais o CHBV ficou com uma área de influência de 1802,3km<sup>2</sup> e com uma população de 390 840 habitantes, de acordo com o censo de 2011. Deste modo a área de influência do CHBV compõe-se pelos seguintes concelhos:[9]

- Águeda;
- Albergaria-a-Velha;
- Anadia;
- Aveiro;
- Estarreja;
- Ílhavo;
- Murtosa;
- Oliveira do Bairro;
- Ovar;
- Sever do Vouga;
- Vagos.

## 2. Justificação e Objetivos

### 2.1. Justificação

Nos dias correntes a acessibilidade facilitada a diferentes compostos com propriedades tóxicas tais como fármacos, pesticidas, bebidas alcoólicas, substância ilícitas, entre outros, faz com que seja cada vez mais importante monitorizar as intoxicações decorrentes a nível nacional e mundial, com o objetivo de permitir assim uma eficaz ação pelos profissionais de saúde quando contactam com um caso do género, e prevenir a ocorrência das mesmas. Assim, o estudo da caracterização das intoxicações clínicas possibilita que tanto os profissionais de saúde como as autoridades de segurança pública e as entidades reguladoras criem ações que promovam a diminuição deste tipo de situações, aumentando a segurança de toda a população [10-15].

Deste modo, e como na zona centro do país os estudos nesta área são muito escassos, com o presente trabalho pretende-se estudar o perfil das intoxicações clínicas na área de influência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E., de modo a conhecer melhor os hábitos desta população e promover posteriores estudos em diferentes áreas do país, facilitando assim um maior conhecimento e domínio das intoxicações existentes no mesmo [16].

## 2.2. Objetivo geral

O objetivo deste trabalho é caracterizar o perfil das intoxicações clínicas apresentadas por adultos nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E. (SUCHBV) no ano civil 2015, de modo a aumentar o conhecimento sobre as intoxicações existentes em Portugal, mais precisamente, decorrentes no distrito de Aveiro.

### 2.2.1. Objetivos específicos

Como objetivos específicos foram estabelecidos os seguintes:

1. Determinar as características demográficas e epidemiológicas dos indivíduos atendidos por intoxicações nos SUCHBV;
2. Verificar a existência de doenças crónicas e terapêutica aplicada aos doentes;
3. Conhecer e classificar quais foram os principais grupos de tóxicos envolvidos nos episódios de intoxicação;
4. Conhecer qual foi a etiologia da intoxicação;
5. Avaliar qual foi via de entrada do tóxico;
6. Avaliar qual foi a época do ano de entrada no serviço de urgência;
7. Conhecer a reincidência no serviço de urgência por intoxicação;
8. Conhecer a existência de antecedentes psiquiátricos;
9. Determinar qual o destino final do indivíduo e a sobrevivência após o episódio de urgência.

## 3. Material e Métodos

### 3.1. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo retrospectivo e descritivo dos doentes que recorreram aos SUCHBV por possíveis intoxicações.

### 3.2. Seleção da amostra

Neste estudo foram incluídos os doentes que no momento da admissão nos SUCHBV foram referenciados, por um administrativo, como possíveis intoxicações no ano civil 2015.

Foram ainda selecionados os doentes que, embora no momento da inscrição pelo administrativo tenham sido registados com outra causa que não intoxicação, pelas observações escritas pelo enfermeiro no momento da triagem, indicavam possíveis intoxicações.

Dos 839 episódios de urgência (EU) registados como intoxicação no momento da admissão, foram ainda detetados 99 EU suscetíveis de se tratarem de intoxicações. Destes 938 EU, 800 foram analisados, tendo sido 138 episódios excluídos por falta de informação ou por se tratarem intoxicações alimentares.

### 3.3. Recolha de dados

Após autorização do Conselho de Administração com parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., procedeu-se à recolha dos dados extraídos informaticamente sobre cada episódio de urgência do referido ano, nomeadamente aos diários clínicos dos mesmos, sendo em todo o procedimento garantidos os princípios éticos e a confidencialidade acordada com o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Da informação recebida foram recolhidos os seguintes dados:

1. Género;
2. Data de nascimento;
3. Existência de doenças concomitantes;
4. Farmacoterapia crónica (excluindo os contraceptivos orais);
5. Sintomatologia ou motivo de ida aos SUCHBV;
6. Destino de proveniência;
7. Data da ida aos SUCHBV;
8. Data da saída dos SUCHBV;
9. Tipo de tóxico;
10. Identificação ou não do tóxico;
11. Via de contacto com o tóxico (oral, inalatória, cutânea, injetável);
12. Etiologia da intoxicação (acidental, voluntária, ocupacional);
13. Reincidência no serviço de urgência por intoxicação;
14. Existência de antecedentes psiquiátricos;
15. Sinais de auto lesão ou intenção suicida;
16. Destino do doente após o EU.

### 3.4. Análise de dados

A análise dos dados e a criação dos gráficos foi realizada através dos programas informáticos *Microsoft Office Excel 2007™* e *IBM SPSS Statistics 23®*.

Para analisar os 800 episódios ocorridos tendo em conta as variáveis descritas no tópico acima, os resultados irão ser apresentados como percentagens quando se tratam de variáveis qualitativas e sob a forma de média ( $\pm$  desvio padrão) e mediana quando referentes a variáveis quantitativas. Realizaram-se ainda testes de estatística inferencial para avaliar a correlação entre a existência de farmacoterapia crónica com o sexo e idade; o tipo de tóxico com o sexo e idade; a via de contato com o tóxico e o sexo e idade; a etiologia da intoxicação com o sexo e idade; a reincidência por intoxicação com o sexo, idade e existência de antecedentes psiquiátricos; o destino com a idade. Estas variáveis foram estudadas recorrendo ao teste do Qui-quadrado, teste não-paramétrico que permite verificar se duas variáveis são independentes. Como tal, os resultados das correlações serão considerados altamente significativos sempre que  $p < 0,001$ , significativos quando  $0,001 \leq p \leq 0,05$  e quase-significativo nos casos em que  $0,05 < p \leq 0,10$ . Os restantes casos serão considerados como não estatisticamente significativos, não existindo portanto correlação entre as variáveis estudadas. Os resultados destes estudos serão colocados nos anexos (Anexo 1.1).

Cada episódio de urgência será considerado e analisado como único, independentemente da reincidência do indivíduo em causa nos SUCHBV.

Os resultados analisados serão comparados com os dados fornecidos pelo CIAV referentes ao ano 2015, pois não existe nenhum estudo no país que avalie todas as entradas em serviços de urgência por intoxicações clínicas, de uma região ou instituição, sendo ainda os estudos sobre intoxicações clínicas, mesmo que específicas para determinados tóxicos, muito diminutos na região litoral-centro de Portugal, onde se insere o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

## 4. Resultados e discussão

### 4.1. Caracterização da amostra

Dos 800 EU estudados 37,4% representavam indivíduos do sexo feminino, enquanto que 62,4% eram referentes a indivíduos do sexo masculino, o que contraria os dados registados pelo CIAV anteriormente descritos. Tal diferença pode dever-se ao fato de não serem referenciadas grande parte das intoxicações alcoólicas que chegam aos serviços de urgência por já se conhecer bem a fisiopatologia da mesma e o tratamento a aplicar [7].

A média de idade dos intoxicados foi de 41,12 ( $\pm 17,33$ ) anos, sendo a faixa etária dos 35 aos 44 anos a mais prevalente, seguindo-se, as faixas etárias dos 18 aos 24 anos e dos 45 aos 54 anos, como se pode verificar no gráfico 9. O indivíduo mais novo envolvido neste estudo apresentava 18 anos e o mais velho 100 anos. Estes resultados são concordantes com os dados fornecidos pelo CIAV, com indivíduos entre os 40 e 49 anos a representarem a maior

## Casística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

percentagem de intoxicações. Em todas as faixas etárias a predominância encontra-se no sexo masculino, concordando com o descrito acima [7].

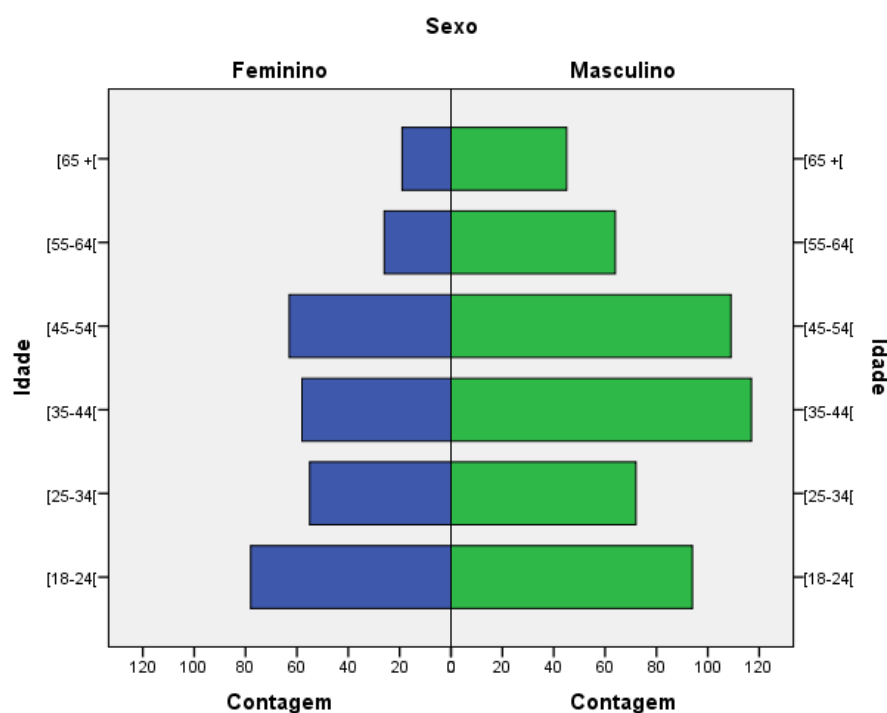


Gráfico 9: Distribuição etária e por sexo da amostra.

### 4.2. Existência de doenças concomitantes

Em 33,0% dos episódios foi possível constatar que os doentes eram portadores de doenças concomitantes e sobre os 67,0% restantes apenas se sabe que os doentes não possuíam tal característica ou então não existia informação disponível sobre a mesma, por lapso médico ou por falta de esclarecimento por parte do utente. Destes 33%, 251 doentes realizavam terapêutica crónica (31,4%), não se tendo incluído nesta exata análise os contraceptivos.

De todos os utentes, 26,9% apresentavam historial médico com antecedentes de doenças psiquiátricas e 21,3% haviam reincidido anteriormente nos serviços de urgência por intoxicação.

Constatou-se ainda que a existência de doentes com farmacoterapia crónica está dependente da idade dos mesmos ( $p=0,000$ ), assim como do sexo ( $p=0,004$ ). Esta constatação é pertinente, uma vez que, embora a maioria das intoxicações analisadas sejam referentes a indivíduos do sexo masculino, sabe-se que a população portuguesa se encontra envelhecida e a maioria dos idosos, mais propensos a farmacoterapias crónicas, em Portugal são mulheres [17].

Sobre a reincidência por intoxicação sabe-se que esta não está dependente do sexo ( $p=0,182$ ) mas sim da idade ( $p=0,003$ ) e da existência de historial médico por antecedentes psiquiátricos ( $p=0,000$ ). As faixas etárias que mais reincidentes por esta natureza apresentaram, encontravam-se entre os 35 e 54 anos. Como era de esperar, a dependência verificada entre o historial de antecedentes psiquiátricos e reincidências por intoxicação é muito evidente, pois muitos doentes do foro psiquiátrico não seguiam à risca os seus tratamentos e são psicologicamente mais suscetíveis a ocorrências do género.

#### 4.3. Tóxicos e associações de tóxicos envolvidas nas intoxicações

Como se pode ver no gráfico 10, 64,6% das intoxicações atendidas nos SUCHBV foram devidas à ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, seguindo-se as intoxicações por fármacos (22,5%), sendo as restantes de menor expressão. Em 3 dos EU não foi possível identificar-se o tipo de tóxico envolvente.

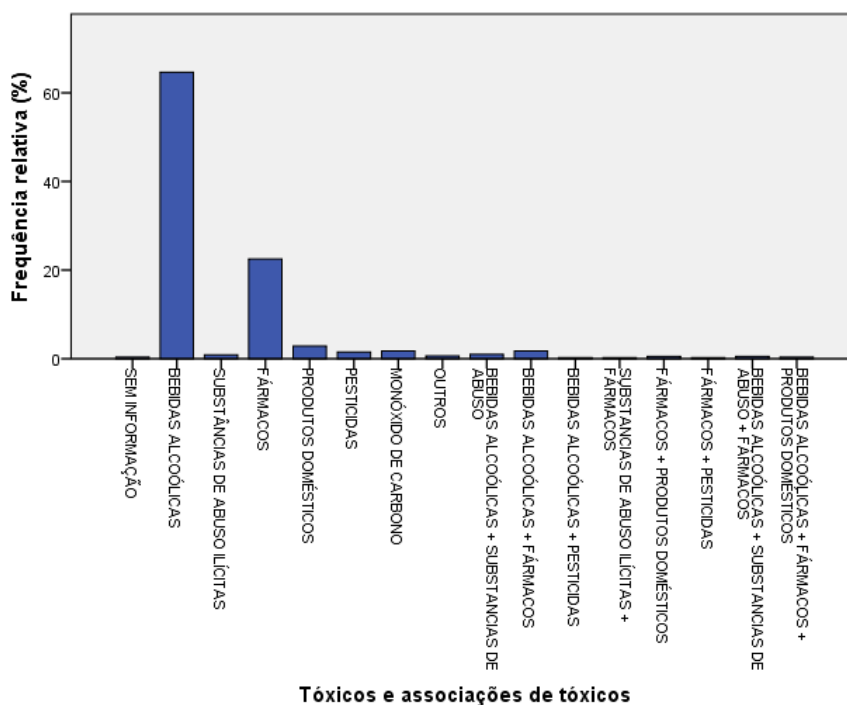


Gráfico 10: Tóxicos e associações de tóxicos envolvidos no estudo.

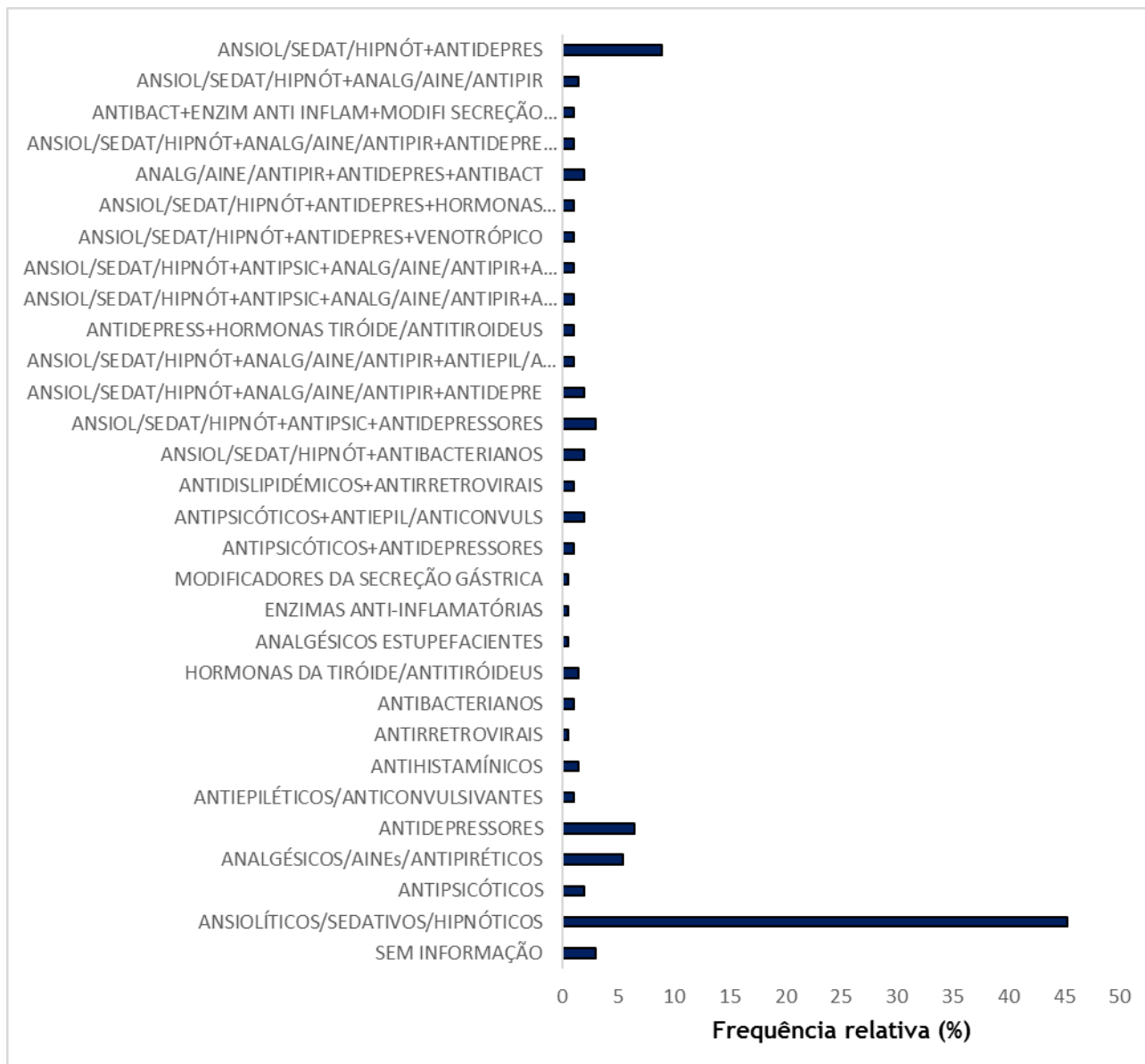
Estes resultados, comparativamente aos divulgados pelo CIAV sobre o mesmo ano, diferem principalmente no tóxico principal, sendo que nos dados cedidos pela entidade os principais responsáveis pelas intoxicações são os fármacos, seguidos dos produtos domésticos e/ou industriais, pesticidas e só em quarto lugar aparecem as substâncias de abuso, onde se incluem as intoxicações etílicas. Tal fato pode dever-se ao fato das intoxicações etílicas serem bastante conhecidas pelos clínicos, não havendo tanta necessidade de solicitar a colaboração do CIAV na identificação do tóxico ou instauração do tratamento [7].

## Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Constatou-se ainda que o tipo de tóxico envolvido nos EU é bastante dependente do sexo do intoxicado ( $p=0,000$ ), sendo as intoxicações etílicas predominantes nos homens e as intoxicações medicamentosas nas mulheres.

Realizando uma classificação das intoxicações por grupos farmacoterapêuticos, segundo uma adaptação do Despacho n.º 4742/2014, de 21 de março [18], obteve-se o gráfico 11, onde se pode constatar que a grande parte destas intoxicações foram devidas à toma de ansiolíticos, sedativos, hipnóticos (45%), seguindo-se a associação destes com antidepressivos (9%), a administração exclusiva de antidepressivos (6%) e, em seguida os analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e os antipiréticos (5%).

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro



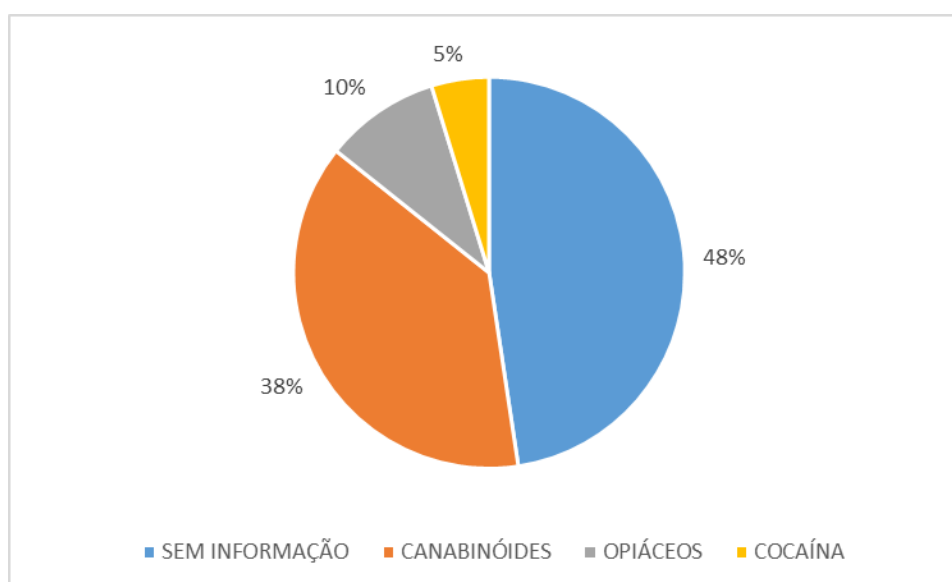
**Gráfico 11:** Principais grupos farmacoterapêuticos envolvidos nas intoxicações medicamentosas (ANSIOL/SEDAT/HIPNÓT - ansiolíticos, sedativos, hipnóticos; ANTIDEPRES - antidepressivos; ANALG/AINE/ANTIPIR - analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides, antipiréticos; ANTIBA - antibacterianos; ENZIM ANTI INFLAM - enzimas anti-inflamatórias; MODIFI SECREÇÃO GÁSTRICA - modificadores da secreção gástrica; HORMONAS - hormonas tiroideias e anti-tiróideos; ANTIPSIC - antipsicóticos).

Estes dados estão em parte de acordo com as estatísticas do CIAV para o mesmo ano que consideram as benzodiazepinas, classificadas neste estudo como ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, como o principal fármaco envolvido nestas intoxicações, seguindo-se em terceiro os antidepressivos, aqui classificados como o segundo grupo farmacológico responsável pelo episódio de intoxicação, e em quarto os antipsicóticos, neste estudo sendo ultrapassados apenas pelos analgésicos, AINEs e antipiréticos. Estes últimos são os segundos responsáveis

## Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

pelas intoxicações medicamentosas registadas pelo CIAV, fato que não se verifica neste estudo, onde apresentam menor frequência relativa. Os restantes compostos apresentam menor relevância estatística tanto no presente estudo como nas estatísticas apresentadas pelo CIAV [7].

Relativamente às intoxicações provocadas por substâncias de abuso ilícitas, 7 casos de intoxicação exclusiva pelas mesmas, 8 casos de associação com bebidas alcoólicas, 2 casos de associação com fármacos e 4 casos de associação com bebidas alcoólicas e fármacos, 48% destas intoxicações foram de origem desconhecida (não se conseguiu identificar a droga de abuso), 38% foram devidas ao consumo de canabinóides, 10% ao consumo de opiáceos e 5% ao consumo de cocaína e derivados (gráfico 12). Estes dados são ligeiramente diferentes dos resultados apresentados pelo CIAV. Segundo esta entidade, os canabinóides são também a droga de abuso mais consumida, mas em segundo lugar referem a intoxicação devido a substâncias desconhecidas, sendo que no presente estudo as substâncias desconhecidas representam a grande fatia destas intoxicações. Os restantes dados são apresentados segundo a mesma ordem de relevância, exceto no caso dos alucinogénios, que no presente trabalho não se observou nenhum episódio de intoxicação. É de salientar que os canabinóides pertencem ao grupo das substâncias alucinogénicas, no entanto a efeitos de comparação com o estudo do CIAV decidiu manter-se a mesma classificação estando como tal separadas as intoxicações devidas ao consumo de canabinóides das provocadas por outros alucinogénios [7].



**Gráfico 12:** Distribuição das intoxicações pelas diferentes substâncias de abuso ilícitas estudadas.

Debruçando-nos sobre as intoxicações que envolvem pesticidas, 12 casos de intoxicação exclusiva destes, 2 casos de associação com bebidas alcoólicas e 2 casos de associação com fármacos, podemos observar através do gráfico 13 que, tal como acontecia

anteriormente com as substâncias de abuso ilícitas, há um grande lapso na identificação de muitas destas intoxicações. Assim, dentro das que se puderam apurar sob qual o pesticida envolvido no episódio de intoxicação, conseguiu estabelecer-se que 19% destas foram causadas por piretróides, seguidas, com igual distribuição (6%), pelos organofosforados, neonicotinóides, piretróides associados a neonicotinóides e ditiocarbamatos associados a acetamida. A igualdade das percentagens obtidas em alguns destes resultados pode dever-se pelo fato de, nos SUCHBV em 2015, as intoxicações por pesticidas terem sido de pouca relevância estatística, talvez pelo fato de se tratar de uma zona urbana apresentado, deste modo, resultados díspares dos apresentados pelo CIAV para a mesma época [7].

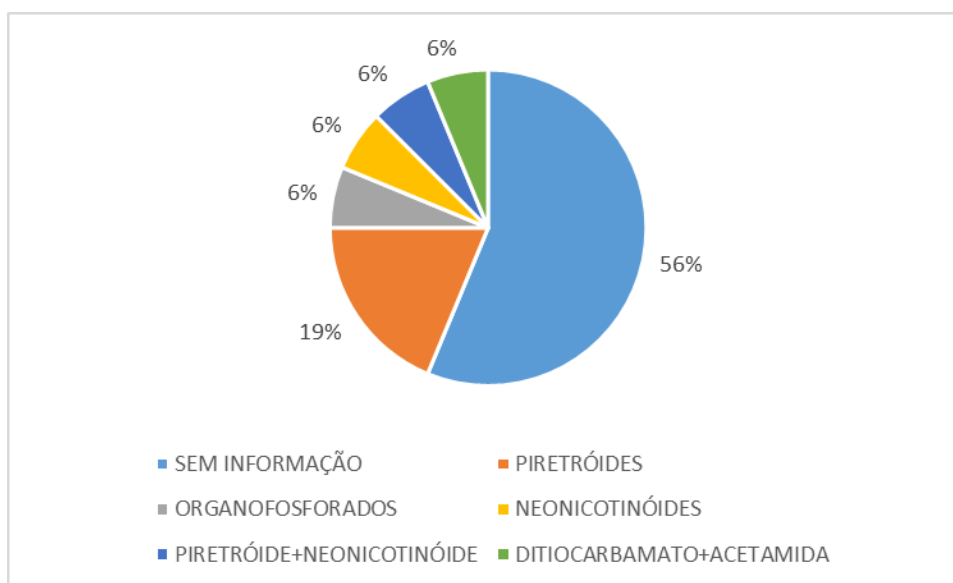


Gráfico 13: Distribuição das intoxicações pelos diferentes pesticidas.

#### 4.4. Sintomatologia que motivou a ida aos SUCHBV

Dos 800 EU estudados 47,0% deram entrada nos serviços de urgência por embriaguez, 28,1% com sinais auto lesivos como ferimentos propositados e administração autónoma de substâncias tóxicas e 9,1% foram trazidos ou deslocaram-se ao hospital com queixas de ferimentos por quedas. Estes valores são concordantes com as intoxicações descritas neste estudo, já que a maioria foi de origem etílica, muitas vezes associadas aos comportamentos descritos e as intoxicações voluntárias são características pelo contato intencional com os tóxicos, existindo muitas vezes posterior arrependimento ou descoberta por outrem. Os restantes resultados referem-se a sintomatologia diversa e por isso, não relevante estatisticamente.

#### 4.5. Etiologia das intoxicações

Quanto à etiologia das intoxicações (gráfico 14), a maioria das etiologias encontradas nas intoxicações nos SUCHBV foram voluntárias (95,1%), seguindo-se das acidentais (4,3%), as desconhecidas (0,4%), e as ocupacionais (0,3%).

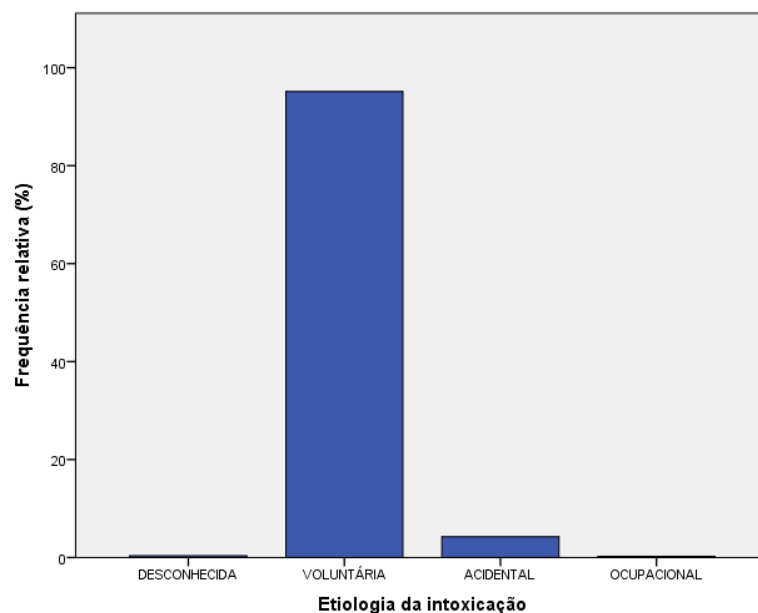


Gráfico 14: Classificação dos EU em função da etiologia das intoxicações.

Neste estudo foram consideradas intoxicações voluntárias aquelas em que o utente entrou em contato deliberadamente com o tóxico, intoxicações acidentais aquelas que ocorreram sem o doente ter intenção de se expor ao mesmo ou sem ter intenção de administrar doses tão elevadas deste e intoxicações ocupacionais aquelas que decorreram mediante o exercício da profissão deste.

Tal como descrevem os dados do CIAV referentes ao mesmo ano, os valores acima descritos encontram-se concordantes com os da entidade, sendo primariamente as intoxicações de etiologia voluntária e posteriormente acidental as de maior prevalência. Ora, sendo as intoxicações por bebidas alcoólicas a maior causa de intoxicações nos SUCHBV no ano 2015, estes valores eram espectáveis, já que muito dificilmente uma intoxicação etílica pode ser de outra etiologia que não voluntária [7].

A etiologia das intoxicações nestes serviços de urgência está pouco dependente do sexo ( $p=0,097$ ), mas dependente da idade ( $p=0,021$ ) dos indivíduos intoxicados, sendo os indivíduos masculinos os que mais intoxicações voluntárias apresentam e as mulheres as que mais intoxicações acidentais sofrem.

Os doentes que se intoxicaram voluntariamente com ideação suicida e/ou que apresentavam ferimentos provenientes de auto lesão representaram 10,4% de todas as intoxicações. No entanto não é possível afirmar que não poderão ter sido mais as intoxicações com tais intenções, já que muitas vezes os utentes se encontravam inconscientes ou pouco colaborantes no momento do contato com o médico.

#### 4.6. Vias de contacto com o tóxico

A via de contacto mais predominante nas intoxicações estudadas foi, sem dúvida, a via oral em 95,9% de todos os casos, seguida pela via inalatória com expressão de 2,5%, apresentando as restantes vias menor relevância estatística (gráfico 15).

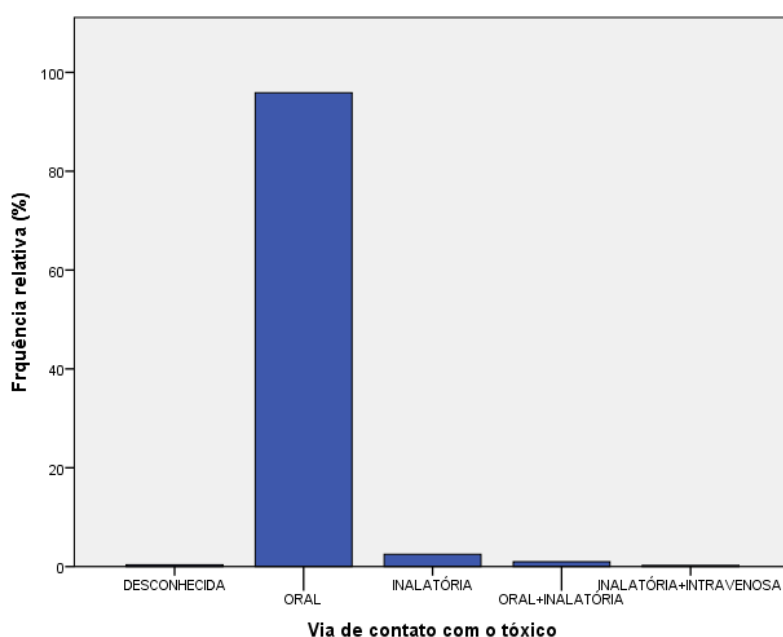


Gráfico 15: Vias de contacto com os agentes tóxicos.

Estes resultados estão de acordo com os mencionados pelo CIAV, já que a maioria das intoxicações estudadas foram etílicas e medicamentosas voluntárias, como comprovam os testes de estatística inferencial realizados, ( $p=0,000$ ) demonstrando existir marcada dependência entre o tipo de tóxico e a via de contacto com o mesmo [7].

#### 4.7. Período de internamento nos serviços de urgência

O tempo de permanência dos doentes intoxicados nos SUCHBV foi em média de 0,40 ( $\pm 0,56$ ) dias, sendo o período máximo de permanência nestes serviços de 6 dias, o que indica que a maioria das intoxicações terá sido de rápida resolução.

#### 4.8. Destino do doente após o episódio de urgência

Como se pode constatar no gráfico 16, a maioria dos doentes teve alta, não necessitando de referenciação para outro tipo de consultas. No entanto existiram doentes que abandonaram os SUCBHV, primariamente quando eram referenciados para consulta psiquiátrica imediata. Pôde-se ainda constatar que o destino dos doentes estava dependente da idade ( $p=0,001$ ).

Estes dados são animadores, pois foram poucos os casos em que houve necessidade de internamento.

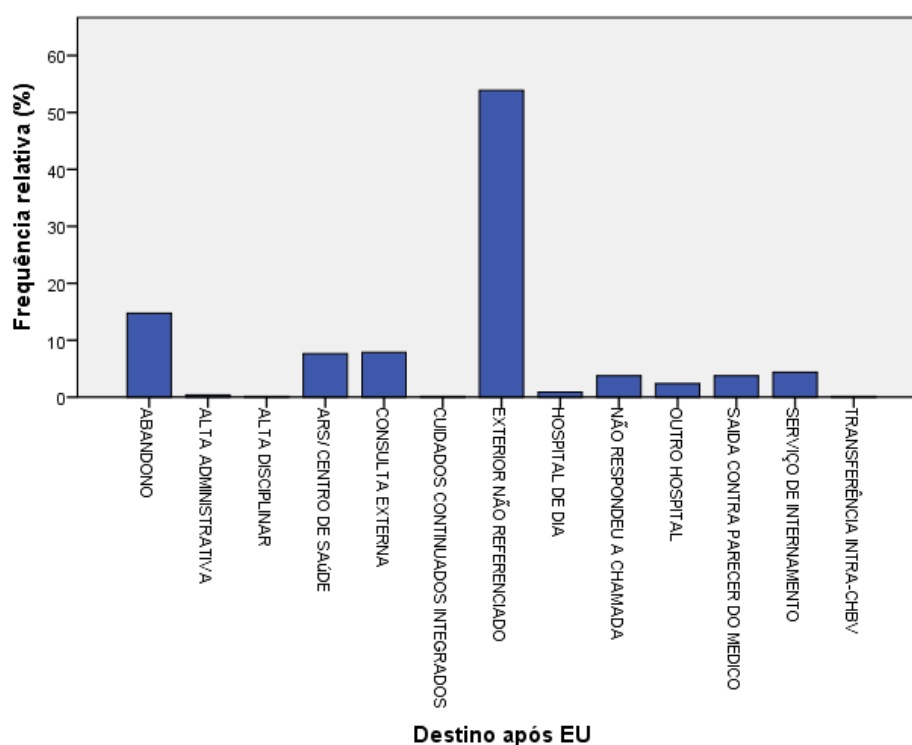


Gráfico 16: Descrição do destino dos doentes após os episódios de urgência.

#### 4.9. Sazonalidade

Ao analisar o gráfico 17 podemos verificar que o pico de intoxicações neste centro hospitalar em 2015 foi no mês de agosto, seguindo-se os meses de janeiro e maio com frequências muito próximas. Os restantes meses apresentam semelhante frequência de intoxicações. O mês de março foi o mês onde o número de episódios foi inferior.

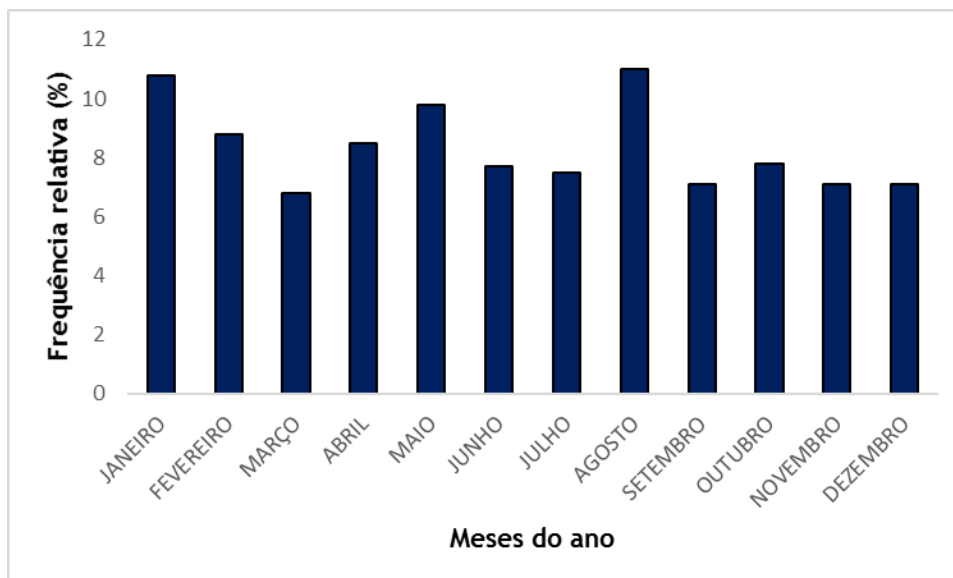


Gráfico 17: Distribuição das intoxicações nos SUCs do Baixo Vouga pelos meses do ano 2015.

Se também analisarmos os dados fornecidos pelo CIAV constatamos que estes são bastante dispares. Tal pode dever-se ao fato de Aveiro ser uma zona do país muito visitada no mês de agosto, principalmente por emigrantes, o que justificaria o aumento de intoxicações na referida altura, pelo aumento populacional que se verifica [7].

## 5. Conclusões

Embora em 2015 as intoxicações que deram entrada nos SUCs do Baixo Vouga apresentassem apenas 0,48% de todos os episódios de urgência, este não deixa de ser um número preocupante já que num ano houve 800 intoxicações só em indivíduos adultos.

Assim, o estudo do perfil das casuísticas nos hospitais portugueses auxilia a que se crie uma rede de informação sobre toda a população portuguesa. Isto porque embora o CIAV realize a recolha das chamadas que recebe sobre possíveis intoxicações, muitas não lhes são reportadas, o que faz com que exista um enorme lapso de informação. A criação de um relatório nacional multicêntrico sobre intoxicações possibilita então que haja uma melhor prevenção na área em questão, assim como uma mais rápida deteção da intoxicação e respetivo tóxico, sendo a terapêutica também mais rapidamente aplicada, tendo como base os diferentes hábitos e mentalidades consoante a zona do país em questão. Este trabalho contribui assim para a futura criação de um estudo envolvente em mais áreas de Portugal.

Este estudo permitiu então caracterizar as intoxicações que deram entrada nos SUCs do Baixo Vouga no ano 2015, concluindo-se que 62,4% dos intoxicados eram homens. A idade média do utente intoxicado foi de aproximadamente 41 anos, sendo que a faixa etária mais predominante foi a que compreende as idades entre os 35 e 44 anos. A maioria das

## Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

intoxicações foi de etiologia voluntária (95,1%), sendo a via oral o tipo de exposição mais frequentemente encontrada (95,9%).

O tipo de tóxico responsável pela maioria das intoxicações foram as bebidas alcoólicas (64,6%), seguindo-se os fármacos (22,5%) e, com menor expressão, produtos domésticos (2,9%), pesticidas (1,5%), gases (1,8%) e outros (0,6%).

O grupo farmacoterapêutico mais envolvido nas intoxicações medicamentosas foi o que é composto por ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (45%), em seguida, mas com menor extensão, os antidepressivos (6%) e analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides e antipiréticos (5%).

As intoxicações por drogas de abuso ilícitas mais encontradas neste estudo foram os canabinóides (38%), seguidos pelos derivados do ópio (10%) e, por fim, pela cocaína (5%).

Os pesticidas que mais intoxicações causaram neste estudo foram os piretróides (19%), seguidos pelos neonicotinóides (6%) e em igual percentagem, os ditiocarbamatos (6%), acetamida (6%) e organofosforados (6%). As associações de piretróides com neonicotinóides e de ditiocarbamatos com acetamida representaram, cada uma, 6% do total deste tipo de intoxicações.

Dos 800 doentes intoxicados, 53,9% tiveram alta diretamente dos SUCHBV sem qualquer referência específica, tendo 14,8% abandonado em qualquer momento após o diagnóstico, 4,4% enviados para o serviço de internamento e 9,5% referenciados para consulta externa ou respetivos centros de saúde ou Administração Regional de Saúde.

## 6. Bibliografia

- [1] A. Frank, *Clinical Toxicology: Principals and Mechanisms*, 2010, 2ª Edição, New York, Informa Heathcare.
- [2] D. L. Eaton and C. D. Klaassen, "Chapter 2: Principals of Toxicology". Em C.D. Klaassen, J.B. Watkins III, *Casarett a Doull's essentials of toxicology*, 2003, New York, McGraw-Hill.
- [3] A. Schaper, A. Ceschi, M. Deters, and G. Kaiser, "Of pills , plants , and paraquat : The relevance of poison centers in emergency medicine", *Eur. J. Intern. Med.*, 2013, **24**, 104-109.
- [4] P. Wexler and S. Phillips, "Tools for Clinical Toxicology on the World Wide Web : Review and Scenario Tools for Clinical Toxicology on the World Wide Web : Review and Scenario", *J. Toxicol. Clin. Toxicol.*, 2002, **40**, 7, 893-902.
- [5] "Poisoning Prevention and Management", *World Health Organization*. [Online]. <http://www.who.int/ipcs/poisons/en/>. [Acesso: 11-Julho-2016].
- [6] J. B. M. Pharmd, D. A. Spyker, D. E. Brooks, N. M. Drph, J. L. S. Pharmd, J. B. Mowry, D. A. Spyker, and D. E. Brooks, "2014 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers ' National Poison Data System ( NPDS ) : 32nd Annual Report 2014 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers ' National Poison Data System ( NPDS ) : 32nd Annu", *Clin. Toxicol.*, 2015, **53**, 10, 962-1147.
- [7] CIAV, "Centro de Informação Antivenenos." [Online]. <http://www.inem.pt/ciav>. [Acesso: 15-Maio-2016].
- [8] B. Mokhlesi, J. B. Leiken, P. Murray, and C. Thomas, "General Approach to the Intoxicated Patient critical care review Adult Toxicology in Critical Care - Part I : General Approach to the Intoxicated Patient", *Chest*, 2003; **123**, 577-592.
- [9] Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E., *Relatório e Contas 2014*, 2015.
- [10] K. Björnstad, O. Beck, and A. Helander, "A multi-component LC - MS / MS method for detection of ten plant-derived psychoactive substances in urine", *J. Chromatogr. B*, 2009, **877**, 1162-1168.
- [11] M. H. Lee and M. J. Mello, "Emergency Department Charges for Evaluating Minimally Injured Alcohol-Impaired Drivers", *Am. Coll. Emerg. Physicians*, 2009, **54**, 593-599.

- [12] E. Crane, "Update on drug related emergency department visits attributed to intentional poisoning: 2011", *CBHSQ Rep.*, 2013, Rockville MD.
- [13] J. F. Sci and S. No, "Poisoning Deaths in Central China (Hubei): A 10-year Retrospective Study of Forensic Autopsy Cases", *J. Forensic Sci.*, 2011, **56**, 234-237.
- [14] World Health Organization, "Report on the meeting on indicators for monitoring alcohol, drugs and other psychoactive substance use, substanceattributable harm and societal responses," 2009.
- [15] E. Van Zanten, T. Van Der Ploeg, J. J. Van Hoof, and N. Van Der Lely, "Gender, Age, and Educational Level Attribute to Blood Alcohol Concentration in Hospitalized Intoxicated Adolescents; A Cohort Study", *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 2013, **37**, 1188-1194.
- [16] R. P. Rodrigues, M. C. Sá, and D. Moura, "Internamentos por Intoxicação com Pesticidas em Portugal", *ArquiMed - Edições Científicas AEFMUP*, 2011, **25**, 169-173.
- [17] PORDATA, "População residente do sexo feminino segundo os Censos: total e por grupo etário." [Online].  
<http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+feminino+segundo+os+Censos+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+++3>. [Acesso: 07-Oct-2016].
- [18] Despacho n.º 4742/2014, de 21 de março, *Legis. Farm. Compil.*, *INFARMED*, 2014.

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

# Capítulo II- Estágio em Farmácia Comunitária

## 1. Introdução

A farmácia comunitária como estabelecimento de saúde deve assegurar a continuidade dos cuidados prestados aos doentes, tendo como principal objetivo a cedência de medicamentos em condições que minimizem o risco da sua utilização e reduzindo a elevada morbi-mortalidade associada a este [1].

É portanto dever do farmacêutico de oficina, enquanto técnico do medicamento e último profissional de saúde a entrar em contato com o utente antes da administração do medicamento, responder a quaisquer dúvidas que este possa possuir acerca da medicação, orientando-o na seleção da melhor terapêutica ou medicamento para a situação em questão, assim como no modo de administração, forma adequada de o conservar, efeitos terapêuticos esperados, possíveis interações medicamentosas, contraindicações e reações adversas suscetíveis de ocorrer, nunca deixando de encaminhar o doente para o médico quando entender que tal é necessário.

O farmacêutico tem ainda função de monitorizar o seu utente identificando precocemente sinais de alerta, assim como de o sensibilizar para a necessidade da adoção de um estilo de vida saudável e consciencializá-lo para a importância da utilização racional dos fármacos, tão essenciais nos dias correntes [2].

Com o presente relatório pretendo resumir as atividades que realizei no Estágio Curricular em Farmácia Comunitária, nomeadamente na Farmácia Alla, entre o período de 26 de janeiro de 2016 a 15 de abril do mesmo ano, descrevendo ainda o papel do farmacêutico enquanto especialista do medicamento e profissional promotor da saúde pública.

## 2. Organização da Farmácia Alla

### 2.1. Localização e o seu horário de funcionamento

A Farmácia Alla (FA) localiza-se na rua Luís de Camões, no concelho de Águeda, distrito de Aveiro, com o código postal 3750-159 Águeda, com o horário de atendimento ao público das 8h30 às 19h30 de segunda-feira a sexta-feira, sem interrupção para almoço, e das 8h30 às 13h aos sábados, encontrando-se duas vezes por semana em turno de serviço permanente durante três semanas consecutivas, sendo a quarta semana composta por apenas

uma noite de serviço permanente, em regime de rotatividade com as restantes três farmácias da zona. As farmácias em questão decidiram ainda que a farmácia que estiver de serviço ao sábado deverá ser a mesma a estar de serviço no dia seguinte, ou seja, domingo.

Assim a FA contempla um período de funcionamento semanal superior ao período mínimo imposto pelo artigo 2º da Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro. O atendimento ao público nesta farmácia após as 22h e até às 8h30 do dia seguinte é realizado através do postigo de modo a aumentar a segurança do trabalhador, sendo ainda aplicado um acréscimo no pagamento no valor de 2,5€ por utente, excetuando quando se tratar de dispensa de medicamentos prescritos em receita médica com data de prescrição do próprio dia, ou do dia anterior, como permite o artigo 5º da Portaria acima referida [3].

## 2.2. Composição do quadro pessoal e suas funções

Os recursos humanos da FA são compostos por três farmacêuticos (a proprietária e diretora técnica; o farmacêutico adjunto e substituto; um farmacêutico); três técnicos de farmácia; uma técnica auxiliar de farmácia, estando estes identificados mediante o uso de cartão contendo o nome e título profissional; uma gestora; uma auxiliar responsável pela limpeza, e ainda como colaboradores prestadores de serviços à farmácia um contabilista e um técnico especializado em aparelhos auditivos, nomeadamente [4], Diretora Técnica: Dra. Maria das Dores Martins; Farmacêutico adjunto: Dr. Henrique Vieira; Farmacêutico: Dr. Nuno Rocha; Técnicos de Farmácia: Cláudia Pinto, Carlos Branco, Carlos Paralta; Técnica Auxiliar de Farmácia: Nádia Cruz; Gestora: Dra. Ema Ala; Auxiliar de Limpeza: Arlete Simões; Contabilista: António Castanheira; Audioprotesista: Mário Jorge.

Como Diretora Técnica, a Dra. Maria das Dores tem como funções, segundo o Artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 171/2012 de 1 de agosto:

- a responsabilidade de todos os atos farmacêuticos praticados na farmácia sob a sua direção;
- garantir que são prestadas aos utentes todas as informações necessárias para o correto uso do medicamento bem como promover o seu uso racional;
- assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) só sejam dispensados na sua presença, exceto em casos de força maior;
- garantir o bom estado de conservação de todos os medicamentos e dos produtos de saúde dispensados;
- garantir as condições de higiene e segurança adequadas;
- assegurar que os stocks de medicamentos e produtos de saúde são adequados às necessidades dos seus utentes;

- verificar o cumprimento das regras do código deontológico no que aos atos farmacêuticos diz respeito;
- assegurar que toda a legislação e regulamentação do setor farmacêutico seja cumprida na farmácia sob a sua direção.

Quando a Diretora Técnica está ausente ou possui algum impedimento estas funções, excetuando a primeira, são desempenhadas pelo Farmacêutico Adjunto [4].

Aos farmacêuticos, profissionais de saúde com formação avançada na manipulação de medicamentos, no processo de uso dos medicamentos e na avaliação dos seus efeitos, cabe a cedência, a indicação, a revisão da terapêutica, a educação para a saúde, a determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, a farmacovigilância, o seguimento farmacoterapêutico, o controlo de psicotrópicos e estupefacientes, a gestão das reclamações dos utentes, o contato com outros profissionais de saúde e centros de informação dos medicamentos e a primazia pelo uso racional do medicamento, com os intuitos de reduzir a morbi-mortalidade associada à utilização deste e aumentar a qualidade de vida da população.

O farmacêutico deve ainda manter o seu *curriculum vitae* permanentemente atualizado, informando-se tanto a nível científico como ético e legal, permitindo assim uma prática eficiente das suas funções, gerindo também a formação dos seus colaboradores [1].

Na FA os técnicos de farmácia coadjuvam os farmacêuticos nas funções por estes delegadas, sobre supervisão farmacêutica, fazendo parte das funções da técnica auxiliar de farmácia a receção e elaboração das encomendas [4].

## 2.3. Espaço físico da farmácia e equipamentos

### 2.3.1. Espaço e elementos exteriores

Na FA o acesso pelo público pode ser realizado através de escadas ou de uma rampa, permitindo assim o acesso a portadores de deficiência. Anexo à porta de entrada é visível o horário de funcionamento da farmácia, assim como a escala de turnos entre as farmácias do município para a respetiva semana (Anexo 2.1), sendo que a informação “FARMÁCIA ALLA” e a identificação referente à direção técnica se encontram perpendicularmente à porta de entrada, estando acima a cruz verde identificativa das farmácias, encontrando-se esta iluminada nas noites em que a farmácia está de serviço [4].

A farmácia possui ainda duas montras, estando uma decorada consoante a época do ano e as festividades locais, e a seguinte contendo expostos produtos ortopédicos.

### 2.3.2. Espaço e elementos interiores e equipamentos

No interior da FA é possível ler-se que esta possui livro de reclamações, que o público está a ser filmado, novamente informação sobre a direção técnica, e detalhes sobre as promoções em vigor nos produtos pela farmácia dispensados.

Cumprindo a Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho, a FA possui: uma sala de atendimento ao público; dois armazéns; uma zona de receção de encomendas; dois gabinetes de atendimento personalizado; um laboratório; um gabinete da direção técnica; um quarto de descanso; uma casa de banho; uma sala ao dispor dos funcionários [5].

A sala de atendimento ao público está separada do exterior por portas de abertura automática, é eficientemente climatizada e contém cadeiras para que os utentes sintam o máximo conforto possível ao entrarem no local.

Nesta ampla e iluminada sala existem cinco balcões de atendimento devidamente afastados, de modo a que seja possível ao farmacêutico atender discretamente o seu utente, dotados cada um de computador; impressora de balcão; leitor ótico de código de barras, e dois terminais de multibanco, não sendo estes últimos específicos de nenhum balcão, havendo regularmente expostos folhetos informativos com conteúdo diverso junto aos balcões.

Existem ainda várias prateleiras de acesso ao público onde se encontram expostos e devidamente identificados pelo preço de venda ao público e respetiva percentagem de imposto sobre o valor acrescentado (IVA) produtos de dermocosmética, aplicação capilar, puericultura, nutrição infantil, ortopedia, e ainda rebuçados e pensos.

Nas prateleiras não acessíveis ao público, que se encontram posteriormente aos balcões, estão dispostos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM); produtos de utilização veterinária; produtos de podologia e higiene oral; dispositivos médicos e suplementos alimentares, dispostos linearmente de modo a tornarem-se facilmente visíveis pelo público.

Em gavetas abaixo destas últimas prateleiras encontram-se MNRM de utilização humana e animal; preservativos; alguns produtos de dermocosmética e higiene oral; lápis medicamentosos; algumas amostras e ofertas; termómetros; compressas e outros dispositivos médicos.

A FA possui ainda nesta área um dispositivo que permite a medição da pressão arterial e pulsação, e outro que mede a massa corporal e altura, emitindo assim o valor correspondente ao Índice de Massa Corporal (IMC). Junto a estes existem duas mesas com

cadeiras, uma de modo a facilitar a medição da pressão arterial e outra para entretenimento das crianças que frequentem a farmácia, e um contentor da VALORMED.

Na área da FA interdita ao público encontram-se as restantes zonas acima mencionadas, nomeadamente, os dois armazéns, sendo o armazém principal o mais próximo da zona atendimento, onde os medicamentos se encontram dispostos em gavetas deslizantes ordenados por forma farmacêutica e nalguns casos na zona de aplicação, cuja exceção são os xaropes, os medicamentos rateados, os produtos reservados pelos utentes, os medicamentos cujo fim do prazo de validade se encontra próximo e todos os medicamentos e produtos de utilização veterinária, que se encontram em diferentes prateleiras devidamente identificadas.

Já nas prateleiras e gavetas os medicamentos e produtos que se encontram no armazém principal são ordenados por ordem alfabética, independentemente da marca, voltando a existir uma exceção, desta vez nos comprimidos, sistemas transdérmicos e cápsulas, que estão armazenados numa só secção, ordenados por ordem alfabética mas separados os medicamentos genéricos dos de marca, estando os genéricos ordenados por ordem alfabética de princípio ativo, e as pílulas e os medicamentos homeopáticos onde a separação por marcas já não se efetua mas sim apenas a ordenação alfabética.

Neste armazém encontram-se ainda diversos produtos como os de cuidados de higiene; suplementos alimentares; produtos fitoterapêuticos e químicos; sacos de colestomia; materiais de primeiros socorros; e ainda muitos outros dispositivos médicos, assim como o sistema de refrigeração contendo os correspondentes medicamentos que necessitam de temperaturas entre os 2°C e 8°C para sua conservação.

No extremo deste espaço físico compartilhado com o armazém principal encontra-se a área de receção de encomendas constituída por um longo balcão contendo dois telefones; uma impressora, fotocopiadora e fax; um computador com o programa informático *SPharm* instalado e equipado com impressora; dispositivo de leitura ótica de código de barras e impressora de etiquetas, e ainda algumas prateleiras onde são guardados livros de suporte à prática farmacêutica e documentação necessária.

A meio comprimento deste local encontra-se um termohigrómetro com ecrã de modo a existir um melhor controlo das condições de armazenamento dos medicamentos.

Anexo à área de receção de encomendas e armazém principal existe um dos dois gabinetes de atendimento personalizado, estando este equipado com uma maca; um lavatório; um armário; e uma secretária contendo variados dispositivos médicos, material de sutura e primeiros socorros; uma cadeira; um banco giratório e ainda um computador com

sistema de leitura ótica de código de barras e o programa informático instalado, permitindo assim que na farmácia se pratiquem variados serviços farmacêuticos.

No segundo gabinete de atendimento personalizado realizam-se as consultas pelo audioprotesista [5,6].

No armazém secundário é possível encontrar-se todo o stock que, por motivo de espaço, não é possível armazenar no armazém principal ou nos expositores na zona de acesso público, seguindo critérios semelhantes aos de armazenamento utilizados no armazém principal.

A FA possui um laboratório com todo o material e equipamento exigido pela Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de dezembro, para além de uma bancada com lavatório, uma zona de armazenamento de documentação e livros, como o Formulário Galénico Português; a Farmacopeia Portuguesa; Fichas de Preparação de Manipulados; Fichas de Segurança de Matérias Primas e respetivos boletins de análise (Anexo 2.2), assim como as mesmas, e um sistema de mistura Topitec®. É então neste espaço que se realizam preparações extemporâneas e medicamentos manipulados de dispensa ao público, de acordo com as exigências legalmente estabelecidas [7,8].

O quarto de descanso, composto por duas camas, e as instalações sanitárias com duche permitem que os funcionários que realizam turnos noturnos possam desfrutar de um melhor e confortável ambiente.

## 2.4. Recursos informáticos

O sistema informático presente na farmácia é de extrema utilidade ao farmacêutico que assim pode dispensar medicamentos prescritos em receitas desmaterializadas e manter uma maior confiança no seu trabalho, diminuindo o erro humano passível de suceder, por exemplo, nos sistemas de participação e relembrando sempre que existam possíveis interações graves, assim como conhecer o historial de compra do utente, muito importante quando o doente é idoso e não se recorda do laboratório de medicamentos que costuma utilizar.

Assim, é o software *SPharm* o sistema informático mais importante na FA, que permite uma melhor utilização do tempo farmacêutico, comparando com o dia-a-dia das farmácias antigamente, em que tudo era realizado manualmente.

Este programa, que é regularmente atualizado e cria automaticamente cópias de segurança, como recomenda o Guia de Boas Práticas Farmacêuticas Para a Farmácia Comunitária, permite então: aceder a variável informação relativa a medicamentos como

indicações terapêuticas; posologia; interações medicamentosas; efeitos secundários; contraindicações e ainda aceder diretamente ao Resumo de Características do Medicamento (RCM), assim como a informações relativas aos preços e stocks de produtos; criar, gerir e rececionar encomendas; realizar vendas, selecionando automaticamente a entidade e montante correspondentes à participação aplicada; proceder a devoluções; gerir e atualizar automaticamente stocks com a venda de um artigo; aceder a informações registadas nas fichas de cliente; emissão, fecho de lotes e faturação para os organismos de participação; controlo dos prazos de validade [1].

### **3. Informação e Documentação Científica**

Segundo o Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de agosto, a Farmacopeia Portuguesa (em formato eletrónico ou papel) e o Prontuário Terapêutico são documentos que a farmácia de officia tem obrigatoriamente de possuir. A FA para além destes exemplares possui ainda variados livros de apoio à prática farmacêutica acessíveis a todos os membros da equipa, como o Simposium Veterinário, o Formulário Galénico Português e obras relativas a medicamentos homeopáticos.

Em formato digital o programa SPharm é extremamente útil ao fornecer os RCMs de muitos dos medicamentos dispensados na farmácia, assim como a ligação de todos os computadores à internet confere um constante acesso a locais de organizações como o INFARMED e respetivo Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde (CIMI); Ordem dos Farmacêuticos que criou o Centro de Informação do Medicamento (CIM), e toda a informação constantemente enviada pela Associação de Farmácias de Portugal, da qual a FA faz parte [4,9,10].

Toda esta informação é de extrema importância pois o farmacêutico, enquanto técnico do medicamento, necessita de se manter constantemente informado com atuais e exigentes dados cientificamente comprovados, de modo a poder assim melhor informar e aconselhar o seu utente, numa profissão que exige sabedoria na procura e seleção da melhor informação a recolher.

### **4. Medicamentos e outros produtos de saúde**

Numa farmácia ninguém tem maior obrigação do que o farmacêutico de conhecer todos os produtos que esta dispõe aos seus utentes, assim como saber identificá-los e classificá-los.

Deste modo, as minhas primeiras semanas na FA foram passadas a dispor os medicamentos que eram rececionados nas respetivas gavetas e prateleiras, conhecendo assim um pouco melhor os produtos.

#### 4.1. Conceitos

Tornando-se então importante conhecer a legislação e regulamentação que envolve o medicamento, de modo a garantir a sua eficácia e segurança, o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto define o Estatuto do medicamento, definindo o medicamento como toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas. Atendendo à definição apresentada, encontram-se na farmácia para além de medicamentos diversos produtos à venda que não podendo ser designados medicamentos, são denominados tendo em conta a sua função ou origem. Estes são os medicamentos e produtos de uso veterinário; produtos dietéticos; produtos naturais; produtos de higiene e cosméticos; dispositivos médicos e dispositivos médicos para diagnóstico in vitro [11].

Também presente no Estatuto do medicamento estão as definições de medicamento genérico, medicamento de referência e medicamento homeopático, sendo o primeiro um medicamento que apresenta a mesma composição qualitativa e quantitativa de substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e que demonstre bioequivalência com o medicamento de referência, recorrendo-se para isto a estudos de biodisponibilidade apropriados. Medicamento de referência é então um medicamento autorizado com base na sua documentação completa, requerendo ensaios farmacêuticos, pré-clínicos e clínicos, enquanto que medicamento homeopático é o medicamento obtido a partir de substâncias denominadas stocks ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios [11].

Torna-se também importante definir preparado oficial, tratando-se de qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia de oficina ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço. Diferentemente, constituem fórmulas magistrais qualquer medicamento preparado numa farmácia de oficina ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um doente determinado [11].

Por último, existem medicamentos que são sujeitos a legislação específica, como acontece com substâncias psicotrópicas e estupefacientes. Estas substâncias exercem o seu efeito no sistema nervoso central, conduzindo a dependência e tolerância tanto física como psíquica, sendo por esta razão a necessidade de um controlo especial, evitando tanto quanto possível a sua utilização indevida. De notar que apesar de normalmente abordadas em conjunto, a distinção entre estas encontra-se legalmente definida no artigo 72º do Decreto-

Lei nº 15/93, de 22 janeiro, mais especificamente, consideram-se estupefacientes as substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I-A e III e psicotrópicos as substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas II-B, II-C e IV, sendo as tabelas alvo de atualizações periodicamente [12].

## 4.2. Sistemas de classificação

Durante a prática farmacêutica, torna-se de grande importância a classificação e distinção em grupos ou classes da grande quantidade de medicamentos atualmente disponíveis. Os três sistemas de classificação com que contatei foram então: o sistema ATC (Anatómico-Terapêutico-Químico), a classificação farmacoterapêutica, e a classificação por forma farmacêutica.

O sistema de classificação ATC, adotado pela OMS, prima pela simplicidade e objetividade, classificando os medicamentos segundo o órgão ou sistema anatómico no qual exercem efeito e pelas suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas. Este sistema recorre assim a um sistema alfanumérico de distinção entre os medicamentos, atribuindo uma letra como grupo principal anatómico ao qual o medicamento pertence, dois números como grupo terapêutico, uma letra como grupo farmacológico e uma letra como grupo químico e por fim dois números referente à substância específica [13].

A classificação farmacoterapêutica dos medicamentos, presente no Prontuário Terapêutico e no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, aprovada no Despacho n.º 4742/2014, de 21 de março, apresenta-se como um sistema que classifica os medicamentos em função da identidade e indicações terapêuticas dos mesmos [14].

A classificação por forma farmacêutica é uma classificação utilizada na Farmacopeia Portuguesa, como por exemplo, comprimidos, xaropes, colírios, entre outros, indicando apenas o estado final em que se apresenta o medicamento [11].

## 5. Aprovisionamento e Armazenamento

A gestão de todos os produtos existentes na farmácia é uma tarefa muito importante para o seu funcionamento interno, garantindo tanto à farmácia uma boa gestão do seu espaço bem como a satisfação das necessidades apresentadas pelos utentes. À quantidade de um determinado produto armazenado na farmácia, imediatamente disponível para o utente, dá-se a designação de stock. Habitualmente utiliza-se a designação de stock máximo à quantidade máxima existente de um produto a um dado instante, ao que se procede à reconstituição deste quando atingido uma quantidade determinada, designada de stock mínimo. Um stock máximo injustificadamente elevado leva a ocupação de espaço que poderia

ser utilizado para outros produtos, enquanto o contrário leva à não capacidade de resposta imediata as necessidades do utente.

Para a existência de uma gestão sustentável é necessário controlar os stocks que a farmácia possui, sendo esta gestão um balanço que tem em conta o aprovisionamento e o armazenamento. O stock dos medicamentos ou outros produtos de saúde armazenados na farmácia variam de acordo com diversos critérios, tanto referentes à farmácia e à gestão económica desta, como referentes aos próprios utentes dessa farmácia. Estes fatores vão desde a procura, a publicidade e a sazonalidade do produto, as necessidades e preferências apresentadas pelos utentes, os hábitos de prescrição ou problemas de saúde mais prevalentes, o espaço disponível dentro da farmácia e a disponibilidade financeira que a farmácia possui.

## 5.1. Aprovisionamento

### 5.1.1. Seleção de um fornecedor e critérios de aquisição

De acordo com o Artigo 79.º do Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de agosto, a FA efetua o aprovisionamento e abastecimento de medicamentos ou produtos de saúde através da realização de compras a distribuidores grossistas ou diretamente aos laboratórios [11].

Como distribuidores grossistas principais a FA trabalha com a Cooprofar Farmácia, a OCP Portugal, a Alliance Healthcare e como grossista secundário a Empifarma. A compra a grossistas, embora geralmente envolva uma despesa financeira maior para a farmácia comparando com a compra realizada diretamente aos laboratórios, torna-se essencial para a existência da farmácia pois permite a encomenda de menor número de produtos, a entrega é realizada rapidamente e possuem maior variedade de produtos. Tais fatos são essenciais no dia-a-dia corrente de uma farmácia em que muitas vezes é necessário encomendar um medicamento necessário ao doente no próprio dia.

A FA escolhe os seus armazenistas e os laboratórios com que comercializa segundo os critérios seguintes: experiência anterior com o fornecedor; a posição no mercado; a qualidade dos serviços prestados; a validade dos produtos; o número e horário de entregas diárias e a disponibilidade dos produtos; a política de devoluções; os prazos de pagamento; o preço, desconto ou bonificação.

### 5.1.2. Geração de uma encomenda

Na FA as encomendas podem ser realizadas de diversas formas. As encomendas direcionadas aos laboratórios são efetuadas através de contato com o delegado de informação médica do respetivo laboratório, geralmente presencial, no início de cada mês. Nestas

encomendas encontram-se maioritariamente medicamentos de elevada saída nas vendas efetuadas, mas também produtos que apresentam determinada especificidade como são exemplos medicamentos homeopáticos, produtos ortopédicos e de puericultura, assim como produtos e medicamentos sazonais, como protetores solares e medicamentos utilizados no tratamento de constipações ou gripes.

As encomendas realizadas aos distribuidores grossistas são preferencialmente realizadas através do programa informático *SPharm*, as denominadas encomendas diárias, já que o programa com a criação da ficha específica de cada produto e definição dos respetivos stocks mínimo e máximo e grossista predefinido, tem a capacidade de automaticamente gerar uma lista dos produtos que atingiram o respetivo stock mínimo, criando assim automaticamente um ponto de encomenda de modo à farmácia atingir o stock máximo para os produtos em questão. Esta ferramenta embora extremamente útil, não dispensa verificação da listagem pela técnica auxiliar de farmácia, pois só se aplica a produtos que contenham ficha específica de produto criada, pode identificar como necessários produtos cujo stock máximo não se pretenda atingir na altura e não incluir produtos e quantidades desejadas, assim como não selecionar o distribuidor pretendido. Após a criação e verificação do ponto de encomenda, a encomenda é então enviada aos fornecedores informaticamente, agilizando todo o processo.

Os grossistas disponibilizam ainda plataformas via web que permitem a realização de encomendas instantâneas. Estas encomendas são extremamente úteis ao balcão quando é necessário algum produto que a farmácia não disponha de momento podendo assim informar o utente quanto à disponibilidade em fornecer o produto em questão, indicando ainda a hora prevista de chegada e custo do produto, não tendo de aguardar que a próxima encomenda diária seja gerada. Quando algum produto não está acessível através das plataformas via web pode-se entrar em contato com os fornecedores por telefone, gerando também assim uma encomenda instantânea.

Durante o meu estágio realizei diversas encomendas instantâneas via web e telefónica e pude assistir à criação de encomendas diárias e encomendas diretamente realizadas aos laboratórios.

### 5.1.3. Receção e conferência da encomenda

São rececionadas diariamente várias encomendas na FA, provenientes de diversos grossistas. As encomendas são transportadas em contentores de plástico e no caso de se tratar de medicamentos que necessitam de armazenamento frio, estes são apropriados a tais condições. Os contentores encontram-se sempre identificados por um número, código de barras e nome da farmácia de destino, fazendo-se acompanhar pela fatura ou guia de remessa em duplicado, contendo estas informações como o nome, morada e identificação fiscal da

farmácia, bem como o número de identificação do documento, o nome comercial, o código nacional, a dosagem, o tamanho, a quantidade, a forma farmacêutica, o preço de venda ao público (PVP) exceto quando este é definido pela farmácia, o preço de custo para a farmácia, o IVA relativo a cada produto, no caso de algum produto não ter sido enviado o motivo e o resumo contabilístico da encomenda.

Quando se procede à receção da encomenda, recorrendo ao programa *SPharm*, começa-se por selecionar qual o armazenista responsável pela faturação e procede-se à importação da mesma. Quando as encomendas são realizadas por via telefónica ou web não ficam registadas no sistema informático podendo, no entanto, proceder-se à receção sem importar a encomenda, isto porque nestes casos no fim da verificação se introduzem os dados identificativos da encomenda. Após isto, procede-se à leitura ótica dos códigos de barras dos produtos enviados. Durante este processo é necessário ter em atenção inúmeros critérios, salientando-se:

- caso haja contentores destinados ao transporte de medicamentos que necessitam de refrigeração, estes são armazenados em primeiro lugar;
- confirmação do bom estado de conservação de todas as embalagens;
- verificação da existência de algum produto enviado como bónus, uma vez que nestes casos não é cobrado qualquer valor à farmácia devendo ser registada a quantidade recebida na coluna destinada ao efeito;
- o PVP indicado nas caixas, procedendo-se à confirmação registada no sistema informático. Sempre que o PVP de Medicamentos Sujeitos a receita Médica (MSRM) for diferente do apresentado no sistema informático e não existir stock do medicamento na farmácia, o preço deste é imediatamente alterado no sistema informático. Quando aparece um novo PVP e ainda existe stock do medicamento as embalagens com o novo PVP são identificadas para que sejam as embalagens com PVP mais antigo a dispensar primeiro, alterando-se somente o preço quando não existir nenhum exemplar do PVP antigo. Nesta última situação a alteração de preço no sistema informático é efetuada por quem faz a venda do primeiro exemplar do medicamento com o novo PVP.
- verificação da existência de reserva por parte de algum utente para o produto em questão, colocando-se este de lado de modo a finalizada a receção, anexar-lhe o respetivo talão de reserva.

Após a leitura ótica de todos os produtos, assim como a introdução manual daquela cuja leitura ótica não foi possível efetuar, procede-se à conferência entre os produtos rececionados, descritos no computador, e os identificados no duplicado da fatura ou guia de remessa. Nesta fase verificam-se os preços de custo para a farmácia, atualizando-se a ficha específica do produto quando este tiver sofrido alterações, o número de exemplares de cada

## Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

produto rececionado, o preço a aplicar quando não se tratarem de MSRM, o número total de produtos rececionados e o valor total de custo para a farmácia e correspondentes IVA.

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes (MEP) e as benzodiazepinas são acompanhadas por um documento adicional para além da guia de remessa, nomeadamente uma confirmação de requisição, também em duplicado. Estes documentos são assinados e carimbados pela Diretora Técnica, ao que se devolve o duplicado ao fornecedor como confirmação de receção do produto, e o original é arquivado na farmácia por um período não inferior a três anos.

A receção das encomendas realizadas diretamente aos laboratórios tem outro procedimento, já que estas não tendo sido geradas pelo sistema, tem de se efetuar o processo manualmente. Assim, nestes casos em primeiro lugar confere-se o conteúdo das caixas transportadoras e respetivo PVP no caso de MSRM, com o indicado no duplicado da fatura ou guia de remessa, sendo posteriormente gerada a receção da encomenda com a leitura ótica do código de barras de um único exemplar e efetuando-se então o acerto do número de produtos recebidos e respetivos PVP e preço de custo para a farmácia.

Nos produtos de venda livre, em todas as receções, cujo PVP é definido pela farmácia tendo em conta as suas margens de lucro, coloca-se uma etiqueta onde é possível ler-se o nome do produto, o código de barras, o preço e o valor do IVA. A colocação da etiqueta na cartonagem dos produtos deve é efetuada num local em que nenhuma informação considerada fundamental seja tapada, nomeadamente, prazo de validade, número de lote, informações sobre a utilização do produto ou algumas advertências, titular da AIM ou distribuidor, composição (lista de ingredientes), ponto verde e código de dispositivo médico, se disso for caso.

Quando no processo de conferência da encomenda se deteta algum erro, quer por envio de produtos não faturados quer pela faturação de produtos que não foram enviados, entra-se em contato com o armazenista e reporta-se o erro. As duas formas de resolução do erro são através da emissão de uma nota de crédito pelo distribuidor em que é devolvido à farmácia o dinheiro indevidamente cobrado ou através do envio do produto na próxima encomenda.

Findada a etapa de receção a fatura é enviada para a contabilidade.

Durante quase todo o meu estágio pude realizar a receção e verificação de encomendas, excetuando a atribuição dos PVP nos MNRM.

## 5.2. Armazenamento

Após a receção da encomenda efetua-se o armazenamento dos medicamentos e produtos recebidos. Para tal a FA dispõe de diversos armários e prateleiras como referido anteriormente.

Todos os medicamentos e produtos rececionados são armazenados segundo a regra “First Expired First Out” (FEFO), de modo a que o produto existente na farmácia com o prazo de validade mais curto seja o primeiro a ser dispensado, garantindo assim que não fica armazenada a mesma embalagem durante muito tempo, evitando-se a expiração da validade desta. Seguindo esta regra os medicamentos com prazo de validade mais curtos são colocados em pontos mais acessíveis aos profissionais.

O armazenamento tem ainda sempre em conta a estabilidade físico-química dos produtos recebidos, garantindo as melhores condições de conservação através da presença de termohigrómetros na zona de armazenamento e no sistema de frio. Os registos obtidos com estes dispositivos são analisados mensalmente e arquivados na farmácia, sendo ainda possível a visualização dos valores em tempo real através do ecrã do aparelho. Deste modo a FA garante que na área de armazenamento a humidade se encontra entre os 30% e 60% e as temperaturas oscilam somente entre os 15°C e 25°C, excetuando no frigorífico onde os limites mínimo e máximo são respetivamente os 2°C e 8°C de temperatura e 80% e 100% de humidade.

Durante toda a minha passagem pela Farmácia Alla participei no armazenamento de todos os medicamentos e produtos, sendo tal tarefa de extrema pois assim pude conhecer os locais de armazenamento de cada produto, diminuindo o tempo de espera do utente quando finalmente passei para o atendimento ao público.

## 5.3. Devolução e o seu processamento

A farmácia pode solicitar a devolução de produtos ao armazenista ou laboratório quando estes: não foram encomendados, foram encomendados por engano, foram recebidos em quantidades acima das encomendadas, se encontram danificados, foram recebidos com validade reduzida, foram faturados a um preço incorreto, constituem stock na farmácia com prazo de validade próximo a expirar e ainda quando se tratarem de aparelhos avariados, quando o utente tenha desistido da compra e sempre que chegar à farmácia uma circular informativa para recolha de determinado produto ou lote de produto.

Nestas situações preenche-se no programa *SPharm* o respetivo formulário onde consta a identificação da farmácia e do produto, o número de unidades que se pretende devolver, o número da fatura em que o produto foi comprado, a data de aquisição, o preço de custo para

a farmácia e, obrigatoriamente, o motivo da devolução. Posteriormente, imprime-se o documento em triplicado sendo depois carimbado e assinado e enviado o original e duplicado para o fornecedor e o triplicado permanece na farmácia para posterior conferência da regularização.

Após este pedido o fornecedor aceita ou rejeita a devolução. Caso não aceite o produto, este retorna à farmácia, constituindo assim prejuízo para a mesma e realizando-se a quebra no stock. Se aceitar a devolução e caso o produto tenha sido faturado, este pode emitir uma nota de crédito ou substituir o produto pelo mesmo ou outros.

Posto isto regulariza-se informaticamente a devolução, comunicando automaticamente o programa informático a informação à Autoridade Tributária.

É ainda importante referir que determinados produtos, como os produtos de dermocosmética, possuem um prazo de 14 dias para realização de um pedido de devolução.

Durante o meu estágio a FA recebeu uma circular informativa para a retirada do suplemento alimentar Venopress® e eu pude realizar a devolução de um produto recebido que não havia sido encomendado.

#### 5.4. Margens legais de comercialização na marcação de preços

O Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho estabelece o regime de preços dos medicamentos de uso humano sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados. Segundo o Artigo 9º do mesmo decreto, o PVP do medicamento é composto pelo preço de venda ao armazenista (PVA), pela margem de comercialização do distribuidor grossista, pela margem de comercialização do retalhista, pela taxa sobre a comercialização de medicamentos e pelo imposto sobre o valor acrescentado (IVA) [15].

As margens máximas de comercialização destes medicamentos são definidas atualmente pela Portaria n.º 195-C/2015, de 30 de junho, podendo ser consultadas no Anexo II da mesma (Anexo 2.3) [16].

Os MNSRM não comparticipados e todos os restantes produtos têm um regime livre de marcação, estipulando a FA as suas margens de lucro, tendo em conta o valor do IVA a que o produto está sujeito.

#### 5.5. Controlo dos prazos de validade

Aquando a criação da ficha específica do produto, é introduzido, no programa informático, o prazo de validade do mesmo. Ora, durante a minha primeira semana procedi à

verificação dos prazos de validade de determinados produtos e medicamentos. Tal processo foi facilitado pelo fato de, recorrendo ao programa informático, ser possível gerar uma lista de todos os produtos com ficha de produto criada, cujo prazo de validade caduca até à data definida pelo utilizador. Assim, recorrendo a este sistema verifiquei todos os produtos que o programa tinha listado como prazo de validade findado até abril de 2016. Enquanto efetuava esta verificação ia anotando se realmente existia algum medicamento ou produto a acabar o prazo de validade na data indicada, e qual a data de caducidade mais próxima para cada produto, de modo a posteriormente corrigir as respetivas fichas de produto quando estas se encontrassem incorretas.

Devido a este processo ser regularmente realizado não encontrei nenhum medicamento ou produto que tivesse já caducado o prazo da sua utilização e pude aumentar a data de caducidade de muitos produtos erroneamente identificados no programa informático. Tal atuação é de extrema importância, tanto para a segurança do utente, já que findado o prazo de validade do produto não é garantida a estabilidade físico-química, segurança e eficácia do mesmo, como para as finanças da farmácia, pois assim limitam-se as quebras de stock e respetivas perdas económicas para esta.

## **6. Interação farmacêutico-utente-medicamento**

### **6.1. Comunicação com o utente**

De acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, o farmacêutico nas relações com os utentes deve observar a mais rigorosa correção, cumprindo escrupulosamente o seu dever profissional e tendo sempre presente que se encontra ao serviço da saúde pública e dos doentes, colaborando por isso com todos os profissionais de saúde, promovendo junto deles e do doente a utilização segura, eficaz e racional dos medicamentos, já que é este o técnico do medicamento e o último profissional de saúde a entrar em contato com o doente antes da utilização do medicamento. Deve ainda assegurar-se que, na dispensa do medicamento, o doente recebe informação correta sobre a utilização do seu medicamento, dispensando ao doente o medicamento em cumprimento da prescrição médica ou exercer a escolha que os seus conhecimentos permitem e que melhor satisfaça as relações benefício/risco e benefício/custo, assegurando, em todas as situações, a máxima qualidade dos serviços prestados, de harmonia com as boas práticas de farmácia, nunca deixando de lado o sigilo profissional [17].

Assim, na sua relação com o utente o farmacêutico tem a obrigação de agir promovendo a saúde do mesmo, nunca colocando mais valias económicas acima do bem-estar deste, assim como adequando o discurso e postura conforme a pessoa que à sua frente se apresenta.

Após três semanas de estágio pude finalmente contactar com o público ao balcão. Aqui deparei-me com doentes de diferentes graus socioculturais, tendo que adequar as explicações que utilizava à percepção de cada um, assim como as perguntas que colocava acerca do conhecimento sobre a medicação. Estes são pontos fulcrais para um aconselhamento e transmissão rápida e eficaz da informação necessária à boa utilização do medicamento e posterior probabilidade da ação desejada, garantindo assim o uso racional e seguro do medicamento. Assim, em todos os doentes que atendi certifiquei-me que os ouvia, questionava e relacionava afavelmente, de modo a criar um vínculo com estes, permitindo que se sentissem acompanhados ao terem visto as suas dúvidas dissolvidas, compreendido quando, quanto e como deveriam administrar o medicamento ou produto, a duração da terapêutica e as eventuais precauções a ter em conta recorrendo para tal não só a informação oral, mas também escrita e a simples sinaléticas.

## 6.2. Reencaminhamento dos medicamentos fora de uso

Cabe ao farmacêutico e seus colaboradores a sensibilização da população para a necessidade do tratamento dos resíduos dos medicamentos. Para tal efeito a FA detém um contentor da VALORMED na entrada da área de acesso ao público.

A VALORMED, uma sociedade sem fins lucrativos, detém a responsabilidade da gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso, resultando esta da colaboração entre a indústria farmacêutica, distribuidores e farmácias em face da consciencialização para a especificidade do medicamento enquanto resíduo. Esta providencia não só a incineração segura dos resíduos medicamentosos como a distribuição de material reciclável (papel e cartão) às entidades competentes para o efeito [18].

Durante o meu estágio pude várias vezes sensibilizar os utentes para esta ação e verificar que sempre que o contentor se encontrava repleto este era selado imprimindo-se um original e duplicado de um impresso com o nome, código da farmácia, responsável pela selagem e recolha, data de recolha e peso aproximado do contentor, sendo este por fim recolhido por um dos distribuidores grossistas com que a FA trabalha.

## 6.3. Farmacovigilância

A farmacovigilância é definida como sendo a atividade de saúde pública assegurada em Portugal pelo INFARMED, que tem por objetivo a identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso de medicamentos em comercialização, permitindo o seguimento dos possíveis efeitos adversos dos medicamentos, determinando assim a incidência, gravidade e nexos de causalidade com os medicamentos, baseados no estudo sistemático e multidisciplinar dos efeitos dos medicamentos, após a sua cedência ao doente [1,19].

O farmacêutico devido à proximidade que detém com o utente, tem a responsabilidade de estar constantemente atento para a possibilidade de detetar uma reação adversa medicamentosa (RAM), devendo notificar o INFARMED com a maior brevidade através das fichas disponibilizadas no website do mesmo, qualquer RAM grave ou inesperada que o seu doente apresente.

## 7. Dispensa de Medicamentos

A dispensa de medicamentos ao utente é o ato profissional em que o farmacêutico, após avaliação da medicação, cede medicamentos ou substâncias medicamentosas aos doentes mediante prescrição médica ou em regime de automedicação ou indicação farmacêutica, acompanhada de toda a informação indispensável para o correto uso dos medicamentos.<sup>1</sup> Assim, o farmacêutico comunitário deve centrar a sua atividade na cedência de medicamentos, salvaguardando o seu correto e racional uso, tendo sempre como objetivo o bem-estar e saúde do doente.

A dispensa de medicamentos aos utentes divide-se então em dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) e dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), incluindo os últimos os medicamentos homeopáticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas, desde que não preencham estes os requisitos mencionados no artigo 114º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto.

### 7.1. Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Os MSRM só podem ser dispensados ao utente mediante a apresentação de uma receita médica, encontrando-se nesta categoria os medicamentos que, segundo o Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto (Estatuto do Medicamento) apresentem as seguintes características: possam constituir risco para a saúde do doente mesmo quando utilizados para o fim a que se destinam, quando utilizados sem vigilância médica; possam constituir risco para a saúde do doente quando utilizados em quantidades consideráveis para outros fins diferentes daqueles para o qual o medicamento obteve AIM; medicamentos com substâncias, ou preparações à base dessas mesmas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja necessário aprofundar; medicamentos destinados à administração parentérica [11].

Os MSRM podem ser divididos nos grupos: medicamentos de receita médica renovável ou não renovável, medicamentos de receita médica especial e medicamentos de receita médica restrita (medicamentos de uso exclusivo hospitalar ou que sempre que a administração obrigue que se realize um controlo do tratamento). As receitas médicas não renováveis utilizam-se na prescrição de medicamentos para tratamentos de curta duração e têm um prazo de validade de 30 dias após a data de prescrição. As receitas médicas renováveis são, por sua vez, utilizadas para tratamentos crónicos e têm na sua constituição 3

vias idênticas, possuindo cada uma prazo de validade de 6 meses a partir da data de prescrição (Anexo 2.4). Algumas exceções contempladas na lei possibilitam a prescrição por via manual (Anexo 2.5), sendo estas os casos de falências do sistema informático; inadaptação do prescriptor sendo necessário que a respetiva Ordem profissional ateste esta situação; quando a prescrição é feita ao domicílio; ou ainda outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês. No entanto, sempre que tal não se verifique, a prescrição deve ser informatizada. Independentemente do tipo de prescrição, esta inclui obrigatoriamente a DCI da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação, a quantidade e a posologia [11,20].

As alterações que se têm verificado na legislação obrigaram a que, a partir de 1 de abril do presente ano a prescrição de medicamentos seja realizada através da receita eletrónica desmaterializada em todas as instituições do SNS, ficando o doente com uma guia de tratamento em papel (Anexo 2.6). Nos locais não abrangidos pelo SNS ou que não possuem condições para tal, as prescrições podem ser efetuadas através da prescrição eletrónica desmaterializada ou receita sem papel e da receita eletrónica materializada. No entanto a intenção é uniformizar todas as prescrições para o formato de prescrição eletrónica desmaterializada [21,22].

Quando não existe comercialização de genérico para determinado princípio ativo, ou quando a prescrição apresenta justificação técnica por parte do médico prescriptor identificada com referência à exceção ao diploma legal (englobando-se nestes casos, a prescrição de um medicamento com uma margem terapêutica estreita; o desenvolvimento de uma reação adversa prévia ou a continuidade do tratamento por mais de 28 dias), a prescrição pode fazer referência ao nome comercial, sendo obrigatório que, em todos os restantes casos, a prescrição se efetue por DCI da substância ativa.

De modo a satisfazer as necessidades dos utentes as farmácias devem ter disponíveis para venda pelo menos três dos medicamentos com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem de entre os que correspondam aos cinco com preços mais baixos de cada grupo homogéneo ficando o doente responsável, exceto quando se verifica o condicionamento na prescrição, pela escolha do medicamento desejado, devendo o farmacêutico sempre decidir aquele que possui o preço mais baixo, salvo desejo contrário do utente.

Quando a prescrição médica é realizada em papel só poderá referir até quatro medicamentos ou produtos de saúde distintos, não podendo o número total de embalagens prescritas ultrapassar o limite de duas por medicamento ou produto, nem o total de quatro. Como exceção encontram-se os medicamentos prescritos em quantidades individuais estando estes sujeitos a regulamentação especial [20].

Para ser considerada válida a receita médica deve cumprir determinados requisitos, ficando a cargo do farmacêutico a verificação dessa validade antes de proceder à dispensa dos medicamentos. Os requisitos a serem verificados são então: número da receita; local de prescrição ou código informativo; identificação do médico prescriptor (incluindo contato telefónico, número da cédula profissional e especialidade); identificação do utente (nome e número de utente do SNS; entidade financeira responsável e o respetivo número de beneficiário, quando aplicável. Sempre que conveniente indicar o regime especial de participação representado pelas letras “R” e “O”, sendo que o “R” se refere a pensionistas abrangidos pelo regime especial de participação e o “O” refere-se aos utentes abrangidos por outro regime especial de participação devendo, neste caso, ser feita referência ao respetivo diploma legal); identificação do medicamento (DCI da substância ativa, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem bem como o número de embalagens; Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM) ou outro código oficial de identificação do produto); data de prescrição; assinatura autografada do médico prescriptor [20,22].

Realizada a verificação da validade das prescrições médicas o farmacêutico interpreta a mesma, dando posterior início à dispensa da medicação. Aqui o farmacêutico recolhe os medicamentos selecionados, procede à leitura dos códigos de barras identificativos; verifica o preço e prazo de validade. Enquanto se procede à dispensa, é cedida informação ao utente sobre a forma correta de tomar o medicamento, contraindicações ou efeitos secundários de maior relevo a este associado e como atuar em tais casos.

A assinatura do verso da prescrição por parte do utente constitui uma declaração deste afirmando que lhe foram dispensados todos os medicamentos que constam desse aviamento bem como, no caso do direito de opção, que este foi exercido de acordo com a sua vontade (Anexo 2.7). No caso da prescrição médica desmaterializada não é impressa nenhuma informação do género e o único comprovativo da dispensa dos medicamentos ao utente é a fatura-recibo. Nestes casos é o código de direito de opção cedido pelo doente durante a dispensa que comprova que o direito de opção foi exercido de acordo com a sua vontade. Após todo este procedimento a fatura-recibo é entregue ao doente, a receita é carimbada e datada e colocada em espaço próprio para posterior conferência.

É ainda importante referir que os produtos destinados ao autocontrolo da diabetes mellitus têm de ser prescritos de forma isolada, seguindo, no entanto, as mesmas regras de dispensa que os outros, não se verificando tal necessidade quando a receita for desmaterializada [1].

### 7.1.1. Dispensa de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos

De acordo com o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto, estão sujeitos a receita médica especial os medicamentos que preencham uma das seguintes condições: contêm, em dose sujeita a receita médica, uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico, nos termos da legislação aplicável; possam, em caso de utilização anormal, dar origem a riscos importantes de abuso medicamentoso, criar toxicod dependência ou ser utilizados para fins ilegais; contêm uma substância que, pela sua novidade ou propriedades, se considere, por precaução, dever ser incluída nas situações previstas na alínea anterior [11].

Relativamente aos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (MEP), estão incluídos neste grupo as substâncias compreendidas nas tabelas I a II anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro. Estes medicamentos têm de ser prescritos isoladamente, na forma de uma receita médica especial. Assim, durante a dispensa dos mesmos, o sistema informático solicita o preenchimento obrigatório dos campos adicionais médico prescritor; número da receita médica; nome do utente a quem se destina o medicamento e a respetiva morada; nome do adquirente do medicamento, morada, número de bilhete de identidade/cartão de cidadão, data de validade deste último e idade, sendo as restantes etapas da cedência dos medicamentos realizada de forma semelhante às receitas anteriormente descritas [22].

Na parte final do atendimento são emitidos dois talões referentes à venda dos psicotrópicos, sendo feita à posteriori uma fotocópia da receita original, à qual estes talões são anexados (Anexo 2.8). Nos casos de prescrição manual é necessário tirar duas fotocópias da receita, ficando estes documentos arquivados na farmácia durante um período mínimo de três anos, e sendo as receitas originais enviadas para as entidades responsáveis pela comparticipação. A farmácia tem ainda de enviar ao INFARMED, até ao dia 8 de cada mês subsequente à dispensa, a listagem de todas as receitas dispensadas da qual constem os dados do adquirente e, no caso das receitas manuais, a cópia das mesmas, também nesse período limite. Tal procedimento permite um maior controlo por parte da entidade reguladora, da dispensa destes medicamentos de carácter tão especial [22].

## 7.2. Regimes de comparticipação

Em Portugal, os medicamentos não são pagos na totalidade pelos utentes. Existem diversas entidades que comparticipam os fármacos de acordo com o escalão em que estes se encontram (existindo o escalão A, B, C e D), presentes no Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio. Há ainda a possibilidade de os utentes possuírem complementaridade por outros organismos que não o SNS, podendo usufruir assim de dois organismos participantes.

Existem ainda utentes cuja medicação é abrangida por despachos ou por acordos entre as farmácias e o titular de AIM.

### 7.3. Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Um MNSRM é qualquer medicamento que não se enquadre em nenhuma das condições referidas anteriormente para os MSRM. Estes medicamentos podem ser dispensados sem a apresentação de uma receita médica. No entanto, para serem dispensados estes devem conter indicações terapêuticas que estejam incluídas na lista de situações passíveis de automedicação, sendo dispensados sob indicação médica e aconselhamento farmacêutico. (Anexo 2.9)

Recentemente foi criado um conjunto de MNSRM que, pelas suas características particulares só podem ser dispensados na farmácia (MNSRM-DEF), sendo a lista que os compila definida como a “3ª lista de medicamentos”, que é regulada pela Deliberação n.º 24/CD/2014 de 26 de fevereiro. Esta lista tem sofrido atualizações através da publicação de outras Deliberações, podendo a lista ser consultada no Anexo 2.10.

## 8. Projeto Via Verde do Medicamento

O Projeto “Via Verde do Medicamento” surgiu como resultado de um protocolo assinado entre o INFARMED e as associações APIFARMA, ANF, GROQUIFAR e AFP.

Este projeto tem como objetivo assegurar que as farmácias tenham ao dispor dos utentes determinados medicamentos cuja exportação e/ou distribuição intracomunitária esteja sujeita a notificação prévia ao INFARMED. Neste contexto, as farmácias podem encomendar ao distribuidor aderente o medicamento constante da lista (Anexo 2.11) com base numa receita médica válida através de uma comunicação direta através do programa informático na ficha de produto. O distribuidor satisfaz esse pedido com base no stock destinado unicamente a este fim, definido previamente pelo titular da AIM [23].

## 9. Automedicação

A automedicação é a instauração de um tratamento medicamentoso por iniciativa própria do doente. Hoje em dia a facilidade de acesso aos MNSRM, a constante publicidade e o aumento da cultura e conseqüente confiança por parte da população fazem com que seja de extrema importância o papel do farmacêutico na orientação do tratamento adequado para cada doente, contribuindo para o uso racional do medicamento [1].

Assim, na prática das suas funções o farmacêutico deve recolher a informação necessária junto do utente, questionando-o sobre sinais e sintomas que descreva ou

apresente, a duração dos mesmos, qual a terapêutica instaurada anteriormente quando tal se processou, a existência de doenças concomitantes e a respetiva medicação, no sentido de corretamente avaliar o problema de saúde e tomar a atitude correta. É importante também, que quando este constate que se trata de um problema de saúde maior, encaminhe o doente para o médico. Com o então intuito de controlar as situações passíveis de automedicação, no anexo do Despacho nº17690/2007, de 23 de julho, são apresentadas grande parte dessas situações [1][24].

Na dispensa de medicamentos em indicação farmacêutica, o farmacêutico detém a responsabilidade de selecionar um MNSRM ou aconselhar um tratamento não farmacológico, com o intuito de aliviar ou resolver um problema de saúde, de carácter não grave, autolimitante, de curta duração e que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente [24].

Durante o meu estágio surgiram diversas situações em que me foi pedido aconselhamento nesta área. Assim, contando sempre com o apoio de toda a equipa técnica aconselhei doentes a realizarem automedicação que apresentaram nomeadamente síndromes gripais, dor de garganta, cefaleias, tosse, rouquidão, sintomas de rinite alérgica, picadas de insetos, azia, obstipação e diarreia, dores musculares, dores menstruais, insónias, medicamentos para o enjoo, dores de dentes, hematomas ligeiros, cortes e feridas superficiais, hemorroidas, queimaduras de 1º grau, febre inferior a três dias, contração de emergência e aftas. Para além do aconselhamento farmacológico, procurei também consciencializar as pessoas para a necessidade de medidas não farmacológicas.

Neste âmbito assisti a uma formação cedida pela Zambon sobre as várias formulações de acetilcisteína que a farmacêutica comercializa.

## **10. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde**

### **10.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene**

De acordo com o Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de setembro, que regula este tipo de produtos, um produto cosmético é definido como qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais, sendo o INFARMED a entidade reguladora de tais produtos [25].

Com o decorrer do estágio fui-me apercebendo de quão exigente é esta área, quer pela grande variedade de produtos, como pela ânsia dos utentes em que imprima realmente o

efeito pretendido, não me sentindo tão à vontade no seu aconselhamento e relativamente ao aconselhamento, os principais produtos que dispensei diziam respeito a cremes hidratantes e desmaquilhantes para diferentes tipos de pele, protetores solares e champôs para queda de cabelo.

## 10.2. Produtos para alimentação especial e dietética

Estes produtos de alimentação especial têm por objetivo complementar as necessidades nutricionais de pessoas cujo processo de assimilação ou metabolismo se encontrem perturbados; lactantes ou crianças de pouca idade em bom estado de saúde e para determinadas situações especiais, que requerem um complemento nutritivo [26].

Segundo o Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho, podem-se definir os géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial como os géneros alimentícios que, devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos alimentos de consumo corrente, sendo adequados ao objetivo nutricional pretendido e comercializados com a indicação de que correspondem a esse objetivo [26]. Enquanto que a definição de alimento dietético, de acordo com o Decreto-Lei n.º 216/2008 de 11 de novembro, refere uma categoria de géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista à satisfação das necessidades nutricionais de doentes e para consumo sob supervisão médica, destinando-se à alimentação exclusiva ou parcial de doentes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabólicos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares que não géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial ou por uma combinação de ambos [27].

Nesta categoria encontram-se os leites infantis, que exibem alguma variabilidade de acordo com as necessidades dos bebés, existindo na FA leites para latentes, adequados para satisfazer as necessidades nutricionais nos primeiros meses de vida do bebé; leites de transição, que constituem um complemento lácteo da alimentação do bebé após os 6 meses; fórmulas especiais, de modo a dar resposta a necessidades específicas, como a prematuridade, alergias e intolerâncias. Também existem as farinhas lácteas, importantes na fase de transição para a alimentação sólida.

## 10.3. Produtos fitoterapêuticos e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

Os produtos fitoterapêuticos dizem respeito a qualquer preparação à base de plantas com a finalidade de ser utilizado pelos seus efeitos terapêuticos, como consta no Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, destinando-se essencialmente ao tratamento de perturbações gastrointestinais, redução da pressão arterial, controlo de estados de ansiedade, auxiliar na

memória e concentração, problemas urinários e emagrecimento [11]. Neste sentido, durante o estágio dispensei várias vezes alguns destes produtos, nomeadamente, o Bioarga®, Bekunis® e Fitos®.

Por sua vez, os suplementos alimentares, à luz do Decreto-lei n.º 136/2003 de 28 de junho, são definidos como géneros alimentícios que se destinam a complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico, estemes ou combinadas, comercializadas em forma doseada, tais como cápsulas, pastilhas, comprimidos, pílulas e outras formas semelhantes, saquetas de pó, ampolas de líquido, frascos com conta-gotas e outras formas similares de líquidos ou pós que se destinam a ser tomados em unidades medidas de quantidade reduzida [28]. Na FA são vários os suplementos alimentares existentes, essencialmente utilizados para redução dos níveis de colesterol, melhoria da memória e do cansaço físico e intelectual e emagrecimento, muito procurados pelos utentes.

#### 10.4. Medicamentos de Uso Veterinário (MUV) e Produtos de Uso Veterinário

Os medicamentos de uso veterinário são legislados pelo Decreto-Lei nº 148/2008 de 29 de julho, que os define como toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas [29].

Durante o período de estágio, os medicamentos de uso veterinário mais regularmente dispensados foram sem dúvida os desparasitantes externos, principalmente, pelo aproximar da época mais preocupante. Assim, na sua dispensa tinha em consideração o animal em causa e o respetivo peso, transmitindo o modo de utilização aos utentes requerentes. Contudo, também existia alguma procura de desparasitantes internos, pílulas anticoncecionais e cheguei a dispensar Apistan®, um acaricida para as abelhas.

#### 10.5. Dispositivos médicos

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

diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico, controlo da conceção [30].

Os dispositivos médicos podem ser classificados em 4 categorias (I - baixo risco, IIa - baixo médio risco, IIb - alto médio risco e III - alto risco) sendo esta classificação efetuada de acordo com os potenciais riscos inerentes à utilização dos mesmos bem como tendo em conta os possíveis incidentes, duração do contacto do dispositivo com o corpo humano, invasibilidade e anatomia afetada pelo uso do dispositivo. Os dispositivos médicos com autorização para serem disponibilizados nas farmácias comunitárias encontram-se identificados na página web do INFARMED [31].

Na FA existe uma vasta gama de dispositivos médicos, sendo de elevada importância conhecer as especificidades de cada um para assim se poder efetuar um aconselhamento mais adequado e satisfazer o utente. Os dispositivos médicos que mais dispensei durante o período que estagiei na FA foram os pulsos, meias e joelheiras elásticas, cintas de contenção, protetores de calos, frascos para colheita de urina, preservativos masculinos, testes de gravidez, tiras para determinação da glicémia e lancetas.

## **11. Outros cuidados de saúde prestados na Farmácia Alla**

A Farmácia Alla coloca ao dispor dos seus utentes serviços como a medição de parâmetros bioquímicos e antropométricos (peso, altura e IMC, pressão arterial, glicemia, triglicéridos, colesterol total e ritmo cardíaco), consulta com um audioprotesista, permitindo assim a monitorização do estado de saúde dos doentes e estudar a efetividade da medicação que estes realizam.

Por norma os serviços descritos eram realizados no gabinete de apoio personalizado destinado para o efeito, à exceção da medição dos parâmetros antropométricos e da pressão arterial e pulsação, que se realizam na zona de atendimento.

Durante o período de estágio realizei diversas medições de parâmetros antropométricos e bioquímicos, pedindo sempre autorização e informando os utentes do procedimento e resultados verificados.

### **11.1. Glicémia**

A medição da glicémia capilar é o método de eleição para controlar o estado de saúde de um utente diabético e também permite identificar precocemente os utentes pré-diabéticos, auxiliando no diagnóstico precoce pelo médico e retardando o desenvolvimento da doença e suas possíveis complicações.

Esta medição deve ser efetuada com o utente em jejum ou disponibilizada informação sobre o tempo decorrido desde a última refeição, sendo posteriormente recolhida a amostra de sangue capilar a partir de uma picada lateral de um dos dedos, geralmente não pertencente à mão dominante. De seguida, o aparelho destinado para o efeito, indica no ecrã os valores de glicémia, sendo estes devidamente analisados pelo profissional de saúde. Este, mediante o estado de situação do utente, aconselha-o sobre ações a tomar.

## 11.2. Pressão arterial

A medição da pressão arterial deve ser uma prática regular, especialmente naqueles doentes que apresentem co-morbilidades, dado tratar-se de uma patologia silenciosa que constitui um dos principais fatores de risco cardiovascular. Aqui a proximidade dos farmacêuticos com os seus utentes auxilia a necessária sensibilização e atuação a aplicar por parte destes quando notarem tal necessidade nos seus doentes.

Assim, a medição da pressão arterial com recurso a um tensiómetro automático de braço é realizada na FA tendo em conta que antes da medição o utente deve repousar cerca de 5 a 10 minutos; evitar a ingestão de cafeína, exercício físico ou tabaco nos 30 minutos antecedentes; efetuando-se uma primeira medição nos dois braços, por forma a selecionar o braço de referência, aquele em que a pressão arterial seja mais elevada; e que durante a medição, o utente deve manter-se em silêncio e tranquilo.

## 11.3. Colesterol Total e Triglicéridos

À semelhança da elevada pressão arterial, também as dislipidémias representam um grave fator de risco cardiovascular, pelo que se recomenda a sua determinação com regularidade.

Na FA estes dois parâmetros são determinados da mesma forma, a partir de uma amostra de sangue capilar, que é colocado numa tira específica para cada um dos parâmetros e utilizando o aparelho Accutrend®, que se baseia no princípio da fotometria de refletância. Aquando da sua prática, é importante referir às pessoas que os resultados serão mais fiáveis caso estas se encontrem em jejum.

## 12. Preparação de medicamentos

Ao longo do tempo, a preparação de medicamentos manipulados nas farmácias de oficina foi perdendo a sua expressividade. No entanto, as farmácias são ainda as responsáveis por esta prática, continuando a mesma a fazer parte das competências de um farmacêutico, que deve estar a par da legislação em vigor e das Boas Práticas respetivas.

Segundo o Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril e a Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, um medicamento manipulado é qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico [8,32]. Para correta preparação de tais medicamentos é necessário que a farmácia possua o material de laboratório imposto pela Deliberação n.º 1500/2004, 7 de dezembro e o suporte bibliográfico referido anteriormente, a Farmacopeia Portuguesa e o Formulário Galénico Português, respeitando sempre as boas práticas de preparação [7].

Assim, a dispensa de tais medicamentos inicia-se pela prescrição médica, na qual o médico prescreve o medicamento manipulado juntamente com a técnica de preparação ou a expressão “faça segunda a arte” (F.S.A), ficando esta última à inteira responsabilidade do farmacêutico, o qual tem como suporte a bibliografia acima descrita. De seguida, após ter reunido o material adequado, começa-se a preparação propriamente dita, à medida que se preenche a “Ficha de Preparação”, na qual consta a seguinte informação: a denominação do medicamento manipulado, a data de preparação e o número de lote; as matérias-primas e os materiais utilizados; a técnica de preparação; os ensaios de verificação; o modo de acondicionamento; informações constantes no rótulo e a rubrica do operador e do supervisor. Posteriormente, preenche-se o rótulo, que faz referência à fórmula do medicamento prescrito pelo médico; ao número de lote atribuído ao medicamento; ao prazo de validade; às condições de conservação do medicamento, à via de administração, à posologia, ao nome da farmácia, ao nome do prescritor e ao nome do utente. O circuito termina com o cálculo do PVP do medicamento manipulado, de acordo com o legislado na Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho, o qual é determinado de acordo com:  $(\text{valor das matérias-primas} + \text{valor do material de acondicionamento} + \text{valor dos honorários da manipulação}) \times 1,3$ , acrescido o valor do IVA à taxa em vigor. Os valores referentes às matérias-primas são determinados pelo valor da aquisição sem IVA multiplicado por um fator, que depende do número de unidades dispensadas. Os valores referentes aos materiais de embalagem são determinados pelo valor da aquisição multiplicado pelo fator 1,2. Por fim, no cálculo do valor dos honorários tem-se em consideração um fator (F) que é atualizado todos os anos na proporção do crescimento do índice de preços ao consumidor, valor esse divulgado pelo Instituto Nacional de Estatística, e a forma farmacêutica preparada. No final, as fichas de preparação permanecem arquivadas na farmácia durante um período mínimo de três anos e é registado o movimento das matérias-primas [33].

Na FA a prática de preparação de medicamentos manipulados não é feita com muita regularidade, o que me possibilitou preparar apenas dois manipulados, nomeadamente uma pomada de vaselina salicilada a 0,1% e uma solução alcoólica de ácido bórico à saturação. Para cada preparação segui as boas práticas recomendadas para o efeito e trabalhei de acordo com o procedimento referido anteriormente.

Para além destas preparações, sempre que necessário, procedi à reconstituição de antibióticos para uso pediátrico, comunicando ao utente as condições de conservação adequadas assim como o prazo de validade.

## 13. Contabilidade e Gestão

### 13.1. Conferência e Faturação do receituário

São poucos os medicamentos dispensados pagos na totalidade pelo utente. Na realidade o que mais se processa é a comparticipação de parte do PVP pelo organismo responsável pelo doente. Assim, mensalmente a farmácia envia aos respetivos organismos de comparticipação as receitas devidamente conferidas, para que sejam faturadas e seja realizado o reembolso à farmácia.

Esta conferência baseia-se no confronto entre a receita e a informação constante no verso da mesma, quando se tratar de receitas em papel, a qual é impressa automaticamente pelo *SPharm* no ato da dispensa e contém a identificação da farmácia e do Diretor-Técnico, o código do operador, a data da dispensa, o número de receita e de lote, o código do organismo de comparticipação, a informação do medicamento dispensado (código de barra, designação do medicamento, forma farmacêutica, dosagem e tamanho da embalagem), o valor do PVP, o valor pago pelo utente e o valor participado pelo organismo. Nas receitas desmaterializadas a informação encontra-se no talão que é impresso no final da dispensa.

Na FA este processo inicia-se com a separação das receitas de acordo com o organismo de comparticipação, sendo posteriormente organizadas por ordem numérica do número de lote e número de receita dentro de cada lote. Posto isto o farmacêutico substituto efetua conferência do receituário. Quando o lote estiver completo é efetuada uma terceira e última conferência, por outro farmacêutico, sendo emitido o verbete de identificação do lote, que é carimbado e anexado ao respetivo lote, contendo o nome e código da farmácia; mês e ano da faturação; tipo e número sequencial do lote; quantidade de receitas e produtos; PVP total do lote; valor pago pelos utentes e valor participado pelo organismo.

No final de cada mês, quando se realiza a faturação do receituário, são emitidos dois documentos que são anexados a cada lote com o respetivo verbete: a relação resumo dos lotes (onde consta o valor total de cada lote, o valor da comparticipação e o valor pago pelo utente) e a fatura mensal (que corresponde ao valor total a receber por cada organismo).

Assim, no que diz respeito às receitas comparticipadas pelo Serviço Nacional de Saúde(SNS), até ao décimo dia do mês seguinte as receitas, os verbetes, a relação resumo de lotes (em duplicado) e a fatura (em duplicado) são enviados por correio para o Centro de Conferência de Faturas para que o SNS reembolse a farmácia. Na farmácia fica uma cópia da

fatura que é arquivada e outra é entregue ao contabilista. No mês seguinte, o Centro de Conferência de Faturas envia à farmácia o comprovativo da receção dos documentos relativos ao mês anterior e o valor das participações é reembolsado à farmácia por intermédio. Se porventura no mês anterior tiverem sido comunicados erros e diferenças consideram-se três ações possíveis: o documento é devolvido à farmácia para que esta possa efetuar a correção ou diferença do erro em causa; é feita uma correção do valor a pagar à farmácia, mediante o apuramento do valor de participação diferente; a receita não é devolvida à farmácia e portanto, esta perde o reembolso na totalidade. Deste modo, após a correção dos erros relativos ao processo de conferência do mês anterior, a farmácia envia juntamente com o supracitado uma nota de crédito ou débito com vista à retificação da fatura a corrigir [34].

Relativamente às receitas com participação por outras entidades, o processo é efetuado de forma semelhante ao anterior, contudo as receitas, os verbetes, a relação resumo de lotes (triplicado) e fatura (triplicado) são enviadas diretamente à Associação de Farmácias de Portugal, que direciona os documentos para as respetivas entidades.

Durante o meu período de estágio organizei o receituário e analisei as receitas que chegavam devolvidas à farmácia. Para além disso, participei no fecho do mês de março, vendo todo o procedimento e ajudei na organização e empacotamento do receituário para ser enviado por correio, estando em contacto com todos os documentos inerentes ao processo.

## 14. Conclusão

Este estágio curricular permitiu-me aprender muito, não só academicamente, mas também pessoal e culturalmente já que contatei com diferentes pessoas e realidades, tendo por isso desenvolvido as minhas capacidades comunicativas, sociais e humanas. Aprendi também a lidar com situações boas, assim como más, e pude aumentar a minha habilidade e gosto para trabalhar em equipa.

O envolvimento em todo o circuito do medicamento dentro de uma farmácia, desde a sua encomenda até a sua dispensa; a interação com os utentes, desde o atendimento até à dispensa, bem como no aconselhamento e acompanhamento clínico destes; a medição de parâmetros fisiológicos e biológicos; a interação e integração de uma equipa de profissionais de saúde; os aspetos administrativos, de faturação e de gestão de uma farmácia; na preparação e manipulação de medicamentos; entre todas as outras atividades irá tornar-se, acredito eu, de extrema importância ao longo da minha futura carreira.

Assim, devido a este estágio, encontro-me mais preparada para exercer a atividade farmacêutica com o rigor, a qualidade e a segurança que esta importante profissão requer.

## 15. Bibliografia

1. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária. Em *Conselho Nacional Da Qualidade*, 2009, 3ª Edição.
2. "Farmácia Comunitária", *Ordem dos Farmacêuticos*. [Online]  
[http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst\\_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1909](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1909). [Acesso 11-maio-2016].
3. Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, *Legis. Farm. Compil.*, INFARMED, 2012.
4. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, *Legis. Farm. Compil.*, INFARMED, 2007.
5. Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho, *Legis. Farm. Compil.*, INFARMED, 2014.
6. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, *Legis. Farm. Compil.*, INFARMED, 2007.
7. Deliberação n.º 1500/2004, 7 de dezembro, *Legis. Farm. Compil.*, INFARMED, 2004.
8. Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, *Legis. Farm. Compil.*, INFARMED, 2004.
9. "Farmácia Comunitária", *Ordem dos Farmacêuticos*. [Online]  
[http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst\\_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1909](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1909). [Acesso 22-maio-2016].
10. "Atendimento Especializado", *Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde. INFARMED I.P.* [Online]  
[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/CONTACTOS/ATENDIMENTO\\_ESPECIALIZADO/CENTRO\\_DE\\_INFORMACAO](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/CONTACTOS/ATENDIMENTO_ESPECIALIZADO/CENTRO_DE_INFORMACAO). [Acesso 23-maio-2016].
11. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, *Legis. Farm. Compil.*, INFARMED, 2006.
12. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, *Legis. Farm. Compil.*, INFARMED, 1991.
13. "Structure In the Anatomical Therapeutic Chemical". *WHO Collaboring Centre for Drug Statistics Methodology*. [Online]  
[http://www.whocc.no/atc/structure\\_and\\_principles/](http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/). [Acesso 24-maio-2016].
14. Despacho n.º 4742/2014, de 21 de março, *Legis. Farm. Compil.*, INFARMED, 2014.
15. Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, *Legis. Farm. Compil.*, INFARMED, 2015.
16. Portaria n.º 195-C/2015, de 30 de junho, *Legis. Farm. Compil.* INFARMED, 2016.

17. "Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos". *Ordem dos farmacêuticos*. [Online]  
[www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDployer\\_pt/docs/Doc10740.pdf](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDployer_pt/docs/Doc10740.pdf). [Acesso 24-maio-2016].
18. "Quem somos". *VALORMED*. [Online]  
<http://www.valormed.pt/pt/conteudos/conteudo/id/5>. [Acesso 24-maio-2016].
19. "Saiba mais sobre a farmacovigilância". *INFARMED I.P.* [Online]  
[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA\\_MAIS\\_SOBRE/SAIBA\\_MAIS\\_ARQUIVO/Farmacovigil%EAncia.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAIS_SOBRE/SAIBA_MAIS_ARQUIVO/Farmacovigil%EAncia.pdf). [Acesso 24-maio-2016].
20. Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, *Legis. Farm. Compil.*, *INFARMED*, 2015.
21. Despacho n.º 2935-B/2016, *Diário da República*, 2ª série – Nº 39 – 25 fevereiro 2016.
22. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde, *INFARMED*.
23. Circular Informativa N.º 019/CD/100.20.200, *INFARMED*, 2015.
24. Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho, *Legis. Farm. Compil.*, *INFARMED*, 2007.
25. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro, *Legis. Farm. Compil.*, *INFARMED*, 2008.
26. Decreto-Lei n.º 74/2010, *Diário da República*, 1ª série – Nº 118 – 21 junho 2010.
27. Decreto-Lei n.º 216/2008, *Diário da República*, 1ª série – Nº 219 – 11 novembro 2008.
28. Decreto-Lei n.º 136/2003, *Diário da República*, 1ª série A – Nº 147 – 28 junho 2003.
29. Decreto-Lei n.º 148/2008, *Diário da República*, 1ª série – Nº 145 – 29 julho 2008.
30. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho, *Legis. Farm. Compil.*, *INFARMED*, 2009.
31. "Dispositivos médicos". *INFARMED I.P.* [Online]  
[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS\\_MEDICOS/CLASSIFICACAO\\_E\\_FRONTIERS](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS/CLASSIFICACAO_E_FRONTIERS). [Acesso 15-junho-2016].
32. Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril, *Legis. Farm. Compil.*, *INFARMED*, 2004.
33. Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho, *Legis. Farm. Compil.*, *INFARMED*, 2004.

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

34. Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas do SNS, *Adm. Cent. do Sist. Saúde, IP.*, 2015.

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

# Capítulo III - Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

## 1. Introdução

Os Serviços Farmacêuticos Hospitalares (SFH) são definidos como o serviço que, nos hospitais, assegura a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integra as equipas de cuidados de saúde e promove ações de investigação científica e de ensino [1].

Assim o farmacêutico hospitalar tem a função de obter os medicamentos que os seus doentes precisam, gerindo muitas vezes existências diminutas e dialogando com os doentes para esclarecer eventuais dificuldades incontornáveis; preparar medicamentos, sejam estes manipulados ou citotóxicos sempre que a necessidade está presente, nunca descurando a validação das prescrições realizadas pelos médicos; distribuir medicamentos aos doentes no ambulatório hospitalar assim como aos doentes internados e respetivas enfermarias, gerindo o stock de medicamentos das mesmas e informar doentes e profissionais de saúde sobre qualquer dúvida relacionada com o medicamento, auxiliando ainda na gestão e tutelas dos mesmos [2].

Durante o período de 20 de abril a 13 de junho de 2016 pude realizar, nos Serviços Farmacêuticos do Hospital Amato Lusitano (HAL), localizado no distrito de Castelo Branco, que integra a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) E.P.E., o estágio curricular em Farmácia Hospitalar onde pude contactar com o dia-a-dia de diversos farmacêuticos, desempenhando algumas tarefas nas áreas de logística e armazenamento, níveis de distribuição, farmacotecnia, farmácia clínica e farmacovigilância.

## 2. Organização e gestão dos Serviços Farmacêuticos

A organização e a gestão dos processos de armazenamento dos medicamentos e de todos os seus circuitos de distribuição no HAL são da responsabilidade dos SFH, que garantem a promoção da eficácia com conseqüente redução dos desperdícios inerentes, o uso racional do medicamento e a dispensa deste ao doente, em perfeito estado de conservação, fazendo-se acompanhar pelo devido aconselhamento [1,3].

Os SFH da ULSCB são constituídos pelas seguintes áreas:

- Área de receção de encomendas;

- Quatro armazéns;
- Sala de preparação de manipulados estéreis;
- Sala de manipulados citostáticos;
- Sala dos farmacêuticos;
- Área de atendimento de ambulatório;
- Sala de reembalagem;
- Sala de distribuição;
- Gabinete da Diretora de serviço;
- Biblioteca;
- Laboratório de preparação de manipulados;
- Sala de armazenamento de inflamáveis;
- Sala de ensaios clínicos;
- Áreas de apoio (vestiário feminino e masculino, duas casas de banho e copa).

No que diz respeito aos recursos humanos, estes são integrados por uma farmacêutica responsável pelo serviço, sete farmacêuticas, cinco técnicos de diagnóstico e terapêutica - técnicos de farmácia, uma administrativa, e três auxiliares.

O farmacêutico dos SFH é assim responsável pelas atividades de seleção, aquisição, receção, armazenamento e distribuição dos medicamentos.

## 2.1. Seleção de medicamentos

Devido ao vasto mercado farmacêutico existente nos dias correntes que apresenta para além de diversos princípios ativos, inúmeros fornecedores dos mesmos, há a necessidade crescente de realizar uma seleção cuidada e racional dos medicamentos utilizados na ULSCB, permitindo assim o bom funcionamento da instituição.

Deste modo fica a cargo da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do HAM a seleção dos medicamentos a utilizar na ULSCB consoante as necessidades internas da mesma. A CFT decide então, com base no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM), quais os medicamentos a utilizar na instituição.

Caso algum médico prescriptor considere pertinente prescrever a um doente do hospital um medicamento não aprovado ainda pela CFT, pode, através de um impresso próprio devidamente justificado, pedir a introdução desse medicamento na lista de medicamentos aprovados pela CFT para utilização na ULSCB, ao que após a avaliação do mesmo, a CFT emite um parecer informando a sua decisão e critérios de utilização caso este pedido seja aprovado e se verifiquem.

Durante o meu período de estágio pode contactar com diversos impressos do tipo anteriormente descrito, assim como auxiliar na pesquisa de informação relativamente aos medicamentos apixabano e dabigatran para posterior reunião da CFT.

## 2.2. Sistemas e critérios de aquisição

Após a seleção dos medicamentos, produtos farmacêuticos, incluindo gases medicinais, e dispositivos médicos possíveis de serem utilizados na ULSCB, como descrito acima, inicia-se o processo de aquisição [1]. Este processo começa com o estudo dos consumos anuais e respetivas estimativas de utilização, existência em stock e identificação na folha de faltas detetadas pelo pessoal, sendo este realizado pela responsável pelos SFH. Posto isto uma farmacêutica elabora um “Pedido de Compra” com a designação e quantidade do medicamento ou dispositivo médico necessário, sendo o orçamento do mesmo e a cabimentação realizada pelos Serviços Financeiros, cabendo ao Serviço de Aprovisionamento aprovar ou rejeitar o pedido, excetuando quando o valor monetário deste exceder os 2500€, caso em que é necessária a aprovação pelo Vogal Executivo. Estando o pedido aprovado a assistente técnica adjudicada à farmácia consulta o catálogo da Administração Central do Sistema de Saúde, a existência de protocolos em vigor ou consulta diretamente a empresa detentora da Autorização de Introdução no Mercado (AIM) ou fornecedores locais, como farmácias, em situações de urgência. De seguida a responsável pelos SFH seleciona o melhor fornecedor, emitindo o seu parecer baseado nas especificações do produto e após a aprovação do manual do mapa de adjudicação é elaborada a Nota de Encomenda para posterior aprovação pelo responsável pelo Serviço de Aprovisionamento. As Notas de Encomendas são então enviadas para os fornecedores e arquivadas, sendo que nalguns casos se solicita que as entregas sejam realizadas parcialmente, consoante a necessidade dos SFH.

É ainda importante referir que no caso de encomendas de medicamentos estupefacientes, psicotrópicos ou benzodiazepinas é necessário o preenchimento por um farmacêutico do Anexo VII como previsto no Artigo 18.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro e envio juntamente com a Nota de Encomenda [4].

Em casos excecionais em que haja necessidade imperativa de medicamentos que não apresentem similares (composição qualitativa e quantitativa e forma farmacêutica idênticas) disponíveis em Portugal, é necessária uma autorização de utilização especial (AUE) para a aquisição destes. Esta autorização é apenas concedida a medicamentos que possuam AIM num país estrangeiro, ou então que demonstrem segurança e eficácia em ensaios precedentes. Para aquisição destes produtos, o responsável pelo serviço deve então preencher o formulário de justificação clínica que é posteriormente enviado à CFT, e, após aprovação conjunta com o Conselho de Administração, é finalmente enviado ao INFARMED [5].

### 2.3. Receção e conferência dos produtos

A receção dos produtos é realizada por um auxiliar que confere qualitativa e quantitativamente os medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos rececionados, o prazo de validade dos mesmos, a guia de remessa e respetiva Nota de Encomenda, o registo e arquivo da documentação técnica; envia a versão original da guia de remessa para o Serviço de Aprovisionamento; armazena os produtos, tendo em atenção as condições especiais de armazenamento e segurança; entrega os anexos de estupefacientes ao Serviço de Aprovisionamento ou à responsável pelos SFH; solicita ao Serviço de Aprovisionamento informações no caso da guia de remessa não corresponder com a Nota de Encomenda ou em casos de situações que necessitem de esclarecimento; comunica a uma farmacêutica e ao Serviço de Aprovisionamento casos de devoluções e de produtos não conformes; verificar 10% do material rececionado; solicita a validação de um técnico de farmácia do material entregue e no caso de medicamentos hemoderivados e estupefacientes solicitar a validação de uma farmacêutica.

No caso dos medicamentos rececionados serem estupefacientes os anexos são entregues ao Serviço de Aprovisionamento ou à responsável dos SFH. A conferência de hemoderivados exige a conferência dos boletins de análise e dos certificados de aprovação emitidos pelo INFARMED, que são arquivados, junto com a respetiva fatura, num dossier específico, por ordem de entrada.

Nesta área realiza-se ainda a entrada no sistema informático de todos os produtos, nomeadamente o nome/número do lote, prazo de validade e número de exemplares. Sempre que o prazo de validade for inferior a 12 meses cabe a uma farmacêutica decidir se o produto deve ou não ser devolvido. No caso de serem recebidos medicamentos ou produtos farmacêuticos não encomendados, de má qualidade ou numa quantidade não solicitada a guia de remessa não é assinada e, se a política da transportadora permitir, a devolução é feita imediatamente. Se tal não for possível, o fornecedor é contactado para que a devolução se realize o mais breve possível.

Nos casos em que os produtos provêm de outros serviços do próprio hospital regista-se a quantidade total de cada exemplar devolvido, assim como o registo informático é atualizado com a respetiva entrada do produto.

### 2.4. Armazenamento

Para garantir um eficiente sistema de dispensa dos medicamentos e produtos de saúde existentes nos SFH, o correto armazenamento é um elemento fulcral, devendo para tal atender-se às condições ótimas de armazenamento dos diferentes produtos, relativamente à temperatura, humidade, luz e espaço físico ou segurança necessária. Para garantir tais

condições os SFH da ULSCB possuem vários termohigrómetros que permitem ao farmacêutico garantir que as condições ambientais gerais apresentam temperatura máxima de 25°C, humidade inferior a 60%, proteção da luz solar direta e a manutenção dos produtos refrigerados a uma temperatura entre 2-8°C [1,3].

#### 2.4.1. Organização

No HAL os medicamentos e produtos farmacêuticos são arrumados em diferentes locais, consoante as suas características. Para tal os SFH dispõem de um armazém central onde se encontra um sistema de estantes deslizantes onde é possível encontrar-se os medicamentos de uso mais comum, agrupados e dispostos por ordem alfabética, segundo a Denominação Comum Internacional (DCI), e os medicamentos usados em Oftalmologia, Psiquiatria, contraceptivos, contrastes radiológicos e bolsas de nutrição, assim como os que necessitam de refrigeração, pelo que o hospital dispõe de diversos frigoríficos. Para além do armazém central os SFH podem contar com um armazém de material de penso, um armazém de grandes volumes e um armazém de desinfetantes e antissépticos.

O armazém central fornece assim o material necessário para a sala de distribuição que conta com o equipamento *Kardex*®, um sistema de gavetas deslizantes e diversos armários. Estes armários encontram-se trancados, havendo um que apenas armazena benzodiazepinas, outro que contém os produtos hemoderivados, e por fim um destinado aos medicamentos citotóxicos.

O armazém central fornece ainda os medicamentos a serem cedidos em ambulatório. No entanto estes são armazenados em menor quantidade na sala das farmacêuticas num armário devidamente identificado, num frigorífico próximo à sala de atendimento ao público e ainda num armário existente nesta mesma.

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes são armazenados num cofre na sala das farmacêuticas, e os produtos inflamáveis são imediatamente armazenados numa sala destinada para o efeito, com arrumação de fácil limpeza e de modo a permitir a circulação de ar entre os mesmos.

Algumas matérias primas destinadas à preparação de manipulados são armazenadas em armários na sala de preparação dos mesmos.

Em todos os locais dos SFH o armazenamento é realizado em gavetas ou prateleiras devidamente identificadas e seguindo a regra First-Expire, First-Out (FEFO), de modo a que o produto mais antigo seja o de acesso mais próximo e assim, o primeiro a sair.

Os SFH são ainda responsáveis pelo armazenamento nos sistemas *Pyxis*<sup>™</sup> existentes em diversos serviços clínicos do hospital.

#### 2.4.2. Controlo dos prazos de validade

Mensalmente e com uma certa antecedência é impressa, a partir do programa informático, a lista de medicamentos cujo prazo de utilização expira num período próximo, ficando a cargo de uma farmacêutica a decisão de efetuar o pedido de devolução desses produtos ou não, caso se preveja a sua utilização antes da data assinalada.

Trimestralmente realiza-se ainda a visita às enfermarias dos serviços clínicos onde se verificam os prazos de validade e se efetua a contagem do stock.

Durante o meu estágio realizei o controlo dos prazos de validade de medicamentos e produtos existentes em algumas enfermarias, devolvendo à farmácia todos os que apresentassem um prazo de validade inferior a 3 meses, exceto aqueles cujos prazos de utilização já haviam sido ultrapassados, que encaminhava para destruição.

#### 2.4.3. Controlo do stock

Para além do controlo do stock realizado nas enfermarias acima descrito, efetua-se ainda nos SFH a contagem diária de dois produtos aleatoriamente selecionados a partir do sistema informático, incluindo todas as dosagens e armazéns. Mensalmente selecionam-se, também aleatoriamente, 5 medicamentos da classe A e 5 medicamentos da classe C (segundo a classificação ABC) para conferência do stock real com o informaticamente indicado, assim como a contagem física dos medicamentos cujo grupo terapêutico apresenta maior impacto económico.

Estas medidas promovem a boa gestão dos recursos disponíveis nos SFH, já que limitam a compra desmedida de medicamentos e garantem a existência dos mesmos sempre que necessários.

Durante a verificação dos prazos de validade nas enfermarias realizei ainda a contagem do stock existente nas mesmas, devolvendo aos SFH os medicamentos e produtos que se encontravam acima do número de exemplares acordado entre os SFH e o enfermeiro-chefe do serviço.

### 3. Distribuição

Os SFH garantem que os medicamentos, dispositivos médicos e todos os outros produtos farmacêuticos são distribuídos em condições adequadas aos doentes do hospital, contemplem estes o regime de internamento ou de ambulatório [1].

Deste modo os SFH da ULSCB dispõem de diferentes tipos de distribuição, nomeadamente a distribuição em ambulatório, a distribuição em dose unitária, o sistema de reposição de stocks nivelados por carregamento e troca de carros, a distribuição personalizada e a distribuição semiautomática através de sistema Pyxis™.

#### 3.1. Distribuição tradicional ou clássica

##### 3.1.1. Distribuição por reposição de stocks nivelados

Em cada serviço clínico do HAL existem perfis definidos entre o farmacêutico responsável pelo serviço, enfermeiro-chefe e médico diretor do serviço. Estes perfis determinam o stock, tanto quantitativo como qualitativo, de medicamentos e produtos farmacêuticos a existir no serviço clínico em questão.

A distribuição por reposição de stocks assegura a reposição dos mesmos, mediante uma requisição eletrónica pelo enfermeiro-chefe nos dias estipulados, sendo que em dias alternados se dispensam medicamentos gerais; medicamentos injetáveis de grande volume; material de penso, detergentes e desinfetantes. A requisição, após validação por uma farmacêutica, é tratada pelo técnico de farmácia, sendo apenas os pedidos realizados até às 14 horas satisfeitos no próprio dia. No final, a farmacêutica responsável pelo serviço realiza a conferência e o técnico de farmácia dá a saída da medicação pelo sistema informático sendo que um auxiliar efetua a entrega no serviço.

Trimestralmente o farmacêutico responsável pelo serviço clínico juntamente com o enfermeiro-chefe realizam a contagem dos stocks do mesmo, ato em que pode auxiliar como descrito anteriormente.

A cedência de medicamentos e produtos farmacêuticos realizada aos Serviços de Cuidados Primários integrantes da ULSCB é realizada segundo este tipo de distribuição.

##### 3.1.2. Distribuição semiautomática através do sistema Pyxis™

O Pyxis™ é um sistema semiautomático existente nos serviços do Bloco Operatório Central, da Urgência, do Hospital de Dia de Hemodiálise e na Unidade de Cuidados Intensivos primários. Neste sistema são também definidos os níveis máximos e mínimos de stock, mas

com a vantagem destes serem controlados de forma eletrónica. Outras vantagens devem-se ao fato de obrigar à inserção de identificação sempre que é retirada medicação, o que permite a rastreabilidade da mesma, e a geração automática de um consumo.

Quando são atingidos os níveis mínimos, o sistema emite uma requisição automática com os medicamentos e a quantidade a repor. No momento de reabastecimento é inserido no sistema qual a medicação a repor e este automaticamente abre a gaveta correspondente ao medicamento, indicando a divisória na qual se localiza. É pedido para confirmar a quantidade do artigo que o *Pyxis*<sup>™</sup> tem no momento, a quantidade a repor e qual o prazo de validade mais curto. O registo do prazo de validade é outra vantagem deste sistema, pois permite o seu controlo e uma maior poupança financeira. Mensalmente é ainda emitida uma lista de medicamentos cuja validade está prestes a expirar. Também este sistema de dispensa de medicamentos possui agendados dias específicos para a sua reposição, desta vez tanto para níveis máximos como para níveis mínimos.

Durante o estágio, pude participar no reabastecimento da medicação para o *Pyxis*<sup>™</sup> existente no Bloco Operatório Central por um técnico de farmácia, sendo a conferência realizada por uma farmacêutica.

### 3.1.3. Distribuição individualizada

A distribuição individualizada acontece sempre que o medicamento é requerido manualmente, em nome do doente, sendo a requisição validada por uma farmacêutica e aviada por um técnico de farmácia e conferida pela farmacêutica responsável pelo serviço.

Este tipo de distribuição destina-se a medicamentos específicos como hemoderivados, estupefacientes e psicotrópicos, medicação destinada ao Hospital de Dia Polivalente e nutrição parentérica.

## 3.2. Distribuição individual diária em dose unitária

A distribuição de medicamentos no sistema de dose unitária é uma das áreas mais importantes na Farmácia Hospitalar, uma vez que contribui significativamente para o aumento da segurança do circuito do medicamento, permitindo conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico dos doentes, diminuir os riscos de interações, racionalizar a terapêutica, atribuir mais corretamente os custos, reduzir os desperdícios e o trabalho dos enfermeiros, o que lhes permite dedicarem mais tempo aos cuidados com os doentes [1].

Este tipo de distribuição destina-se a doentes em regime de internamento na ULSCB, sendo que diariamente a prescrição médica chega aos SFH via online e após validação por parte de uma farmacêutica, a dispensa de medicamentos é realizada. Devido à

informatização das prescrições médicas, os erros de interpretação são diminuídos. Do mesmo modo o sistema facilita a consulta, por parte das farmacêuticas, de material de apoio à decisão da medicação a efetuar, como o acesso a resultados laboratoriais. Facilita também a percepção de possíveis interações medicamentosas através de alertas do próprio sistema informático relativos às doses máximas, reações alérgicas de cada doente, duração do tratamento de antibioterapia e ainda alerta para possíveis interações entre os fármacos prescritos. Sempre que exista alguma dúvida, as farmacêuticas contactam com o médico prescriptor.

A prescrição médica contém a identificação do doente, a identificação do médico prescriptor, a identificação do serviço onde está internado o doente, a designação das substâncias ativas prescritas por Denominação Comum Internacional, a dosagem, a dose, a forma farmacêutica e a via de administração do medicamento, assim como a data da prescrição. O registo individual da medicação para cada doente melhora a monitorização e validação da terapêutica.

Após a receção diária das prescrições, cada uma das farmacêuticas valida os seus serviços, tendo sempre em atenção a correspondência entre o diagnóstico médico e a prescrição efetuada; possíveis duplicações de medicamentos; doses, vias ou frequências incorretas; possíveis interações, alergias, reações adversas; o cumprimento pelo prescriptor da prescrição apenas de medicamentos permitidos na ULSCB e no caso da prescrição de fármacos de justificação obrigatória, verifica-se o antibiograma caso se trate de antibióticos e a respetiva justificação. Na ULSCB quando um antibiótico é prescrito o médico prescriptor estabelece uma data fim da terapêutica, podendo esta ser renovada caso a situação clínica do doente o justifique. Caso este não o faça a terapêutica é suspensa pela farmacêutica que realiza a validação. Relativamente aos medicamentos injetáveis e perfusões tem-se em conta a velocidade de perfusão, a dose para que seja calculado o número necessário de ampolas a enviar e a quantidade total de medicamentos a administrar desta forma, não devendo ultrapassar os 5L diários. Confirma-se ainda a estabilidade daquele fármaco na solução de diluição e a durabilidade da estabilidade.

As farmacêuticas, ainda nesta fase, selecionam os medicamentos possíveis de enviar por dose unitária e os que serão enviados por outros sistemas de distribuição, nomeadamente através da distribuição clássica. Estes medicamentos e produtos farmacêuticos são aqueles que se apresentam em sistemas multidoses como injetáveis de grande volume, pomadas e cremes, insulinas e xaropes, sendo então estes enviados para o serviço clínico no dia que são prescritos pela primeira vez. Nestes casos as farmacêuticas têm ainda atenção ao período de administrações calculado para aquele medicamento, evitando desperdícios ou administrações superiores às prescritas.

Após a validação o mapa farmacoterapêutico é enviado para a sala de distribuição, sendo os medicamentos dispensados por um técnico de farmácia para um período de 24 horas, exceto às sextas-feiras que se envia a medicação para o próprio dia e fim-de-semana. Do mesmo modo acontece nos dias de feriado. A medicação é então colocada em gavetas individuais para cada cama do serviço clínico, estando estas ordenadas pelo número da cama. A auxiliar os técnicos de farmácia está ao seu dispor o equipamento Kardex que permite desenvolver a distribuição de forma robotizada por doente ou medicação dispensando os medicamentos previamente carregados, indicando a localização dos mesmos, a quantidade e o doente em questão. Este equipamento revela-se extremamente útil pois permite a redução dos erros, a diminuição do tempo de preparação das gavetas e racionalizar os diversos stocks nas unidades de distribuição [1]. Os medicamentos e produtos demasiado volumosos para serem inseridos nas gavetas são colocados no carrinho que transporta as mesmas, como acontece com suplementos alimentares e xaropes. Todos os medicamentos dispensados encontram-se devidamente identificados, contendo a Denominação Comum Internacional, a dosagem, o prazo de validade e o lote de fabrico.

Após a preparação da medicação pelos técnicos de farmácia, 10% das gavetas são conferidas pelas farmacêuticas. É ainda importante referir que sempre que se tratem de medicamentos que necessitem de refrigeração, estes medicamentos são os últimos a ser dispensados e são armazenados juntamente com um termoacumulador de modo a garantir a manutenção da temperatura.

Todas as alterações de medicação que ocorrem posteriormente são validadas pelas farmacêuticas, que vão verificando se existem alterações nas prescrições, os doentes que tiveram alta e os que deram entrada no internamento, e modificadas as gavetas com o auxílio de um técnico de farmácia até ao envio da medicação para o serviço clínico. Após ser realizada a saída dos medicamentos no sistema informático, por um técnico de farmácia, estes são entregues nos serviços clínicos por um auxiliar do respetivo serviço. Quando os auxiliares vêm receber os módulos com a medicação, trazem o módulo que levaram no dia anterior com a medicação que não foi administrada, sendo esta introduzida no sistema por um técnico de farmácia.

Quando necessário os serviços vão solicitando pedidos urgentes que são preparados e entregues ao auxiliar do serviço que se dirige aos SFH. Este procedimento é registado num impresso próprio, de forma a ficar registado as horas e quem foi o AO que entregou e recebeu o pedido. Os SFH da ULSCB asseguram a entrega da medicação prescrita eletronicamente aos serviços clínicos até às 17 horas, sendo que após este horário e até às 9h do dia seguinte existe sempre um farmacêutico de serviço no caso de uma urgência.

Na ULSCB, de forma a minimizar o erro associado à dispensa manual de medicamentos foi implantada uma sinalética específica na identificação de determinados medicamentos.

Deste modo os medicamentos que possuam diversas dosagens são identificados com um sistema de cores, nas gavetas, consoante a dosagem apresentada, correspondendo a cor vermelha à dosagem mais elevada, a cor amarela à dosagem intermédia e a cor verde à dosagem mais baixa. Os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, são conhecidos na literatura internacional por medicamentos Look- Alike, Sound-Alike (LASA) [6] e estes são diferenciados, na ULSCB recorrendo à introdução de letras maiúsculas na identificação dos mesmos tanto nas gavetas e armários como nos medicamentos reembalados. A ULSCB atribui ainda um sistema de introdução de sinais de advertência para medicamentos potencialmente perigosos para o doente, e o sinal de “STOP” para medicamentos com embalagens idênticas armazenadas proximamente.

Durante o meu estágio pude acompanhar diversas validações de prescrições, assim como acompanhei uma vez uma farmacêutica ao laboratório de análises microbiológicas da ULSCB de modo a esclarecer uma dúvida num antibiótico prescrito e respetivo antibiograma, e auxiliei na conferência e preparação de medicação a ser dispensada para os serviços clínicos.

### 3.3. Distribuição de medicamentos a doentes em ambulatório

A dispensa de medicamentos a doentes em regime de ambulatório surge da necessidade de se fazer face a situações de emergência em que não é possível assegurar o fornecimento dos mesmos por parte das farmácias comunitárias, assim como da necessidade de vigilância e controlo de determinadas patologias crónicas e terapêuticas prescritas em estabelecimentos de cuidados de saúde diferenciados. Esta vigilância e controlo são exigidos pela gravidade das patologias, pelo potencial de efeitos adversos dos fármacos usados no seu tratamento e pelo seu elevado valor económico [1].

Deste modo, na ULSCB os utentes ou representantes legais devidamente identificados podem levantar os seus medicamentos no ambulatório do HAL no horário das 9h às 16h de segunda-feira a quinta-feira, e das 9h às 14h às sextas-feiras, desde que os medicamentos sejam prescritos por um médico da ULSCB, excetuando os fármacos autorizados pela Portaria n.º 48/2016 de 22 de março, cuja prescrição pode ser efetuada por outros prescritores em consultas especializadas, noutros hospitais ou em consultórios particulares (Anexo 3.1) [7]. Neste caso, é necessária a aprovação pelo Conselho de Administração para se proceder à dispensa da terapêutica prescrita, assim como os tratamentos que possuam elevado impacto económico. É ainda importante referir que sempre que são prescritos estimulantes de eritropoese pela primeira vez é necessária apresentação do relatório médico.

Assim, após a prescrição médica que atualmente na ULSCB se processa de modo informático e desmaterializado, esta é validade pela farmacêutica responsável pelo ambulatório, ou quando esta não se encontra presente, outra farmacêutica, e cedida ao

doente a medicação destinada a um mês de tratamento, excetuando a medicação para tratamentos oncológicos, que é cedida para período de tempo até à próxima consulta da especialidade, e a medicação de Cirurgia de Ambulatório, em que se cede a medicação para 7 dias de tratamento. Antes de ceder a medicação a farmacêutica confere os dados do utente, o nome do médico prescriptor, o fármaco e respetivos forma farmacêutica; dose e número de unidades a dispensar e assinala, no sistema informático, o lote e quantidade dos fármacos dispensados. Algumas situações específicas como a dispensa de epoietinas prescritas a doentes residentes fora da área de influencia da ULSCB implicam o registo da Administração Regional de Saúde ou Unidade Local de Saúde da zona do utente, para posterior cobrança económica, e a dispensa dos medicamentos biológicos anteriormente descritos prescritos por médicos de consultórios particulares também implica um registo específico no programa informático.

Antes de se despedir dos utentes a farmacêutica garante sempre que estes, para além de exprimirem as suas dúvidas, têm conhecimento sobre possíveis efeitos adversos e como os minimizar quando possível, a forma correta de utilização, armazenamento e transporte da medicação em questão e, nos meus últimos dias de estágio no HAL implementou-se a obrigatoriedade da assinatura por parte do doente de uma declaração de receção da informação sobre a medicação dispensada, e passou a disponibilizar-se informação escrita indicativa da quantidade e qualidade de medicação dispensada, assim como o valor económico da mesma.

Posteriormente à cedência da medicação a farmacêutica responsável pelo ambulatório confere novamente as receitas relativamente à medicação cedida e consulta correspondente, número de episódio e caracterização do mesmo.

Mensalmente, o movimento de todos os fármacos biológicos tem de ser enviado para a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P (INFARMED).

É ainda importante referir que, embora tal não acontecesse durante o meu estágio, de acordo com o Decreto de Lei nº 44 204, de 2 de fevereiro de 1962, os SFH podem proceder à venda de medicamentos ao público quando:

- na localidade não existe uma farmácia particular;
- em situação de emergência individual ou coletiva, se apure não haver no mercado local os medicamentos necessários;
- as farmácias pertençam à Santa Casa da Misericórdia detentora de alvará de venda ao público [7].

### 3.4. Medicamentos sujeitos a um controlo especial

Os medicamentos hemoderivados, estupefacientes e psicotrópicos, e benzodiazepinas, devido às suas características, são medicamentos sujeitos a procedimentos especiais.

#### 3.4.1. Hemoderivados

Os medicamentos derivados do plasma, de acordo com o Despacho nº 1051/2000, de 14 de setembro, estão sujeitos a um controlo especial na sua distribuição, administração e requisição [8].

As farmacêuticas antes da dispensa deste tipo de medicamentos, verificam se o impresso próprio para o efeito, exclusivo da Imprensa Nacional Casa da Moeda (Anexo 3.2), obrigatório de utilização na prescrição destes medicamentos, possui os seguintes campos corretamente preenchidos:

- Quadro A (Identificação do médico prescriptor e do doente);
- Quadro B (requisição/justificação clínica).

Se tudo estiver conforme, a prescrição é validada e uma farmacêutica preenche o Quadro C (Registo de Distribuição), onde deve constar toda a informação relativa ao medicamento, nomeadamente o nome, quantidade dispensada, lote, laboratório de origem e o nº do certificado emitido pelo INFARMED. O profissional de saúde que recebe o medicamento assina então o impresso, declarando que o recebeu, permanecendo a “Via Farmácia” nos SFH, sendo a “Via Serviço” anexada ao processo do doente. Sempre que for administrado o medicamento em questão, o enfermeiro responsável preenche o Quadro D (Registo de Administrações) existente na “Via Serviço”, até então em branco [8].

Assim que a terapêutica é finalizada, a “Via Serviço” é devolvida aos SFH, onde após a farmacêutica verificar o correto preenchimento do Quadro D (data de administração, lote, dose, quantidade administrada, laboratório de origem, assinatura e número mecanográfico do enfermeiro responsável pela administração), é arquivada juntamente com a “Via Farmácia” durante 50 anos, e o duplicado é enviado para o serviço clínico para arquivo no processo do doente.

É ainda importante referir que estes medicamentos são devidamente identificados com a identificação do doente e o respetivo serviço clínico onde o mesmo está presente.

Sempre que não seja administrada toda a quantidade de medicamento dispensado pelos SFH, este deve ser devolvido aos mesmos, onde se regista na “Via Farmácia” o número de unidades devolvidas.

### 3.4.2. Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (MEP) e benzodiazepinas

Os MEP e benzodiazepinas, devido às suas características farmacológicas de dependência, são alvo de um controlo especial por parte dos SFH e também de uma legislação específica - Decreto de Lei nº 15/93 de 22 de janeiro, que estabelece o “Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos”, Lei nº 45/96 de 22 de janeiro, que altera o Decreto de Lei nº 15/93, o Decreto Regulamentar nº 61/94 de 3 de setembro e a Portaria nº 981/98 de 8 de junho, que estabelece a “Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos”. Devido a estas razões, nos SFH da ULSCB, os MEP encontram-se armazenados num cofre na sala das farmacêuticas, apenas acessível às mesmas, e as benzodiazepinas num armário, também trancado à chave, na sala de distribuição [9].

As requisições destes medicamentos aos fornecedores implicam o preenchimento do Anexo VII, como referido anteriormente, e a sua dispensa aos serviços clínicos implica o preenchimento do Anexo X (Anexo 3.3). Na ULSCB existe uma farmacêutica responsável por estes medicamentos, que elabora os pedidos e responsabiliza-se pela adequada receção, armazenamento e conservação destes medicamentos, procede ao arquivo de toda a documentação relativa à entrada, dispensa e devolução destes medicamentos e regista informaticamente todos os movimentos. A dispensa destes medicamentos é, obrigatoriamente, realizada por uma farmacêutica.

A prescrição destes medicamentos é então realizada, para além do sistema informático, através do Anexo X (Anexo 3.3), que possui campos de preenchimento obrigatórios como: identificação do serviço requisitante; nome do doente; identificação da cama/processo do doente; quantidade pedida ou prescrita; rubrica do enfermeiro responsável pela administração e respetiva data; quantidade fornecida; data e assinatura do diretor do serviço ou substituto legal e seu número mecanográfico; data e assinatura da responsável pelos SFH ou substituta legal e o seu número mecanográfico; assinatura de quem entrega e quem recebe. Os impressos são ainda numerados de forma sequencial, conforme a ordem de chegada aos SFH.

O impresso de pedido de requisição vem em duplicado. O original fica guardado nos SFH após a sua verificação e o duplicado fica no serviço que fez a requisição. Cada impresso diz respeito a um único medicamento, onde é identificado com Denominação Comum Internacional, forma farmacêutica, dosagem e código, podendo conter o registo desse medicamento para vários doentes.

A farmacêutica valida a prescrição e assegura que só são realizados dez registos de administração em cada anexo. Caso se trate de sistemas transdérmicos, prescritos em dose unitária, estes são enviados de 3 em 3 dias, permanecendo o duplicado do Anexo X nos SFH, onde a farmacêutica regista as quantidades que vai enviando, verificando posteriormente se os dados são concordantes com o que é registado pelo enfermeiro no documento original.

Nos serviços clínicos estes medicamentos são armazenados pelo enfermeiro responsável num cofre fechado. No primeiro dia de cada mês é realizado um balanço, sendo confrontadas as existências reais e as teóricas. Trimestralmente é enviado ao INFARMED um mapa geral de estupefacientes e psicotrópicos, onde constam todas as movimentações de MEP [9].

No caso dos MEP armazenados no Pyxis®, sempre que é retirado um medicamento, é enviado o Anexo X para os SFH, de modo que seja feita a reposição pela farmacêutica responsável. Diariamente são enviadas à farmácia as requisições para a reposição de stocks e, para que haja um maior controlo, as ampolas têm de ser, obrigatoriamente, devolvidas.

## 4. Farmacotecnia

A farmacotecnia é o sector dos SFH onde é efetuada a preparação de formulações de medicamentos necessários ao hospital, permitindo assim assegurar e garantir uma maior qualidade e segurança na preparação de medicamentos para administrar aos doentes; a resposta às necessidades específicas de determinados doentes, colmatando situações onde não existe disponibilidade por parte do mercado fornecedor; a redução significativa no desperdício relacionado com a preparação de medicamentos; uma gestão mais racional de recursos [10].

No HAL as principais preparações realizadas neste sector devem-se à necessidade de adaptação de especialidades farmacêuticas comercializadas e ao acondicionamento de medicamentos em dose unitária.

### 4.1. Preparação de manipulados não estéreis

A preparação de formas farmacêuticas manipuladas, tal como acontece na farmácia de oficina, deve respeitar as boas práticas definidas pela Portaria nº 594/2004 de 2 de junho [11].

A preparação de manipulados inicia com a prescrição, que pode ter como destino um doente de ambulatório ou do internamento. A farmacêutica, antes de validar a prescrição, analisa-a, e tenta detetar eventuais erros. Caso estes não existam realiza-se a preparação do medicamento [3].

Nos SFH da ULSCB, a preparação de manipulados é sempre realizada por uma farmacêutica, numa sala destinada para o efeito.

Inicialmente, constata-se que estão disponíveis todas as condições e materiais necessários para a preparação, como as condições de limpeza do laboratório, a documentação obrigatória, a ficha de preparação e o rótulo, as matérias-primas e o material de laboratório.

Na ficha de preparação é registada toda a informação sobre as matérias-primas como o lote, laboratório, quantidade a usar e data de validade; a data de preparação e validade do manipulado; a quantidade a preparar; o procedimento seguido; os ensaios de verificação.

O rótulo, por sua vez, acompanha o medicamento manipulado, devendo conter as seguintes informações:

- Fórmula do medicamento manipulado
- Indicação do serviço clínico de destino
- Nº do lote atribuído
- Data de preparação
- Prazo de validade
- Condições de conservação
- Via de administração
- Quantidade dispensada
- Identificação do hospital
- Informações especiais de utilização

Após a preparação e antes da dispensa do medicamento, todo o procedimento é validado pela farmacêutica.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de preparar diversos manipulados, nomeadamente: solução oral de citrato de sódio a 10 % e ácido cítrico a 6% isenta de açúcar; solução aquosa de hidróxido de potássio a 5%; solução de álcool a 50%; solução alcoólica de azul de bromotimol a 4%; suspensão de bicarbonato, lidocaína e nistatina; solução aquosa de nitrato de prata a 0,5%; solução aquosa de ácido tricloroacético a 30%; soluto de Bouin's; solução aquosa de ácido acético a 3%; solução aquosa de ácido bórico à saturação. Neste processo tive que realizar todas as tarefas necessárias, como a reunião do material necessário e o preenchimento da ficha e do rótulo

## 4.2. Reembalagem

A indústria farmacêutica muitas vezes não garante o acondicionamento individual e a identificação de todas as unidades dos medicamentos, o que torna assim a medicação

imprópria para alguns dos sistemas de distribuição verificados a nível hospitalar. Assim, de modo a diminuir a probabilidade de erro associado à troca de medicamentos e possibilitando a utilização a nível hospitalar, é necessário, por vezes, recorrer ao processo de reembalagem da medicação.

Nos SFH da ULSCB, o reembalamento de comprimidos ou cápsulas é realizado recorrendo-se a um equipamento semiautomático, operado por um auxiliar e sob validação de uma farmacêutica. Neste processo os medicamentos são retirados das embalagens originais e inseridos num conjunto de orifícios individuais do respetivo equipamento. Esta etapa submete os medicamentos a condições impróprias de conservação, o que culmina com a alteração do prazo de validade dos medicamentos para uma data de, no máximo, 6 meses após a reembalagem, exceto quando a sua validade original já for inferior a esta. No equipamento introduzem-se ainda as especificações como são exemplos os dados referentes ao lote, data de validade e quantidade a reembalar. No final, o equipamento liberta uma manga constituída por secções individuais, contendo cada uma no seu exterior a informação relativa ao medicamento, nomeadamente: Denominação Comum Internacional; fórmula farmacêutica; dosagem; lote; data de validade. O equipamento em questão também permite realizar o fracionamento de comprimidos. Este procedimento aplica-se sempre que necessário desde que não altere as condições da formulação.

Após esta etapa, a farmacêutica verifica as mangas e valida o processo caso este tenha decorrido como suposto.

Durante o estágio, apesar de não ter realizado nenhum reembalamento, pude observar a forma correta de realizar este processo.

## 5. Farmácia Clínica

Farmácia Clínica, segundo o *American College of Clinical Pharmacy*, é definida como o ramo da saúde no qual o farmacêutico presta assistência ao doente, promovendo uma otimização da terapêutica, com o objetivo de melhorar a saúde e prevenir possíveis doenças futuras. Por outras palavras, é uma atividade baseada no doente e no seu bem-estar [12].

A integração de equipas multidisciplinares por parte do farmacêutico é uma etapa essencial deste processo, uma vez que permite um trabalho conjunto de todos os profissionais diretamente ligados ao doente. Desta forma consegue-se um maior aprimoramento do plano terapêutico, o que só traz benefícios para o doente [10].

A realização de visitas clínicas aos serviços, e a presença do farmacêutico nas mesmas, é outro fator muito importante, pois permite a sua participação de forma ativa nas

decisões, através de uma troca feedback em tempo real com o resto da equipa, o que resulta sempre num melhor outcome do doente.

Durante o meu estágio pude acompanhar a visita médica ao serviço de Ortopedia, sendo que no fim da consulta a farmacêutica responsável pelo serviço clínico reuniu-se com um enfermeiro do mesmo e anotou a medicação que os doentes traziam de casa, de modo a posteriormente proceder ao estudo farmacoterapêutico do mesmo. Pude ainda acompanhar a farmacêutica responsável pelos cuidados de saúde primários numa visita a uma extensão de um centro de saúde abrangida pela ULSCB onde se realizaram consultas farmacêuticas com diversos utentes idosos polimedicados, no sentido de estudar e alertar o médico para as diferenças entre a terapêutica prescrita e a efetivamente realizada pelo doente.

## 6. Participação do farmacêutico nos ensaios clínicos

Um ensaio clínico, de acordo com a Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015 de 27 de julho, é "qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou os outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia" [13].

Para a realização de um ensaio clínica é necessária autorização do Conselho de Administração do INFARMED e de um parecer da Comissão de Ética competente.

De acordo ainda com a lei referida, os SFH de uma unidade hospitalar devem assegurar o seguinte para permitirem a existência de tais ensaios na respetiva instituição:

- Os medicamentos experimentais e os dispositivos utilizados para a sua administração, bem como os demais medicamentos já autorizados eventualmente necessários ou complementares à realização de ensaios clínicos, devem ser armazenados e cedidos pelos respetivos serviços farmacêuticos hospitalares;
- Existência de registos e confirmação do armazenamento e da utilização dos medicamentos destinados à realização dos ensaios clínicos;
- São responsáveis pela receção, armazenamento, preparação, dispensa, recolha e devolução ou destruição do medicamento, tendo o dever de elaborar um documento descritivo do circuito do medicamento experimental contendo elementos relativos à receção, ao armazenamento, à dispensa e à administração do medicamento experimental [13].

Os SFH da ULCB possuem uma sala destinada unicamente ao armazenamento, em diferentes prateleiras para cada medicamento envolvido no ensaio, e interações com os utentes integrantes nos ensaios clínicos, estando a mesma sob criteriosas condições de temperatura e humidade, especificadas pelo laboratório responsável pelo ensaio.

Sempre que há um ensaio clínico a decorrer no HAL a equipa de investigação do mesmo contém duas farmacêuticas. Infelizmente durante o período que estagiei na instituição não haviam ensaios clínicos a decorrer.

## 7. Formação

O conhecimento não é intemporal nem estático, havendo avanços e descobertas novas todos os dias. Por esta razão, qualquer profissional de saúde, no exercício da sua atividade, deve garantir a melhor e contínua formação possível, para prestar sempre o melhor serviço possível.

O farmacêutico hospitalar, enquanto especialista do medicamento, deverá apostar continuamente na sua formação, quer profissional, quer científica, tendo a responsabilidade de transmitir ao utente todas as informações que garantam um uso racional do medicamento e a sua segurança.

A área da saúde é uma das que mais descobertas e nova informação regista diariamente, sendo, por esta razão, importante realizar formações, internas ou externas, nos SFH de um hospital, para garantir a melhor qualidade possível dos serviços prestados por esta unidade.

Neste âmbito assisti a diversas formações durante o meu estágio curricular, nomeadamente sobre dilemas éticos em fim de vida; a utilização de Seebri®, Ultibro® e Ombrez® no tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; a correta identificação e tratamento a aplicar em situações de Sepsis; a doença Diabetes Mellitus; a doença Artrite Gotosa.

## 8. Farmacovigilância

A farmacovigilância é um importante constituinte da atividade farmacêutica, e não só, que visa melhorar a segurança e a qualidade da terapêutica para o utente, através da deteção, avaliação e prevenção de reações adversas aos medicamentos (RAM) [14]. Desta forma, a farmacovigilância deve ser uma prática obrigatória para todos os profissionais de saúde (farmacêuticos, médicos, enfermeiros), que deverão estar atentos para possíveis efeitos adversos associados à medicação, tendo o dever de as notificar. Hoje em dia a notificação também já pode ser realizada pelo próprio utente.

Os SFH são uma unidade de farmacovigilância importante, devido ao conhecimento sobre medicamento e à proximidade que o farmacêutico hospitalar tem com o doente, nomeadamente com o perfil farmacoterapêutico do mesmo, o que lhe permite identificar, de forma mais célere, possíveis RAM [1]. Devem ser notificadas todas as reações adversas graves ou com frequência superior à descrita no Resumo das Características do Medicamento (RCM), bem como todas as que nunca tiverem sido descritas anteriormente [14].

As notificações devem ser enviadas para o Sistema Nacional de Farmacovigilância, criado em 1992, sendo o INFARMED responsável pela sua coordenação e aplicação. Este sistema é responsável por analisar todas as notificações realizadas, e conta atualmente com quatro unidades regionais, distribuídos pelo país [14].

Atualmente existem também medicamentos identificados com um triângulo preto invertido no RCM e Folheto Informativo, que devido à falta de dados sobre a sua utilização a longo prazo e recente disponibilidade no mercado, se encontram sujeitos a uma monitorização adicional [15].

## 9. Comissões Técnicas

Num Hospital, para garantir que é feito um correto uso dos medicamentos, de forma segura, económica e eficiente, existem Comissões Técnicas obrigatórias, responsáveis por fazer esse controlo e apelar ao uso racional dos mesmos, através da criação de procedimentos e guias de ação. O FH, além de todas as suas funções, é também membro obrigatório da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e da Comissão de Ética para a Saúde (CES), e ainda membro consultivo da Comissão de Controlo de Infecção (CCI).

A CFT, mais especificamente as suas funções e composição, são reguladas pelo Despacho nº 1083/2004, de 1 de dezembro de 2003. Esta comissão tem como função promover um uso adequado dos medicamentos, analisar pedidos para aquisição de novas terapêuticas e avaliar a necessidade de existência de todos os fármacos existentes nos SFH [16].

A CES tem como função garantir a existência de padrões de ética que protejam e assegurem a integridade e a dignidade de todos os utentes do Hospital durante a prática das ciências médicas. Esta comissão é regulamentada pelo Decreto de Lei nº 97/95 de 10 de maio [17].

A CCI surgiu no seguimento do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção, tendo como função elaborar planos de atuação para infeções associadas aos cuidados de saúde, bem como promover medidas de prevenção e controlo das mesmas. Esta comissão

encontra-se regulada pela Circular Normativa n. °18/DSQC/DSC de 15 de outubro de 2007 [18].

## 10. Conclusão

A realização deste estágio foi de extrema importância, pois permitiu-me complementar a formação académica previamente adquirida com contato com a realidade existente para além da teoria, muitas vezes bastante diferente da informação divulgada.

Assim, durante as semanas que estive presente nos SFH da ULSCB tive possibilidade de colocar em prática os conhecimentos que adquiri no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, e perceber também o verdadeiro papel do farmacêutico hospitalar, cuja participação é fundamental na sobrevivência de um hospital.

Apesar de ter sido uma estadia curta, consegui conhecer e integrar todas as áreas existentes neste serviço em que o farmacêutico está presente, desde o aprovisionamento à administração, incluindo as visitas aos serviços clínicos.

Com esta experiência fortaleci a ideia que trazia de que após a universidade, o farmacêutico deve continuar a apostar na sua formação, dado que, durante o período de estágio senti necessidade de diversas vezes procurar informação diferentes áreas.

Por fim, quero deixar um agradecimento à equipa dos SFH da ULSCB, que me receberam e integraram calorosamente, facultaram novos conhecimentos e contribuíram para a minha formação como futura profissional de saúde.

## 11. Bibliografia

- [1] Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, *Manual da Farmácia Hospitalar*, 2005.
- [2] “Farmácia Hospitalar”. *Ordem dos Farmacêuticos*. [Online] [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebStd\\_1/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1910](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebStd_1/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1910). [Acesso: 11-ago-2016].
- [3] Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar, *Manual das Boas Práticas Hospitalares*, 1999.
- [4] Decreto Regulamentar n.º 61/94, *Diário da República, 1ª série B – Nº 236 – 12 de outubro de 1996*.
- [5] Deliberação n.º 105 / CA / 2007 , de 1 de março, *Legis. Farm. Compil., INFARMED*, 2007.
- [6] Norma DGS 020/2014, *Direção Geral de Saúde*, 2015.
- [7] Decreto-Lei n.º 44 204, de 2 de fevereiro *Legis. Farm. Compil., INFARMED*, 1962.
- [8] Despacho conjunto n.º 1051/2000, de 14 de setembro, *Legis. Farm. Compil., INFARMED*, 2000.
- [9] Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, *Legis. Farm. Compil., INFARMED*, 1993.
- [10] “Programa do Medicamento Hospitalar”. *Ministério da Saúde*. [Online] [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Projectos/Programa\\_Medicamento\\_Hospitalar/PMH\\_Livro\\_ver\\_41DocumentoFinalSES.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Projectos/Programa_Medicamento_Hospitalar/PMH_Livro_ver_41DocumentoFinalSES.pdf). [Acesso: 13-ago-2016].
- [11] Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, *Legis. Farm. Compil., INFARMED*, 2004.
- [12] “Clinical Pharmacy Defined”. *American College of Clinical Pharmacy*. [Online] <http://www.accp.com/about/clinicalPharmacyDefined.aspx>. [Acesso: 25-Ago-2016].
- [13] Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, *Legis. Farm. Compil., INFARMED*, 2014.
- [14] “Saiba mais sobre farmacovigilância”. *INFARMED*. [Online] [www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA\\_MAI\\_S\\_SOBRE/SAIBA\\_MAI\\_ARQUIVO/Farmacovigil%EAncia.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAI_S_SOBRE/SAIBA_MAI_ARQUIVO/Farmacovigil%EAncia.pdf). [Acesso: 01-set-2016].
- [15] INFARMED, “Circular INFARMED - Novo formulário define medicamentos e evita

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

distorções,” 2013.

- [16] Despacho n.º 1083/2004, de 1 de dezembro, *Legis. Farm. Compil.*, INFARMED, 2004.
- [17] Decreto-Lei n.º 97/95, *Diário da República*, 1ª série A – Nº 108 – 10 de maio 1995.
- [18] Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC, *Direção Geral de Saúde*, 15 de outubro de 2007.

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

## Anexos

### Capítulo 1 - Casística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Anexo 1.1 - *Output* do SPSS, teste do Qui-quadrado

### Capítulo 2 - Estágio em Farmácia Comunitária

Anexo 2.1 - Escalas de turno entre as farmácias do município de Águeda para o ano 2016

Anexo 2.2 - Exemplo de Ficha do Produto de uma matéria prima

Anexo 2.3 - Margens máximas de comercialização dos medicamentos comparticipados e não comparticipados (INFARMED, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Portaria n.º 195-C/2015, de 30 de junho)

Anexo 2.4 - Modelo da Receita médica de prescrição por via eletrónica

Anexo 2.5 - Modelo da Receita médica manual

Anexo 2.6 - Modelo da Receita médica desmaterializada

Anexo 2.7 - Exemplo do verso de uma Receita Médica após a dispensa dos medicamentos

Anexo 2.8 - Exemplo de talão emitido referente à venda de MEPs

Anexo 2.9 - Situações passíveis de automedicação

Anexo 2.10 - Medicamentos não sujeitos a Receita Médica de dispensa exclusiva em farmácia

Anexo 2.11 - Projeto “Via Verde do Medicamento” - Lista de medicamentos

### Capítulo 3 - Estágio em Farmácia Hospitalar

Anexo 3.1 - Lista das substancias ativas cujos medicamentos são sujeitos a regime excecional de comparticipação segundo a Portaria n.º 48/2016 de 22 de março

Anexo 3.2 - Impresso Hemoderivados

Anexo 3.3 - Modelo de requisição de MEP e Benzodiazepinas

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Anexo 1.1 - *Output* do SPSS, testes do Qui-quadrado

Comparação das variáveis tóxico e idade

Tabulação cruzada tóxico \* Idade

		Idade					Total	
		[18-24[	[25-34[	[35-44[	[45-54[	[55-64[		[65 +[
Tóxico cido	Desconhe Contagem	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
	Contagem Esperada	,6	,5	,7	,6	,3	,2	3,0
	Resíduos padronizados	,4	,8	-,8	-,8	1,1	-,5	
Álcool	Contagem	120 <sub>a</sub>	84 <sub>a</sub>	106 <sub>a</sub>	109 <sub>a</sub>	60 <sub>a</sub>	38 <sub>a</sub>	517
	Contagem Esperada	111,2	82,1	113,1	111,2	58,2	41,4	517,0
	Resíduos padronizados	,8	,2	-,7	-,2	,2	-,5	
Drogas	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	7
	Contagem Esperada	1,5	1,1	1,5	1,5	,8	,6	7,0
	Resíduos padronizados	-1,2	-,1	-,4	2,0	,2	-,7	
Medicamentos	Contagem	34 <sub>a</sub>	30 <sub>a</sub>	46 <sub>a</sub>	39 <sub>a</sub>	18 <sub>a</sub>	13 <sub>a</sub>	180
	Contagem Esperada	38,7	28,6	39,4	38,7	20,3	14,4	180,0
	Resíduos padronizados	-,8	,3	1,1	,0	-,5	-,4	
Detergentes/Produtos Domésticos	Contagem	3 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	23
	Contagem Esperada	4,9	3,7	5,0	4,9	2,6	1,8	23,0
	Resíduos padronizados	-,9	,2	,0	-,4	-,4	2,3	
Pesticidas	Contagem	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	12
	Contagem Esperada	2,6	1,9	2,6	2,6	1,3	1,0	12,0
	Resíduos padronizados	-1,6	-1,4	,2	-,4	2,3	2,1	
Gases	Contagem	1 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	14
	Contagem Esperada	3,0	2,2	3,1	3,0	1,6	1,1	14,0
	Resíduos padronizados	-1,2	-,1	,0	1,1	-1,3	1,8	
Outros	Contagem	2 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	5
	Contagem Esperada	1,1	,8	1,1	1,1	,6	,4	5,0
	Resíduos padronizados	,9	,2	,9	-1,0	-,8	-,6	
Álcool + Drogas	Contagem	3 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	8
	Contagem Esperada	1,7	1,3	1,8	1,7	,9	,6	8,0
	Resíduos padronizados	1,0	-,2	,2	-,5	,1	-,8	
Álcool + Medicamentos	Contagem	2 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	14
	Contagem Esperada	3,0	2,2	3,1	3,0	1,6	1,1	14,0
	Resíduos padronizados	-,6	-,8	,5	,6	,3	-,1	

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Álcool +	Contagem	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2
Pesticidas	Contagem Esperada	,4	,3	,4	,4	,2	,2	2,0
	Resíduos padronizados	-,7	-,6	-,7	,9	1,6	-,4	
Drogas +	Contagem	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2
Medicame	Contagem Esperada	,4	,3	,4	,4	,2	,2	2,0
ntos	Resíduos padronizados	-,7	-,6	,9	,9	-,5	-,4	
Medicame	Contagem	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	4
ntos +	Contagem Esperada	,9	,6	,9	,9	,5	,3	4,0
Detergent	Resíduos padronizados							
es/Produ								
tos		1,2	-,8	-,9	,2	-,7	1,2	
Doméstic								
os								
Medicame	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2
ntos +	Contagem Esperada	,4	,3	,4	,4	,2	,2	2,0
Pesticidas	Resíduos padronizados	-,7	1,2	-,7	,9	-,5	-,4	
Álcool +	Contagem	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	4
Drogas +	Contagem Esperada	,9	,6	,9	,9	,5	,3	4,0
Medicame	Resíduos padronizados	,2	,5	1,2	-,9	-,7	-,6	
ntos								
Álcool +	Contagem	3 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
Medicame	Contagem Esperada	,6	,5	,7	,6	,3	,2	3,0
ntos+	Resíduos padronizados							
Detergent								
es/Produ								
tos		2,9	-,7	-,8	-,8	-,6	-,5	
Doméstic								
os								
Total	Contagem	172	127	175	172	90	64	800
	Contagem Esperada	172,0	127,0	175,0	172,0	90,0	64,0	800,0

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. Monte Carlo (2 lados)		
				Significância	Intervalo de Confiança 99%	
					Limite inferior	Limite superior
Qui-quadrado de Pearson	79,382	75	,343	,331	,319	,343

Casística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Razão de verossimilhança	85,421	75	,193	,323	,311	,335
Teste Exato de Fisher	67,994			,324	,312	,336
Nº de Casos Válidos	800					

Comparação das variáveis tóxico e via de contato

Tabulação cruzada tipo\_tóxico \* via\_contato

		via_contato					Total
		Desconhecida	Oral	Inalatória	Oral + Inalatória	Inalatória + IV	
Tóxico cido	Contagem	3	0	0	0	0	3
	Contagem Esperada	,0	2,9	,1	,0	,0	3,0
	Resíduos padronizados	28,2	-1,7	-,3	-,2	-,1	
Álcool	Contagem	0	517	0	0	0	517
	Contagem Esperada	1,9	495,7	12,9	5,2	1,3	517,0
	Resíduos padronizados	-1,4	1,0	-3,6	-2,3	-1,1	
Drogas	Contagem	0	5	0	0	2	7
	Contagem Esperada	,0	6,7	,2	,1	,0	7,0
	Resíduos padronizados	-,2	-,7	-,4	-,3	15,0	
Medicamentos	Contagem	0	180	0	0	0	180
	Contagem Esperada	,7	172,6	4,5	1,8	,5	180,0
	Resíduos padronizados	-,8	,6	-2,1	-1,3	-,7	
Detergentes/Produtos Domésticos	Contagem	0	19	4	0	0	23
	Contagem Esperada	,1	22,1	,6	,2	,1	23,0
	Resíduos padronizados	-,3	-,6	4,5	-,5	-,2	
Pesticidas	Contagem	0	10	2	0	0	12
	Contagem Esperada	,0	11,5	,3	,1	,0	12,0
	Resíduos padronizados	-,2	-,4	3,1	-,3	-,2	
Gases	Contagem	0	0	14	0	0	14
	Contagem Esperada	,1	13,4	,4	,1	,0	14,0
	Resíduos padronizados	-,2	-3,7	23,1	-,4	-,2	
Outros	Contagem	0	5	0	0	0	5
	Contagem Esperada	,0	4,8	,1	,1	,0	5,0
	Resíduos padronizados	-,1	,1	-,4	-,2	-,1	
Álcool +	Contagem	0	2	0	6	0	8

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Drogas	Contagem Esperada	,0	7,7	,2	,1	,0	8,0
	Resíduos padronizados	-,2	-2,0	-,4	20,9	-,1	
Álcool +	Contagem	0	14	0	0	0	14
Medicame	Contagem Esperada	,1	13,4	,4	,1	,0	14,0
ntos	Resíduos padronizados	-,2	,2	-,6	-,4	-,2	
Álcool +	Contagem	0	2	0	0	0	2
Pesticidas	Contagem Esperada	,0	1,9	,1	,0	,0	2,0
	Resíduos padronizados	-,1	,1	-,2	-,1	-,1	
Drogas +	Contagem	0	0	0	2	0	2
Medicame	Contagem Esperada	,0	1,9	,1	,0	,0	2,0
ntos	Resíduos padronizados	-,1	-1,4	-,2	14,0	-,1	
Medicame	Contagem	0	4	0	0	0	4
ntos +	Contagem Esperada	,0	3,8	,1	,0	,0	4,0
Detergent	Resíduos padronizados						
es/Produ							
tos		-,1	,1	-,3	-,2	-,1	
Doméstic							
os							
Medicame	Contagem	0	2	0	0	0	2
ntos +	Contagem Esperada	,0	1,9	,1	,0	,0	2,0
Pesticidas	Resíduos padronizados	-,1	,1	-,2	-,1	-,1	
Álcool +	Contagem	0	4	0	0	0	4
Drogas +	Contagem Esperada	,0	3,8	,1	,0	,0	4,0
Medicame	Resíduos padronizados	-,1	,1	-,3	-,2	-,1	
ntos							
Álcool +	Contagem	0	3	0	0	0	3
Medicame	Contagem Esperada	,0	2,9	,1	,0	,0	3,0
ntos+	Resíduos padronizados						
Detergent							
es/Produ							
tos		-,1	,1	-,3	-,2	-,1	
Doméstic							
os							
Total	Contagem	3	767	20	8	2	800
	Contagem Esperada	3,0	767,0	20,0	8,0	2,0	800,0

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	2271,491	60	,000
Razão de verossimilhança	293,899	60	,000
Associação Linear por Linear	3,271	1	,071
Nº de Casos Válidos	800		

Comparação das variáveis tóxico e sexo

Tabulação cruzada tipo\_tóxico \* Sexo

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Tóxico do	Contagem	2	1	3	
	Contagem Esperada	1,1	1,9	3,0	
	Resíduos padronizados	,8	-,6		
Álcool	Contagem	149	368	517	
	Contagem Esperada	193,2	323,8	517,0	
	Resíduos padronizados	-3,2	2,5		
Drogas	Contagem	3	4	7	
	Contagem Esperada	2,6	4,4	7,0	
	Resíduos padronizados	,2	-,2		
Medicamentos	Contagem	103	77	180	
	Contagem Esperada	67,3	112,7	180,0	
	Resíduos padronizados	4,4	-3,4		
Detergentes /Produtos Domésticos	Contagem	13	10	23	
	Contagem Esperada	8,6	14,4	23,0	
	Resíduos padronizados	1,5	-1,2		
Pesticidas	Contagem	4	8	12	
	Contagem Esperada	4,5	7,5	12,0	
	Resíduos padronizados	-,2	,2		
Gases	Contagem	4	10	14	
	Contagem Esperada	5,2	8,8	14,0	
	Resíduos padronizados	-,5	,4		
Outros	Contagem	2	3	5	
	Contagem Esperada	1,9	3,1	5,0	
	Resíduos padronizados	,1	-,1		

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Álcool +	Contagem	2	6	8
Drogas	Contagem Esperada	3,0	5,0	8,0
	Resíduos padronizados	-,6	,4	
Álcool +	Contagem	10	4	14
Medicament	Contagem Esperada	5,2	8,8	14,0
os	Resíduos padronizados	2,1	-1,6	
Álcool +	Contagem	1	1	2
Pesticidas	Contagem Esperada	,7	1,3	2,0
	Resíduos padronizados	,3	-,2	
Drogas +	Contagem	0	2	2
Medicament	Contagem Esperada	,7	1,3	2,0
os	Resíduos padronizados	-,9	,7	
Medicament	Contagem	4	0	4
os +	Contagem Esperada	1,5	2,5	4,0
Detergentes	Resíduos padronizados			
/Produtos		2,0	-1,6	
Domésticos				
Medicament	Contagem	0	2	2
os +	Contagem Esperada	,7	1,3	2,0
Pesticidas	Resíduos padronizados	-,9	,7	
Álcool +	Contagem	0	4	4
Drogas +	Contagem Esperada	1,5	2,5	4,0
Medicament	Resíduos padronizados	-1,2	,9	
os				
Álcool +	Contagem	2	1	3
Medicament	Contagem Esperada	1,1	1,9	3,0
os+	Resíduos padronizados			
Detergentes		,8	-,6	
/Produtos				
Domésticos				
Total	Contagem	299	501	800
	Contagem Esperada	299,0	501,0	800,0

Casística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	71,985	15	,000
Razão de verossimilhança	74,788	15	,000
Nº de Casos Válidos	800		

Comparação das variáveis via de contato e idade

Tabulação cruzada Idade \* via\_contato

		via_contato					Total
		Desconhecida	Oral	Inalatória	Oral + Inalatória	Inalatória + IV	
Idade [18-24[	Contagem	1 <sub>a</sub>	167 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	172
	Contagem Esperada	,6	164,9	4,3	1,7	,4	172,0
	Resíduos padronizados	,4	,2	-1,1	,2	-,7	
[25-34[	Contagem	1 <sub>a</sub>	122 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	127
	Contagem Esperada	,5	121,8	3,2	1,3	,3	127,0
	Resíduos padronizados	,8	,0	-,7	-,2	1,2	
[35-44[	Contagem	0 <sub>a</sub>	167 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	175
	Contagem Esperada	,7	167,8	4,4	1,8	,4	175,0
	Resíduos padronizados	-,8	-,1	,8	,2	-,7	
[45-54[	Contagem	0 <sub>a</sub>	163 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	172
	Contagem Esperada	,6	164,9	4,3	1,7	,4	172,0
	Resíduos padronizados	-,8	-,1	,8	,2	,9	
[55-64[	Contagem	1 <sub>a</sub>	88 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	90
	Contagem Esperada	,3	86,3	2,3	,9	,2	90,0
	Resíduos padronizados	1,1	,2	-1,5	,1	-,5	
[65 +[	Contagem	0 <sub>a</sub>	60 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	64
	Contagem Esperada	,2	61,4	1,6	,6	,2	64,0
	Resíduos padronizados	-,5	-,2	1,9	-,8	-,4	
Total	Contagem	3	767	20	8	2	800
	Contagem Esperada	3,0	767,0	20,0	8,0	2,0	800,0

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. Monte Carlo (2 lados)		
				Significância	Intervalo de Confiança 99%	
					Limite inferior	Limite superior
Qui-quadrado de Pearson	16,831	20	,664	,672	,660	,684
Razão de verossimilhança	20,314	20	,438	,548	,535	,561
Teste Exato de Fisher	17,061			,473	,460	,486
Nº de Casos Válidos	800					

Comparação das variáveis via de contato e sexo

Tabulação cruzada Sexo \* via\_contato

			via_contato					Total
			Desconhecida	Oral	Inalatória	Oral + Inalatória	Inalatória + IV	
Sexo Feminino	Contagem	2 <sub>a</sub>	289 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	299	
	Contagem Esperada	1,1	286,7	7,5	3,0	,7	299,0	
	Resíduos padronizados	,8	,1	-,2	-1,2	-,9		
Masculino	Contagem	1 <sub>a</sub>	478 <sub>a</sub>	13 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	501	
	Contagem Esperada	1,9	480,3	12,5	5,0	1,3	501,0	
	Resíduos padronizados	-,6	-,1	,1	,9	,7		
Total	Contagem	3	767	20	8	2	800	
	Contagem Esperada	3,0	767,0	20,0	8,0	2,0	800,0	

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. Monte Carlo (2 lados)		
				Significância	Intervalo de Confiança 99%	
					Limite inferior	Limite superior
Qui-quadrado de Pearson	4,487	4	,344	,361	,349	,373
Razão de verossimilhança	5,497	4	,240	,340	,328	,352
Teste Exato de Fisher	3,963			,390	,378	,403

Casística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Nº de Casos Válidos	800				
---------------------	-----	--	--	--	--

Comparação das variáveis sexo e etiologia

Tabulação cruzada Sexo \* etiologia

			etiologia				Total
			Desconhecido	Voluntária	Acidental	Ocupacional	
Sexo	Feminino	Contagem	2 <sub>a</sub>	279 <sub>a</sub>	18 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	299
		Contagem Esperada	1,1	284,4	12,7	,7	299,0
		Resíduos padronizados	,8	-,3	1,5	-,9	
Masculino	Contagem	1 <sub>a</sub>	482 <sub>a</sub>	16 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	501	
	Contagem Esperada	1,9	476,6	21,3	1,3	501,0	
	Resíduos padronizados	-,6	,2	-1,1	,7		
Total	Contagem	3	761	34	2	800	
	Contagem Esperada	3,0	761,0	34,0	2,0	800,0	

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. Monte Carlo (2 lados)		
				Significância	Intervalo de Confiança 99%	
					Limite inferior	Limite superior
Qui-quadrado de Pearson	5,978	3	,113	,097	,089	,105
Razão de verossimilhança	6,481	3	,090	,133	,124	,142
Teste Exato de Fisher	5,609			,088	,080	,095
Nº de Casos Válidos	800					

Comparação das variáveis etiologia e idade

Tabulação cruzada Idade \* etiologia

			etiologia				Total
			Desconhecido	Voluntária	Acidental	Ocupacional	
Idade	[18-24[	Contagem	1 <sub>a</sub>	169 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	172
		Contagem Esperada	,6	163,6	7,3	,4	172,0

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

	Resíduos padronizados	,4	,4	-2,0	-,7	
[25-34[	Contagem	1 <sub>a</sub>	123 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	127
	Contagem Esperada	,5	120,8	5,4	,3	127,0
	Resíduos padronizados	,8	,2	-1,0	-,6	
[35-44[	Contagem	0 <sub>a</sub>	165 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	175
	Contagem Esperada	,7	166,5	7,4	,4	175,0
	Resíduos padronizados	-,8	-,1	,6	,9	
[45-54[	Contagem	0 <sub>a</sub>	160 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	172
	Contagem Esperada	,6	163,6	7,3	,4	172,0
	Resíduos padronizados	-,8	-,3	1,7	-,7	
[55-64[	Contagem	1 <sub>a</sub>	88 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	90
	Contagem Esperada	,3	85,6	3,8	,2	90,0
	Resíduos padronizados	1,1	,3	-1,4	-,5	
[65 +[	Contagem	0 <sub>a, b</sub>	56 <sub>b</sub>	7 <sub>a</sub>	1 <sub>a, b</sub>	64
	Contagem Esperada	,2	60,9	2,7	,2	64,0
	Resíduos padronizados	-,5	-,6	2,6	2,1	
Total	Contagem	3	761	34	2	800
	Contagem Esperada	3,0	761,0	34,0	2,0	800,0

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. Monte Carlo (2 lados)		
				Significância	Intervalo de Confiança 99%	
					Limite inferior	Limite superior
Qui-quadrado de Pearson	27,997	15	,022	,021	,018	,025
Razão de verossimilhança	27,799	15	,023	,006	,004	,008
Teste Exato de Fisher	25,867			,003	,001	,004
Nº de Casos Válidos	800					

Comparação das variáveis reincidência e idade

Tabulação cruzada Idade \* reincidência

		reincidência		Total	
		Não	Sim		
Idade	[18-24[	Contagem	151	21	172

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

	Contagem Esperada	135,5	36,6	172,0
	Resíduos padronizados	1,3	-2,6	
[25-34[	Contagem	105	22	127
	Contagem Esperada	100,0	27,0	127,0
	Resíduos padronizados	,5	-1,0	
[35-44[	Contagem	127	48	175
	Contagem Esperada	137,8	37,2	175,0
	Resíduos padronizados	-,9	1,8	
[45-54[	Contagem	130	42	172
	Contagem Esperada	135,5	36,6	172,0
	Resíduos padronizados	-,5	,9	
[55-64[	Contagem	64	26	90
	Contagem Esperada	70,9	19,1	90,0
	Resíduos padronizados	-,8	1,6	
[65 +[	Contagem	53	11	64
	Contagem Esperada	50,4	13,6	64,0
	Resíduos padronizados	,4	-,7	
Total	Contagem	630	170	800
	Contagem Esperada	630,0	170,0	800,0

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	18,365	5	,003
Razão de verossimilhança	19,093	5	,002
Nº de Casos Válidos	800		

Comparação das variáveis reincidência e sexo

Tabulação cruzada Sexo \* reincidência

			reincidência		Total
			Não	Sim	
Sexo	Feminino	Contagem	228	71	299
		Contagem Esperada	235,5	63,5	299,0
		Resíduos padronizados	-,5	,9	
	Masculino	Contagem	402	99	501

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

	Contagem Esperada	394,5	106,5	501,0
	Resíduos padronizados	,4	-,7	
Total	Contagem	630	170	800
	Contagem Esperada	630,0	170,0	800,0

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,777	1	,182		
Correção de continuidade	1,547	1	,214		
Razão de verossimilhança	1,759	1	,185		
Teste Exato de Fisher				,211	,107
Nº de Casos Válidos	800				

Comparação das variáveis destino e idade

Tabulação cruzada des\_destino \* Idade

			Idade						Total
			[18-24[	[25-34[	[35-44[	[45-54[	[55-64[	[65 +[	
des_destino	ABANDONO	Contagem	10 <sub>a</sub>	17 <sub>a, b</sub>	36 <sub>b</sub>	34 <sub>b</sub>	13 <sub>a, b</sub>	8 <sub>a, b</sub>	118
		Contagem Esperada	25,4	18,7	25,8	25,4	13,3	9,4	118,0
		Resíduos padronizados	-3,1	-,4	2,0	1,7	-,1	-,5	
	ALTA ADMINISTRATIVA	Contagem	0 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
		Contagem Esperada	,6	,5	,7	,6	,3	,2	3,0
		Resíduos padronizados	-,8	2,2	-,8	,4	-,6	-,5	
	ALTA DISCIPLINAR	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
		Contagem Esperada	,2	,2	,2	,2	,1	,1	1,0
		Resíduos padronizados	-,5	2,1	-,5	-,5	-,3	-,3	
	ARS/ CENTRO DE SAUDE	Contagem	18 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	10 <sub>a</sub>	15 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	61
		Contagem Esperada	13,1	9,7	13,3	13,1	6,9	4,9	61,0
		Resíduos padronizados	1,3	-1,2	-,9	,5	-,3	,5	
	CONSULTA EXTERNA	Contagem	12 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	18 <sub>a</sub>	11 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	63
		Contagem Esperada	13,5	10,0	13,8	13,5	7,1	5,0	63,0
		Resíduos padronizados	-,4	1,3	1,1	-,7	,0	-1,8	
	CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADO	Contagem	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
		Contagem Esperada	,2	,2	,2	,2	,1	,1	1,0

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

	Resíduos padronizados	-,5	-,4	-,5	-,5	-,3	3,3	
EXTERIOR NAO REFERENCIADO	Contagem	117 <sub>a</sub>	65 <sub>b</sub>	78 <sub>b</sub>	86 <sub>b</sub>	50 <sub>a, b</sub>	35 <sub>a, b</sub>	431
	Contagem Esperada	92,7	68,4	94,3	92,7	48,5	34,5	431,0
	Resíduos padronizados	2,5	-,4	-1,7	-,7	,2	,1	
HOSPITAL DIA	Contagem	0 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	7
	Contagem Esperada	1,5	1,1	1,5	1,5	,8	,6	7,0
	Resíduos padronizados	-1,2	,8	1,2	,4	-,9	-,7	
NAO RESPONDEU A CHAMADA	Contagem	4 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	30
	Contagem Esperada	6,5	4,8	6,6	6,5	3,4	2,4	30,0
	Resíduos padronizados	-1,0	-,3	,6	,2	-,2	1,0	
OUTRO HOSPITAL	Contagem	2 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	19
	Contagem Esperada	4,1	3,0	4,2	4,1	2,1	1,5	19,0
	Resíduos padronizados	-1,0	,0	-,6	,9	,6	,4	
SAIDA CONTRA PARECER DO MEDICO	Contagem	7 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	30
	Contagem Esperada	6,5	4,8	6,6	6,5	3,4	2,4	30,0
	Resíduos padronizados	,2	1,5	,2	-,6	-,7	-,9	
SERVICO DE INTERNAMENTO	Contagem	2 <sub>a</sub>	5 <sub>a, b</sub>	12 <sub>a, b</sub>	5 <sub>a, b</sub>	5 <sub>a, b</sub>	6 <sub>b</sub>	35
	Contagem Esperada	7,5	5,6	7,7	7,5	3,9	2,8	35,0
	Resíduos padronizados	-2,0	-,2	1,6	-,9	,5	1,9	
TRANSF INTRA-CHBV	Contagem	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
	Contagem Esperada	,2	,2	,2	,2	,1	,1	1,0
	Resíduos padronizados	-,5	-,4	-,5	-,5	2,6	-,3	
Total	Contagem	172	127	175	172	90	64	800
	Contagem Esperada	172,0	127,0	175,0	172,0	90,0	64,0	800,0

**Testes qui-quadrado**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. Monte Carlo (2 lados)		
				Significância	Intervalo de Confiança 99%	
					Limite inferior	Limite superior
Qui-quadrado de Pearson	95,467	60	,002	,001	,000	,002
Razão de verossimilhança	89,725	60	,008	,002	,001	,003
Teste Exato de Fisher	88,241			,001	,000	,002
Nº de Casos Válidos	800					

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Comparação das variáveis farmacoterapia crónica e idade

Tabulação cruzada Idade \* farmacot\_croni

			farmacot_croni		Total
			Não	Sim	
Idade	[18-24[	Contagem	129	43	172
		Contagem Esperada	118,0	54,0	172,0
		Resíduos padronizados	1,0	-1,5	
[25-34[	Contagem	91	36	127	
	Contagem Esperada	87,2	39,8	127,0	
	Resíduos padronizados	,4	-,6		
[35-44[	Contagem	118	57	175	
	Contagem Esperada	120,1	54,9	175,0	
	Resíduos padronizados	-,2	,3		
[45-54[	Contagem	117	55	172	
	Contagem Esperada	118,0	54,0	172,0	
	Resíduos padronizados	-,1	,1		
[55-64[	Contagem	59	31	90	
	Contagem Esperada	61,8	28,2	90,0	
	Resíduos padronizados	-,4	,5		
[65 +[	Contagem	35	29	64	
	Contagem Esperada	43,9	20,1	64,0	
	Resíduos padronizados	-1,3	2,0		
Total	Contagem	549	251	800	
	Contagem Esperada	549,0	251,0	800,0	

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	10,101	5	,072
Razão de verossimilhança	9,895	5	,078
Nº de Casos Válidos	800		

Casística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Comparação das variáveis farmacoterapia crónica e sexo

Tabulação cruzada farmacot\_croni \* Sexo

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
farmacot_croni	Não	Contagem	174	375	549
		Contagem Esperada	205,2	343,8	549,0
		Resíduos padronizados	-2,2	1,7	
	Sim	Contagem	125	126	251
		Contagem Esperada	93,8	157,2	251,0
		Resíduos padronizados	3,2	-2,5	
Total	Contagem	299	501	800	
	Contagem Esperada	299,0	501,0	800,0	

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	24,127	1	,000		
Correção de continuidade	23,360	1	,000		
Razão de verossimilhança	23,772	1	,000		
Teste Exato de Fisher				,000	,000
Nº de Casos Válidos	800				

Comparação das variáveis reincidência e antecedentes psiquiátricos

Tabulação cruzada antec\_psiq \* reincidência

			reincidência		Total
			Não	Sim	
antec_psiq	Não	Contagem	520	65	585
		Contagem Esperada	460,7	124,3	585,0
		Resíduos padronizados	2,8	-5,3	
	Sim	Contagem	110	105	215
		Contagem Esperada	169,3	45,7	215,0
		Resíduos padronizados	-4,6	8,8	
Total	Contagem	630	170	800	

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Contagem Esperada	630,0	170,0	800,0
-------------------	-------	-------	-------

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	133,715	1	,000		
Correção de continuidade	131,470	1	,000		
Razão de verossimilhança	121,530	1	,000		
Teste Exato de Fisher				,000	,000
Associação Linear por Linear	133,547	1	,000		
Nº de Casos Válidos	800				

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Anexo 2.1 - Escalas de turno entre as farmácias do município de Águeda para o ano 2016

2016



Anexo 2.2 - Exemplo de Ficha do Produto de uma matéria prima

FICHA DO PRODUTO

NOME: SACAROSE 1kg

Código: 3501426

Fornecedor: Cooprotar

factura: AG 14124419

data: 11/08/15

quantidade: 1

Nº Lote: -----

SACAROSA Env: 10/04/2014

Nº Análisis/Lote: 140137 Caducidad: 28/01/2017

Aspecto Polvo cristalino blanco o casi blanco, o cristales brillantes, incoloros o blancos o casi blancos. Muy soluble en agua, poco soluble en etanol al 96%, practicamente insoluble en etanol anhidro.

Nº Boletim Analítico: -----

Origem: -----

Prazo validade: -----

Precauções manuseamento: -----

DESCRIPCION/DESCRIÇÃO	RESULTADOS
Identificación/Identificação	Conforme test (A)
Características	Conforme
Aspecto Solución/Solução S (aq. 50%)	Límpida
Color	15
Conductividad/Conductividade	10uS/cm
Rotación/Rotação específica	+66,6°
Azúcares/Açúcares reductores/redutores	Conforme test
Sulfites	= < 10 ppm
Perdida/Perda p/desec./secag.(3h 105°C)	0,0 %

Responsável recepção: Dir.Técnico:C.Bau

*(Handwritten signature)*

Cómpete RFE-3 15/04/08

*(Handwritten signature)*

Anexo 2.3 - Margens máximas de comercialização dos medicamentos comparticipados e não comparticipados (INFARMED, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Portaria n.º 195-C/2015, de 30 de junho)

PVA igual ou inferior a € 5:

Grossistas - 2,24 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 0,25;

Farmácias - 5,58 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 0,63;

PVA de € 5,01 a € 7:

Grossistas - 2,17 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 0,52;

Farmácias - 5,51 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 1,31;

PVA de € 7,01 a € 10:

Grossistas - 2,12 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 0,71;

Farmácias - 5,36 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 1,79;

PVA de € 10,01 a € 20:

Grossistas - 2,00 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 1,12;

Farmácias - 5,05 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 2,80;

PVA de € 20,01 a € 50:

Grossistas - 1,84 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 2,20;


Farmácias - 4,49 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 5,32;

PVA superior a € 50:

Grossistas - 1,18 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 3,68;

Farmácias - 2,66 %, calculada sobre o PVA, acrescido de € 8,28.

Anexo 2.4 - Modelo da Receita médica de prescrição por via eletrónica

 <p><b>Receita Médica N.º</b> (representação em código de barras e caracteres)</p>		<p><b>Guia de Tratamento para o utente</b></p>	
<p>Utente: _____ (N.º do utente em código de barras e caracteres)</p> <p>Teléfono: _____ R. C.: _____</p> <p>Entidade Responsável: _____</p> <p>N.º de Beneficiário: _____ (representação em código de barras e caracteres)</p>		<p>Local de Prescrição: _____ Teléfono: _____</p> <p>Prescritor: _____</p> <p>Utente: _____</p> <p>Código Acesso: _____ Código Direto opção _____</p> <p>Informação a utilizar para dados de medicamentos referências _____</p>	
<p>(N.º da ordem profissional, em código de barras e caracteres ou símbolo de prescrição)</p> <p>Exemplar: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>(Nome profissional)</p>		<p>N.º</p>	
<p>R. DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia</p>		<p>N.º Extensão</p> <p>Identificação Clínica</p>	
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
<p>Validades: 30 dias</p> <p>Data: aa-aa-mm-dd</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Preferido exercer a direito de opção (assinatura do Utente)</p>		<p>Ensaio para o utente de acordo com os medicamentos comercializados que cumprem a prescrição médica</p> <p>1 (*)</p> <p>2 (*)</p> <p>3 (*)</p> <p>4 (*)</p> <p>Para obter mais informações sobre o preço dos medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte «Fórmula Medicamento», no sítio do INFARMED(<a href="http://www.infarmed.pt">www.infarmed.pt</a>);</li> <li>• Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Dias úteis 09:00-13:00 e 14:00-17:00)</li> <li>• Fale com o seu médico ou farmacêutico</li> </ul> <p>Data: aa-aa-mm-dd</p>	
<p>Processado por computador - software: vzeleto - empresa</p>		<p>Processado por computador - software: vzeleto - empresa</p>	

Anexo 2.5 - Modelo da Receita médica manual

**Receita Médica N°**



GOVERNHO DE PORTUGAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE




\*99999999999999999999\*

Utente: N.º de Utente: Telefone: Entidade Responsável: N.º de Beneficiário:	<b>RECETA MANUAL</b> Exceção legal <input type="checkbox"/> a) Falência informática <input type="checkbox"/> b) Inadaptação do prescriptor <input type="checkbox"/> c) Prescrição no domicílio <input type="checkbox"/> d) Atx-40 receitas/mês	
Vinheta do Prescritor	Especialidade:  Telefone:	Vinheta do Local de Prescrição
R <sub>x</sub> DCI/ Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem		N.º Extensão
1		
Posologia		
2		
Posologia		
3		
Posologia		
4		
Posologia		
Validade: 30 dias Data: ____/____/____ (aaaa/mm/dd)	Assinatura do Prescritor	Pretendo exercer o direito de opção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (assinatura do Utente)

Mod. n.º 1501 (Edição de 2001, E.A.)

Anexo 2.6 - Modelo da Receita médica desmaterializada

  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Guia de tratamento da prescrição n.º: \*1011000025598534403\*

Data: 2016-03-22

**Guia de Tratamento para o Utente**  
Não deixe este documento na farmácia

Utente: \_\_\_\_\_

Código de Acesso e Dispensa: \*832836\*      Código Direito de Opção: \*6207\*




Local de Prescrição: \_\_\_\_\_  
Prescritor: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

DCI / Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia	Quant.	Validade da prescrição	Encargos*
1 Amoxicilina + Ácido clavulânico, 875 mg + 125 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 16 unidade(s) 12/12h	1	2016-04-21	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 0.59, a não ser que opte por um medicamento mais caro
2 Carbocisteína [Mucoral], 50 mg/ml, Xarope, Frasco - 1 unidade(s) - 200 ml 1 colher de sopa 3 vezes dia	1	2016-04-21	
3 Paracetamol, 1000 mg, Comprimido, Blister - 18 unidade(s) 3 por dia , durante 2-3 dias	1	2016-04-21	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 0.22, a não ser que opte por um medicamento mais caro

Processado por computador - Prescrição Eletrónica Médica - v2.0 - SPMS, EPE.

\*Os preços são válidos à data da prescrição. Para verificar se houve alterações nos preços dos medicamentos:  
• Consulte «Pesquisa Medicamento» em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt) ou «Poupe na Receita» no seu telemóvel  
• Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Dias úteis: 09.00-13.00 e 14.00-17.00)  
• Fale com o seu médico ou farmacêutico.

Códigos para utilização pela farmácia em caso de falência do sistema informático

1  2  3 

Pag. 1

Anexo 2.7 - Exemplo do verso de uma Receita Médica após a dispensa dos medicamentos

**Farmácia Alla**

Maria Ala Unipessoal Lda

Maria Ala, Unipessoal Lda.  
**Farmácia Alla**  
Dir. Maria das Dores & C.A. Martins  
Tel: 234 604 664  
Rua Lopo de Cardeira 8  
3100-150 AGUEDA Tel: 234 604 664

Farmácia Alla  
Dir. Técnica: Maria D S C Ala Martins  
N.º Contrib.: 513944109 Telef.: 234 604 664

Data: 25-08-2016  
Oper: 3  
Ent. 01 SNS  
Lote 3 Receita 3

Prod	PVP	Pr. Refº	Qtd	Comp.	Utente		
[1]	2627487-	KLACID 00 COMP RET 500 Mg X 6	8,19	6,02	1	4,15	4,04
[2]	5440987-	BEN U RON COMP 1 G X 18	2,79	1,79	1	0,66	2,13
Totais			10,98		2	4,81	6,17

Declaro que: Me foram dispensadas as 2 embalagens de medicamentos constantes da receita e prestados os conselhos sobre a sua utilização.

Direito de opção:

[2] Exerci o direito de opção para o medicamento com preço superior ao 5.º mais barato.

[1] Não exerci direito de opção.

Ass.do Utente \_\_\_\_\_

Anexo 2.8 - Exemplo de talão emitido referente à venda de MEPs

**Farmácia Alla**  
Maria Ala, Unipessoal Lda

---

Dir.Téc.Maria D S C Ala Martins  
Rua Luis de Camões, Nº 8 Cont.513944109  
3750-159 Agueda  
Tel.234 604 664 Fax.234 604 665  
Email: farmacia.alla@gmail.com

---

Documento Psicotrópicos 25-08-2016

Doc.Venda. Factura F/20271

Receita N. 2021000027132029032

Claúdia

---

Produto	Qtd
PALEXIA RETARD 100 Mg X 30 COMP LI 1	
PALEXIA RETARD 100 Mg X 30 COMP LI 1	

Médico:

Doente:  
Nome :  
Morada:

Adquirente:  
Nome :

C.C.: Val.: 01-03-2018  
Idade : 56

## Anexo 2.9 - Situações passíveis de automedicação

Sistema	Patologias
Digestivo	<p>Diarreia  Hemorróidas (diagnóstico confirmado)  Pirose, enfartamento, flatulência  Obstipação  Vómitos, enjoo de movimento  Higiene oral e da orofaringe  Estomatites (excluindo graves) e gengivites  Odontalgias  Profilaxia da cárie dentária  Candidíase oral recorrente com diagnóstico médico prévio  Modificação dos termos de higiene oral por desinfeção oral  Estomatite aftosa</p>
Respiratório	<p>Sintomatologia associada a estados gripais e constipações  Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite)  Rinorreia e congestão nasal  Tosse e rouquidão  Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio  Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infeções respiratórias em presença de hipersecreção brônquica  Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticoide em inalador nasal)</p>
Cutâneo	<p>Queimaduras de 1º grau, incluindo solares  Verrugas  Acne ligeiro a moderado  Desinfeção e higiene da pele e mucosas  Micoses interdigitais  Ectoparasitoses  Picadas de insetos  Pitiríase capitis (caspa)  Herpes labial  Feridas superficiais  Dermatite da fralda  Seborreia  Alopecia  Calos e calosidades  Frieiras  Tratamento da pitiríase versicolor  Candidíase balânica  Anestesia tópica em mucosas e pele, nomeadamente mucosa oral e retal  Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio</p>

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Nervoso/psique	<p>Cefaleias ligeiras a moderadas  Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação destas substâncias  Enxaquecas com diagnóstico médico prévio  Ansiedade ligeira temporária  Dificuldade temporária em adormecer</p>
Muscular/ósseo	<p>Dores musculares ligeiras a moderadas  Contusões  Dores pós-traumáticas  Dores reumáticas ligeiras a moderadas (osteoartrose/osteoartrite)  Tratamento tópico de sinovites, artrites (não infecciosas), bursites, tendinites  Inflamação moderada de origem musculo-esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática</p>
Geral	<p>Febre (menos de 3 dias)  Estados de astenia de causa identificada  Prevenção de avitaminoses</p>
Ocular	<p>Hipossecreção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a 3 dias  Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio  Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio</p>
Ginecológico	<p>Dismenorreia primária  Contraceção de emergência  Métodos contraceptivos de barreira e químicos  Higiene vaginal  Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfeção vaginal  Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio.  Terapêutica tópica nas alterações tróficas do trato génito-urinário inferior acompanhado de queixas vaginais bem como disparência, secura e prurido</p>
Vascular	<p>Síndrome varicose - terapêutica tópica adjuvante  Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica com descrição de sintomatologia</p>

Anexo 2.10 - Medicamentos não sujeitos a Receita Médica de dispensa exclusiva em farmácia

Substâncias Ativas	Indicações Terapêuticas
Paracetamol+Codeína+Buclizida (500 mg+8 mg +6,25 mg) Para administração oral	Tratamento profilático e sintomático de enxaquecas, incluindo crises de cefaleias, náuseas e vômitos
Cianocobalamina (1 mg) Para administração oral	Prevenção e tratamento de estados carenciais de vitamina B12
Ácido salicílico + Fluorouracilo (100 mg/mL + 5 mg/mL) Para uso externo	Verrugas vulgares, verrugas juvenis planas, verrugas plantares. Verrugas seborreicas
Lidocaína + Prilocaína (25 mg/g + 25 mg/g) Para uso externo	Anestesia tópica
Amorolfina (50 mg/mL) Para uso cutâneo	Onicomicoses causadas por dermatófitos, leveduras e bolores
Ibuprofeno (400 mg) Para administração oral	Dores de intensidade ligeira a moderada (dor reumática e muscular, dores nas costas, nevralgia, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, dores menstruais), febre e sintomas de constipação e gripe
Hidrocortisona Para uso externo	Dermatite, manifestações inflamatórias e de prurido de dermatose, reação de queimadura solar ou picada de inseto
Pancreatina Para administração oral	Tratamento da Insuficiência Pancreática Exócrina (quando existe diagnóstico prévio)
Macrogol e outras associações Para administração oral	Lavagens gastrointestinais e preparação para exames complementares de diagnóstico ou cirurgia
Ácido fúsico (20 mg/g) Para uso externo	Infeção localizada da pele causada por microrganismos sensíveis ao ácido fúsico

## Anexo 2.11 - Projeto “Via Verde do Medicamento” - Lista de medicamentos

- Symbicort ® 80/4,5 µg/dose
- Symbicort ® 160/4,5 µg/dose
- Symbicort ® 320/9 µg/dose
- Atrovent ® unidose
- Spiriva ® 18 µg/dose
- Budenofalk ® 2mg/dose,e spuma retal
- Budenofalk OD ® 9 mg, granulado oral
- Salofalk ®, 1g/dose, espuma retal
- Salofalk enemas ®, 4g/60 mL, suspensão retal
- Risperdal Consta ® 25 mg/2 mL
- Risperdal Consta ® 37,5 mg/2 mL
- Risperdal Consta ® 50 mg/2 mL
- Mysoline ® 250 mg, comprimido
- Asacol ® 400 mg, 60 comprimidos GR
- Asacol ® 800 mg, 60 comprimidos GR
- Innohep 10 000 U.I. Anti-Xa/0,5 mL ®
- Innohep 14 000 U.I. Anti-Xa/0,7 mL ®
- Innohep 18 000 U.I. Anti-Xa/0,9 mL ®
- Sandimmun Neoral ® 25 mg, 30 cápsulas
- Sandimmun Neoral ® 100 mg, 50 cápsulas
- Lovenox ® 20 mg/0,2 mL, 6 unidades
- Lovenox ® 40 mg/0,4 mL, 6 unidades
- Lovenox ® 60 mg/0,6 mL, 6 unidades
- Lovenox ® 80 mg/0,8 mL, 6 unidades

Anexo 3.1 - Lista das substâncias ativas cujos medicamentos são sujeitos a regime excecional de comparticipação segundo a Portaria n.º 48/2016 de 22 de março

- a) Abatacept;*
- b) Adalimumab;*
- c) Anacinra;*
- d) Certolizumab pegol;*
- e) Etanercept;*
- f) Golimumab;*
- g) Infliximab;*
- h) Tocilizumab;*
- i) Ustecinumab.*

Anexo 3.2 - Impresso Hemoderivados

Número de série \_\_\_\_\_

VIAFARMÁCIA

**MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS**  
**REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO**  
*(Arquivar pelos Serviços Farmacêuticos (\*)*

HOSPITAL \_\_\_\_\_ SERVIÇO \_\_\_\_\_

Médico <i>(Nome legível)</i>  N.º Mec. _____ ou Vinheta  Assinatura _____  Data ___/___/___	Identificação do doente <i>(nome, B.I., n.º do processo, n.º de utente do SNS)</i>     <i>Apor etiqueta autocolante cisógrafa ou outro. Enviar tantos autocolantes, com a identificação do doente, quantas as unidades requisitadas</i>	<b>Quadro A</b>
REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA <i>(A preencher pelo médico)</i>		<b>Quadro B</b>
Hemoderivado _____ <i>(Nome, forma farmacêutica, via de administração)</i> Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____ Diagnóstico/Justificação Clínica _____  _____ _____		

REGISTO de DISTRIBUIÇÃO N.º ___/___/___ (*) <i>(A preencher pelos Serviços Farmacêuticos)</i>				<b>Quadro C</b>
Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. Origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED
Enviado ___/___/___ Farmacêutico _____				N.º Mec. _____

(\*) Excepcionalmente o Plasma Fresco Congelado Inativado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo no serviço de Imunohemoterapia

Recebido \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Serviço requisitante \_\_\_\_\_ N.º Mec. \_\_\_\_\_  
*(Assinatura)*

**I. Instruções relativas à documentação:**  
 A requisição, constituída por 2 vias (*VIAFARMÁCIA E VIASERVIÇO*), é enviada aos Serviços Farmacêuticos após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos.  
**VIASERVIÇO** – A preencher pelo serviço requisitante e arquivar no processo clínico do doente.  
**VIAFARMÁCIA** – Permanece em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. Excepcionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado inativado, bem como o arquivo da *viafarmácia* poderá ser feito pelos serviços de imunohemoterapia.

**II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:**  
*a)* Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respectivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante.  
*b)* Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo, serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).

Casística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Número de série \_\_\_\_\_

VIASERVIÇO

**MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS**  
**REQUISICÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO**  
*(Arquivar no processo clínico do doente)*

HOSPITAL \_\_\_\_\_ SERVIÇO \_\_\_\_\_

Médico <i>(Nome legível)</i>	Identificação do doente <i>(nome, B.I., n.º do processo, n.º de utente do SNS)</i>	<b>Quadro A</b>
N.º Mec. ou Vinheta		
Assinatura _____		
Data / /		
<i>Apor etiqueta autocolante cisógrafa ou outro. Enviar tantos autocolantes, com a identificação do doente, quantas as unidades requisitadas</i>		

**REQUISICÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA** *(A preencher pelo médico)*

Hemoderivado <i>(Nome, forma farmacêutica, via de administração)</i>	<b>Quadro B</b>
Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____	
Diagnóstico/Justificação Clínica _____	

**REGISTO de DISTRIBUIÇÃO N.º** / / *(\*) (A preencher pelos Serviços Farmacêuticos)*

Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. Origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED

Enviado / / Farmacêutico \_\_\_\_\_ N.º Mec. \_\_\_\_\_

*(\*) Excepcionalmente o Plasma Fresco Congelado Inativado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo no serviço de Imunohemoterapia*

Recebido / / Serviço requisitante \_\_\_\_\_ N.º Mec. \_\_\_\_\_  
*(Assinatura)*

**REGISTO DE ADMINISTRAÇÃO** *(A PREENCHER PELO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA ADMINISTRAÇÃO (\*\*))*

Data	Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote/Lab. origem	Assinatura/N.º Mec.

*(\*\*) É responsável pela verificação da conformidade do que regista, com o conteúdo do rótulo do medicamento*

Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo, serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico)

Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., Aveiro

Anexo 3.3 - Modelo de requisição de MEP e Benzodiazepinas

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/83, DE 22 DE JANEIRO, COM RETIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

N.º \_\_\_\_\_

Anexo X

Serviços Farmacêuticos do

SERVIÇO  
SALA

Código

Medicamento (DCI)	Forma farmacêutica	Dosagem	Código

Nome do doente	Cama/ processo	Quantidade pedida ou prescrita	Enfermeiro que administra o medicamento		Quantidade fornecida	Observações
			Rubrica	Data		
<i>Total</i>					<i>Total</i>	

Assinatura legível do diretor do serviço ou legal substituto  Data ____/____/____ N.º Mec. _____	Assinatura legível do diretor dos serviços farmacêuticos ou legal substituto  Data ____/____/____ N.º Mec. _____	Entregue por (ass. legível)  Data ____/____/____ N.º Mec. _____  Recebido por (ass. legível)  Data ____/____/____ N.º Mec. _____
--	--	--

Modelo n.º 1509 (Exclusivo da INCM, S. A.) 