



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Estudo Comparativo na abordagem da dor entre  
um doente em tratamento de dor crónica não  
oncológica e um doente em tratamento de dor  
crónica oncológica  
Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia  
Comunitária e Investigação**

**João Carlos Oliveira Máximo**

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

Orientador: Dr. Jorge Aperta  
Co-Orientador: Dr. Pedro Diamantino

**Covilhã, Outubro de 2018**



*“O condutor assinalara a placa de Stryków (...) O lugar, outrora cidade, permanecia um ponto iluminado na pradaria cinzenta e taciturna. A sua igreja saltava à vista, mesmo àquela hora tardia da madrugada. Tinha uma torre alta e fina, recortada, elaborada. Parecia vinda da terra dos gnomos, parecia a mais bela peça de um parque de diversões. (...) Houvera, também, ali, uma razia. Não se contavam os sapatos de todos os tipos, solteiros, divorciados. As canecas e garrafas fechadas, seladas, cheias de café, chá ou água, que não puderam levar. As bonecas, os carros de madeira, os peluches. Até o meu Urso de Ouro de Berlim, lá estava, mumificado, naquela esporádica curta-metragem.”*

*João Carlos Máximo, Não há Aves em Sobibor”*



# Dedicatória

Este trabalho é dedicado aos meus pais e melhores amigos, Manuel e Fernanda.

Aos meus avós, paternos e maternos.

À memória daqueles que viveram e fizeram a imensa Europa dos Anos 30 e 40 do Século XX, gentes oriundas de todos os pontos da Europa.

À memória da minha Tia Maria Manuela Lourenço Diamantino.



# Agradecimentos

Esta história começa no fim de uma viagem ao Leste Europeu, findo o atravessar de uma Ucrânia que permanece intacta, especialmente no Leste, desde a queda da União Soviética. Conheci uma cidade a 40 km da Rússia, onde pensava prosseguir a minha vida e estudos e, onde a Alemanha Nazi, planeava em tempos, o seu regresso a Moscovo. Mas o inverno destruiria os planos de Hitler e, também não seria longo para mim, ao contrário do que julgara, pois regressei a Portugal, ainda antes do Natal.

Essa viagem marcou-me, especialmente, por ter confirmado que aquele mundo, que eu já idealizara, ainda antes de o visitar, vivia não muito diferente do que eu julgara. A viagem gerou um livro, o fim de um ciclo e o primeiro dia do resto da minha vida. Esse novo dia iniciou-se na minha primeira entrada na Faculdade de Ciências da Saúde, como aluno do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Lembro-me de atravessar os laboratórios do pólo principal da UBI, de olhar para a ciência, para as sombras e corredores, como um escritor e sonhador. E assim fiz o meu percurso. O plano curricular é um desafio plural e complexo. De todas as disciplinas privilegiei sempre Farmacologia, Terapêutica e Toxicologia, não pela sua facilidade ou dificuldade, mas pela sua ligação à História, pelas entranhas históricas que lhe conhecia, que lhes descobria, a espaços e, pelo seu papel e impacto social. Lugares de memória. Lembro-me de abrir livros e apontamentos e recordar a poderosa indústria farmacêutica checa, dos anos 30 do Século XX, enquanto estudava, por exemplo, ao pequeno-almoço. Ou de lembrar o uso de anfetaminas, depois de almoço, como chocolate dos *panzers* alemães, no atravessar das Ardenas, ou por saber ter sido usado por uma freira, na tentativa de trepar um muro, às portas de Berlim, quando fugia ao Exército Vermelho de Zhukov.

Quando chegava a noite e abria uma pauta ou estudava na solidão do quarto, recordava e percorria, em pensamento, a imensa e profunda noite americana, onde, no Texas, Ohio ou Florida, *cocktails* de anestésicos adormecem a execução dos condenados à morte, enquanto o basquetebol e os *pubs* entretêm a noite.

Chegado ao fim procurei abordar e desenvolver um tema sério, desafiante, útil e responsável, centrado, sempre, nas pessoas e no bem-estar do ser humano. O ser humano primeiro. Daí a minha opção pela área do tratamento da dor e dos cuidados paliativos.

Chegado aqui, agradeço à minha mãe, por me apoiar sempre, pelas palavras certas na hora certa, por me acalmar e gostar de mim, de mim, como sou, com todas as minhas perfeições e imperfeições, por me ter escolhido a mim, logo a mim, quando podia ter escolhido outro bebé qualquer, por se ter apaixonado por mim, pela poesia livre do materialismo, que julgo ter

trazido comigo, desde Leninegrado. Agradeço ao meu pai, que desde os meus dias no Algarve, muito me apoiou e me tem acompanhado.

Agradeço, também, ao Professor Doutor Jorge Aperta, um *gentleman* da profissão farmacêutica. Um Professor, Director e Homem de Cultura, excelente companhia de conversas, agradável, cheio de experiências de vida, cordial, honesto, muito humano e inteligente. Uma pessoa inspiradora e um exemplo de competência, no meio de tanta humildade que me acompanhou no Hospital Sousa Martins. Agradeço ao Doutor Pedro Diamantino, pelos ensinamentos e orientações que me transmitiu, por me ter recebido na sua Farmácia e pelas oportunidades que me deu.

Agradeço à Doutora Mafalda Silva, pela maturidade, objectividade, competência e humanismo, uma Orientadora que qualquer estagiário gostaria de ter.

Deixo uma palavra especial ao meu irmão Luís, que o computador quis sentar à minha frente, na primeira vez que fizemos um exame juntos e, aos meus amigos de faculdade e professores, especialmente aqueles com quem fiz e mantenho laços de amizade. Deixo um agradecimento à Ana Cristina, pela ajuda fundamental na finalização deste trabalho.

Um beijo inteiro e muito carinhoso ao meu amor, namorada e amiga, Sara, que eu sonho ser a mulher e a companheira de todas as histórias, de todos os romances, de todas as memórias, além desta vida.

# Resumo

A presente dissertação, desenvolvida no âmbito da Unidade Curricular Estágio, do Mestrado em Ciências Farmacêuticas inclui um primeiro capítulo ou estudo de caso centrado nas diferenças entre a dor crónica oncológica e a dor crónica não oncológica, do ponto de vista da abordagem terapêutica e enquadramento social/emocional, na sequência da utilização do medicamento, com o objectivo de explorar a existência de um nicho por explorar em matéria de aconselhamento farmacêutico que poderá contribuir para benefício, aos futuros utentes em cuidados paliativos. O segundo capítulo da dissertação consiste no relatório final ao estágio realizado em farmácia comunitária.

O primeiro capítulo designa-se “Estudo comparativo na abordagem da dor entre um doente em tratamento de dor crónica não oncológica e um doente em tratamento de dor crónica oncológica”. A dor crónica, uma das condições globais mais comuns, associada a um tratamento ineficaz, diminui significativamente a saúde e qualidade de vida do doente (QOL). O envelhecimento da população e o aumento das patologias crónicas associadas à idade fazem prever um aumento da prevalência da dor crónica e do recurso a cuidados paliativos, a nível global. A dor definida por uma experiência desagradável de causas e características multifactoriais é um dos sintomas mais incómodos e prevalentes do cancro, a nível global, uma ameaça que duplicou nos últimos 30 anos do Século XX, esperando-se que duplique novamente até 2020 e triplique por volta de 2030. O controlo adequado da dor crónica depende de uma correcta classificação da intensidade da mesma, através de ferramentas de classificação validadas e correctamente aplicadas, pela percepção e promoção da comunicação entre o doente e os profissionais de saúde. Depende, ainda, da experiência do profissional de saúde responsável e da sua colaboração com os demais profissionais, da correcta aplicação das normas e recomendações, sendo os fármacos opióides, a escolha de eleição, tendo em conta o carácter individualizado do doente, para a abordagem terapêutica da dor crónica e, da correcta informação prestada ao doente aquando de todo o seu acompanhamento farmacoterapêutico. O tratamento farmacológico da dor crónica não oncológica e da dor crónica oncológica é uma experiência distinta e multidimensional que exige cada vez mais uma estreita colaboração entre o profissional de saúde, o doente e os seus familiares/cuidadores e uma abordagem holística, para tratar a pessoa e não apenas a doença, numa gestão integrativa da dor. Nesta gestão integrativa da dor são várias as competências farmacêuticas, por explorar, no contexto de farmácia hospitalar e comunitária, que concretizando-se, trarão benefícios inequívocos aos futuros utentes em cuidados paliativos, em Portugal. Pretende-se evidenciar a realidade do impacto e do papel do farmacêutico, numa unidade hospitalar portuguesa e, na comunidade a ela circunscrita, envolvendo um doente em tratamento de dor crónica oncológica e um doente em tratamento de dor crónica não oncológica. Pretende-se, também, lançar as bases para uma reforma nos

cuidados da dor crónica oncológica e não oncológica, em Portugal e, para a redefinição do farmacêutico como parte integrante de equipas multidisciplinares de saúde, para o tratamento da dor.

O segundo capítulo corresponde ao relatório de estágio em Farmácia Comunitária, onde procuro descrever a responsabilidade, a abrangência e os limites do papel do farmacêutico na promoção da qualidade dos cuidados de saúde do utente, numa análise e reflexão sobre todas as actividades em que participei e dos conhecimentos adquiridos, ao longo do meu estágio, de 800 horas, na Farmácia Holon Covilhã.

## **Palavras-chave**

Dor, dor crónica não oncológica, dor crónica oncológica, saúde, terapia da dor, cuidados paliativos, intervenção farmacêutica, envelhecimento, farmacêutico, farmácia hospitalar, farmácia comunitária.

# Abstract

The present dissertation falls under the scope of the internship curricular unit of the Master Degree Course in Pharmaceutical Science. It includes a first chapter or case study focused on the differences between chronic cancer pain and chronic non-cancer pain, viewed by therapeutic approach and social/emotional framework, as a result of the use of the drugs, exploring the existence of a possibility to explore in the area of pharmaceutical intervention which may contribute to benefit the future patients in palliative care. The second chapter offers an account of the internship at a community pharmacy.

The first chapter is titled "comparative study on pain between a patient approach in treatment of chronic non-cancer pain and one patient approach in treatment of chronic cancer pain." Chronic pain, one of the most common global conditions, associated with an ineffective treatment, decreases significantly the health and quality of life (QOL) of patients. The aging of population and the increase of chronic diseases associated with age will contribute to an increase in the prevalence of chronic pain and palliative care needs, at a global level. The pain, an unpleasant experience of multi-factorial causes and characteristics is one of the most common symptoms due to cancer, worldwide, a threat that has doubled in the past 30 years of the 20th century are expected to double again until 2020 and triple around 2030. The adequate control of chronic pain needs a correct classification of its intensity, through validated classification tools, correctly applied, by perception and promotion of communication between the patient and healthcare professionals. The adequate control of chronic pain depends of the health professional experience and his collaboration with other professionals, the correct application of the standards and recommendations, taking into account the individualized nature of the patient and pathology, and the information provided to the patient during the complete pharmacotherapy follow-up. Pharmacological treatment of chronic non-cancer pain and chronic cancer pain is a distinct and multidimensional experience that requires increasingly close collaboration between the health professional, the patient and their families/caregivers and a holistic approach, to treat the person and not just the disease, into an integrative pain management. This integrative pain management includes several pharmaceutical skills, if better explored, in the context of hospital and community pharmacy context, will bring benefits to future patients in palliative care, in Portugal. The present work aims at demonstrating the reality of the impact and the role of the pharmacist in a hospital unit, and in the surrounding community, involving a patient in treatment of chronic cancer pain and one patient in treatment of chronic non-cancer pain. This dissertation also puts forward some thoughts about a reform in the Portuguese care of cancer and non-cancer chronic pain, and for resetting the pharmacist as part of multidisciplinary health teams, for the treatment of pain.

The second chapter of this dissertation concerns the community pharmacy curricular internship, where is described the responsibility, the dimension and limits of the pharmacist's role in promoting the quality of health care, including the analysis and reflection about all the activities and the knowledge gained throughout my internship, during 800 hours, at the pharmacy Holon Covilhã.

## **Keywords**

Pain, chronic non-cancer pain, chronic cancer pain, health, pain therapy, palliative care, pharmaceutical intervention, aging, pharmacist, hospital pharmacy, community pharmacy.

# Índice

1.1. Capítulo 1 - Estudo comparativo na abordagem da dor entre um doente em tratamento de dor crónica não oncológica e um doente em tratamento de dor crónica oncológica	
Introdução Teórica	
1.1.1. A Dor e a Oncologia nos nossos dias	1
1.1.2. A Dor e a Faixa Etária	3
1.1.3. Classificação da Dor	4
1.1.3.1. Escalas para classificar a Dor	4
1.1.3.2. Percepção da Dor	6
1.1.3.3. A Dor Oncológica	6
1.1.4. A Terapia da Dor e o Posicionamento do Profissional de Saúde	6
1.1.4.1. A Terapia convencional da Dor	6
1.1.4.2. As diferentes vias de administração	8
1.1.4.3. Os opióides <i>major</i>	8
1.1.4.4. Outras opções terapêuticas	9
1.1.4.4.1. Radioterapia	9
1.1.4.4.2. Canabinóides	9
1.1.4.5. Os desafios permanentes no Controlo da Dor	9
1.1.5. Cuidados Paliativos Primários	12
1.1.6. A Medicina Integrativa	13
1.1.6.1. A Medicina Integrativa em Geriatria e Cuidados Paliativos	13
1.1.6.2. A Medicina Integrativa no controlo da Dor	14
1.1.6.3. A avaliação e as opções terapêuticas da Medicina Integrativa	14
1.2. Objectivos	15
1.2.1. Objectivos Específicos	15
1.3. Métodos de Trabalho	15
1.4. Apresentação dos Resultados	16
1.4.1. Caso-Paciente 1 - Doente em tratamento de dor crónica não oncológica	16
1.4.1.1. Identificação do doente	16
1.4.1.2. Doença Actual	16
1.4.1.3. Historial Clínico	16
1.4.1.4. Histórico de Consultas	17
1.4.1.5. Histórico de Consultas	18
1.4.1.6. Última Prescrição	19
1.4.1.7. Hábitos e Costumes	19
1.4.1.8. História Social / Comportamental	20
1.4.2. Caso-Paciente 2 - Doente em tratamento de dor crónica oncológica	20

1.4.2.1.	Identificação do doente	20
1.4.2.2.	Doença Actual	20
1.4.2.3.	Historial Clínico	21
1.4.2.4.	Histórico de Consultas	21
1.4.2.5.	Última Prescrição	22
1.4.2.6.	Hábitos e Costumes	22
1.4.2.7.	História Social / Comportamental	23
1.4.3.	Dados recolhidos em entrevista	23
1.4.3.1.	Banco de questões a colocar aos doentes em estudo	23
1.4.3.2.	Caso - Paciente 1 - Doente em tratamento de dor crónica não oncológica	24
1.4.3.3.	Caso - Paciente 2 - Doente em tratamento de dor crónica oncológica	25
1.4.4.	Quadro Geral da Medicação de cada paciente	26
1.4.5.	Quadro-Resumo por grandes grupos terapêuticos da intervenção na dor	27
1.4.6.	Descrição dos Fármacos, Limitações, Forma de uso e principais Efeitos Secundários com foco nos pacientes em estudo	28
1.4.7.	Descrição e análise da posologia dos fármacos utilizados	32
1.4.8.	Análise do Seguimento farmacoterapêutico (Em função da Classificação de Resultados Negativos da Medicação pelo Terceiro Consenso de Granada)	35
1.5.	Discussão	36
1.6.	Conclusão e Perspectivas Futuras	45
1.7.	Bibliografia	51

## 2. Capítulo 2 - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

2.1.	Introdução	56
2.2.	Organização da Farmácia	56
2.2.1.	Organização dos Recursos Humanos da Farmácia	56
2.2.1.1.	Direcção Técnica	56
2.2.1.2.	Organograma das Funções	57
2.2.2.	O Interior da Farmácia, o <i>Front</i> e <i>BackOffice</i> e alguns Aspectos Legais	58
2.2.2.1.	O Escritório e o Armazém	58
2.2.2.2.	O Robot da Farmácia	59
2.2.2.3.	O Laboratório de preparação de PIM	61
2.2.2.4.	Os Gabinetes de Prestação de Serviços e a Sala de Palestras	61
2.2.2.5.	Controlo de Temperaturas	62
2.2.3.	O Exterior e a Acessibilidade à Farmácia	62
2.2.4.	Noções do <i>software Sifarma</i>	63
2.3.	Gestão e Logística	64

2.3.1. Tipos de compras	64
2.3.2. Compras em Grupo	64
2.3.3. Propostas e Recepção de Encomenda	65
2.3.3.1. Propostas de Encomenda	65
2.3.3.2. Recepção de Encomendas	65
2.3.3.3. Devoluções	66
2.3.3.4. Prazos de Validade	66
2.3.3.5. Armazenamento	67
2.3.3.6. Noções de Negociação	68
2.4. Produtos	69
2.4.1. Tipos de Produtos e enquadramento legal	69
2.4.1.1. MSRM e MNSRM	69
2.4.1.2. Dispositivos Médicos	69
2.4.1.3. Suplementos Alimentares e Medicamentos de Uso Veterinário	69
2.4.1.4. Outros Produtos	70
2.4.2. Sistemas de Classificação	70
2.4.3. Novos Produtos	71
2.4.4. Preparações Extemporâneas	71
2.5. Marketing	72
2.5.1. Organização do <i>FrontOffice</i> , Campanhas e Imagem da Farmácia	72
2.6. Projectos/Serviços	73
2.6.1. Os Serviços disponibilizados na Farmácia	73
2.6.2. Check Saúde (determinação de parâmetros bioquímicos)	73
2.6.2.1. Determinação da Glicémia/Colesterol Total	73
2.6.2.2. Determinação da Pressão Arterial	74
2.6.3. Projectos Dentro e Fora da Farmácia	74
2.6.4. Organização e Preparação de PIM	76
2.7. Intervenção Farmacêutica	77
2.7.1. Consulta Farmacêutica	77
2.7.2. Cessação Tabágica	78
2.7.3. Aplicação de Questionários de Saúde	78
2.7.4. Serviço de Aconselhamento ao Viajante	79
2.8. Qualidade	79
2.8.1. O Sistema de Gestão de Qualidade	79
2.9. Atendimento	80
2.9.1. Atendimento Holon (Factores Diferenciadores)	80
2.9.2. Protocolos de Aconselhamento	82
2.9.3. Tipos de receitas e leitura das mesmas	82
2.9.4. Organismos de participação	83
2.9.5. Receituário	84

2.9.5.1.	Organização, verificação e facturação	84
2.9.6.	Psicotrópicos e Benzodiazepinas	85
2.10.	Preparação de Medicamentos Manipulados	85
2.11.	Conclusão	87
2.12.	Bibliografia	88
2.13.	Anexos	91

# Lista de Figuras

Figura 1 -Organigrama com Organização da Farmácia (por áreas de responsabilidade).

Figura 2 - Vista interior do Robot da Farmácia.

Figura 3 - Vista exterior da farmácia.



# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Categorias por mecanismo de Dor.

Tabela 2 - Algumas terapias de Suporte à Dor Oncológica.

Tabela 3 - Principais abordagens integrativas para a Dor Crónica.

Tabela 4 - Fármacos do Paciente 1: Doente em tratamento de dor crónica não oncológica.

Tabela 5 - Fármacos do Paciente 2: Doente em tratamento de dor crónica oncológica.

Tabela 6 - Posologia do Paciente 1: Doente em tratamento de dor crónica não oncológica.

Tabela 7 - Posologia do Paciente 2: Doente em tratamento de dor crónica oncológica.

Tabela 8 - Seguimento farmacoterapêutico do Paciente 1: Doente em tratamento de dor crónica não oncológica.

Tabela 9 - Seguimento farmacoterapêutico do Paciente 2: Doente em tratamento de dor crónica oncológica.



# Lista de Acrónimos

EUA - Estados Unidos da América

QOL - Qualidade de Vida

OMS - Organização Mundial da Saúde

AINE - Anti-inflamatório não esteróide

EVA - Escala Visual Analógica

BTP - Dor aguda/ Dor transitória

NGF- Factor de crescimento neuronal

RANK/RANKL - Receptor activador do factor nuclear k-B/receptor activador no ligando do factor nuclear k-B

TRPV1 - Receptor de potencial transiente vanilóide do tipo 1

ASIC - Canal iónico sensível a ácidos

THC - Tetrahydrocannabinol

CBD - Canabidiol

FDA - Administração norte-americana dos Alimentos e Medicamentos

COT - Terapia crónica com recurso a opióides

CAM - Método de Avaliação da Confusão

TT - Terapias biológicas/direccionadas

IBP - Inibidores da Bomba de Protões

ASCO - Sociedade Americana de Oncologia Clínica

SPC - Cuidados paliativos especializados

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

CRP - Proteína C - reactiva

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

SBST - Start Back Screening Tool

ULS - Unidade Local de Saúde

ADT - Amitriptilina

SOS - Quando necessário

MFR - Medicina Física e de Reabilitação

ID - Vez ao dia

SAP - Serviço de Atendimento Permanente

IMC - Índice de Massa Corporal

M - Metros

Km - Quilómetros

Mg - Miligramas

Kg - Quilograma

MMHg - Milímetro de mercúrio

PSA - Antígeno específico da próstata  
ML - Mililitro  
MOF - Opióide forte  
IECA - Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina  
LDL - Lipoproteína de baixa densidade  
HDL - Lipoproteína de alta densidade  
RCM - Resumo das Características do Medicamento  
DGS - Direcção-Geral da Saúde  
5-HT3 - Receptores da 5-hidroxitriptamina  
COX-2 - Ciclo-oxigenase 2  
INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.  
ESMO - Sociedade Europeia de Oncologia Médica  
FHC - Farmácia Holon Covilhã  
DT - Director-Técnico  
MSRM - Medicamentos sujeitos a receita médica  
PIM - Preparação Individualizada da Medicação  
MNSRM - Medicamentos não sujeitos a receita médica  
PVP - Preço de venda ao público  
CNP - Código Nacional de Produto  
FEFO - Sai primeiro o que expira primeiro  
DGAV - Direcção Geral de Alimentação e Veterinária  
ATC - Anatomical Therapeutic Chemical Code  
AIM - Autorização de Introdução no Mercado  
DL - Decilitros  
G - Grama  
SNS - Serviço Nacional de Saúde  
DCI - Denominação Comum Internacional  
RAM - Reacção adversa a medicamentos  
ADM - sistema de assistência na doença a militares  
EDP - Energias de Portugal  
CTT - Correios de Portugal, S.A.  
ANF - Associação Nacional de Farmácias  
IVA - Imposto sobre o valor acrescentado

# Capítulo 1 - Estudo comparativo na abordagem da dor entre um doente em tratamento de dor crónica não oncológica e um doente em tratamento de dor crónica oncológica

## 1.1. Introdução Teórica

### 1.1.1. A Dor e a Oncologia nos nossos dias

A ameaça global de cancro duplicou nos últimos 30 anos, do século XX. Mais de 14 milhões de casos de cancro foram diagnosticados, só em 2012, a nível mundial. As estimativas apontam para que a ameaça, duplique novamente, entre 2000 e 2020, esperando-se que triplique por volta de 2030. (1) (2) Na próxima década, com o crescimento e envelhecimento da população, espera-se que surjam no mundo, aproximadamente, 26 milhões de novos casos de cancro, com maior incidência nos países com menores recursos. (1) Desses, espera-se que dois terços acabem por perecer no espaço de um ano. (3)

A dor é um dos sintomas mais comuns e incómodos do cancro, a nível global, com a estimativa de que 60 a 90% dos pacientes com doença avançada possuam dor significativa, relacionada com o cancro. (4) A dor associada a uma lesão orgânica pode ser percebida como um momento sensorial, emocional e cognitivo, desagradável, de resposta ao tratamento, amplificada ou diminuída, por factores psicológicos, físicos e sociais. (1) A Sociedade Americana da Dor define-a como o quinto sinal vital, sendo avaliada por normas e regulamentos internacionais. (5)

A dor oncológica, muitas vezes, o primeiro sinal de um tumor primário e/ou da sua recorrência é, causada pelo tumor em si, adenopatia, metástases, infecções, espasticidade muscular ou associada ao tratamento e, caracteriza-se por ser crónica, dolorosa, debilitante, no que à qualidade de vida diz respeito (afectando as actividades diárias, em aproximadamente, 69% dos doentes oncológicos), de elevado impacto emocional e sociofamiliar, onde imperam, frequentemente, sinais e sintomas de depressão, ansiedade e fadiga e, alteração do estado mental. (1) (5)

A dor directamente relacionada com o tumor ocorre, em proporções, que variam dos 56% a 85%. (6) No momento do diagnóstico, 20% a 50% dos pacientes apresentam dor relacionada com cancro, sendo estimada entre 15% a 75%, a prevalência de dor crónica, em doentes com

tumores sólidos. (1) Em doentes com cancro avançado, 38% a 80% dos pacientes, apresentam dor moderada a severa, sendo os opióides, fármacos geralmente efectivos, no alívio do sintoma. (7)

A dor é reportada por mais de metade dos pacientes a receber terapia oncológica e, por dois terços dos doentes com doença avançada e metastática, segundo estudos realizados entre 2005 e 2014. (2) A nível global, sugere-se que 50% a 80% dos pacientes não recebam tratamento, com vista ao controlo adequado da dor, apesar dos progressos, na última década, no controlo farmacológico da dor, estimando-se que 1 em cada 4 dos doentes acabem por perecer, sem alívio adequado da dor. (1) (2) A dor não relacionada com cancro ou o seu tratamento ocorre entre 3% a 22% dos casos. Estudos demonstram algum equilíbrio entre a prevalência de dor contínua (47%) e dor intermitente (53%). As exacerbações intermitentes são comuns (75%), sendo a subdosagem implicada em, pelo menos, 20% dos pacientes, uma situação potencialmente evitável. (6)

Num estudo envolvendo 3285 pacientes submetidos a terapia com fármacos analgésicos (55% dos quais com idade igual ou superior a 65 anos), aproximadamente 85% (2821 pacientes) manifestaram, ainda assim, dor, que revelou ocorrer em episódios severos, em 42% dos mesmos (1178 pacientes). (5) A justificar este problema estão as variações entre as práticas de terapia da dor relacionada com o cancro, respectivamente, nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. A esta variabilidade terapêutica, associam-se as diferenças entre populações, o estatuto do doente, o estadio e localização do tumor ou factores com impacto na comunicação do doente. (6) Ainda, a percepção da dor pode ser impulsionada pela duração do procedimento, a informação e a experiência partilhada pelo profissional de saúde responsável, a ansiedade, o sexo feminino e a idade jovem ou o local onde se realiza o procedimento (o externo sendo o mais doloroso). (5) O índice de desenvolvimento das regiões e as normas culturais e políticas governamentais, para uso de opióides, bem como, a cultura prática de uso de opióides entre médicos e instituições, provou ser útil em estudos sobre a dor oncológica e a saúde, a nível global. (4) Num estudo envolvendo cidadãos com mais de 18 anos, a prevalência de dor crónica mostrou ser superior na Noruega (30%), Polónia (27%) e Itália (26%), e inferior em Espanha (12%) e no Reino Unido (13%). (8)

Nos EUA (Estados Unidos da América) estima-se que os custos relacionados com a terapia da dor rondem gastos anuais de 462 a 524 mil milhões de euros, excedendo os custos envolvendo as doenças cardiovasculares, cancro ou diabetes. (9)

Os pacientes oncológicos podem sofrer de dor de várias origens, como observado na prática clínica. A investigação clínica centrada na incidência da dor tem provado, que a mesma pode ser causada por outros factores, além do cancro. Um estudo de *Massaccesi et al.* refere uma maior incidência de dor não relacionada com cancro (29,6%), em pacientes oncológicos, relativamente à dor oncológica (19,6%), ainda que esta última presente, maior intensidade e componente de dor neuropática, em período prévio à realização de radioterapia. Este estudo parece demonstrar uma maior eficácia da radioterapia, ou da farmacoterapia, maior negligência em quadros de dor não relacionada com cancro e maior incidência de dor

iatrogénica em pacientes submetidos a cirurgia ou terapia neoadjuvante. A dor não relacionada com cancro parece ter menor severidade e impacto psicológico no doente, relativamente à dor oncológica, o que pode justificar uma menor tendência do doente em comunicar a dor, quando entende ou percebe que não está associada à presença de cancro. (10)

É, por isso, importante obter uma história clínica detalhada do paciente. A escolha inadequada de opções terapêuticas mantém-se uma barreira significativa para o controlo adequado da dor. (6) A falta de ferramentas e conhecimentos na classificação e controlo da dor entre profissionais de saúde é, ainda comum. E pouco tempo é dedicado ao controlo da dor no Ensino Superior. (2)

### **1.1.2 A Dor e a Faixa Etária**

A dor oncológica incluindo as exacerbações intermitentes, diminuem significativamente a saúde e qualidade de vida (QOL). (11) Ocorrendo em qualquer idade, a prevalência da dor crónica parece estar a aumentar, em termos globais, como consequência ao envelhecimento da população e ao aumento das patologias crónicas. (9) Ainda que afecte a população idosa, maioritariamente, a dor que persiste por mais de 3 meses, está presente em, aproximadamente, 25% a 46% das crianças e adolescentes, manifestando-se como cefaleia, dor abdominal e músculo-esquelética. A dor crónica na juventude, em 8% severa e debilitante, provoca depressão, transtornos emocionais e sociais e inactividade física. (9)(12)(13) Na União Europeia, um em cada cinco europeus, em idade adulta sofre de dor. (8) Um estudo de *Green et al.* mostrou um maior peso da dor na condição emocional, em indivíduos com idades compreendidas entre os 18 anos e os 59 anos, ainda que com melhores probabilidades de recuperação e sobrevivência. Indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos manifestaram melhor condição emocional, apesar de após 6 meses, se denotar um agravamento da função física. (11)

O aumento de comorbidades resultantes do processo de envelhecimento e da presença de patologias crónicas dos sistemas cardiovascular (mais frequentes), músculo-esquelético ou nervoso, prevêem um maior impacto de cancro, dor crónica, não oncológica ou oncológica, nesse grupo de população. (8) (11) A idade média para um novo diagnóstico é de 66 anos e a idade média de mortalidade é de 72 anos, sendo que as manifestações mais comuns, na população idosa, envolvem a dor. Nos idosos é muito frequente a necessidade de cuidados paliativos e gestão da dor, durante o tratamento oncológico. (14)

A dor reportada pelos doentes, subestimada pelos cuidadores e profissionais de saúde e, a percepção de dor crónica causa, frequentemente, alterações de humor, fadiga e náuseas, levando a um prejuízo da actividade diária, aumento do risco de quedas e contribui para a dependência aos cuidadores. (8) (15) A ocorrência de dor crónica resulta, assim, num uso excessivo de analgésicos e aumenta a frequência de recurso aos serviços de saúde. (8) Numa primeira etapa, deve ser realizada uma avaliação da localização (dor localizada ou generalizada), tipo, intensidade, terapia, e factores de exacerbação/remissão. (14)

Gerir a dor oncológica em geriatria, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida e da morte do doente, em pacientes com alterações cognitivas ou demência, pode ser complexo e desafiante, mas um imperativo à optimização do controlo da dor. (14) Em doentes submetidos a quimioterapia, aproximadamente 1 em cada 3 sofre de dor, situação que afecta 90% daqueles que padecem de doença avançada. Esta situação leva a OMS (Organização Mundial da Saúde) a defender o aumento da compreensão e preocupação para com a dor na população idosa, como parte de cuidados paliativos. (13)

Desde que, rigorosamente, monitorizados e titulados, o uso de fármacos opióides é seguro e eficaz no tratamento da dor oncológica, em idosos, devendo os profissionais de saúde estar atentos a efeitos adversos que podem abranger polimedicação, delírio e quedas. (14)

### 1.1.3. Classificação da Dor

#### 1.1.3.1. Escalas para Classificar a Dor

A dor pode ser classificada tendo em conta diferentes critérios, como mostra a tabela 1. (1) (9) A classificação mecanística da dor oncológica classifica-a em dor neuropática (causada por lesões ou disfunções no sistema nervoso, directamente por compressão neuronal associada ao tumor, indirectamente como consequência de cirurgia ou quimioterapia, ou em resultado de comorbidade), nociceptiva (activação do nociceptor periférico causada por lesões nos tecidos) ou na combinação de ambas, revestindo de especial importância na determinação de uma correcta abordagem terapêutica. (16) (17)

A dor neuropática é descrita como uma descarga eléctrica, acompanhada de formigueiro, câibras e prurido podendo ser controlada por analgésicos opióides ou não opióides isolados ou em combinação com antidepressivos tricíclicos ou anticonvulsionantes. A dor nociceptiva pode, ainda, classificar-se como dor somática ou visceral. A dor somática é causada pelo envolvimento de órgãos densos como os ossos, músculos e tecido celular subcutâneo. Uma dor desagradável e contínua, com presença de exacerbações temporárias (responsiva a analgésico opióide e não opióide), produzida, por exemplo, por uma metástase no osso. A dor visceral ou dor profunda, contínua e fracamente localizada é causada por uma lesão ou pressão de órgãos e vísceras e, responde adequadamente a opióides, AINEs (anti-inflamatórios não esteróides) e fármacos espasmolíticos (em cólicas). (1) Em muitos casos de dor oncológica, a mistura de componentes nociceptivos e neuropáticos levou à sua definição, como sendo mais ou menos neuropática, em vez de puramente neuropática. Enquanto a dor nociceptiva é sensível a opióides, a *responsividade* da dor neuropática é fraca. (16)

A Escala Visual Analógica (EVA), Escala de Classificação Numérica e Escala de Classificação Verbal são as escalas de classificação mais simples e, as mais usadas na prática diária, sendo capazes de medir a intensidade da dor. A EVA pode ser usada em questionários, onde o paciente indica a intensidade da dor de que padece, sendo, assim, uma escala de resposta psicométrica. Consiste numa linha horizontal de 10 cm de diferentes expressões de dor, significando, desde, *sem dor* no seu lado esquerdo, à mais intensa dor possível, no seu lado direito. De acordo com o critério da Escada Analgésica da OMS, a dor aguda (duração inferior

a 3-6 meses com um início bem definido, sinais e sintomas objectivos) ou dor crónica (duração superior a 6 meses, persistente e normalmente não acompanhada de sinais objectivos) é classificada como *dor leve*, em EVA de 0 a 3, como *dor moderada*, em EVA de 4 a 6 ou *dor severa*, em EVA de 7 a 10. (1)

Pode, ainda, classificar-se como BTP (dor aguda/dor transitória), uma exacerbação transitória (normalmente de origem neuropática, provocada por movimento, tosse, defecação) da dor estável controlada ao longo de todo o dia, com terapia opióide. A BTP pode ser despoletada em exames de diagnóstico (Tomografia Computadorizada, Cintilografia óssea), radioterapia, manobras de mobilização (*levantar, virar, cicatrização de feridas ou úlceras de pressão*), entre outras.

Quer os profissionais de saúde, quer os pacientes contribuem para a variabilidade na avaliação da dor e seu tratamento, que no contexto do cancro pode ser subestimada. (1) (11)

Os pacientes podem não conseguir esclarecer a intensidade da dor, ou minimizar a importância do controlo da dor, por exemplo, devido ao medo que a preocupação do clínico com a dor possa retirar o foco na terapia oncológica. (1) (11) No caso de a dor ser confirmada, esta deverá ser medida e analisada em termos de intensidade, frequência, localização, mecanismos patofisiológicos subjacentes, factores desencadeantes e de alívio, bem como, em termos da resposta a tratamentos actuais ou prévios, tendo em conta o historial clínico do paciente (História psiquiátrica, dependência prévia ou actual a opióides e factores de risco que podem levar a um controlo inadequado da dor) com o intuito de elaborar as opções de tratamento mais adequadas. Uma avaliação exaustiva da dor pode contribuir para a detecção de novas lesões tumorais e aumentar o sucesso terapêutico. (1)

O indivíduo pode experimentar medo da dor, ansiedade relacionada com a dor e *catastrofização* da dor. A *catastrofização* da dor refere-se a pensamentos exagerados sobre a dor e incluem *ruminação, magnificação* e desamparo. (1) (12) A história clínica deve complementar-se a um exame físico rigoroso, com foco nas áreas de dor. As conclusões determinam a escolha dos testes de diagnóstico. (14)

Tabela 1 - Categorias por mecanismo de Dor (9)

Mecanismos de Dor	Nociceptiva	Neuropática	Central
Características	Periférica/Mecânica	Combinada	Não-nociceptiva
Exemplos	Dor oncológica, pós-traumática, cirúrgica, artrite reumatóide	Neuropatia induzida por quimioterapia, neuropatia diabética	Cefaleia crónica, cistite, síndrome do cólon irritável, fibromialgia

Fonte: Bonakdar R.A. *Integrative Pain Management*. Med Clin North Am. 2017 Sep; 101(5):987-1004.

### **1.1.3.2. Percepção da Dor**

É útil avaliar a severidade e intensidade da dor reportada pelo doente e, as expressões usadas por este, para descrever a dor, em especial na população idosa, onde é essencial perceber se a dor oncológica afecta as funções diárias. Os pacientes podem reportar como a dor interfere nas suas vidas, através do Inventário Resumido da Dor (*Brief Pain Inventory*), sendo que a dor parece condicionar, efectivamente, as actividades ou funções diárias, com declínio da função física, quando há um resultado igual ou superior a 7. Após esta avaliação, exames físicos, imagiológicos e geriátricos complementares, são essenciais para formular um plano terapêutico adequado ao controlo da dor do paciente.

Em pacientes com alterações cognitivas (quadros de demência ou delírio) deve ter-se, especial atenção, a alterações no desempenho das funções diárias, alterações de comportamento, agitação, ou mudanças de hábitos (sono), mantendo, para isso, estreita colaboração com os familiares e/ou cuidadores do doente.

Perceber se a dor irradia para outras regiões anatómicas do paciente é importante na definição das características da dor. Por exemplo, a componente neuropática da dor pode ser sugerida pela descrição de uma dor que irradia ao longo dos braços ou da perna.

A progressão da patologia com dor localizada na região da sétima vértebra torácica sugere a utilização de radioterapia direccionada, em cuidados paliativos, enquanto os analgésicos sistémicos (opióides) são utilizados para a dor multifocal ou disseminada. (14)

### **1.1.3.3. A Dor Oncológica**

A dor oncológica é percebida como um processo que envolve a troca de informações entre o sistema nervoso central e periférico e as células tumorais. O despertar da dor ocorre quando há transformação maligna, havendo, por exemplo, secreção de altos níveis de factor de crescimento neuronal (NGF) em carcinomas de células escamosas. As metástases, a extensão de moléculas sinalizadoras e o tipo de células envolvidas levam a quadros complexos de dor, com características nociceptiva e neuropática, por exemplo, em cancro indutor de dor óssea, havendo activação de nociceptores ósseos através de lesão ou dano no osso por promoção da via do receptor activador do factor nuclear k-B/receptor activador no ligando do factor nuclear k-B (RANK/RANKL) e condução da dor óssea por canais iónicos (receptor de potencial transiente vanilóide do tipo 1 (TRPV1) e sensíveis a ácidos (ASICs).

Ainda que tradicionalmente sejam usados co-analgésicos neuropáticos, em combinação com gabapentina, para o tratamento do cancro indutor de dor óssea, o mecanismo de sequestro de NGF por anticorpos sequestradores, apresenta-se como um tratamento promissor para o cancro indutor de dor óssea, na redução da dor. (2)

## **1.1.4. A Terapia da Dor e o Posicionamento do Profissional de Saúde**

### **1.1.4.1. A Terapia convencional da Dor**

Segundo *Escobar Alvarez et al.* a estratégia terapêutica deve incluir os seguintes passos:

1. Seleccionar um fármaco apropriado;
2. Prescrever a dosagem adequada;
3. Seleccionar a via de administração;
4. Indicar a posologia apropriada;
5. Prevenir a dor irruptiva e persistente;
6. Titular a dose;
7. Prevenir e tratar os efeitos adversos;
8. Usar os adjuvantes correctos;
9. Avaliar a resposta ao tratamento regularmente.

O corrente tratamento, baseado no uso de opióides, usado para controlar a dor oncológica teve a sua origem na década de 80 do século XX, com a criação do conceito da Escada Analgésica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma abordagem simples e sistemática. (1) Ainda assim, o plano de *Jan Stjernswärd*, de “alcançar um Mundo livre de dor oncológica já no ano 2000”, não foi alcançado e, hoje, os opióides continuam a ser a peça essencial no tratamento da dor oncológica. (2)

O nível de evidência e o grau de recomendação na terapia da dor oncológica não é universal, até porque, em muitos países, a disponibilidade e o uso de opióides é subótima. Outras recomendações apontam para um tratamento gerido por uma equipa multidisciplinar, preconizado logo após o diagnóstico e adaptado às características do doente. Para a BTP involuntária e idiopática, o tratamento consiste no uso de opióides de acção rápida (oral, sublingual ou nasal). (1)

O conceito da escada analgésica da OMS indica que a escolha do analgésico deve ser determinada pela intensidade da dor, em três passos e, integrada aquando do diagnóstico e tratamento do paciente. O quarto passo, não abrangido nas directrizes da OMS, refere-se a técnicas invasivas e outras vias de administração.

A dor nociceptiva prevê o uso de AINEs (ibuprofeno, diclofenac, naproxeno), corticóides e bifosfonatos e, associação com opióides fracos (tramadol) ou mesmo opióides fortes (buprenorfina, morfina, oxicodona). Na dor neuropática, os anticonvulsivos, antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos são os fármacos mais comumente usados. (1) A Sociedade Europeia de Oncologia Médica recomenda o paracetamol e/ou um AINE no tratamento da dor, a curto prazo, de várias intensidades, quando não estão contra-indicados. Um opióide deve ser prescrito em adição ao não-opióide, quando este último se revela insuficiente na resolução da dor. (18)

As opções de tratamento previstas pelo conceito de estada analgésica, da OMS incluem os seguintes passos:

1. No primeiro passo (tratamento de dor leve; EVA 1-3) - Aspirina, Paracetamol, Ibuprofeno, Indometacina, Naproxeno, Diclofenac (não-opióides), Acetaminofeno; - AINEs - Fármacos anti-inflamatórios não esteróides (1)

Os AINEs devem ser evitados em tratamentos prolongados (toma não deve exceder 1 semana, à mínima dose efectiva), em idosos com cancro, devido ao risco de insuficiência renal, hemorragia gastrointestinal e alterações sanguíneas (plaquetas), havendo excepções, quando os benefícios superam os riscos. (14)

2. No segundo passo (tratamento de dor moderada; EVA 4-6) - Tramadol, Codeína, Dextropropoxifeno (opióides fracos);

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos recomenda o uso de opióides fortes em dose baixa (morfina, buprenorfina, fentanilo, tapentadol ou oxicodona).

3. No terceiro passo (tratamento de dor severa; EVA 7-10) - Morfina, Buprenorfina, Oxicodona, Fentanilo, Metadona, Tapentadol (opióides fortes);

Este passo prevê a rotação de opióides (substituição de opióides usando uma dose equivalente, no caso de resposta analgésica inadequada ou toxicidade intolerável) e a utilização de outras vias de administração, que não a oral (transdérmica, subcutânea, intravenosa), em doentes com características e necessidades especiais.

4. No quarto passo - Unidades de Dor. (1)

#### **1.1.4.2. As diferentes vias de administração**

No início do tratamento com opióides devem ser usadas, preferencialmente, as vias oral ou transdérmica, recorrendo-se à via parentérica, em doentes hospitalizados com dor severa (EVA 7-10). A via oral permite administrações a cada 4-6 horas e a introdução de terapia de resgate, enquanto a via transdérmica (buprenorfina, fentanilo) permite a auto-administração e providencia níveis plasmáticos estáveis, sendo eficazes, nos passos 2 e 3 da Escada Analgésica da OMS. (1)

#### **1.1.4.3. Os opióides *major***

A titulação dos opióides major deve ser feita recorrendo à dose mais baixa, que demonstre maior eficácia terapêutica e menores efeitos adversos. São exemplos desse grupo de fármacos, a morfina (o padrão de baixo custo), tapentadol, oxicodona, buprenorfina, fentanilo e metadona. Os fármacos opióides prescritos para o controlo da dor em idosos devem obedecer à premissa “iniciar lentamente (com opióides de curta duração de acção), ir lentamente”, devido às alterações fisiológicas e farmacocinéticas relacionadas com a idade. A partir de 10% a 20% da dose total diária de um opióide de longa acção, pode calcular-se a dose de um opióide de curta acção. (1) (14)

O fentanilo é o fármaco de eleição, em casos de insuficiência renal, sem ajuste de doses. Para a dor neuropática estão indicados a oxicodona e a buprenorfina. Relativamente à buprenorfina, estudos envolvendo pacientes com dor oncológica demonstraram um poder analgésico relativo de 75:1 comparando o uso de buprenorfina administrada por via transdérmica, com o recurso a morfina administrada oralmente. (1)

As formas de libertação imediata podem ser convertidas à via oral, até 3 tomas diárias ou um adesivo transdérmico (fentanilo), aplicado a cada 3 dias. (14)

#### **1.1.4.4. Outras opções terapêuticas**

O uso de opióides no tratamento da dor oncológica é influenciado, cada vez mais, por novas terapias farmacológicas e não farmacológicas, que aumentam a qualidade de vida, reduzem a dor e a morbidade em pacientes oncológicos. (2)

Nestas novas e promissoras terapias, incluem-se, com maior ou menor evidência, o uso de corticosteróides como analgésicos na dor causada por compressão da medula espinhal e em metástases cerebrais sintomáticas, relaxantes musculares, bifosfonatos, isótopos radioactivos, o recurso a melatonina, agomelatina e gabapentina na enxaqueca e dor neuropática, o uso do fármaco quetiapina na modulação da condução da dor óssea e, outras como, bloqueio neuronal, aumento ósseo e vertebral, radioterapia (com redução total da dor em 1 a cada 3 ou 4 pacientes), cirurgia, anestesia regional em neurólise ou directamente no tumor, neuromodulação, reabilitação e psicoterapia, ou acupuntura. (1) (2) (14) (17).

##### **1.1.4.4.1. Radioterapia**

O controlo da dor oncológica, de característica localizada, por exemplo em doentes com dor recorrente de lesões ósseas localizadas é, frequentemente, efectivo com recurso a radioterapia, num período de 2 semanas. (14) No entanto, a radioterapia adjuvante foi associada a dor em pacientes com tumores ginecológicos, cancro da mama e da próstata. (5)

##### **1.1.4.4.2. Canabinóides**

Há muito que a marijuana usada para fins medicinais, desperta interesse na comunidade geral e científica, particularmente, nas áreas de estudo da dor oncológica. Os canabinóides, moduladores da dor ao nível dos nervos periféricos, podem dividir-se em endógenos, derivados de plantas - como o Tetrahydrocannabinol (THC) e o Canabidiol (CBD) - e sintéticos (nabilone e dronabinol). No Canadá, o Saltivex® (*spray* bucal contendo THC e CBD) é usado no tratamento da dor oncológica, em alternativa a opióides. Nos Estados Unidos da América foi-lhe concedida, em 2014, *Fast Track designation* pela FDA (Administração norte-americana dos Alimentos e Medicamentos). Evidências sugerem que o uso de opióides, adjuvado por canabinóides, garante a redução do peso dos primeiros, no tratamento da dor oncológica, ao mesmo tempo que a canábis para fins médicos provou, em certa medida, induzir a analgesia em dor aguda e crónica. (2)

#### **1.1.4.5. Os desafios permanentes no Controlo da Dor**

O controlo da dor deve ser contínuo ao acompanhamento farmacoterapêutico do paciente. É importante reavaliar o doente 24-48 horas depois do primeiro tratamento oral/transdérmico, reavaliações terapêuticas que se prolongam a cada 1, 2 ou 3 semanas, logo que as doses e os sintomas sejam discriminados e estabelecidos. As doses de opióides podem ser reduzidas, pode proceder-se a rotação de opióides dependendo dos efeitos adversos observados ou a abordagens terapêuticas de suporte à dor oncológica, como mostra a tabela 2. (1) (5)

Com vista à promoção das taxas de sobrevivência e cura, a longo prazo, é fundamental entender os efeitos secundários associados ao uso crónico de opióides. A terapia crónica com recurso a opióides (COT - mais de três meses de duração) está associada, por exemplo, a um risco aumentado de desenvolvimento de patologias endócrinas, depressão, desordens do sono, delírios e outras alterações agudas do estado mental, alterações cognitivas, quedas e deficiente cicatrização. (2) (14)

Os delírios, resultantes da neurotoxicidade provocada pela administração crónica de opióides, podem ser identificados com recurso ao Método de Avaliação da Confusão (CAM). Os Critérios de Beers, lista de fármacos a evitar pela população geriátrica, criada pela Sociedade Americana de Geriatria dá resposta à necessidade de gestão e avaliação de um problema comum em idosos com cancro, a polimedicação (cada idoso nestas condições, toma em média, 9 fármacos diferentes, entre fármacos destinados à terapia da dor, antieméticos e analgésicos).

A avaliação geriátrica garante o despiste de outros problemas (comorbidades, polimedicação e alterações da função física, entre outros), sendo uma etapa fundamental na avaliação primária que deve, ainda, incluir a história detalhada e a realização de exames físicos e imagiológicos ao doente, dessa faixa etária, como garante de um controlo e titulação adequados da dor e da terapia e, minimização de riscos associados à terapia, à idade ou ao estado particular do doente. As abordagens não farmacológicas no controlo da dor oncológica (por exemplo, a radioterapia) devem ser tidas em conta, sempre que possível. (14)

A implementação de visitas regulares ao doente, as intervenções de ordem psicológica e terapias na área neurológica e a avaliação da terapia opióide permitem uma abordagem terapêutica mais individualizada. (2) É importante incentivar o doente a cooperar e comunicar. É importante, também, estar atento ao risco de neurotoxicidade e imunossupressão (buprenorfina sem efeito imunossupressor) associados à administração de opióides, à prevenção e terapêutica da obstipação, como efeito adverso permanente (recurso a buprenorfina ou fentanilo por via transdérmica, em caso de necessidade), às náuseas e vômitos, que desaparecem, habitualmente, após 48 horas, podendo prejudicar adesão à terapêutica (recurso a antiemético e laxante, em caso de necessidade) ou à desidratação e, estar preparado para a necessidade de alterar a via de administração, proceder à rotação de opióides ou promover uma suspensão gradual da terapia com opióides, para evitar a síndrome de abstinência. (1) (7)

Os doentes oncológicos são agora expostos a imunoterapia. As Terapias biológicas/direcionadas (TT) contribuíram para o aumento da longevidade dos pacientes, mas muitas destas terapias acarretam consideráveis efeitos secundários, incluindo dor. (2) A infusão intravenosa de agentes quimioterápicos provoca síndromes de dor, como espasmos, tromboflebite (modulado pela redução da taxa de infusão ou aplicação de uma compressa quente), nevralgia herpética (em tumores hematológicos ou linfomas), exantema doloroso (eritrodisestesia palmo-plantar associada a 5-fluorouracilo, capecitabina, doxorubicina e paclitaxel), descamação e ulceração promovida por extravasamento de citotóxicos ou

reactivações episódicas/urticária (*flare*) associado a antraciclina (doxorubicina). A artralgia e mialgia, exacerbada com o caminhar e contacto táctil, ocorrem 1 a 2 dias após a administração de taxanos (paclitaxel). Podem ocorrer manifestações de dor intensa na região do tumor, em doentes previamente sujeitos a radioterapia, com administração de vinorelbina, sendo a profilaxia com cetorolac de trometamina e morfina, uma das opções terapêuticas para a redução dos sintomas. (5)

Tabela 2 - Algumas terapias de Suporte à Dor Oncológica (5)

<b>Terapia de Suporte</b>	<b>Patofisiologia</b>	<b>Terapia da dor</b>
<b>Febre e dor óssea/muscular induzida por bifosfonatos ou denosumab</b>	Dor somática	pré/pós AINEs/opioides
<b>Terapia com esteróides (osteonecrose ou necrose asséptica)</b>	Dor somática e neuropática	AINEs; bifosfonatos; Anestésico Local
<b>Terapia com esteróides/AINEs (gastrite aguda)</b>	Dor visceral	Inibidores da Bomba de Protões (IBP); Antiácidos
<b>Suplementação com potássio</b>	Dor somática e tromboflebite	Anestésico Local; pré/pós AINEs
<b>Uso parentérico de bifosfonatos (com metástases) causando osteonecrose na mandíbula</b>	Dor somática e neuropática	AINEs/opioides; Antibióticos; Anestésicos Locais; Cirurgia
<b>Hiperalgisia com opioides</b>	Dor neuropática	Substituição por outro fármaco da mesma classe
<b>Prótese em metástases ósseas</b>	Dor somática e neuropática	AINEs/opioides; Alívio da contractura; Reavaliação da Prótese

Fonte: Ripamonti C.I.; Bossi P., et al. *Pain related to cancer treatments and diagnostic procedures: a no man's land?* Ann Oncol. 2014 Jun; 25(6):1097-106.

### 1.1.5. Cuidados Paliativos Primários

A Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) defende que os cuidados em oncologia se mantêm demasiado centrados na doença, muitas vezes, resultando em efeitos secundários nefastos e diminuição da qualidade de vida do doente, não existindo atenção aos potenciais dos cuidados paliativos, ao impacto psicológico, físico e espiritual do tratamento convencional (*stress*, instabilidade e declínio da saúde). (3) Os idosos e pacientes com baixo nível socioeconómico estão em maior risco de insuficiente avaliação e tratamento da sua patologia. As preferências e atitudes, ou as características sociodemográficas do paciente podem influenciar o acesso e qualidade dos cuidados de saúde. (11)

Os cuidados paliativos, definidos pela OMS, como prestação de cuidados activos e holísticos, são benéficos aos pacientes idosos que vivem há longos períodos com patologia em estadios avançados e comorbidades, havendo oferta de suporte espiritual, psicológico e social, controlo da carga negativa dos sintomas e coordenação dos cuidados com familiares e/ou cuidadores do doentes, no sentido de aumentar a qualidade de vida (QOL) dos mesmos. (19) Entre 2015 e 2030, espera-se um crescimento de 56% da população mundial de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. (15)

Os cuidados paliativos especializados (SPC) consistem numa abordagem direccionada para a natureza multidimensional do sofrimento, integrada em equipas multidisciplinares, que implica o treino especializado em cuidados paliativos e, não apenas, controlo dos sintomas e cuidados prestados por profissionais de saúde não especialistas, sendo recomendados especialmente em tratamento de metástases ou sintomas não controlados (dor, fadiga, náuseas, ansiedade, insónia, dispneia, estando a DPOC, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, associada, como condição crónica, a mais de 25% de casos de patologia oncológica que visitam os cuidados primários, baixa condição social, psicológica ou física) e com índice de sucesso não dependente da idade ou duração do tratamento. A implementação deste modelo, que envolve, por exemplo, a realização de intervenções educacionais ou visitas domiciliárias de suporte ao doente, garante, também, uma redução dos altos custos para os serviços públicos de saúde e dos cuidados descoordenados e fragmentados, muitas vezes relacionados com os tratamentos oncológicos convencionais. (1) (3)

A relação privilegiada dos profissionais prestadores de cuidados primários com os pacientes, familiares e/ou cuidadores justificam a integração dos cuidados paliativos nos cuidados de ambulatório, nos cuidados primários ou “cuidados paliativos primários”, permitindo redefinir metas do tratamento à medida que a doença progride e realizar uma triagem eficaz em cuidados paliativos, já que a maioria recebe cuidados primários, enquanto aqueles com maiores necessidades são referenciados para cuidados paliativos especializados. (19)

É, necessário, criar e desenvolver novos centros de cuidados paliativos. A aplicação de entrevistas, a realização de exames ao longo do tratamento, a comunicação extensiva com o paciente, família e/ou cuidadores, a educação/cooperação dos profissionais de saúde, a caracterização da população geriátrica com doença avançada e os seus sintomas no exercício de cuidados primários, a disponibilização de financiamento público em cada país, nas

unidades de cuidados paliativos e, a implementação de uma política nacional de cuidados paliativos suportam esta ideia. (1)

### **1.1.6. A Medicina Integrativa**

#### **1.1.6.1. A Medicina Integrativa em Geriatria e Cuidados Paliativos**

A subida das despesas de saúde e alterações nos padrões de procura de serviços de saúde, bem como, a resolução de patologias, com episódios ininterruptos, crónicas e de longa duração e, a fragmentação dos cuidados, pela crescente especialização e impulso tecnológico são os maiores desafios globais, em matéria de cuidados de saúde. (15)

A estes desafios responde a adopção de uma gestão integrativa da dor, de espaço comum aos cuidados paliativos, baseada em abordagens intervencionistas, com opções nutricionais, comportamentais e de autogestão e, na comunicação entre profissionais de saúde e o doente, centrada essencialmente neste último, com o objectivo de individualizar a sua terapia, restaurar a saúde e o seu bem-estar, não apenas reduzindo a dor. (9)

Se a gestão de patologias crónicas e de longa duração deve envolver a educação para alteração dos estilos de vida (tabaco, dieta e sedentarismo), sendo estes, causas directas de morbilidade e mortalidade por doenças crónicas, em geriatria (cancro, doenças cardiovasculares e respiratórias), também, a abordagem multidisciplinar em caso de quedas (que afectam entre 30% a 40% de doentes com mais de 65 anos a viver em casa própria) permite identificar factores de risco (diminuição do equilíbrio, sarcopenia, dieta pobre em proteínas ou malnutrição geral, altos níveis de interleucina-6 e proteína C - reativa (CRP), entre outros) e delinear a terapia adequada a cada caso (que prevê alterações de estilos de vida, adopção de dieta mediterrânica e anti-inflamatória, hábitos de exercício, uso de suplementos de vitamina D ou hormonas), reduzindo a toxicidade e as complicações dos tratamentos mais invasivos, o grau de dependência a cuidadores, a fragilidade ou vulnerabilidade primária, resultando da idade, ou secundária, associada a comorbidades (DPOC, eventos cardiovasculares ou HIV, Vírus da imunodeficiência humana), bem como, períodos de internamento e a mortalidade associada. (15)

É vital que os profissionais de saúde, em estreita colaboração com o paciente, familiares e/ou cuidadores avaliem as condições psicológicas, funcionais e metabólicas que podem surgir associadas com a dor:

- 1- Lombalgia, distúrbio comum do sistema músculo-esquelético, associado a incapacidade funcional e atrofia cerebral;
- 2- Obesidade, com relação à dor, directamente proporcional à idade e intensificada no sexo feminino;
- 3- Níveis de proteína C-reativa (com maior/menor probabilidade de desenvolver lombalgia). (9)

### 1.1.6.2. A Medicina Integrativa no controlo da Dor

A dor é a condição médica mais comum na procura de cuidados integrativos, que avalia a evolução dos sintomas associados a alterações funcionais e comportamentais. A medicina integrativa no controlo da dor provou ser benéfica, em adultos, com dor músculo-esquelética (recurso a suplementos alimentares e acupunctura) ou dorsalgia (melhoria da condição física e fortalecimento capacidade mental). (9)

### 1.1.6.3. A avaliação e as opções terapêuticas da Medicina Integrativa

A compreensão das causas, alterações e limitações neurológicas, comportamentais, metabólicas e sociais associadas à dor e a sua inclusão em planos de intervenção dietéticos apropriados, promoção da atividade física e suporte emocional, provaram complementar a terapia convencional, no garantir de uma maior qualidade de vida dos doentes e controlo da dor crónica. A apresentação clínica, o diagnóstico e as comorbidades devem determinar o tratamento. A aplicação de questionários específicos, que contribuam para a redução da incapacidade do doente, como o questionário *Start Back Screening Tool* (SBST) que permite identificar o risco de desenvolver lombalgia, intervenções dietéticas com aporte de ácidos gordos ómega-3, curcumina (açafrão da Índia), magnésio e vitamina D, a educação individualizada do doente, para a prática de exercício ou praticas de meditação, como o Tai Chi ou Yoga (importante em comorbidades, como a *catastrofização* da dor ou a depressão), a colaboração interprofissional, a tomada de decisão partilhada com o doente, o recurso a marcadores para avaliar o estado metabólico e inflamatório (CRP, lípidos) ou outras práticas terapêuticas abordadas na tabela 3, são, por exemplo, práticas de gestão integrativa da dor, em cuidados primários. (9)

Tabela 3 - Principais abordagens integrativas para a Dor Crónica (9)

<b>Abordagens Terapêuticas</b>
Comportamentais e psicossociais (hipnose, suporte psicológico/espiritual);
Modalidades físicas (Tai Chi, Yoga, Exercício em grupo, massagem);
Terapias biológicas (Diariamente, 600 mg de Ácido alfa lipóico; 100 a 300 mg de coenzima q10; 1 a 2 g de curcumina; 200 a 600 mg de magnésio; 3 a 10 mg de melatonina (ao deitar); 1 a 3 g de ómega-3; 1000 UI vitamina D; 4,5 mg de naltrexona intranasal);
Neuromodulação

Farmacológica

Opióides, anticonvulsivantes, AINEs, antidepressivos, canabinóides, transdérmicos/tópicos, bloqueadores  $\beta$ -adrenérgicos, estimuladores da medula espinhal;

Fonte: Bonakdar R.A. *Integrative Pain Management*. Med Clin North Am. 2017 Sep; 101(5):987-1004.

## 1.2 Objectivos

Pretendeu-se realizar um trabalho de investigação centrado nas diferenças entre a dor crónica oncológica e a dor crónica não oncológica, do ponto de vista da abordagem terapêutica e enquadramento social/emocional, na sequência da utilização do medicamento. O presente estudo pretende perceber, ainda, se existe um nicho por explorar em matéria de aconselhamento farmacêutico que possa trazer benefício aos futuros utentes em cuidados paliativos da Unidade Local de Saúde (ULS) Guarda.

### 1.2.1. Objectivos Específicos

Pretendeu-se, em termos particulares:

- Avaliar a evolução da dor dos dois doentes, como ela é sentida e vista pelo próprio doente, ao longo do tempo, através da utilização de escalas de classificação da dor;
- Perceber o enquadramento social e emocional do doente em função dos dados que constam no seu processo clínico;
- Comparar os 2 estudos de caso em função do perfil de fármacos utilizados (após registar os fármacos administrados e o manuseamento das suas doses ao longo do tempo);
- Registar e analisar as possíveis terapias alternativas ou complementares que possam ter sido prescritas aos 2 doentes ao longo do tempo do estudo;
- Perceber, após reunião com os profissionais de saúde, se o farmacêutico participou em algum momento do historial clínico de ambos os doentes, e caso se verifique, se o seu papel foi fundamental para o sucesso terapêutico.

## 1.3. Métodos de Trabalho

Foi construído um estudo de caso tendo como suporte, dados do processo clínico de dois doentes eleitos. Envolve um doente característico em tratamento de dor crónica não oncológica (paciente 1) e um doente característico em tratamento de dor crónica oncológica (paciente 2). Os dados envolvem a classificação da dor, com recurso a escalas de classificação, os fármacos administrados, bem como, as suas doses, a idade dos pacientes, o

seu género e os antecedentes. Os dados dos doentes para o estudo de caso são completamente anonimizados.

## **1.4. Apresentação dos Resultados**

### **1.4.1. Caso-Paciente 1 - Doente em tratamento de dor crónica não oncológica**

#### **1.4.1.1. Identificação do doente**

- Sexo Masculino;
- 55 anos (31-03-1963);
- Divorciado;

#### **1.4.1.2. Doença Actual**

- Síndrome da Dor Crónica;
- Reumatismo não especificado e Fibrose;
- Portador de Fibromialgia e de Patologia Periarticular;

#### **1.4.1.3. Historial Clínico**

Diagnóstico de:

- Entorses e Distensões no Tornozelo após queda em 6/6/2007;
- Epicondilite Lateral (cotovelo) após queda em 6/6/2007;
- Entesopatia de Local não especificado em 4/6/2012;
- Queda não especificada em 14/8/2016;
- Síndrome da Dor Crónica em 8/5/2018;
- Reumatismo não especificado e Fibrose em 14/6/2018;

#### 1.4.1.4. Histórico de Consultas

- Consulta de Doenças Auto-imunes em 29/8/2001;
- Consulta de Desabituação Tabágica em 2/9/2014;  
(Fuma 20 cigarros por dia há cerca de 30 anos. Motivado para deixar de fumar.)
  
- Consulta de Reumatologia em 14/4/2015;
- Diário - Em 2011, doente seguido por Espondilite anquilosante tendo feito, no passado, infliximab 100 mg. Antecedentes de Depressão e falta de cumprimento da medicação prescrita por problemas económicos. Doente apresenta dor lombar de características inespecíficas. Sem dor nocturna ou insónia e rigidez matinal. Nega tumefacção articular. Dor generalizada. EVA (Escala Visual Analógica) 7-8. Medicado com ibuprofeno 600 mg 2 id, ADT (amitriptilina) 25 mg id e cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg id. Em 2012, o Raio-X demonstrou discopatia C4-C5. Doente descansa melhor com amitriptilina e cloridrato de ciclobenzaprina. Mantém dor que alivia com ibuprofeno. EVA 6. Medicado com ibuprofeno 600 mg, omeprazol 20 mg, amitriptilina 25 mg, cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg e tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg 3 id em SOS. Em 2015, doente apresenta dor generalizada, sem alívio com a medicação prescrita. Faz MFR (Medicina Física e de Reabilitação) ocasionalmente. A dor é agravada pelo *stress* e apresenta parestesias nos membros superiores e inferiores. Apresenta úlcera nervosa. Conclui-se por um quadro de Fibromialgia like e patologia degenerativa da coluna lombar. Medicado com pregabalina 50 mg 2 id, etoricoxib 90 mg 1 id e paracetamol + tiocolquicosido 500 + 2 mg 3 id.
  
- Consulta de Reumatologia em 5/5/2017;
- Diário - Perdeu seguimento em 2015. Mantém lombalgia de ritmo mecânico. Refere dor irradiada pelo membro inferior esquerdo. Refere que há uns meses apresenta dor no ombro direito, após traumatismo do ombro. Foi ao Serviço de Atendimento Permanente (SAP) a 11/4 onde lhe foi prescrito betametasona, dipropionato + betametasona, fosfato sódico 14 mg/2 ml e diclofenac de sódio + misoprostol 75 + 0,2 mg 2 id. Apresenta sono não reparador, astenia e ansiedade. A 14/3 foi sujeito a ecografia ao ombro direito tendo apresentado assimetria das articulações externo claviculares com desvio anterior da clavícula direita e alargamento do espaço articular, bem como de tecidos moles peri-articulares, com dor marcada e limitação funcional. Foi medicado com amitriptilina 25 mg, pregabalina 50 mg 2 id, cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg e tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg 3 id em SOS.

- Consulta de Reumatologia em 8/2/2018;
- Diário - Refere dor mais marcada na região da clavícula direita, ombro direito, dorso direito e pescoço. Lombociatalgia esquerda ocasional, sendo prescrita medicação em SOS para a ansiedade. Apresenta luxação da clavícula direita, limitação da rotação cervical direita, e da mobilidade do ombro por dor na clavícula. Foi medicado com amitriptilina 10 mg, cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg, tapentadol 50 mg e diclofenac de sódio + misoprostol 75 + 0,2 mg com pedido de reavaliação à Unidade de Dor.
- Intervenção de Enfermagem - Peso corporal (52 Kg), Pressão Arterial (103/58 mmHg), IMC (19,6) e Frequência cardíaca (69).

#### 1.4.1.5. Histórico de Consultas

- Consulta de Dor e Ortopedia em 8/5/2018 - Diagnóstico de Síndrome da Dor Crónica;
- Diário - Primeira consulta. Doente enviado pela consulta de Reumatologia. Doente apresenta quadro de fibromialgia associado a sequelas de luxação anterior da clavícula direita. Lombalgias que pioram com o esforço usando cinta. Sem queixas de sono não reparador, referindo insónia crónica de longa data. Doente apresenta patologia gástrica e depressão. Melhora das queixas de raquialgia quando iniciou tapentadol 50 mg de 12 em 12 horas, há 3 meses, em substituição a tramadol + paracetamol 75 + 650 mg. Substituição bem tolerada sem queixas de obstipação. Aplica lidocaína 5% (Vessatis) que lhe trouxeram de França e em SOS. Nas crises faz injectáveis (tiocolquicosido + diclofenac sódico 4 mg/2 ml + 75 mg/3 ml até 2id) no Centro de Saúde. Medicado habitualmente com tapentadol 50 mg, cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg, amitriptilina 10 mg, diclofenac de sódio + misoprostol 75 + 0,2 mg ao jantar e omeprazol 20 mg. Refere querer engordar um pouco, mas não consegue ingerir nada mais do que um copo de sumo, até ao meio-dia. Medicado com tapentadol 100 mg de 12 em 12 horas, cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg 2 id e amitriptilina 75 mg à noite. Foi-lhe retirado diclofenac de sódio + misoprostol 75 + 0,2 mg.
- Intervenção de Enfermagem - EVA 5, Peso corporal (52 Kg), Pressão Arterial (108/75 mmHg), IMC (4,52) e Frequência Cardíaca (72).

- Consulta de Dor e Ortopedia em 14/6/2018 - Diagnóstico de Reumatismo não especificado e Fibrose;
- Diário - Doente refere ter andado regular, embora o ombro direito lhe dê dores. Por vezes refere dores no membro inferior esquerdo, mas tudo é mais suportável. Mantém dor lombar que irradia para a perna e pé esquerdo, melhorando em repouso. Refere que medicação surtiu efeito moderado. Mantém medicação. Consulta agendada para 29/11/2018.
- Intervenção de Enfermagem - EVA 8, Peso corporal (52 Kg), Pressão Arterial (124/94 mmHg), IMC (19,57) e Frequência Cardíaca (91).

#### **1.4.1.6. Última Prescrição**

- Omeprazol, 20 mg, cápsula gastrorresistente, blister (56 unidades)  
1 id
- Amitriptilina (ADT), 25 mg, comprimido revestido, blister (60 unidades)  
1 id
- Cloridrato de ciclobenzaprina (Flexiban), 10 mg, comprimido, blister (60 unidades)  
1 id ao jantar
- Tapentadol (Palexia Retard), 100 mg, comprimido libertação prolongada, blister (30 unidades)  
1 comprimido de 12 em 12 horas

#### **1.4.1.7. Hábitos e Costumes**

- Consumo ocasional de bebidas alcoólicas;
- Fuma 20 cigarros por dia há cerca de 30 anos;
- Alimentação pouco equilibrada (Apenas consegue beber um copo de sumo toda a manhã, até ao meio-dia);

#### **1.4.1.8. História Social/Comportamental**

- Trabalho, não fixo, em agricultura e construção civil;
- Utente com frequentes faltas injustificadas e fora da área;
- Baixos rendimentos;
- Utente em situação de insuficiência económica;
- Problemas em cumprir medicação por falta de dinheiro;
- Divórcio;
- Vive longe de Filhos de 19 e 24 anos, que não lhe causam problemas;

#### **1.4.2. Caso-Paciente 2 - Doente em tratamento de dor crónica oncológica**

##### **1.4.2.1. Identificação do doente**

- Sexo Masculino;
- 75 anos (14-07-1942);
- Casado;
- Utente com grau de incapacidade igual ou superior a 60%.

##### **1.4.2.2. Doença Actual**

- Portador de Cancro da Próstata com metástases ósseas;
- Osteoartrose da Anca Localizada sem especificação primária/secundária na região pélvica;
- Com cirurgia de substituição total da anca cancelada devido a alteração do estado do doente;

### 1.4.2.3. Historial Clínico

Diagnóstico de:

- Hérnia Inguinal em 12/1/2004;
- Hérnia Umbilical sem menção a obstrução ou gangrena em 20/1/2004;
- Contusão da Coxa em 3/1/2008;
- Gripe em 31/12/2008;

Admissão para Quimioterapia Antineoplásica em 4/6/2018;

Diagnóstico de Dor relacionada com Neoplasia (aguda)(crónica) em 5/6/2018;

### 1.4.2.4. Histórico de Consultas

- Consulta de Cirurgia Geral em 24/6/2003;
- Consulta de Ortopedia em 28/6/2017;
- Diário - Doente de 74 anos que apresenta coxartrose direita. Tem vindo a piorar com grande limitação funcional e dor.
- Consulta de Urologia em 6/11/2017;
- Diário - Doente com dores abdomino-pélvicas que apresenta PSA (Antigénio específico da próstata) de 666.
- Intervenção de Enfermagem - Feita indução de degarrelix 80 mg. Feito Ensino ao doente e família.
- Consulta de Dor em 15/11/2017;
- Diário - Diagnóstico de Dor relacionada com neoplasia (aguda)(crónica). Doente apresenta queixas de dores ósseas na região lombar e bacia. Necessita de Prótese Total da Anca direita por coxartrose evoluída, pelo que faz marcha com auxílio de canadianas. Cintigrafia com metastização óssea disseminada, relacionada com Carcinoma da Próstata. Ressonância Magnética lombar demonstra lesão infiltrativa de toda a lombar. Queixa-se de anorexia. Emagreceu 6 Kg desde Abril. Apresenta Hipotensão (98/40 mmHg) sendo previamente hipertenso. Toma ramipril 5 mg 1 id que suspendo. Medicado com sinvastatina 20 mg 1 id, omeprazol 20 mg 1 id,

silodosina 8 mg 1 id, finasterida 5 mg, 1 id diclofenac sódico 75 mg 2id. Faz indução de degarelix 80 mg mensalmente. Apresenta dor mal controlada. Faz teste com tramadol 50 mg (Travex Rapid). Avaliar nas análises se necessita de continuar a ser medicado com sinvastatina 20 mg. Teste com tramadol - Melhoria das queixas. Inicia tramadol (Tridural) 100 mg à noite, tramadol (Travex Rapid) 50 mg em SOS e metoclopramida 1 mg/ml.

- Consulta de Dor em 17/1/2018;
- Diário - O doente refere que tem estado com dor controlada. Por vezes tem dor e à noite, na cama, tem de mudar de posição. Precisa de tramadol (Travex Rapid) 50 mg e já precisou comprar mais. Aumento tramadol (Tridural) para 200 mg à noite. Faz metoclopramida 1 mg/ml mais uma semana.
- Intervenção de Enfermagem - Altura (1,62 m), Peso Corporal (69,5 Kg) e EVA 5.
  
- Consulta de Dor em 7/2/2018, 14/3/2018 e 4/6/2018;
- Diário - PSA ficou negativa. Sem dor em repouso. Apresenta dor quando inicia carga mais transitória. Necessidades inconstantes de tramadol (Travex Rapid) 50 mg em SOS. Mantém medicação.

#### 1.4.2.5. Última Prescrição

- Diclofenac sódico (Voltaren 75), 75 mg, comprimido de libertação prolongada, blister - (60 unidades)  
2 id

#### 1.4.2.6. Hábitos e Costumes

- Consumo ocasional de bebidas alcoólicas;
- Não Fumador;
- Espírito Jovem;
- Alimentação equilibrada;

### 1.4.2.7. História Social/Comportamental

- Pensionista;
- Utente reside fora da área do seu Centro de Saúde (a uma distância de 100km);
- Queixa-se de falta de medicação (tramadol 50 mg - Travex Rapid - em SOS);
- Casado;
- Recorre, por vezes, à filha para levantar medicação;

### 1.4.3. Dados recolhidos em entrevista

Dados recolhidos em entrevista telefónica, junto dos doentes, para análise do Papel do Farmacêutico e do impacto da Atenção Farmacêutica no historial clínico dos pacientes. As entrevistas realizadas no dia 3 de Julho de 2018, pelas 18 horas, partiram de uma base geral de questões, que a seguir enumero, delineadas em reunião prévia com a médica especializada em terapêutica da dor.

#### 1.4.3.1. Banco de questões a colocar aos doentes em estudo

Questão 1 - O doente já recorreu à Farmácia para tirar dúvidas?
Questão 2 - Houve alguma intervenção do Farmacêutico da sua Farmácia, em seu benefício e do seu estado de saúde geral?
Questão 3 - Já recorreu a terapias alternativas? Já procurou saber mais sobre as mesmas na sua Farmácia?
Questão 4 - Tem problemas em cumprir a sua medicação? Se sim, como costuma resolver esse problema?
Questão 5 - Houve alguma intervenção do Farmacêutico no meio hospitalar?
Nota: As mesmas questões foram posteriormente complementadas e adaptadas à entrevista, em função da realidade clínica, económica e social do doente.

#### **1.4.3.2. Caso - Paciente 1 - Doente em tratamento de dor crónica não oncológica**

##### **O doente já recorreu à Farmácia para tirar dúvidas?**

Na entrevista telefónica, o doente afirma recorrer a duas farmácias (sediadas em meio urbano e rural) para levantar medicamentos. Diz não ter ou sentir confiança para pedir ajuda às Farmácias quando tem dúvidas. Refere querer engordar um pouco, mas não consegue ingerir nada mais do que um copo de sumo, até ao meio-dia. A partir dos dados clínicos é possível perceber que o doente apresenta uma dieta pouco equilibrada. O doente deixou a ideia de não ter confiança para esclarecer as suas dúvidas, nas Farmácias, às quais recorre.

##### **Houve alguma intervenção do Farmacêutico da sua Farmácia, em seu benefício e do seu estado de saúde geral?**

O doente responde negativamente. A partir dos dados clínicos percebemos, que em consulta, com vista a desabitução tabágica foi, prescrito, ao doente, nicotina (Nicotinell 4 mg). (20) Afirma recorrer à sua Farmácia para levantar medicamentos. Diz não receber qualquer acompanhamento ou aconselhamento pela Farmácia. Assegura, que na Farmácia, o Farmacêutico limitou-se a dispensar-lhe o medicamento. Diz não se sentir capaz de deixar de fumar, faltando à consulta posterior. Utente refere não ter sentido, até hoje, qualquer tipo de preocupação ou atenção por parte dos farmacêuticos que lhe dispensam os medicamentos. Não recorda quaisquer questões ou a prestação de qualquer tipo de aconselhamento e diz mesmo, que nas Farmácias, nem sequer olham para ele.

##### **Já recorreu a terapias alternativas? Já recorreu à Fitoterapia? Já procurou saber mais sobre as mesmas na sua Farmácia?**

A partir dos dados clínicos podemos perceber que o utente apresenta antecedentes de depressão, ansiedade e insónia. A estes acresce o diagnóstico de dor crónica não oncológica. Utente diz ser consumidor de vários tipos de chás, com diversos fins. Diz que compra sempre fora da Farmácia, por aconselhamento de pessoas amigas, a pessoas da aldeia. Refere não sentir confiança para pedir ajuda nas Farmácias às quais recorre.

##### **Tem problemas em cumprir a sua medicação? Se sim, como costuma resolver esse problema? Prescinde de medicamentos porque julga que outras necessidades são mais prementes, ou não vê importância na terapia?**

Os dados clínicos do doente referem que se encontra em situação de insuficiência económica, com problemas em cumprir medicação por falta de dinheiro. O doente diz não julgar outras necessidades mais prementes. Refere não sentir confiança para pedir ajuda às Farmácias quando tem falta de dinheiro para comprar medicamentos. Diz que na Farmácia não se

importam e desconhecem a sua situação. Também não recorda qualquer intervenção dos Serviços Sociais. Diz que não têm capacidade e que lhe transmitiram que trabalham, apenas, com casos de emergência social.

**Houve alguma intervenção do Farmacêutico no meio hospitalar? O Farmacêutico procurou, junto de si, razões para o risco de interações medicamentosas neste caso?**

O doente refere não recordar ou notar qualquer intervenção do Farmacêutico no meio hospitalar.

#### **1.4.3.3. Caso-Paciente 2 - Doente em tratamento de dor crónica oncológica**

**O doente já recorreu à Farmácia para tirar dúvidas? Para indução de degarrelix 80 mg houve intervenção ou ensino ao doente e família, por parte do farmacêutico, a nível comunitário?**

O doente diz recorrer, rotineiramente, às mesmas Farmácias (sediadas em meio urbano) para levantar medicamentos. Refere não sentir confiança para esclarecer as suas dúvidas, nas Farmácias às quais recorre. Não recorda a prestação de qualquer esclarecimento ou aconselhamento para a correcta utilização do medicamento. Diz-nos ter sentido arrepios após a primeira administração de degarrelix 80 mg. Esclareceu as suas dúvidas e preocupações com o enfermeiro, aquando das suas consultas no Hospital Sousa Martins. Refere não sentir benefício em recorrer à Farmácia.

**Houve alguma intervenção do Farmacêutico da sua Farmácia, em seu benefício e do seu estado de saúde geral? Media os valores da sua Pressão Arterial na Farmácia? Mede os valores do colesterol na Farmácia? Era seguido ou foi acompanhado na Farmácia?**

Do historial clínico é possível perceber que o utente apresentava Hipotensão (98/40 mmHg) sendo previamente hipertenso, que tomava ramipril 5 mg, que foi suspenso, bem como, sinvastatina 20 mg. A partir dos mesmos dados é perceptível que não apresentando parâmetros que o justificasse, a mesma medicação foi suspensa. Doente refere fazer indução de degarrelix 80 mg mensalmente. Diz que o seu estado clínico não tem sido acompanhado na Farmácia. Não recorda quaisquer questões ou a prestação de qualquer tipo de aconselhamento. Afirma que os farmacêuticos em causa, meramente dispensam os medicamentos e diz mesmo ser, indiferente, ser ele ou a filha, a levantar os medicamentos.

**Já recorreu a terapias alternativas? Já recorreu à Fitoterapia? Já procurou saber mais sobre as mesmas na sua Farmácia?**

O utente queixa-se de perda de peso. O relatório clínico refere que emagreceu 6 Kg desde Abril. Diz ter sido aconselhado por amigos, a recorrer à Fitoterapia. Afirma não querer procurar alternativas terapêuticas, na sua Farmácia. Utente diz que apenas vai à Farmácia

para levantar medicação. Diz não conhecer a existência de possíveis terapias alternativas, disponíveis na Farmácia, que o possam ajudar a resolver o seu problema.

**Tem problemas em cumprir a sua medicação? Se sim, como costuma resolver esse problema?**

O doente responde que, por vezes, lhe faltar a medicação. Fala especificamente de tramadol (Travex Rapid) 50 mg, que toma em SOS (quando necessário). Refere dar à sua filha, as suas receitas antigas. Afirma que facilmente, os mesmos medicamentos, são levantados na Farmácia, sem que haja intervenção farmacêutica. Diz que os farmacêuticos não levantam grandes questões ou revelam preocupação com a situação.

**Houve alguma intervenção do Farmacêutico no meio hospitalar? O Farmacêutico procurou, junto de si, razões para o risco de interacções medicamentosas neste caso?**

O doente não recorda ou denota qualquer intervenção do Farmacêutico no meio hospitalar.

#### 1.4.4. Quadro Geral da Medicação de cada paciente

Paciente 1 - Doente em tratamento de dor crónica não oncológica	Paciente 2 - Doente em tratamento de dor crónica oncológica
<b>Inibidores da Bomba de Protões (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omeprazol 20 mg</li> </ul>	<b>Inibidores da Bomba de Protões (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omeprazol 20 mg</li> </ul>
<b>Analgésicos estupefacientes (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg; 75 + 650 mg</li> <li>• Tapentadol 50; 100 mg</li> </ul>	<b>Analgésicos estupefacientes (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tramadol 50; 100; 200 mg</li> </ul>
<b>Anti-Inflamatórios Não Esteróides (AINEs) (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibuprofeno 600 mg</li> <li>• Etoricoxib 90 mg</li> <li>• Diclofenac sódico 75mg/3 ml</li> <li>• Diclofenac sódico + (prostaglandinas) misoprostol 75 + 0,2 mg</li> </ul>	<b>Anti-Inflamatórios Não Esteróides (AINEs) (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diclofenac sódico 75mg</li> </ul>
<b>Antidepressivos (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amitriptilina 10; 25; 75 mg</li> </ul>	<b>Medicamentos usados na Retenção Urinária (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Silodosina 8 mg</li> <li>• Finasterida 5 mg</li> </ul>

<b>Fármacos de acção central (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg</li> <li>• Paracetamol + tiocolquicosido 500 + 2 mg</li> <li>• Tiocolquicosido 4 mg/ 2 ml</li> </ul>	<b>Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ramipril 5 mg</li> </ul>
<b>Imunomoduladores (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infliximab 100 mg</li> </ul>	<b>Anti-Hormonas (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Degarelix 80 mg</li> </ul>
<b>Antiepiléticos e anticonvulsivantes (21)</b> <b>Analgésicos e antipiréticos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregabalina 50 mg</li> </ul>	<b>Modificadores da motilidade gástrica ou Procinéticos (21)</b> <b>Antieméticos e antivertiginosos (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoclopramida 1 mg/ml</li> </ul>
<b>Corticosteróides de aplicação tópica (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betametasona 14 mg/2 ml</li> </ul>	<b>Antidislipidémicos (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinvastatina 20 mg</li> </ul>
<b>Anestésicos Locais (21)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lidocaína 5%</li> </ul>	

#### 1.4.5. Quadro-Resumo por grandes grupos terapêuticos da intervenção na dor

<b>Paciente 1 - Doente em tratamento de dor crónica não oncológica</b>	<b>Paciente 2 - Doente em tratamento de dor crónica oncológica</b>
<b>Anti-Inflamatórios Não Esteróides</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibuprofeno 600 mg</li> <li>• Etoricoxib 90 mg</li> <li>• Diclofenac sódico 75mg/3 ml</li> <li>• Diclofenac sódico + (prostaglandinas) misoprostol 75 + 0,2 mg</li> </ul>	<b>Anti-Inflamatórios Não Esteróides</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diclofenac sódico 75mg</li> </ul>
<b>Analgésicos estupefacientes</b> <b>Opióides fracos (1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg; 75 + 650 mg</li> </ul> <b>Opióides fortes (MOFs) (1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tapentadol 50; 100 mg</li> </ul>	<b>Analgésicos estupefacientes</b> <b>Opióides fracos (1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tramadol 50; 100; 200 mg</li> </ul>

### 1.4.6. Descrição dos Fármacos, Limitações, Forma de uso e principais Efeitos Secundários com foco nos pacientes em estudo

Tabela 4 - Fármacos do Paciente 1: Doente em tratamento de dor crónica não oncológica

<p><b>Imunomoduladores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Infliximab 100 mg</b></li> </ul>	<p>Administrado lentamente, durante 2 horas, para reduzir sinais e sintomas da espondilite anquilosante e melhorar a função física. Doentes com DPOC e doentes com hábitos tabágicos intensos, em tratamento com Infliximab, podem ter um risco mais elevado de desenvolver cancro. Entre os efeitos secundários muito frequentes (&gt;1/10) encontra-se dor, surgindo, cansaço, fraqueza, depressão e problemas de sono entre os efeitos frequentes (&gt;1/100, &lt;1/10). (22)</p>
<p><b>AINEs</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Ibuprofeno 600 mg</b></li> <li><b>Etoricoxib 90 mg</b></li> <li><b>Diclofenac sódico 75mg/3 ml</b></li> <li><b>Diclofenac sódico + (prostanglandinas) misoprostol 75 + 0,2 mg</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Administrado em reumatologia para espondilite anquilosante, como analgésico e antipirético de 12 em 12 horas. Contra-indicado em doentes com úlcera péptica ou hemorragia gastrointestinal recorrente. A administração concomitante com corticosteróides aumenta o risco de ulceração e hemorragia gastrointestinal. Entre os efeitos secundários muito raros (&lt;1/10.000), encontra-se parestesias, depressão, ansiedade e insónias. (23)</li> <li>Administrado no alívio sintomático da espondilite anaquilosante 1 vez ao dia. Contra-indicado em doentes com úlcera péptica ou hemorragia gastrointestinal ativa. Entre os efeitos secundários pouco frequentes (&gt;1/1.000, &lt;1/100), encontra-se diminuição do apetite, ansiedade, depressão e parestesias. (24)</li> <li><b>e 4.</b> Administrado no alívio de formas inflamatórias e degenerativas de reumatismo, dor e inflamação 2 vezes ao dia. Entre os efeitos secundários raros (&gt;1/10.000, &lt;1/1.000) ou muito raros destacam-se a ansiedade, parestesias, vermelhidão da pele e comichão. (25) (26)</li> </ol>
<p><b>Antidepressores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Amitriptilina 10; 25; 75 mg</b></li> </ul>	<p>Administrado principalmente em tratamento de estados depressivos 3 vezes ao dia, às refeições. Pode aumentar o risco de crises convulsivas em doentes medicados com tramadol. Entre os efeitos secundários possíveis, encontram-se ansiedade e parestesias das extremidades. (27)</p>

<p><b>Fármacos de acção central</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg</li> <li>2. Paracetamol + tiocolquicosido 500 + 2 mg</li> <li>3. Tiocolquicosido 4 mg/ 2 ml</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administrado para alívio da dor, espasmo e da sensibilidade muscular, habitualmente, 3 vez ao dia. Pode aumentar o efeito de sedativos. Os efeitos secundários menos frequentes incluem ansiedade e afecções gastrointestinais. (28)</li> <li>2. Administrado como relaxante muscular, adjuvante para contracções musculares dolorosas 3 a 4 vezes ao dia, até 7 dias consecutivos. Não se recomenda a administração simultânea com AINEs, pelo aumento de risco de hepatotoxicidade. Entre os efeitos secundários raros do paracetamol encontra-se a dermatite alérgica. (29)</li> <li>3. Administrado de 12 em 12 horas, até 5 dias consecutivos. Não se recomenda a administração simultânea com AINEs, pelo aumento de risco de hepatotoxicidade. (30)</li> </ol>
<p><b>Inibidores da Bomba de Protões</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omeprazol 20 mg</li> </ul>	<p>Administrado em tratamento de úlceras gástricas e duodenais ou erosões relacionadas com AINEs 1 vez ao dia durante 4-8 semanas. Entre os efeitos secundários frequentes, encontra-se insónia. Dermatite é um efeito secundário pouco frequente, sendo raros fraqueza, dor articular e parestesias. (31)</p>
<p><b>Analgésicos estupefacientes</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg; 75 + 650 mg</li> <li>2. Tapentadol 50; 100 mg</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administrado no tratamento sintomático da dor moderada a intensa, na dose analgésica eficaz mais baixa até 8 comprimidos por dia. Pode interagir com certos antidepressivos podendo surgir contracções musculares involuntárias, agitação, tremores e tensão muscular aumentada. A sua eficácia pode ser afectada com a toma de metoclopramida. Entre os efeitos secundários frequentes, encontram-se perturbações do sono, ansiedade, agitação e comichão. Dormência nos membros está entre os efeitos pouco frequentes. Pode causar dependência física e psicológica. (32)</li> <li>2. Administrado no tratamento da dor crónica intensa em adultos, habitualmente, de 12 em 12 horas. O modo de actuação do tapentadol pode ser influenciado ou podem surgir efeitos secundários pela toma de hipericão que actua nas enzimas necessárias para eliminar o tapentadol do corpo. Entre os efeitos secundários possíveis destacam-se as reacções</li> </ol>

		alérgicas. A diminuição do apetite, ansiedade, humor depressivo, problemas de sono, inquietação, espasmos musculares, comichão, sensação de fraqueza são efeitos secundários frequentes. Entre os efeitos secundários pouco frequentes destaca-se a perda de peso. (33)
<b>Anti-epiléticos anticonvulsivantes Analgésicos e antipiréticos</b>	<b>e</b>	Administrado em dor neuropática periférica e central, bem como no tratamento da perturbação e ansiedade generalizada, em adultos, 2 a 3 vezes ao dia. Foram notificados casos de utilização incorrecta, abuso e dependência. Entre os efeitos secundários frequentes, encontram-se irritabilidade, insónia, alterações do humor, ataxia, letargia, dores nas costas e membros. Aquando do programa clínico da pregabalina 12% dos doentes com pregabalina abandonaram tratamento devido às reacções adversas, contra os 5% nos doentes com placebo. (34)
<b>Corticosteróides de aplicação tópica</b>	<b>14</b>	Administrado no tratamento de dermatoses inflamatórias que geralmente respondem à terapêutica corticosteróide tópica, na área afectada, 2 a 3 vezes até se verificarem melhoras. O seu uso intensivo e prolongado pode provocar efeitos de hipercorticismismo (osteoporose). (35)
<b>Anestésicos Locais</b>		Administrado como analgésico local, 1 a 3 vezes ao dia, sobre a pele com dor. Os sistemas deverão ser removidos após 12 horas de utilização. Entre os efeitos secundários muito frequentes, encontram-se as dermatites e comichão. (36)

**Tabela 5 - Fármacos do Paciente 2: Doente em tratamento de dor crónica oncológica**

<b>Anti-Hormonas</b>		Administrado para o tratamento de doentes com cancro da próstata hormono-dependente avançado. A dose inicial consiste na administração de injeções subcutâneas consecutivas de 120 mg cada. Após 1 mês decorrido da toma da dose inicial, a dose de manutenção envolve injeções mensais de 80 mg. Entre os efeitos secundários muito frequentes (>1/10) encontram-se reacções adversas no local da injeção e afrontamentos. Insónia, dor e arrepios (doença tipo gripe) estão entre os efeitos frequentes (>1/100, <1/10). (37)
<b>• Degarrelix 80 mg</b>		

<p><b>Anti-Inflamatórios Esteróides</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diclofenac 75mg</b></li> </ul>	<p><b>Não sódico</b></p> <p>Administrado no alívio de formas inflamatórias e degenerativas de reumatismo, dor e inflamação 2 vezes ao dia. A administração em doentes com história de hipertensão deve ser feita com precaução, sobretudo em doentes idosos, tendo sido notificados casos de retenção de líquidos e edema. Os AINEs podem diminuir a eficácia dos diuréticos assim como medicamentos usados como anti-hipertensores (Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina - IECA). Entre os efeitos secundários raros (&gt;1/10.000, &lt;1/1.000) ou muito raros destacam-se a ansiedade, perda de apetite, insónias e depressão. (38)</p>
<p><b>Medicamentos usados na Retenção Urinária</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Silodosina 8 mg</b></li> <li>2. <b>Finasterida 5 mg</b></li> </ol>	<p>1. Administrado em tratamento dos sinais e sintomas da hiperplasia benigna da próstata em homens adultos 1 vez ao dia. A toma concomitante com anti-hipertensores deve ser monitorizada. Entre os efeitos secundários frequentes, encontra-se hipotensão ortostática. Hipotensão é um efeito secundário pouco frequente. (39)</p> <p>2. Administrado em tratamento e controlo da Hiperplasia Benigna da Próstata, reduzindo o tamanho da glândula da próstata no homem, 1 vez ao dia. Entre os efeitos secundários possíveis, encontra-se depressão. (40)</p>
<p><b>Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ramipril 5 mg</b></li> </ul>	<p>Administrado no tratamento da hipertensão e em prevenção cardiovascular 1 vez ao dia, à mesma hora. Entre os efeitos secundários frequentes, encontram-se a hipotensão e diminuição da pressão sanguínea ortostática. Anorexia e diminuição do apetite, depressão, ansiedade e perturbações do sono são efeitos secundários pouco frequentes. (41)</p>
<p><b>Inibidores da Bomba de Protões</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Omeprazol 20 mg</b></li> </ul>	<p>Administrado em tratamento de úlceras gástricas e duodenais ou erosões relacionadas com AINEs 1 vez ao dia durante 4-8 semanas. Entre os efeitos secundários frequentes, encontra-se a insónia. (31)</p>
<p><b>Analgésicos estupefacientes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tramadol 50; 100; 200 mg</b></li> </ul>	<p>Administrado no tratamento sintomático da dor moderada a intensa. Em 50 mg - A dose habitual é de 1 a 2 comprimidos, a intervalos de 4 a 6 horas. Em 100; 200 mg - Não se recomenda a utilização deste medicamento em doentes com mais de 75 anos de</p>

	idade. Dose única diária. Pode interagir com outros analgésicos, alguns tratamentos para a hipertensão. A sua eficácia pode ser afectada com a toma de metoclopramida. Entre os efeitos secundários raros encontram-se alterações do apetite, perturbações do sono, dependência e fraqueza muscular. (42) (43)
<b>Modificadores da motilidade gástrica ou Procinéticos</b> <b>Antieméticos e antiveriginosos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoclopramida 1 mg/ml</li> </ul>	Administrado como antiemético na prevenção de náuseas e vômitos. A dose única recomendada é de 10 mg, repetida até 3 vezes ao dia. Entre os efeitos secundários frequentes, encontram-se depressão, agitação, hipotensão (com a via intravenosa) e fraqueza. (44)
<b>Antidislipidémicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinvastatina 20 mg</li> </ul>	Administrado para a redução dos valores sanguíneos de colesterol total, LDL (lipoproteína de baixa densidade) e triglicéridos, aumentando os valores de HDL (lipoproteína de alta densidade), habitualmente 1 vez ao dia, à noite. Entre os efeitos raros, encontram-se perda de apetite, dor e fraqueza nos membros superiores e inferiores. A perturbação do sono é um efeito secundário muito raro. (45)

#### 1.4.7. Descrição e análise da posologia dos fármacos utilizados

Tabela 6 - Posologia do Paciente 1: Doente em tratamento de dor crónica não oncológica

Fármaco prescrito	Posologia recomendada (de acordo com Resumo das Características do Medicamento - RCM)	Posologia prescrita no Hospital Sousa Martins	Correspondência entre posologia recomendada e prescrita?
<b>Imunomoduladores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infiximab 100 mg</li> </ul>	Administrado lentamente, durante 2 horas. (22)	Sem dados no processo clínico.	Sem dados
<b>AINEs</b> 1. Ibuprofeno 600 mg 2. Etoricoxib 90 mg	1. Administrado de 12 em 12 horas. (23) 2. Administrado 1 vez ao dia. (24)	1. Administrado de 12 em 12 horas. 2. Administrado 1 vez ao dia.	1. SIM  2. SIM

<p>3. Diclofenac sódico 75mg/3 ml</p> <p>4. Diclofenac sódico + (prostanglandinas) misoprostol 75 + 0,2 mg</p>	<p>3 e 4. Administrado 2 vezes ao dia. (25) (26)</p>	<p>3 e 4. Administrado 2 vezes ao dia.</p>	<p>3.e 4. SIM</p>
<p><b>Antidepressores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amitriptilina 10; 25; 75 mg</li> </ul>	<p>Administrado 3 vezes ao dia, às refeições. (27)</p>	<p>Administrado 1 vez ao dia.</p>	<p><b>NÃO</b></p>
<p><b>Fármacos de acção central</b></p> <p>1. Cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg</p> <p>2. Paracetamol + tiocolquicosido 500 + 2 mg</p> <p>3. Tiocolquicosido 4 mg/ 2 ml</p>	<p>1. Administrado 3 vez ao dia. (28)</p> <p>2. Administrado 3 a 4 vezes ao dia, até 7 dias consecutivos. (29)</p> <p>3. Administrado 2 vezes ao dia, até 5 dias consecutivos. (30)</p>	<p>1. Administrado 1 vez ao dia, ao jantar.</p> <p>2. Administrado 3 vezes ao dia.</p> <p>3. Administrado até 2 vezes ao dia.</p>	<p>1. <b>NÃO</b></p> <p>2. <b>SIM</b></p> <p>3. <b>SIM</b></p>
<p><b>Inibidores da Bomba de Protões</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Omeprazol 20 mg</li> </ul>	<p>Administrado 1 vez ao dia durante 4-8 semanas. (31)</p>	<p>Administrado 1 vez ao dia.</p>	<p><b>SIM</b></p>
<p><b>Analgésicos estupefacientes</b></p> <p>1. Tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg; 75 + 650 mg</p> <p>2. Tapentadol 50; 100 mg</p>	<p>1. Administrado na dose analgésica eficaz mais baixa até 8 comprimidos por dia. (32)</p> <p>2. Administrado de 12 em 12 horas. (33)</p>	<p>1. Administrado 3 vezes ao dia.</p> <p>2. Administrado de 12 em 12 horas.</p>	<p>1. <b>SIM</b></p> <p>2. <b>SIM</b></p>
<p><b>Anticonvulsivantes/ Analgésicos/antipiréticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pregabalina 50 mg</li> </ul>	<p>Administrado, em adultos, 2 a 3 vezes ao dia. (34)</p>	<p>Administrado 2 vezes ao dia.</p>	<p><b>SIM</b></p>

<b>Corticosteróides de aplicação tópica</b> • <b>Betametasona 14 mg/2 ml</b>	Administrado, na área afectada, 2 a 3 vezes até se verificarem melhoras. (35)	Sem dados no processo clínico.	<b>Sem dados</b>
<b>Anestésicos Locais</b> • <b>Lidocaína 5%</b>	Administrado 1 a 3 vezes ao dia, sobre a pele com dor. (36)	Sem dados no processo clínico.	<b>Sem dados</b>

Tabela 7 - Posologia do Paciente 2: Doente em tratamento de dor crónica oncológica

<b>Fármaco prescrito</b>	<b>Posologia recomendada (de acordo com Resumo das Características do Medicamento - RCM)</b>	<b>Posologia prescrita no Hospital Sousa Martins</b>	<b>Correspondência entre posologia recomendada e prescrita?</b>
<b>Anti-Hormonas</b> • <b>Degarrelix 80 mg</b>	A dose inicial consiste na administração de injeções subcutâneas consecutivas de 120 mg cada. Após 1 mês decorrido da toma da dose inicial, a dose de manutenção envolve injeções mensais de 80 mg. (37)	Faz indução de Degarrelix 80 mg mensalmente.	<b>Sem dados suficientes.</b>
<b>Anti-Inflamatórios Não Esteróides</b> • <b>Diclofenac sódico 75mg</b>	Administrado 2 vezes ao dia. (38)	Administrado 2 vezes ao dia.	<b>SIM</b>
<b>Medicamentos usados na Retenção Urinária</b> 1. <b>Silodosina 8 mg</b> 2. <b>Finasterida 5 mg</b>	1. Administrado, em homens adultos 1 vez ao dia. (39) 2. Administrado, no homem, 1 vez ao dia. (40)	1. Administrado 1 vez ao dia. 2. Administrado 1 vez ao dia.	<b>1. SIM 2. SIM</b>
<b>IECA</b> • <b>Ramipril 5 mg</b>	Administrado 1 vez ao dia, à mesma hora. (41)	Administrado 1 vez ao dia	<b>SIM</b>
<b>IBP</b> • <b>Omeprazol 20 mg</b>	Administrado 1 vez ao dia durante 4-8 semanas. (31)	Administrado 1 vez ao dia.	<b>SIM</b>

<b>Analgésicos estupefacientes</b> • Tramadol 50; 100 mg; 200 mg	50 mg - A dose habitual é de 1 a 2 comprimidos, a intervalos de 4 a 6 horas; (42) Em 100; 200 mg - Dose única diária. (43)	50 mg - Em SOS; 100; 200 mg - 1 vez ao dia, à noite.	<b>SIM</b>
<b>Antieméticos e antivertiginosos</b> • Metoclopramida 1 mg/ml	A dose única recomendada é de 10 mg, repetida até 3 vezes ao dia. (44)	Sem dados no processo clínico.	<b>Sem dados</b>
<b>Antidislipídicos</b> • Sinvastatina 20 mg	Administrado 1 vez ao dia, à noite. (45)	Administrado 1 vez ao dia	<b>SIM</b>

#### 1.4.8. Análise do Seguimento farmacoterapêutico (Em função da Classificação de Resultados Negativos da Medicação pelo Terceiro Consenso de Granada)

**Tabela 8** - Seguimento farmacoterapêutico do Paciente 1: Doente em tratamento de dor crónica não oncológica

<b>Os medicamentos são necessários?</b> Sim.
<b>Os medicamentos são efectivos?</b> Não - <b>Inefectividade não quantitativa</b> (ibuprofeno 600 mg; paracetamol + tiocolquicosido 500 + 2 mg; pregabalina 50 mg; tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg, 75 + 650 mg; diclofenac de sódio + misoprostol 75 + 0,2 mg) Não - <b>Inefectividade quantitativa</b> (tapentadol 50 mg)
<b>O medicamento é seguro?</b> Não - <b>Insegurança não quantitativa</b> - Ibuprofeno 600 mg
<b>Falta alguma medicação para os problemas de saúde? (46)</b> Sim - Perda de Appetite

Tabela 9 - Seguimento farmacoterapêutico do Paciente 2: Doente em tratamento de dor crónica oncológica

<b>Os medicamentos são necessários?</b> Não - Sinvastatina 20 mg
<b>Os medicamentos são efectivos?</b> Não - Inefectividade quantitativa (tramadol 50 mg, 100 mg)
<b>O medicamento é seguro?</b> Não - Inseguridade não quantitativa - Ramipril 5 mg
<b>Falta alguma medicação para os problemas de saúde? (46)</b> Sim - Anorexia

## 1.5. Discussão

As recomendações para o uso de medicamentos opióides destinados a tratar a dor moderada a forte, foram elaboradas pela OMS, obedecendo ao princípio da escada analgésica de três degraus. O mesmo princípio determina que a escolha do analgésico, incluindo o uso de opióides, deve ser determinada pela intensidade da dor, interligada ao diagnóstico e tratamento do doente. (1)

Esta abordagem é corroborada pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), através Circular Informativa *Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica*. Os grandes grupos terapêuticos da intervenção na dor detalhados em 1.4.5. preenchem os vários degraus deste princípio. Desde logo, na sua base, no tratamento da dor leve, encontram-se os medicamentos anti-inflamatórios não esteróides (diclofenac sódico, ibuprofeno, naproxeno) e outros analgésicos, como o paracetamol e o metamizol. Num degrau intermédio, no tratamento da dor moderada, aos analgésicos (paracetamol ou AINE) adiciona-se um opióide fraco, como o tramadol e a codeína. Por fim, e no último patamar, no tratamento da dor severa, recorre-se aos medicamentos opoides fortes (MOFs), como a morfina, buprenorfina, fentanilo, hidromorfina, tapentadol ou oxicodona. A mesma recomendação admite a existência de uma grande variabilidade nas respostas dos doentes aos mesmos medicamentos, admitindo que cada degrau possa ser passível de ser adjuvado, com recurso a anticonvulsivos, antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos. (14) (19) (47)

O princípio da escada analgésica de três degraus é o ponto de partida para a selecção dos fármacos utilizados no tratamento da dor crónica oncológica e não oncológica dos pacientes em estudo. Esta análise é corroborada pelos valores de EVA (Escala Visual Analógica) recolhidos pela equipa de enfermagem do Hospital Sousa Martins, na observação dos sinais dos pacientes, ao longo do seu acompanhamento clínico naquele Hospital e que permitem classificar a intensidade da dor do doente em cada momento. A intensidade da dor determina, depois a escolha do analgésico, incluindo opióides, podendo ou não, ser adjuvada. Também, pelo quadro geral da medicação de cada paciente, percebe-se, que em ambos os casos (pacientes 1 e 2), houve recurso a fármacos dos grandes grupos terapêuticos da

intervenção na dor e, recomendados pela escada analgésica de três degraus da OMS, dependendo da intensidade da dor de cada paciente.

A partir dos dados clínicos dos doentes em estudo é possível constatar que:

- Em primeiro lugar, a terapia da dor crónica não oncológica abrange a utilização de fármacos anti-inflamatórios não esteróides, um inibidor da bomba de protões, analgésicos estupefacientes, imunomoduladores, um anticonvulsivante e antipirético, antidepressivos, corticosteróides de aplicação tópica, anestésicos locais e fármacos de acção central;
- No caso da terapia da dor crónica oncológica há recurso a fármacos anti-inflamatórios não esteróides, um inibidor da bomba de protões, analgésicos estupefacientes, anti-hormonas, modificadores da motilidade gástrica, antieméticos e antivertiginosos, antidiuréticos, inibidores da enzima da conversão da angiotensina e fármacos usados na retenção urinária.

Assim, é possível observar, a partir dos dados clínicos, que ambos os doentes, um doente em tratamento de dor crónica não oncológica e um doente em tratamento de dor crónica oncológica, se encontram sob prescrição com fármacos anti-inflamatórios não esteróides, analgésicos estupefacientes e inibidores da bomba de protões.

A partir dos mesmos dados, é perceptível que enquanto no caso do doente em tratamento de dor crónica não oncológica há recurso a fármacos imunomoduladores, um anticonvulsivante e antipirético, antidepressivos, corticosteróides de aplicação tópica, anestésicos locais e fármacos de acção central, no caso do doente em tratamento de dor crónica oncológica opta-se pela prescrição de fármacos anti-hormonas, modificadores da motilidade gástrica, antieméticos e antivertiginosos, antidiuréticos, inibidores da enzima da conversão da angiotensina e fármacos usados na retenção urinária.

Salvaguardando alguma medicação que tenha sido prescrita em termos individuais (antidiuréticos, inibidores da enzima da conversão da angiotensina e fármacos usados na retenção urinária), é possível constatar, a partir dos dados clínicos do doente, a inexistência de medicação de suporte oncológica (como por exemplo, os antieméticos, os factores de crescimento hematopoiético, entre outros). Por outro lado, é surpreendente que o controlo da emese esteja restrito apenas, ao fármaco metoclopramida e, não à utilização de nenhum fármaco antagonista selectivo dos receptores da 5-hidroxitriptamina (5-HT<sub>3</sub>), como por exemplo, ondansetron, granisetron, entre outros.

Em 2012, foi prescrito o primeiro opióide fraco (tramadol 37,5 mg conjugado a paracetamol 325 mg 3id) ao paciente com dor crónica não oncológica (paciente 1) ao se registar um valor EVA 6, que se enquadra na classificação da dor moderada. Embora a prescrição corrobore as recomendações da OMS e da DGS, o mesmo não acontece, em 2011 num momento anterior do historial clínico, onde é prescrito um AINE (ibuprofeno 600 mg) adjuvado a terapia indicada para a depressão e espasmos musculares associados à mesma dor, quando o paciente 1 apresenta um valor EVA 7-8, que se enquadra na classificação de dor moderada a severa. Esta discrepância pode ser justificada pelas maiores limitações do princípio da escada analgésica

de três degraus, a noção da existência de uma grande variabilidade nas respostas nos doentes para os mesmos medicamentos previstos no princípio e a abordagem focada no doente e, não, nas características dos fármacos. Do registo do processo clínico, descrito neste parágrafo, fica-se com a ideia que o doente foi abordado empiricamente, com componente pouco técnica na área do medicamento. Da análise dos factos parece óbvio que não existe uma intervenção do farmacêutico.

Ainda em 2012, a prescrição de etoricoxib, um inibidor selectivo da COX-2 (Ciclo-oxigenase 2), na presença de úlcera nervosa, é corroborada pela Orientação da DGS nº 013/2011 *Anti-inflamatórios não esteróides (AINE) sistémicos em adultos: orientações para a utilização de inibidores da COX-2* que defende como opção terapêutica, a introdução de um inibidor selectivo da COX-2 (celecoxib e etoricoxib) em doentes com alto risco gastrointestinal ou após introdução de AINE associado ao aparecimento de sintomas gastrointestinais. (48)

Com dor lombar, antecedentes de depressão e, conforme referido no registo clínico, falta de cumprimento da medicação prescrita por problemas económicos é prescrito, ao paciente 1, amitriptilina 25 mg e cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg.

Medicado, mais tarde, com ibuprofeno 600 mg, omeprazol 20 mg, amitriptilina 25 mg, cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg e tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg 3 id em SOS, apresenta, em 2015, dor generalizada, sem alívio com a medicação prescrita. A dor é agravada pelo *stress* e apresenta parestesias nos membros superiores e inferiores.

O fármaco tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg pode interagir com certos antidepressivos podendo surgir contracções musculares involuntárias, agitação, tremores e tensão muscular aumentada. Entre os efeitos secundários frequentes, encontram-se ansiedade. Dormência nos membros está entre os efeitos pouco frequentes. O fármaco pode causar dependência física e psicológica. (32) (49)

Entre os efeitos secundários possíveis da amitriptilina, encontram-se ansiedade e parestesias das extremidades. Os efeitos secundários menos frequentes do cloridrato de ciclobenzaprina incluem ansiedade. Entre os efeitos secundários raros do omeprazol, encontram-se fraqueza, dor articular e parestesias. Entre os efeitos secundários muito raros do ibuprofeno 600 mg (<1/10.000), encontram-se parestesias, depressão e ansiedade. (23) (27) (28) (31)

Da análise dos factos não é atingível que haja uma relação entre a previsibilidade dos efeitos secundários dos fármacos prescritos, ao doente 1 e o decurso dos mesmos, em sintomas como a depressão, dor agravada pelo *stress*, parestesias nos membros superiores e inferiores, sono não reparador, astenia e ansiedade que o doente apresenta, em consultas, no Hospital Sousa Martins.

Apresenta úlcera nervosa. Conclui-se por um quadro de Fibromialgia like e patologia degenerativa da coluna lombar. Entre os efeitos secundários frequentes do tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg encontra-se a ansiedade. O ibuprofeno 600 mg está contra-indicado em doentes com úlcera péptica ou hemorragia gastrointestinal recorrente. Entre os efeitos secundários muito raros (<1/10.000), encontra-se ansiedade. Os efeitos secundários menos frequentes do cloridrato de ciclobenzaprina incluem ansiedade e afecções

gastrointestinais. Entre os efeitos secundários possíveis da amitriptilina, encontra-se a ansiedade. (23) (27) (32)

É medicado com pregabalina 50 mg 2 id, etoricoxib 90 mg e paracetamol + tiocolquicosido 500 + 2 mg 3 id.

É-lhe, mais tarde, prescrito, no SAP, um corticosteróide e um AINE conjugado a um protector gástrico ou intestinal. A administração concomitante de ibuprofeno com corticosteróides aumenta o risco de ulceração e hemorragia gastrointestinal. Não se recomenda a administração simultânea de paracetamol + tiocolquicosido com AINEs, pelo aumento de risco de hepatotoxicidade. Entre os efeitos secundários raros do paracetamol encontra-se a dermatite alérgica. Entre os efeitos secundários frequentes do tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg encontra-se a comichão. Dermatite é um efeito secundário pouco frequente do omeprazol. Entre os efeitos secundários raros (>1/10.000, <1/1.000) ou muito do diclofenac sódico + (prostanglandinas) misoprostol 75 + 0,2 mg destacam-se a ansiedade, parestesias, vermelhidão da pele e comichão. (23) (26) (29) (31) (32) (35)

Entre Abril de 2015 e Maio de 2017 perde-se, a nível hospitalar, o seguimento do paciente 1, que reaparece mantendo lombalgia com dor irradiada pelo membro inferior esquerdo, sono não reparador, astenia e ansiedade. É-lhe prescrito, novamente, no Hospital Sousa Martins, um opióide fraco (tramadol 37,5 mg conjugado a paracetamol 325 mg 3 id) e volta a tomar amitriptilina 25 mg e cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg. Mantém-se anterior terapia anticonvulsivante.

O fármaco tramadol conjugado a paracetamol pode interagir com certos antidepressivos podendo surgir contracções musculares involuntárias, agitação, tremores e tensão muscular aumentada. Entre os efeitos secundários frequentes, encontram-se perturbações do sono, ansiedade, agitação e comichão. Pode causar dependência física e psicológica. (32)

Foram notificados casos de utilização incorrecta de pregabalina, abuso e dependência. Entre os efeitos secundários frequentes, encontram-se irritabilidade, insónia, alterações do humor, ataxia, letargia, dores nas costas e membros. Aquando do programa clínico da pregabalina 12% dos doentes com pregabalina abandonaram tratamento devido às reacções adversas, contra os 5% nos doentes com placebo. (34)

Entre os efeitos secundários frequentes do omeprazol, encontra-se a insónia. Entre os efeitos secundários pouco frequentes do etoricoxib (>1/1.000, <1/100), encontra-se diminuição do apetite, ansiedade e depressão. Os efeitos secundários possíveis da amitriptilina incluem a ansiedade. Os efeitos secundários menos frequentes do cloridrato de ciclobenzaprina incluem ansiedade. Depressão, ansiedade e insónias são efeitos secundários muito raros (<1/10.000) do ibuprofeno 600 mg. (23) (24) (27) (28) (31)

Da análise dos factos não é atingível que haja uma relação entre a previsibilidade dos efeitos secundários dos fármacos prescritos, ao doente 1 e o decurso dos mesmos, em sintomas como a depressão, dor agravada pelo *stress*, parestesias nos membros superiores e inferiores, afecções gastrointestinais, sono não reparador, astenia e ansiedade que o doente apresenta, em consultas, no Hospital Sousa Martins.

Pela perda prolongada do seguimento do doente, pela ausência de dados no seu processo clínico, relativos ao acompanhamento pelo seu médico de família, pelos dados recolhidos a partir da entrevista telefónica ao doente, não parece perceptível que o doente tenha sido monitorizado quanto à gestão da sua medicação, ou acompanhado por algum profissional de saúde neste período de ausência, tendo em conta, desde logo, o seu historial de falta de cumprimento da medicação prescrita. Da análise dos factos parece intuitivo que não exista uma intervenção do farmacêutico em meio hospitalar. O Farmacêutico, também parece estar ausente no aconselhamento ao doente na Farmácia Comunitária.

Pela análise do processo clínico percebe-se que, entre Abril de 2015 e Maio de 2017, o doente mantinha, pelo menos, a prescrição de amitriptilina 25 mg, cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg, omeprazol 20 mg, tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg em SOS, pregabalina 50 mg, etoricoxib 90 mg e paracetamol + tiocolquicosido 500 + 2 mg 3 id, betametasona, dipropionato + betametasona, fosfato sódico 14 mg/2 ml e diclofenac de sódio + misoprostol 75 + 0,2 mg.

Por fim, em 2018, o paciente 1 refere manter insónia e depressão. Diz aplicar Lidocaína 5% em SOS, sendo submetido a injeções pontuais de diclofenac sódico e tiocolquicosido no seu centro de saúde. Queixa-se de ter dificuldades em engordar.

É-lhe prescrito omeprazol 20 mg, tapentadol 100 mg de 12 em 12 horas, comprimido de libertação prolongada, cloridrato de ciclobenzaprina 10 mg e amitriptilina 75 mg à noite. Foi-lhe retirado diclofenac de sódio + misoprostol 75 + 0,2 mg.

Como referido anteriormente, entre os efeitos secundários possíveis da amitriptilina, encontra-se a ansiedade. Os efeitos secundários menos frequentes do cloridrato de ciclobenzaprina incluem ansiedade. (27) (28)

Da análise dos factos não é intuitivo que haja uma relação entre a previsibilidade dos efeitos secundários dos fármacos prescritos, ao doente 1 e o decurso dos mesmos, em sintomas como a depressão, insónias e para o baixo peso que o doente apresenta, em consultas, no Hospital Sousa Martins.

Do registo do processo clínico parece inteligível que as posologias de amitriptilina e cloridrato de ciclobenzaprina prescritas no Hospital Sousa Martins, em vários momentos, não correspondem aos valores recomendados pelo Infarmed (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.), de acordo com Resumo das Características do Medicamento (RCM). Não parece atingível que o doente tenha sido monitorizado quanto à gestão da sua medicação por um farmacêutico, em meio hospitalar e, em Farmácia Comunitária. (27) (28)

O fármaco tramadol conjugado a paracetamol pode interagir com certos antidepressivos podendo surgir contracções musculares involuntárias, agitação, tremores e tensão muscular aumentada. Entre os efeitos secundários frequentes, encontram-se perturbações do sono, ansiedade e agitação. Entre os efeitos secundários frequentes do omeprazol, encontra-se a insónia. (31) (32)

A diminuição do apetite, ansiedade, humor depressivo, problemas de sono, inquietação e sensação de fraqueza são efeitos secundários frequentes do tapentadol. De entre os efeitos

secundários pouco frequentes destaca-se a perda de peso. Entre os efeitos secundários pouco frequentes do etoricoxib (>1/1.000, <1/100), encontra-se diminuição do apetite, ansiedade e depressão. (24) (33)

De novo, a partir da análise dos factos não é óbvio que haja uma relação entre a previsibilidade dos efeitos secundários dos fármacos prescritos, ao doente 1 e o decurso dos mesmos, em sintomas como a depressão, insónias e para o baixo peso que o doente apresenta, em consultas, no Hospital Sousa Martins.

Pela perda prolongada do seguimento do doente, pela ausência de dados no seu processo clínico, relativos ao acompanhamento pelo seu médico de família, pelos dados recolhidos a partir da entrevista telefónica ao doente, não parece atingível que o doente tenha sido monitorizado quanto à gestão da sua medicação, ou acompanhado por algum profissional de saúde neste período de ausência, tendo em conta, desde logo, o seu historial de falta de cumprimento da medicação prescrita.

Parece existir a possibilidade de o doente recorrer e manter abordagens alternativas (chás) sob aconselhamento de aldeões e amigos.

O modo de actuação do tapentadol pode ser influenciado ou podem surgir efeitos secundários pela toma de hipericão que atua nas enzimas necessárias para eliminar o tapentadol do organismo. Pelos dados do processo clínico parece perceptível que o doente sofre de um quadro depressivo crónico. Mas no mesmo processo clínico não vem referenciada ou detalhada a existência ou a composição dos chás que o doente diz tomar para diversos fins, como a depressão, corroborando assim as suas declarações em entrevista telefónica. Também não é claro se o hipericão incorpora, ou não, a mesma composição, para esse fim, em particular. (33)

Da análise dos factos parece, sim, intuitivo que não exista uma intervenção do farmacêutico em meio hospitalar. O Farmacêutico, também parece estar ausente no aconselhamento ao doente na Farmácia Comunitária.

Apenas em 2018, após diagnóstico de síndrome da dor crónica e queixas de dor no pescoço, na clavícula, ombro e dorso direitos, é prescrito ao paciente 1, por uma médica especializada em terapêutica da dor, tapentadol 50 mg, o primeiro opióide forte (MOF). Atinge-se, assim, o último degrau do princípio da escada analgésica. O novo opióide substitui tramadol 75 mg + paracetamol 650 mg, e em Maio desse ano, consegue-se perceber as queixas de raquialgia.

Do registo do processo clínico não é atingível que a prescrição ocorra tendo como base o valor EVA, ou a intensidade da dor, obtido pela observação dos sinais do doente. Também não é intuitivo que a decisão de iniciar essa terapêutica envolva uma Unidade Multidisciplinar de Dor. Ainda que se cumpra a abordagem corroborada pela DGS, através Circular Informativa *Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica*, de que a utilização de MOFs na dor crónica não oncológica deva ser feita por indicação de médico especializado em terapêutica da dor, fica-se, mais uma vez, com a ideia que o doente foi abordado empiricamente, com componente pouco técnica na área do medicamento. (47) Da análise dos factos parece óbvio que não existe intervenção do farmacêutico.

A mesma Circular Informativa recomenda o uso preferencial de formulações de libertação prolongada, administradas de forma regular, com o objectivo de se atingir a optimização terapêutica. Para isso as doses baixas iniciais, devem ser progressivamente aumentadas, até ao período máximo de 2 meses, em intervalos regulares, tendo como referência os efeitos benéficos e as reacções adversas registadas. Apesar dessa exigência, não é inteligível que ocorra monitorização da eficácia terapêutica e identificação de efeitos secundários. (47) Da análise dos factos parece perceptível que não existe intervenção do farmacêutico.

Pela análise de dados do seu processo clínico, pela ausência de registos relativos ao acompanhamento pelo seu médico de família, pelos dados recolhidos a partir da entrevista telefónica ao doente, não parece atingível que o doente 1, em períodos de faltas às consultas regulares, venha a ser referenciado, por intervenção do farmacêutico, para consulta especializada ou Unidade Multidisciplinar de Dor como prevê a mesma Circular Informativa da DGS. (47)

Ao contrário do paciente 1, o paciente 2, em tratamento de dor crónica oncológica, inicia a toma de analgésicos opióides, na primeira consulta de dor, no Hospital Sousa Martins, aquando do diagnóstico de dor relacionada com neoplasia (aguda)(crónica).

Em 2017 faz teste com tramadol 50 mg (Travex Rapid). É-lhe prescrito pelo clínico a toma de um opióide à noite (tramadol 100 mg comprimidos de libertação prolongada) podendo ser associado, em SOS, à toma de tramadol 50 mg comprimidos orodispersíveis. Do registo do processo clínico não é inteligível que a prescrição ocorra tendo como base o valor EVA, ou a intensidade da dor, obtido pela observação dos sinais do doente. A prescrição não segue a recomendação da OMS e o princípio da escada analgésica. (1) A prescrição não segue as recomendações da Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO), que sugere, que na presença de dor moderada seja prescrito um opióide fraco (como o tramadol) ou um opióide forte em baixas doses, em associação a paracetamol e/ou AINEs. (18)

Não parece intuitivo que seja seguida a Orientação da DGS nº 015/2010 *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa* que recomenda, especificamente, por rotina, a monitorização, reavaliação e registo da dor, numa comunicação entre profissionais, promovendo, assim, o sucesso terapêutico, tendo em conta alterações comportamentais, procedimentos necessários, a patologia em si e a colaboração de familiares e/ou cuidadores como suporte à percepção das mesmas alterações comportamentais indicativas de dor. (50)

Também não é óbvio que sejam cumpridas as recomendações da Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO), que estabelecem que o primeiro passo no tratamento da dor se faz tendo como base avaliações rigorosas e regulares da intensidade da dor através, por exemplo, de escalas standardizadas, como a Escala Visual Analógica (EVA). (18)

Apenas em 2018, numa consulta posterior, parece perceptível que a prescrição ocorre, tendo como base, a classificação da intensidade da dor do doente.

A administração do mesmo opióide (tramadol), podendo ser administrado concomitantemente, em diferentes formas farmacêuticas e posologias é uma novidade e pode justificar-se pelo quadro clínico do doente 2 e/ou pela Orientação nº 015/2010 da DGS para o

controlo da dor crónica na pessoa idosa, que admite que a polimedicação e o ajuste de pequenas doses de diferentes grupos de fármacos, de acordo com as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas à idade, possa ser necessária para obter o controlo da dor, minimizando os efeitos secundários específicos de cada fármaco (50).

Fica-se, mais uma vez, com a ideia que o doente foi abordado empiricamente, com componente pouco técnica na área do medicamento. Da análise dos factos parece atingível que não existe intervenção do farmacêutico.

Após cintigrafia observa-se metastização óssea disseminada, relacionada com o carcinoma da próstata. Do registo do processo clínico não há evidências de tratamento com radioterapia, associada a ácido zolendróico, denosumab ou suplementação em vitamina D e cálcio como recomendado pela ESMO. (18)

Na mesma consulta, o doente queixa-se de dor mal controlada e anorexia. Emagreceu, desde há 7 meses, 6 Kg. Anorexia, diminuição do apetite, perturbações do sono e ansiedade são efeitos secundários pouco frequentes do ramipril 5 mg. Entre os efeitos secundários raros (>1/10.000, <1/1.000) ou muito raros do diclofenac sódico destacam-se a ansiedade, perda de apetite e insónias. Entre os efeitos raros da sinvastatina encontram-se perda de apetite, dor e fraqueza nos membros superiores e inferiores. (38) (41) (45)

Relativamente à anorexia e à perda de peso, o doente 2 revela em entrevista telefónica ter sido aconselhado a tentar abordagens fitoterápicas, por amigos, sem pensar recorrer à sua Farmácia Comunitária. Da análise do seu processo clínico não é intuitivo que o doente recorra a qualquer abordagem terapêutica alternativa.

A Orientação nº 015/2010 da DGS para o controlo da dor crónica na pessoa idosa admite a conduta que muitos idosos com dor crónica manifestam, de utilizar abordagens não farmacológicas, por auto-iniciativa, ainda antes de procurarem os serviços de saúde. As possíveis consequências deste comportamento são especialmente importantes em idosos com osteoporose ou polimedicados, com riscos de lesões osteoarticulares. (50)

Da análise dos factos não é óbvio que haja uma relação entre a previsibilidade dos efeitos secundários dos fármacos prescritos, ou das possíveis abordagens não farmacológicas no doente 2 e, o decurso dos mesmos, em sintomas que o doente apresenta, em consultas, no Hospital Sousa Martins, como anorexia ou dor mal controlada.

Da análise dos factos parece inteligível que não existe uma intervenção do farmacêutico em meio hospitalar. O Farmacêutico, também parece estar ausente no aconselhamento ao doente na Farmácia Comunitária.

O doente 2 inicia toma de tramadol 50 mg em SOS e 100 mg à noite. Inicia, também, a toma de metoclopramida 1 mg/ml.

Entre os seus efeitos secundários raros do tramadol encontram-se alterações do apetite, perturbações do sono, dependência e fraqueza muscular. Entre os efeitos secundários frequentes da metoclopramida 1mg/ml encontram-se agitação e fraqueza. A eficácia do fármaco tramadol pode ser afectada com a toma de metoclopramida. A metoclopramida é, no

entanto, recomendada pela ESMO no tratamento de náuseas e vômitos induzidos por opióides. (18) (42) (44)

Apresenta, também, hipotensão (98/40 mmHg) sendo previamente hipertenso, situação que leva à suspensão do fármaco ramipril 5 mg. Entre os efeitos secundários frequentes do ramipril 5 mg encontram-se a hipotensão e diminuição da pressão sanguínea ortostática. Os AINEs (como o diclofenac sódico) podem diminuir a eficácia dos diuréticos assim como medicamentos usados como anti-hipertensores (Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina - IECA). A toma concomitante de silodosina 8 mg com anti-hipertensores deve ser monitorizada. Entre os efeitos secundários frequentes, encontra-se hipotensão ortostática. Hipotensão é um efeito secundário pouco frequente. (38) (39) (41)

Inicia toma de tramadol 50 mg em SOS e 100 mg à noite. Inicia, também, a toma de metoclopramida 1 mg/ml. O fármaco tramadol pode interagir com outros analgésicos e alguns tratamentos para a hipertensão. Entre os efeitos secundários frequentes da metoclopramida 1mg/ml encontra-se a hipotensão (com a via intravenosa). Fica-se com a ideia que o doente foi abordado empiricamente, com componente pouco técnica na área do medicamento. Da análise dos factos parece atingível que não existe intervenção do farmacêutico. (42) (43) (44) Também o fármaco sinvastatina 20 mg, é suspenso, por ausência de parâmetros clínicos que o justifiquem.

Do registo do processo clínico e pela análise da entrevista telefónica, fica-se com a ideia que o doente 2 parece não ter sido acompanhado pelo farmacêutico numa área da sua competência.

Parece intuitivo que o farmacêutico está ausente no seu papel de gestão da terapêutica medicamentosa com base nos dados clínicos e dados do doente. Não há dados que demonstrem, que na Farmácia Comunitária, tenham ocorrido determinações de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, ou acções pró-activas com vista ao acesso a dados do doente 2, que permitissem, por exemplo, monitorizar a sua pressão arterial, perda de peso ou os níveis de colesterol total. O doente parece não ter sido convidado ou encaminhado, pelo farmacêutico, para qualquer actividade de rastreio. Da análise dos factos parece óbvio que não existe intervenção do farmacêutico, em meio hospitalar e em Farmácia Comunitária. (51) (52)

Ao doente 2 é feita indução de degarrelix 80 mg, mensalmente. Pelos dados do processo do doente fica claro que o profissional de saúde responsável pelo ensino das características do fármaco ao doente e à sua família faz parte equipa de enfermagem do Hospital Sousa Martins. Em entrevista telefónica, o mesmo doente diz ter sentido arrepios após a primeira administração do fármaco. Entre os efeitos secundários muito frequentes (>1/10) do degarrelix 80 mg encontram-se reacções adversas no local da injeção e afrontamentos. Insónia, dor e arrepios (doença tipo gripe) estão entre os efeitos frequentes (>1/100, <1/10). (37)

Segundo as recomendações da ESMO, os doentes devem ser motivados a ter um papel mais activo durante o tratamento, a comunicar com o seu médico e demais profissionais de saúde

sobre o seu estado, a eficácia da terapia e os possíveis efeitos adversos. A correta informação sobre a terapia prescrita adquirida e gerida pelo doente e sua família e/ou cuidador, particularmente quando os tratamentos se realizam no domicílio do doente. (18)

Não é inteligível que as mesmas recomendações sejam integralmente cumpridas. Da análise dos factos parece atingível que não existe uma intervenção do farmacêutico em meio hospitalar. O Farmacêutico, também parece estar ausente no aconselhamento ao doente na Farmácia Comunitária.

Em 2018, verifica-se um aumento na dose de tramadol prescrita e administrada à noite (de 100 para 200 mg). O doente apresenta dor quando inicia carga mais transitória e manifesta necessidades inconstantes de tramadol (Travex Rapid) 50 mg em SOS. A última prescrição é diclofenac sódico 75 mg.

Do registo do processo clínico não é intuitivo que seja cumprida a Orientação da DGS nº 013/2011 *Anti-inflamatórios não esteróides sistémicos em adultos: orientações para a utilização e inibidores da COX-2*, que defende a elaboração de estratégias, como a gestão terapêutica, a antecipação da cirurgia, a monitorização para o aparecimento de efeitos adversos, o uso de bengala ou cinta, a perda de peso ou a promoção de programas de actividade física para limitar o tratamento com AINEs em altas doses. (48)

Da análise dos factos não é perceptível que exista uma intervenção do farmacêutico, em meio hospitalar ou em Farmácia Comunitária.

Pelo registo do processo clínico parece óbvio que o doente 2 manifesta particular necessidade de tramadol (Travex Rapid) 50 mg. Em entrevista telefónica, o mesmo refere recorrer à filha para pedir esse fármaco na sua Farmácia Comunitária, no caso de carência. Como já foi referido anteriormente, determinados comportamentos como a antecipação da necessidade de mais medicação, relato de perda ou roubo de medicação, sintomas de sobredosagem ou faltas às consultas regulares devem fazer suspeitar da possibilidade do desenvolvimento de adição e constituem indicação para referenciar o doente imediatamente a uma consulta especializada ou Unidade Multidisciplinar de Dor. (47)

Da análise dos factos não é inteligível que haja uma relação entre a previsibilidade dos efeitos secundários do fármaco tramadol, ao doente 2 e o decurso dos mesmos, em sintomas que o mesmo apresenta, em consultas, no Hospital Sousa Martins.

Da análise dos factos não é perceptível que exista uma intervenção do farmacêutico, em Farmácia Comunitária.

## **1.6. Conclusão e Perspectivas Futuras**

O presente estudo partiu de uma importante unidade do Serviço Nacional de Saúde, uma Unidade Local de Saúde, com sede numa capital de distrito. Os doentes referiram recorrer a farmácias do meio rural e urbano, da mesma região. O retrato que aqui se elabora demonstra o papel do farmacêutico no percurso da terapia de um doente em tratamento de dor crónica oncológica e um doente em tratamento de dor crónica não oncológica, em ambiente hospitalar e farmácia comunitária.

Do registo do processo clínico do doente 1 não é intuitivo que tenham sido seguidas, em todos os momentos do seu historial clínico, as recomendações elaboradas pela OMS, com base no princípio da escada analgésica, na escolha do analgésico, incluindo o uso de opióides. (1) Não é óbvio que tenham sido recolhidos, em todos os momentos, valores de EVA (Escala Visual Analógica), na observação dos sinais do doente, no Hospital Sousa Martins, que suportem a utilização de fármacos segundo o princípio da escada analgésica. Noutros momentos, fica-se com a ideia que o valor EVA recolhido não corresponde à prescrição definida pelo mesmo princípio.

Também as posologias de amitriptilina e cloridrato de ciclobenzaprina prescritas no Hospital Sousa Martins não parecem corresponder aos valores recomendados pelo Infarmed. (27) (28)

Do mesmo registo parece atingível que foram prescritos fármacos dos grandes grupos terapêuticos da intervenção ao doente em tratamento de dor crónica não oncológica. O uso de Anti-inflamatórios não esteróides (AINE) sistémicos em adultos parece seguir as normas da DGS. (48)

Fica-se, deste modo, com a noção que o doente foi abordado empiricamente, em alguns momentos, com componente pouco técnica na área do medicamento. Da análise dos factos, também, não é inteligível que exista uma intervenção do farmacêutico.

Do registo do processo clínico parece perceptível que o doente apresenta um historial de falta às consultas e de incumprimento da medicação prescrita por problemas económicos. Existe, ainda, ausência de dados relativos ao seu acompanhamento pelo médico de família e a factual perda prolongada do seguimento do doente, durante um período, aproximado, de dois anos.

O doente 1 apresenta, ainda, afecções psiquiátricas, como antecedentes de depressão. O opióide fraco tramadol é-lhe prescrito, possuindo entre os seus efeitos secundários frequentes, perturbações do sono, ansiedade e agitação, podendo causar dependência física e psicológica. (32)

Ao longo do seu historial clínico, o doente 1 refere dor generalizada, sem alívio com a medicação prescrita e agravada pelo *stress*, parestesias nos membros superiores e inferiores, úlcera nervosa, afecções cutâneas, sono não reparador, insónia, astenia, ansiedade e perda de apetite.

Da análise dos factos não é compreensível se existe ou não, uma relação entre a previsibilidade dos efeitos secundários dos fármacos prescritos e o decurso dos mesmos, no doente 1, podendo ter gerado um caso/quadro de prescrição em cascata.

Estando perante um caso de um doente polimedicado em tratamento de dor crónica não oncológica, com afecção psiquiátrica e, parecendo existir a possibilidade de o doente recorrer e manter abordagens alternativas (chás) sob aconselhamento de aldeões e amigos, não parece óbvio que o doente tenha sido monitorizado quanto à gestão da sua medicação, por exemplo, quanto aos seus efeitos secundários, ou acompanhado por algum profissional de saúde neste período de ausência.

Também não parece atingível que o doente 1, em períodos de faltas às consultas regulares, tenha sido referenciado, por intervenção do farmacêutico, para consulta especializada ou Unidade Multidisciplinar de Dor como prevê a DGS. (47)

O Farmacêutico está ausente na abordagem da consulta do tabagismo e no aconselhamento ao doente na Farmácia Comunitária. (53)

É mais do que evidente que o doente deveria ser monitorizado em termos de terapêutica por ser não cumpridor e desperdiçar recursos.

Da análise dos factos parece intuitivo que não exista uma intervenção do farmacêutico em meio hospitalar. O Farmacêutico, também parece estar ausente no aconselhamento ao doente na Farmácia Comunitária.

Do registo do processo clínico do doente 2 não é perceptível que tenham sido seguidas, em todos os momentos do seu historial clínico, as recomendações elaboradas pela OMS, com base no princípio da escada analgésica, na escolha do analgésico, incluindo o uso de opióides. A prescrição não segue as recomendações da Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO). Não é inteligível que tenham sido recolhidos, em todos os momentos, valores de EVA (Escala Visual Analógica), na observação dos sinais do doente, no Hospital Sousa Martins, que suportem a utilização de fármacos segundo o princípio da escada analgésica. Noutros momentos, fica-se com a ideia que o valor EVA recolhido não corresponde à prescrição definida pelo mesmo princípio.

Também não é óbvio que tenham sido seguidas as Orientações da DGS quanto à monitorização, por rotina, da dor e à comunicação entre diferentes profissionais de saúde e, destes, com familiares e/ou cuidadores do doente, focadas no controlo da dor crónica da pessoa idosa. (50)

Do registo do processo clínico não é intuitivo que seja cumprida a Orientação da DGS quanto ao uso de anti-inflamatórios não esteróides sistémicos em doentes com dor crónica por artrose em fase evoluída. (48) Não há evidências de tratamento recomendado pela ESMO, na presença de metastização óssea disseminada. (18)

Do mesmo processo clínico, também não é perceptível qual a recomendação que socorre o clínico na prescrição concomitante do mesmo opióide (tramadol) em diferentes formas farmacêuticas e posologias.

Fica-se com a ideia que o doente foi abordado empiricamente, em vários momentos, com componente pouco técnica na área do medicamento. Da análise dos factos parece perceptível que não existe intervenção do farmacêutico.

Ao contrário do doente 1, a posologia de todos os fármacos prescritos e que constam no registo do processo clínico do doente 2, no Hospital Sousa Martins, parecem corresponder aos valores recomendados pelo Infarmed.

Do mesmo registo parece atingível que foram prescritos fármacos dos grandes grupos terapêuticos da intervenção ao doente em tratamento de dor crónica não oncológica. (4) Também parece perceptível que na prática clínica, envolvendo os dois casos em estudo, exista, por parte dos clínicos, um carácter obrigatório em seguir e cumprir as normas vigentes

acerca da correcta utilização destes fármacos em tratamento de dor crónica oncológica e não oncológica.

Ao longo do seu historial clínico, o doente 2 refere de dor mal controlada e anorexia.

Da análise dos factos não é inteligível que exista ou não, uma relação entre a previsibilidade dos efeitos secundários dos fármacos prescritos e o decurso dos mesmos, no doente 2, podendo ter gerado um caso/quadro de prescrição em cascata. (54)

Estando perante um caso de um doente polimedicado em tratamento de dor crónica oncológica, com coxartrose evoluída e, parecendo existir a possibilidade de o doente recorrer e manter abordagens alternativas sob aconselhamento de amigos, não parece óbvio que o doente tenha sido monitorizado quanto à gestão da sua medicação, por exemplo, quanto aos seus efeitos secundários.

Também não parece intuitivo que o doente 2, em comportamentos como a antecipação da necessidade de mais medicação (tramadol 50 mg em SOS), tenha sido referenciado, por intervenção do farmacêutico, para consulta especializada ou Unidade Multidisciplinar de Dor como prevê a DGS. (47)

Da análise dos factos parece perceptível que não existe uma intervenção do farmacêutico em meio hospitalar. O Farmacêutico, também parece estar ausente no aconselhamento ao doente na Farmácia Comunitária.

Os fármacos ramipril 5 mg e sinvastatina 20 mg são suspensos tendo em conta a hipotensão que o doente apresenta e a ausência de parâmetros clínicos que o justifiquem. Em entrevista telefónica, o mesmo doente diz ter sentido arrepios após a primeira administração de degarrelix 80 mg.

Da análise dos factos parece atingível que o doente 1 foi submetido a terapia para tratamento de dor crónica não oncológica, tendo-lhe sido prescritos 5 fármacos que não provaram ser efectivos e 1 fármaco (tapentadol) que parece não ter sido efectivo na dosagem de 50 mg. O fármaco ibuprofeno provou não ser seguro para o doente em determinado momento do seu historial clínico. Parece óbvio que o doente 2 foi submetido a terapia para tratamento de dor crónica oncológica, tendo-lhe sido prescrito 1 fármaco que não provou ser efectivo (o opióide fraco tramadol). O fármaco ramipril 5 mg provou não ser seguro para o doente em determinado momento do seu historial clínico. O fármaco sinvastatina provou não ser necessário.

Do registo do processo clínico de ambos os doentes e pela análise das entrevistas telefónicas, fica-se com a ideia que ambos os doentes parecem não ter sido acompanhados pelo farmacêutico, no seu papel de:

- Gestão da terapêutica medicamentosa com base nos dados clínicos e dados do doente, não tendo ocorrido determinações de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, ou acções de monitorização da sua pressão arterial, perda de peso ou os níveis de colesterol total;
- Convidar ou encaminhar o doente para qualquer actividade de rastreio;
- Ensino das características do fármaco ao doente e à sua família e/ou cuidador (55);

- Intervenção farmacêutica no âmbito da análise do perfil de fármacos utilizado, do manuseamento das suas doses ao longo do tempo, dos riscos de interacções medicamentosas, na sugestão de possíveis práticas terapêuticas não farmacológicas e alternativas, como por exemplo, exercício físico, aplicação local de calor ou frio, massagem, diadermina, educação do doente e do cuidador, estratégias cognitivas em programas individuais ou em grupo e distração, com utilização de técnicas de música, leitura, ou outra; (56) (57) (58)
- Interação profissional do farmacêutico com o doente ou com os elementos da equipa de saúde;
- Promover actividades de cuidados preventivos, que promovam a saúde e previnam a doença, por exemplo, através da oferta de materiais educacionais para a gestão da saúde do doente, elaboração de um programa específico para a promoção da saúde e prevenção da doença aplicável ao seu grupo etário e literacia em saúde;
- Avaliar a prescrição e as indicações prescritas, considerando os seus aspectos terapêuticos, sociais, económicos e legais, em ambiente de Farmácia Comunitária;
- Garantir ao doente, o aconselhamento, no processo de dispensa;
- Prever a possibilidade de desenvolvimento de adição com vista à referência do doente a uma consulta especializada ou Unidade Multidisciplinar de Dor;
- Acompanhamento do doente, nomeadamente quanto à efectividade e segurança da terapêutica;
- Esclarecimento ou aconselhamento para a correcta utilização do medicamento, estabelecendo procedimentos no que diz respeito à sua administração, registar e monitorizar os resultados da administração da medicação, cumprindo as normas de segurança;
- Alertar o doente medicado com um opióide a não utilizar concomitantemente um outro opióide, eventualmente receitado por outro médico (51) (52) (59);

Parece inteligível pela análise dos dados, que o farmacêutico, com todas as competências nucleares, bem como, complementares a outros profissionais de saúde, deva efectivamente participar de uma forma mais atenta, pró-activa e autónoma, nas fases mais importantes e, que definem todo o historial clínico deste tipo de doentes.

Analisando os dados obtidos com recurso a entrevistas telefónicas aos doentes, parece atingível que os mesmos manifestam desconfiança e desconhecimento quanto ao papel do farmacêutico e às suas capacidades de contribuir para a melhoria das suas condições clínicas. Parece perceptível que, também, deverá existir uma maior intervenção da assistência social, bem como da equipa de enfermagem do Hospital Sousa Martins, no historial clínico deste tipo de doentes, com vista a dar resposta à necessidade, cada vez maior, de uma abordagem multidisciplinar da dor.

A necessidade e a perspectiva de o farmacêutico poder incorporar equipas multidisciplinares de saúde, em ambiente hospitalar, parecem consistir numa mais-valia, no acompanhamento

farmacoterapêutico de doentes não cumpridores, que sendo monitorizados em termos de terapêutica, desperdiçariam menos recursos.

Esta perspectiva e necessidade são corroboradas por algumas recomendações que apontam para a necessidade de se iniciar a terapia da dor, logo após o diagnóstico, sendo ajustado à intensidade da dor, às características do paciente e gerido por uma equipa multidisciplinar treinada para esse fim. (1) A Direcção Geral da Saúde recomenda que a decisão para se iniciar ou terminar uma terapêutica com MOFs deveria envolver uma Unidade Multidisciplinar de Dor. (47)

Também o modelo de cuidado SPC sugere que os cuidados paliativos especializados devam ser considerados desde o decurso inicial da doença, com intervenções que envolvem uma equipa multidisciplinar. Os altos custos da terapia oncológica tradicional nem sempre se traduzem em alta qualidade de cuidados prestados. Uma nova abordagem multidisciplinar do tratamento da dor, mais direccionado para a essência multidimensional do sofrimento deve ser uma preocupação prioritária para os serviços públicos de saúde. (3)

É mais do que evidente que o farmacêutico deveria ter um papel nuclear, na informação prestada ao doente e sua família e/ou cuidador, sobre a terapia prescrita e a sua correcta gestão, particularmente quando os tratamentos se realizam no domicílio do doente.

A dor tende a ser multifactorial, multifocal, de intensidade leve a intensa e com duração de vários anos. Pode ser acompanhada de depressão, menor socialização, perturbações do sono, riscos associados à polimedicação e aumento de encargos para os sistemas de saúde.

A não intervenção farmacêutica em ambiente hospitalar e comunitário, nestes 2 casos em estudo, gerou encargos de saúde, sociais e económicos quer para o doente, quer para o Serviço Nacional de Saúde, inestimáveis. Estes encargos poderiam e podem ser menos acentuados, caso existisse ou exista, no futuro, intervenção farmacêutica numa população residente em ambiente rural, onde os acessos a cuidados de saúde se fazem mais difíceis e onde a população mais envelhecida, deles carece, com mais frequência. (60) (61) (62)

A introdução da medicina integrativa, uma ideia norte-americana, focada na comunicação entre o prestador de cuidados e o doente, abrangendo tratamentos clássicos e complementares, seria do maior interesse no percurso português da terapia da dor. A medicina integrativa faz uso de todas as terapias possíveis para alcançar o melhor nível de saúde e índice de cura, à medida que tenta evitar o sofrimento. É possível que a medicina integrativa e os cuidados paliativos trabalhem em conjunto, combinando os melhores elementos para otimizar o controlo dos sintomas e a qualidade de vida dos pacientes. (15) A intervenção farmacêutica, em ambiente hospitalar e comunitário, não deveria apenas ser alargada, cultivada, fomentada e incluída em equipas multidisciplinares de saúde, para ser sentida, reconhecida, para se fazer sentir, e contribuir para um maior sucesso terapêutico, como deveria, começar a passar, por ser, também, uma abordagem holística para tratar a pessoa e não apenas a doença. Esta opção de gestão integrativa da dor visa incorporar opções nutricionais, comportamentais, espirituais, e abordagens de autogestão, geridas não só para

tratar a dor, pelos profissionais de saúde, mas também promover a função, a qualidade de vida e o conforto do paciente. (9) (63)

## 1.7. Bibliografia

1. Escobar A.Y.; Agamez I.C.; Ahumada O.M, et al. *Cancer pain management: recommendations from a Latin-American experts panel*. *Future Oncol*. 2017 Nov; 13(27):2455-2472.
2. Chwistek M. *Recent advances in understanding and managing cancer pain*. *F1000Res*. 2017 Jun 20; 6:945.
3. Kassianos A.P.; Ioannou M., et al. *The impact of specialized palliative care on cancer patients' health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis*. *Support Care Cancer*. 2018 Jan; 26(1):61-79.
4. Amoatey O.C.; Addison W., et al. *Connecting the Dots: A Comparative Global Multi-Institutional Study of Prohibitive Factors Affecting Cancer Pain Management*. *Pain Med*. 2017 Feb 1; 18(2):363-373.
5. Ripamonti C.I.; Bossi P., et al. *Pain related to cancer treatments and diagnostic procedures: a no man's land?* *Ann Oncol*. 2014 Jun; 25(6):1097-106.
6. Gutsell T.; Walsh D., et al. *A prospective study of the pathophysiology and clinical characteristics of pain in a palliative medicine population*. *Am J Hosp Palliat Care*. 2003 Mar-Apr; 20(2):140-8.
7. Tsukuura H.; Miyazaki M, et al. *Efficacy of Prophylactic Treatment for Oxycodone-Induced Nausea and Vomiting Among Patients with Cancer Pain (POINT): A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Trial*. *Oncologist*. 2018 Mar; 23(3):367-374.
8. Kozak-Szkopek, E.; Broczek, K., et al. *Prevalence of chronic pain in the elderly Polish population - results of the PolSenior study*. *Arch Med Sci*. 2017 Aug; 13(5): 1197-1206.
9. Bonakdar R.A. *Integrative Pain Management*. *Med Clin North Am*. 2017 Sep; 101(5):987-1004.
10. Massaccesi M.; Deodato F., et al. *Incidence and management of noncancer pain in cancer patients referred to a radiotherapy center*. *Clin J Pain*. 2013 Nov; 29 (11): 944-7.
11. Green C.R.; Hart-Johnson T. *Cancer Pain: An Age-Based Analysis*. *Pain Med*. 2010 Oct; 11(10):1525-36.
12. Fisher E.; Heathcote L.C., et al. *Assessment of Pain Anxiety, Pain Catastrophizing, and Fear of Pain in Children and Adolescents With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *J Pediatr Psychol*. 2018 Apr 1; 43(3):314-325.
13. Dunham M.; Allmark P., et al. *Older people's experiences of cancer pain: a qualitative study*. *Nurs Older People*. 2017 Jun 30; 29(6):28-32.
14. Guerard E.J.; Cleary J.F. *Managing Cancer Pain in Older Adults*. *Cancer J*. 2017 Jul/Aug; 23(4):242-245.
15. Kogan M.; Cheng S., et al. *Integrative Medicine for Geriatric and Palliative Care*. *Med Clin North Am*. 2017 Sep; 101(5):1005-1029.

16. Reis-Pina P.; Acharya A., et al. *Cancer pain with a neuropathic component: a cross-sectional study of its clinical characteristics, associated psychological distress, treatments and predictors at referral to a cancer pain clinic.* J Pain Symptom Manage. 2018 Feb; 55(2):297-306.
17. Filippiadis D.; Tutton S., et al. *Pain management: The rising role of interventional oncology. Diagnostic and Interventional Imaging.* Diagn Interv Imaging. 2017 Sep; 98(9):627-634.
18. Ripamonti C.I.; Santini D. *Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines.* Ann Oncol. 2012 Oct 23; Suppl 7:vii139-54.
19. Dudley N.; Ritchie C.S., et al. *Characteristics of Older Adults in Primary Care Who May Benefit from Primary Palliative Care in the United States.* J Pain Symptom Manage. 2018 Feb; 55(2):217-225.
20. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Nicotinell 4 mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=40922&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=40922&tipo_doc=fi) (visitado em 19-07-2018).
21. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Infomed - base de dados de medicamentos.* Disponível em: <http://app7.infarmed.pt/infomed/> (visitado em 20-07-2018).
22. Agência Europeia de Medicamentos (EMA). *Resumo das Características do Medicamento - Remicade 100 mg.* Disponível em: [https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/remicade-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/remicade-epar-product-information_pt.pdf) (visitado em 21-07-2018).
23. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Ibuprofeno Generis 600mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=35465&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=35465&tipo_doc=fi) (visitado em 21-07-2018).
24. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Arcoxia 90 mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=34061&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=34061&tipo_doc=fi) (visitado em 21-07-2018).
25. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Diclofenac Labesfal 75 mg/3 ml.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=37289&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=37289&tipo_doc=fi) (visitado em 21-07-2018).
26. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Arthrotec 75, 75 mg + 0,2 mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=556&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=556&tipo_doc=fi) (visitado em 21-07-2018).
27. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: ADT 10; 25; 75 mg.* Disponível em:

- [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=137&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=137&tipo_doc=fi) (visitado em 21-07-2018).
28. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Flexiban.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=3463&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=3463&tipo_doc=fi) (visitado em 21-07-2018).
29. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Adalgur N 500 mg + 2 mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=101&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=101&tipo_doc=fi) (visitado em 21-07-2018).
30. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Relmus 4 mg / 2 ml.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=7428&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=7428&tipo_doc=fi) (visitado em 21-07-2018).
31. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Omeprazol Farmoz 20 mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=30457&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=30457&tipo_doc=fi) (visitado em 21-07-2018).
32. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Tramadol + Paracetamol Krka 37,5 mg + 325 mg* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=47098&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=47098&tipo_doc=fi) (visitado em 21-07-2018).
33. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Palexia 50; 75; 100 mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=49429&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=49429&tipo_doc=fi) (visitado em 21-07-2018).
34. Agência Europeia de Medicamentos (EMA). *Resumo das Características do Medicamento - Lyrica 50 mg.* Disponível em: [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2018/20180219140241/anx\\_140241\\_pt.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2018/20180219140241/anx_140241_pt.pdf) (visitado em 21-07-2018).
35. Merck Sharp and Dohme. *Folheto Informativo: Diprofos Depot 14 mg/2 ml.* Disponível em: [http://msd.pt/wp-content/uploads/2014/12/Diprofos\\_FI\\_2013.11.02.pdf](http://msd.pt/wp-content/uploads/2014/12/Diprofos_FI_2013.11.02.pdf) (visitado em 21-07-2018).
36. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Vessatis 5%.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=50453&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=50453&tipo_doc=fi) (visitado em 21-07-2018).
37. Agência Europeia de Medicamentos (EMA). *Resumo das Características do Medicamento - Firmagon 80 mg.* Disponível em: [https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/firmagon-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/firmagon-epar-product-information_pt.pdf) (visitado em 22-07-2018).

38. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Voltaren 75 mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=9293&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=9293&tipo_doc=fi) (visitado em 22-07-2018).
39. Agência Europeia de Medicamentos (EMA). *Resumo das Características do Medicamento - Urorec 4 mg.* Disponível em: [https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/urorec-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/urorec-epar-product-information_pt.pdf) (visitado em 22-07-2018).
40. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Finasterida Generis 5 mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=39540&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=39540&tipo_doc=fi) (visitado em 22-07-2018).
41. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Ramipril Bluepharma 5 mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=45113&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=45113&tipo_doc=fi) (visitado em 22-07-2018).
42. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Tramadol Actavis 50 mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=48869&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=48869&tipo_doc=fi) (visitado em 22-07-2018).
43. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Tramadol Mylan 100; 200 mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=53422&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=53422&tipo_doc=fi) (visitado em 22-07-2018).
44. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Metoclopramida Medinfar 10 mg/2 ml.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=5514&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=5514&tipo_doc=fi) (visitado em 22-07-2018).
45. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., INFARMED. *Folheto Informativo: Sinvastatina Farmoz 20 mg.* Disponível em: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=30933&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=30933&tipo_doc=fi) (visitado em 22-07-2018).
46. Hernández D.S; Castro M.M.S.; Dáder M.J.F. *Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico.* 1ª ed. Edições Universitárias Lusófonas; 2010.
47. Direcção Geral da Saúde. *Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica.* 2008.
48. Direcção Geral da Saúde. *Anti-inflamatórios não esteróides sistémicos em adultos: orientações para a utilização e inibidores da COX-2.* 2013.
49. Asari Y.; Ikeda Y., et al. *Acute tramadol enhances brain activity associated with reward anticipation in the nucleus accumbens.* *Psychopharmacology (Berl).* 2018 Sep; 235(9):2631-2642.

50. Direcção Geral da Saúde. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. 2010.
51. Ordem dos Farmacêuticos. *Competências em Farmácia Comunitária*. Disponível em: [https://ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/fc\\_975194071595bc9d3b6579.pdf](https://ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/fc_975194071595bc9d3b6579.pdf) (visitado em 17-08-2018)
52. Ordem dos Farmacêuticos. *Competências em Farmácia Hospitalar*. Disponível em: [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/fh\\_2046040655595bc9e9e089d.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/fh_2046040655595bc9e9e089d.pdf) (visitado em 10-07-2018).
53. Direcção Geral da Saúde. *Competências Profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde*. 2017.
54. Galvão C. *O idoso polimedicação - estratégias para melhorar a prescrição*. Rev Port Clin Geral 2006; 22:747-52.
55. Faria J.; Barbosa J., et al. *Comparative pharmacology and toxicology of tramadol and tapentadol*. Eur J Pain. 2018 May; 22(5):827-844.
56. Gentile D.; Boselli D., et al. *Cancer Pain Relief After Healing Touch and Massage*. J Altern Complement Med. 2018 Sep/Oct; 24(9-10):968-973.
57. Shropshire M.; Stapleton S.J., et al. *Nonpharmacological interventions for persistent, noncancer pain in elders residing in long-term care facilities: An integrative review of the literature*. Nurs Forum. 2018 Sep 22.
58. Innes K.E.; Selfe T.K., et al. *Effects of Mantra Meditation versus Music Listening on Knee Pain, Function, and Related Outcomes in Older Adults with Knee Osteoarthritis: An Exploratory Randomized Clinical Trial (RCT)*. Evid Based Complement Alternat Med. 2018 Aug 30; 2018:7683897.
59. Delcher C.; Wang Y., et al. *Rapid Expansion of the Opioid Ecosystem: National Implications for Prescriber-Pharmacist Communication*. Am J Prev Med. 2018 Sep 12. pii: S0749-3797(18)31865-8.
60. Pita, J. R. *A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos*. 2010. Disponível em: <http://www.infoeuropa.euroid.pt/files/database/000046001-000047000/000046665.pdf> (visitado em 12-07-2018).
61. Instituto Nacional de Estatística. INE. *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt) (visitado em 10-07-2018).
62. Ordem dos Farmacêuticos. *Estudo do Sector das Farmácias em Portugal*. Disponível em: [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/estudo\\_do\\_sector\\_2005\\_167982450259413891a4792.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/estudo_do_sector_2005_167982450259413891a4792.pdf) (visitado em 14-08-2018).
63. Cavallini, M.; Bisson, M. *Farmácia Hospitalar: um Enfoque em Sistemas de Saúde*. 1ª ed. Editora Manole. 2001.

# Capítulo 2 - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

## 2.1. Introdução

A Farmácia Comunitária é o rosto mais marcante e assinalável da profissão farmacêutica. Nessas centenas de unidades de saúde, modernas e inovadoras espalhadas pelo país, o farmacêutico é o principal agente do aconselhamento e promoção do uso racional do medicamento. O estímulo à prática de comportamentos mais saudáveis e a oferta de serviços essenciais à saúde, em prevenção e terapêutica, ao doente têm sido, outros papéis, cada vez mais preconizados pelo farmacêutico, em ambiente de farmácia comunitária. O farmacêutico, como profissional de saúde de excelência e, a farmácia comunitária mais próxima são para o doente, em algumas ocasiões, o primeiro meio de acesso à rede de cuidados de saúde primários.

Este estágio em Farmácia Comunitária permitiu-me constatar a importância dessa responsabilidade, a abrangência e os limites do papel do farmacêutico na promoção da qualidade dos cuidados de saúde do utente, num papel de gestão do seu bem-estar, da qualidade e eficácia do seu tratamento. Na Farmácia Holon Covilhã tive a felicidade de integrar uma equipa de farmacêuticos, de diferentes origens, gerações e escolas. Em todos eles, existe a missão, o dever ético e a responsabilidade de garantir que a saúde do utente ultrapassava qualquer interesse económico e pessoal. Ao vê-los trabalhar e executar as suas funções diárias e, mais tarde, acompanhando-os no atendimento aos utentes, aprendi, corrigi lacunas, evolui no meu conhecimento sobre a profissão e sobre o meu real papel no futuro. Fi-lo sempre sabendo da História essencial da minha profissão, porque, para mim, um profissional que não conheça e reconheça a História da sua profissão, jamais será um profissional plenamente integrado e competente na sua profissão.

Este relatório consiste, assim, num resumo final, resultante de uma análise e reflexão pessoal sobre todas as actividades em que participei e dos conhecimentos adquiridos ao longo do meu estágio na Farmácia Holon Covilhã, que se desenvolveu ao longo de 800 horas.

## 2.2. Organização da Farmácia

### 2.2.1. Organização dos Recursos Humanos da Farmácia

#### 2.2.1.1. Direcção Técnica

A Farmácia Holon Covilhã (FHC) é constituída por uma equipa plural, muito competente e qualificada, no que exige ao desempenho da sua missão. A equipa é constituída pelo Director-Técnico (DT), Dr. Pedro Diamantino, 3 Farmacêuticos Substitutos, 3 farmacêuticos e 3 Técnicos de Farmácia.

As funções e os deveres do Director-Técnico da FHC e dos substitutos, na sua ausência, envolvem a supervisão e gestão de tarefas preconizadas por todos os elementos da equipa acima referidos. Deve, assim (1):

1. Afiançar que os utentes são aconselhados sobre o modo correcto de utilização dos medicamentos;
2. Promover o uso racional do medicamento;
3. Ser o responsável final dos actos farmacêuticos praticados na Farmácia;
4. Garantir que na FHC todos os medicamentos e produtos de saúde se encontram em bom estado de conservação e manuseamento;
5. Garantir, apenas, a dispensa dos medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) aos utentes com prescrição para os mesmos;
6. Garantir que na FHC se praticam as boas práticas que garantam higiene e segurança;
7. Gerir os Recursos-Humanos da Farmácia, garantindo que todos estão devidamente identificados com cartão da Farmácia;
8. Distribuir as respectivas responsabilidades pelos colaboradores da FHC e diferenciá-las da forma mais objectiva possível; entre outros.

### 2.2.1.2. Organograma das Funções

Por uma questão de optimização dos recursos humanos, a FHC está dividida em várias áreas e funções, tendo cada uma dessas, um responsável e um ou mais co-responsáveis.



Fig. 1 - Organograma com Organização da Farmácia (por áreas de responsabilidade).

No que diz respeito às tarefas dos Técnicos de Farmácia, estas passam pela entrada de encomendas, realizar devoluções, controlo de prazos de validade, auxiliar na implementação de campanhas e promoções, armazenamento e acondicionamento dos medicamentos nas prateleiras, controlo dos prazos de validade, check saúde (medição de vários parâmetros de saúde) e o atendimento ao público.

O Organigrama (figura 1) representa a organização hierárquica e, por área de responsabilidade, na FHC. A formação objectiva de pequenas equipas de trabalho por áreas de actuação distintas permite o aperfeiçoamento de práticas, a distribuição de tarefas e a partilha de ferramentas e responsabilidades dentro da farmácia e, a organização profissional da mesma. É simples e fácil perceber, dentro da FHC, quem é responsável por cada serviço ou responsabilidade, quem é o colaborador mais qualificado e experiente para consulta em caso de dúvida ou necessidade específica.

### **2.2.2.O Interior da Farmácia, o *Front* e *BackOffice* e alguns Aspectos Legais**

A FHC está sediada na Covilhã, na zona contígua ao Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE. As instalações da farmácia fazem-se no rés-do-chão de um edifício recente e em perfeitas condições, resultantes de um investimento financeiro avultado e, cumprem as directrizes da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (Infarmed, I.P), em relação aos espaços e existência de outros gabinetes ou divisões (2) (3).

Internamente, a Farmácia apresenta uma área de atendimento ao público de dimensões consideráveis, bastante espaçada e abrangente no que toca à variedade de produtos apresentados em expositores e lineares e, à informação dos diferentes serviços disponibilizados pela farmácia, no apoio ao atendimento. Apresenta, ainda, gabinetes de prestação de serviços, um escritório e uma biblioteca com as publicações de carácter obrigatório nas Farmácias, como a Farmacopeia Portuguesa, bibliografia *online* acessível a partir do sítio reconhecido pelo Infarmed, I.P., em formato electrónico, ou em papel, presente na Farmácia e, o Prontuário Terapêutico. A Farmacopeia Portuguesa IX, Prontuário Terapêutico, Mapa e o *Simposium* Terapêutico, Formulário Galénico Português e o Índice Nacional Terapêutico são as publicações presentes na Farmácia, no cumprimento das normas, para consulta e suporte, no garante de uma prática farmacêutica exigente, competente e informada (1) (4).

O *FrontOffice* da FHC possui vários lineares com medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), produtos fitofarmacêuticos, dispositivos médicos e suplementos alimentares e outros produtos de saúde. O *FrontOffice* inclui, ainda, artigos de informação farmacêutica, como por exemplo, folhetos informativos, revistas e folhetos da rede Farmácias Holon e outros materiais de promoção e campanhas da Farmácia.

Por outro lado, o *BackOffice* é composto pelo escritório, laboratório para preparação de PIM (Preparação Individualizada da Medicação), gabinete dos testes check saúde, armazém, vestiário e instalações sanitárias e três gabinetes de atendimento ao utente.

#### **2.2.2.1. O Escritório e o Armazém**

O escritório reúne vários documentos, em arquivo, acerca da contabilidade, gestão, legislação e documentação para o legal funcionamento da Farmácia e cumprimento da lei. Nesse espaço

é recebida toda a correspondência e desenvolvem-se actividades de contacto e negociação, com vista ao estudo e análise de margens, incentivos aos genéricos, descontos comerciais e/ou financeiros, *Rappel*, entre outros.

Além da bibliografia e dos documentos contabilísticos, podemos, ainda, encontrar na farmácia, documentação relativa a controlo e notificação de psicotrópicos/estupefacientes/benzodiazepinas (tratamento mensal e anual) (5), campanhas e promoções, marcação e calendarização de serviços de saúde ao utente, registos das temperaturas, notas e regularização de devoluções, questionários de saúde para estudos em várias áreas, entre outra documentação fundamental para o normal funcionamento da Farmácia e cumprimento da lei.

No armazém reúnem-se os *kits* de oferta, os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), sem acesso ao público, como previsto por lei e, ordenados segundo o algoritmo determinado pelo dispositivo robotizado da Farmácia (que os distribui segundo dimensões da embalagem, momento e, proximidade a embalagem idêntica, aquando da introdução e disponibilidade de espaço), produtos com prazo de validade curto ou fora do prazo de validade, material promocional, revistas e folhetos que contribuem para a imagem da Farmácia e os medicamentos e produtos destinados ao check saúde, armazenados no frigorífico.

#### **2.2.2.2 O Robot da Farmácia**

A ferramenta robotizada da Farmácia tem um programa próprio, que gere toda a dinâmica do mesmo. A operação deste programa permite introduzir os medicamentos previamente identificados, numa passadeira, onde os mesmos são recolhidos pela pá do robot que realiza o seu armazenamento segundo dimensões, disponibilidade de espaço e prazos de validade, em prateleiras dispostas por filas que circundam o robot. Esta ferramenta garante inúmeras vantagens, como a informação actualizada acerca de níveis de *stock* e prazos de validade, histórico actualizado de entradas e saídas, redução do tempo e recursos humanos empregues no armazenamento, optimização de espaço, redução do erro humano associado às etapas clássicas do armazenamento e dispensa dos MSRM e MNSRM, entre outros.

O dispositivo robotizado da Farmácia responsável pelo armazenamento dos MSRM e MNSRM está interconectado ao programa informático *Sifarma*, que por sua vez, aquando do atendimento, possibilita saber se, determinado produto está ou não armazenado no robot e, em caso afirmativo, o *stock* do mesmo.

Quando há falhas, o robot possui um modo de emergência preconizado, por forma à farmácia não ficar sem medicamentos. No caso de quebra do funcionamento do robot, o programa *Sifarma* dá ordem de dispensa e é possível retirar os medicamentos manualmente das prateleiras, com auxílio de uma ferramenta de alta voz, que, em língua portuguesa informa o colaborador acerca da fila, prateleira e posição específica em que o medicamento se encontra. O mesmo medicamento é, então, retirado minuciosamente, com auxílio de um cabo de metal.

Para realizar este último procedimento, bem como perceber todo o funcionamento do robot é fundamental conhecer a forma como os medicamentos são acondicionados e a forma como são organizados, como demonstra a figura 2. Para perceber este procedimento, a actividade inicial deste estágio incidiu na verificação dos prazos de validade (tendo de manipular o programa que controla o robot para retirar e repor mais tarde, todos os medicamentos do mesmo princípio activo, posologia, apresentação e laboratório de origem) e no armazenamento dos MSRM e MNSRM com recurso ao mesmo programa. Vários eventos decorreram ao longo do estágio, contribuindo para solidificar conhecimentos acerca do funcionamento desta importante e inovadora ferramenta.

Entre eles, destaca-se o incidente do dia 9 de Março de 2018. A pá do robot que conduz os medicamentos à prateleira demonstrou problemas de calibração e precisão, levando à quebra de uma prateleira de vidro e conseqüente dano em várias embalagens de medicamentos. Essa situação levou a um atraso considerável no atendimento e a um ligeiro caos na Farmácia. Enquanto estagiário e, ao longo de 10 horas, auxiliei os demais colaboradores na recolha manual dos medicamentos, limpeza do local e reorganização das prateleiras. A fácil identificação das prateleiras e o domínio deste espaço da Farmácia foram uma mais-valia para o meu contributo na redução do erro no armazenamento e dispensa na FHC.

Esta ferramenta diferenciadora diminui, do meu ponto de vista e consideravelmente, o tempo e os erros associados ao armazenamento dos medicamentos, tendo em conta, neste caso, as consideráveis entradas e saídas diárias dos mesmos, na FHC. É possível realizar de uma forma muito mais prática e eficaz o armazenamento dos medicamentos, com optimização de espaço e tempo. No momento do atendimento, o programa *Sifarma* dá ordem de dispensa e é possível obter, automaticamente, os medicamentos a partir de uma rampa ligada ao robot. Este procedimento padronizado e robotizado reduz o erro humano e permite centrar, ainda mais, o atendimento nos momentos de aconselhamento e seguimento farmacoterapêutico. Mas a farmácia, no entanto, tende a adaptar-se e a depender do robot. E todas estas premissas acabam por se perder, aquando de um erro ou falha no dispositivo robotizado. Esta situação desregula a organização da farmácia, causa problemas sérios no funcionamento da farmácia e frustra, por tempo indeterminado, as expectativas dos farmacêuticos e utentes no momento do atendimento.

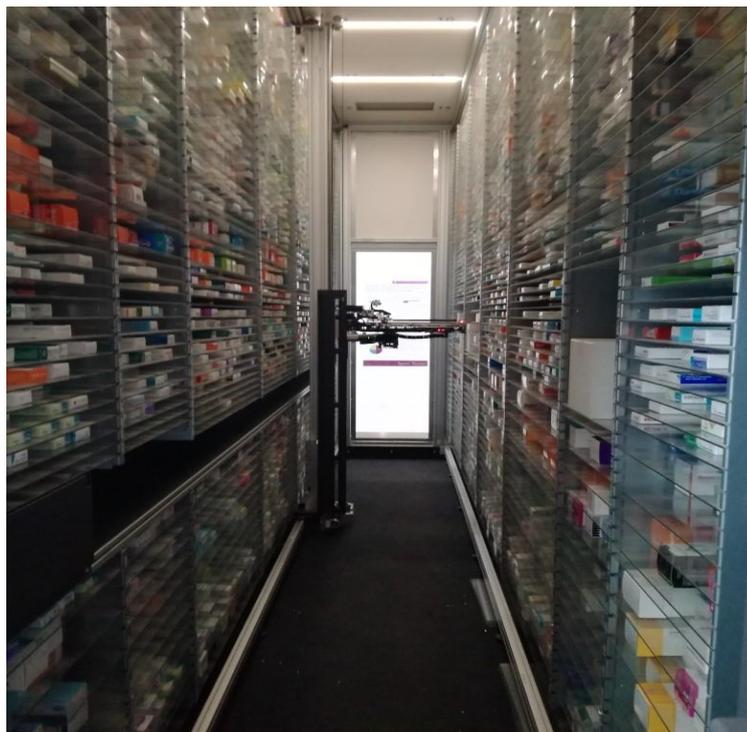


Fig. 2 - Vista interior do Robot da Farmácia (a 21/8/2018).

### **2.2.2.3. O Laboratório de preparação de PIM**

O laboratório reveste de maior importância na preparação individualizada da medicação. A preparação de medicamentos manipulados prevista para o mesmo espaço é dispensada, por questões logísticas, sendo que, para esse fim, recorre-se a uma outra farmácia do grupo.

A FHC apresenta todo o material de laboratório de acordo com a Deliberação de 7 de Dezembro, nº 1500/2004, do Infarmed que inclui banho de água e termostaticado, alcoómetro, balança de precisão sensível ao miligrama (calibrada anualmente), espátulas metálicas e não metálicas, almofarizes de vidro e porcelana, pipetas e provetas graduadas de várias capacidades, vidros de relógio, entre outros. (6)

### **2.2.2.4. Os Gabinetes de Prestação de Serviços e a Sala de Palestras**

A FHC possui três gabinetes de prestação de serviços equipados e destinados, respectivamente, à administração de vacinas e medicamentos injectáveis, consultas de podologia, pé diabético, entre outras e, realização dos testes check saúde. Para além disso, possui uma Sala de Palestras, que funciona como anfiteatro, para a realização de reuniões, sessões de formação junto da comunidade e, dos parceiros da farmácia para com a própria equipa da FHC.

O gabinete para administração de vacinas e medicamentos injectáveis é dotado de marquesa, armário adequado à arrumação do material, meios necessários ao tratamento da suspeita de reacção anafiláctica (Adrenalina 1:1000 1 mg/ml, Oxigénio com debitómetro a 15 l/min, entre outros), contentores de resíduos dos grupos III (material contaminado) e IV (cortantes e

perfurantes), material desinfectante, entre outros equipamentos e material previsto pela Deliberação n.º 145/CD/2010, de 4 de Novembro, do Infarmed. (7)

O gabinete para consultas possui mesa, cadeira, marquesa, material desinfectante, entre outros e, o gabinete dos testes check saúde, como o próprio nome indica, reveste de maior importância na realização de check saúde (medição de vários parâmetros de saúde do utente, como a pressão arterial, colesterol total, triglicéridos, glicémia/colesterol total, ácido úrico, entre outros, tendo em conta os valores de referência) e na reconstituição da forma aquosa de antibióticos orais (4).

Neste gabinete encontram-se os *kits* para a realização de testes bioquímicos (Check Saúde), equipamento destinado a realizar medições através de espectrofotometria (CR3000), luvas descartáveis, água purificada, 1 contentor impermeável para material cortante, recolhido periodicamente e destinado a incineração (8).

#### **2.2.2.5. Controlo de Temperaturas**

Os termohigrómetros existentes na FHC são calibrados anualmente, segundo as normas legais. Os termómetros ou termohigrómetros certificados devem ser capazes de permitir a descarga/leitura da temperatura do robot, *BackOffice*, *FrontOffice* e frigorífico. Os termohigrómetros devem permitir a monitorização da humidade e temperatura, em pelo menos, 2 medições diárias, com vista ao controlo e registo dos mesmos. A medição da humidade relativa é prescindível em caso de utilização de termómetro certificado, havendo limitações na medição da mesma. (6)

#### **2.2.3. O Exterior e a Acessibilidade à Farmácia**

No exterior, a FHC possui placa com descrição “Farmácia”, como demonstra a figura 3. Na porta encontram-se detalhados, o horário de funcionamento da farmácia, os turnos das farmácias do concelho e identificação da direcção técnica. Uma tela de dimensões consideráveis, afixada na sua montra, informa de que a Farmácia está aberta ao público, todos os dias do ano, das 8h às 24h. Uma cruz verde luminosa, junto à estrada, assinala a sua presença.

As boas práticas farmacêuticas para a farmácia comunitária são asseguradas na acessibilidade a portadores de deficiência, idosos e crianças, pela existência de uma longa rampa exterior, sem obstáculos e acessível a todo o parque de estacionamento que fronteira a FHC. A porta é munida de guarda-vento, que resguarda os doentes dos elementos do exterior. (9)



Fig. 3 - Vista exterior da farmácia (a 21/8/2018).

#### 2.2.4. Noções do software Sifarma

Quer o *FrontOffice*, quer o *BackOffice* da FHC, possuem o *software Sifarma* (*Sifarma* ® 2000), uma ferramenta informática que permite aos Farmacêuticos da FHC realizar todas as tarefas diárias, designadamente dispensa de medicamentos, efectuar gestão de *stocks* e encomendas, recepção de encomendas, formalização e regularização de devoluções, emitir listagens diversas, como por exemplo, histórico de vendas, gestão de prazos de validade, fecho, emissão de lotes e facturação mensal, entre outros. As suas ferramentas múltiplas auxiliam o farmacêutico a prestar um serviço de saúde mais completo, capaz e seguro no que à gestão da qualidade do aconselhamento farmacoterapêutico diz respeito, com menor perda de tempo e atenção para os formalismos burocráticos que o *software* simplifica.

Fornece, também, informações acerca da posologia, contra-indicações, efeitos adversos, indicações terapêuticas, entre outros, dos medicamentos, aquando do atendimento ao utente. Oferece informações acerca do PVP (preço de venda ao público), do histórico de compras e média mensal de vendas dos medicamentos e, da localização dos mesmos na farmácia (por exemplo a gaveta para contraceptivos orais).

Permite, também, o registo de dados biológicos do utente, mantendo um historial clínico e pessoal do mesmo e oferecendo uma ferramenta de auxílio ao seguimento farmacoterapêutico. Facilita a organização e verificação do receituário e a realização de tarefas de cariz fiscal. Diminui o número de erros associados às vendas suspensas e às vendas com ou sem participação, bem como, facilita a implementação de campanhas e promoções e a venda de serviços. Reúne informações acerca das características dos medicamentos com possibilidade de relembrar ao farmacêutico competências na área da terapia de não prescrição, bastante exploradas na filosofia de trabalho da FHC.

## 2.3. Gestão e Logística

### 2.3.1. Tipos de compras

As compras realizadas pela FHC são feitas ao armazenista (essencialmente OCP e UDIFAR II). As compras directas são feitas via armazenista (*transfer orders*, ou por facturação directa laboratório-farmácia que devem garantir descontos na aquisição dos medicamentos e/ou produtos de saúde e maior flexibilidade de pagamento dos mesmos) ou via laboratório, por intermédio dos delegados comerciais que visitam e realizam sessões de informação regulares na farmácia. Os promocionais, não estão disponíveis via armazenista e são estabelecidos pelos laboratórios, normalmente, para um curto período de tempo, facto que leva os armazenistas a não adquirirem estes produtos para plataforma.

É importante garantir uma boa gestão de *stock* da Farmácia no sentido de risco de acumulação e perda de rentabilidade no investimento. Não raras vezes e, ao longo do meu estágio, foram feitas encomendas em volume considerável de medicamentos e/ou produtos de saúde de maior necessidade pontual ou sazonal prevista, um critério adoptado pelo DT que tendo a perfeita noção das características e do fluxo de utentes da Farmácia, verificou ser uma estratégia bastante eficaz e rentável, em todos os momentos.

### 2.3.2 Compras em Grupo

Por uma questão de sobrevivência e competitividade, as farmácias, actualmente, tendem a integrar grupos. Estando a FHC integrada na rede de Farmácias Holon, possui, desde logo, acesso a um extenso portefólio de parcerias estratégicas estabelecidas com laboratórios que se disponibilizam a investir nas farmácias Holon com condições comerciais vantajosas. Estas parcerias prevêem objectivos de *sell out* global para todas as farmácias da mesma rede.

É, assim, possível referir dois tipos de parceiros fornecedores: Parceiros Holon e Parceiros Farmácia.

Como anteriormente referido, os Parceiros Holon são fornecedores que estabelecem parcerias com a rede de Farmácias Holon, usufruindo a FHC das mesmas campanhas, promoções e vantagens especiais e específicas na compra e distribuição de medicamentos das demais Farmácias que compõem a mesma rede.

Os Parceiros Farmácia são fornecedores que estabelecem parcerias específicas e autónomas no que à FHC diz respeito resultando de um processo de negociação entre o responsável pelas compras (neste caso, o DT) e o representante do armazém/laboratório.

Os critérios para a selecção de um Parceiro Farmácia resulta das condições comerciais (*fee comercial e fee financeiro*), do número de entregas diárias (OCP e UDIFAR II realizam 2 entregas diárias, em dias úteis), da capacidade do parceiro em fornecer à FHC acesso a medicamentos *rateados* (medicamentos de disponibilidade reduzida), da flexibilidade de pagamento e carteira de produtos que os possíveis parceiros detêm e distribuem. Estes parâmetros são analisados pelo DT que garante para a FHC o parceiro com as condições mais vantajosas.

### **2.3.3. Propostas e Recepção de Encomenda**

#### **2.3.3.1. Propostas de Encomenda**

As carências diárias e mensais de medicamentos e produtos de saúde foram, ao longo do meu estágio o principal motivo para a formalização de propostas de encomenda. A este motivo acrescem outros, como as necessidades sazonais, já anteriormente referenciadas e, que envolviam os volumes mais consideráveis de aquisições, a retirada de produtos com prazos de validade expirado ou a expirar, as variações no preço de compra e nas margens de venda (por exemplo, desconto comercial ou financeiro, *Rappel*) os mínimos e máximos de *stock*, as devoluções (por exemplo, embalagens danificadas).

Os *stocks* mínimos e máximos registados na ficha de cada medicamento ou produto de saúde permitem ao programa informático *Sifarma* elaborar automaticamente a lista e o número de produtos a encomendar, em cada momento. A gestão do *stock* é, desta feita, suportada por esta ferramenta, minimizando erros que conduzam a carências e excedentes no *stock* da FHC. Aquando do meu estágio em Farmácia Comunitária realizei, ainda, aquando do atendimento e por solicitação telefónica, ou do DT, encomendas instantâneas de medicamentos e produtos de saúde, tendo em conta necessidades momentâneas. Este procedimento realiza-se com recurso ao programa informático *Sifarma* e exige confirmação da veracidade da informação sobre o *stock* nele contido e da disponibilidade do armazenista. Noutras ocasiões pode ser necessário criar nova ficha de produto, antes da realização da encomenda instantânea, sempre que o medicamento ou produto de saúde não conste do histórico de aquisições da Farmácia.

#### **2.3.3.2. Recepção de Encomendas**

O processo de Recepção de Encomendas consistiu numa das primeiras tarefas e responsabilidades que me foram confiadas aquando da realização do meu estágio em Farmácia Comunitária. Nesta importante e sensível etapa do ciclo do medicamento na FHC, foram várias as situações em que me confrontei com erros de *stock*, má introdução de preços geradores de informações erradas acerca de margens e PVP, prazos de validade incorrectos, alterações no CNP (Código Nacional de Produto), erros no pedido, erros do armazenista, entre outros. A recepção de encomendas na FHC envolve, por norma, os seguintes passos:

1. Recolher as bacias que contêm os medicamentos e a factura da encomenda;
2. Confirmar o número de banheiras físicas que correspondem aos produtos que constam nas várias facturas e separá-los por ordem de entrada da factura, no *Sifarma*;
3. Gerar Encomenda Manual “em Papel” aquando da recepção de Encomendas Instantâneas ou Recepcionar Encomenda, manualmente, quando já consta do Histórico do *Sifarma*;
4. Recepcionar a encomenda introduzindo o nome do Fornecedor, o código da Factura, o número de Embalagens e o Preço de Facturação Final, com posterior leitura óptica de todos os produtos;

5. Verificar o CNP, o número de embalagens, o prazo de validade e os preços de venda à farmácia e os Preços de Venda ao Público (PVP) de cada produto, em conferência à informação contida na Factura;
6. Observando a correspondência em termos de número de embalagens total e visualizando a cor verde no campo destinado ao Preço Final de Facturação, é possível terminar a recepção de encomenda e imprimir o documento gerado pelo *Sifarma*;
7. Os medicamentos e produtos na Farmácia que não possuem PVP registado, ou que se encontram expostos ao acesso dos utentes, na Farmácia, devem ser etiquetados manualmente após impressão do código de barras físico contendo o CNP e o PVP. Este passo exige verificação atenta;
8. O original da Factura é rubricado pelo operador e armazenado numa gaveta de secções divididas por Fornecedor;
9. O duplicado e triplicado da Factura são colocados à parte;

### **2.3.3.3. Devoluções**

Numa primeira fase do meu estágio na FHC tive a possibilidade de me familiarizar com o protocolo que permite a formalização e regularização de devoluções, tendo como base o *software* informático *Sifarma* e a ferramenta “Gestão de Devoluções”.

Os motivos que me levaram a criar uma nota de devolução foram os pedidos feitos por engano, a retirada de medicamentos ou do lote do medicamento do mercado (por exemplo sulfametoxazol + trimetoprim 800 + 160 mg comprimidos - *Bactrim*® ou metotrexato solução injectável em caneta pré cheia 25 mg - *Metex*® PEN) e a existência de embalagens danificadas ou com prazo de validade expirado ou a expirar. As devoluções podem ainda processar-se, por exemplo, em caso de remarcação de novo preço dos medicamentos.

Na nota de devolução deve atribuir-se o fornecedor do medicamento ou produto de saúde, bem como o CNP de cada produto ou da lista de produtos a devolver, o motivo da devolução e o número de factura que inclui o produto, no momento da recepção.

A devolução pode não ser aceite, havendo perda para a FHC e, nesses casos o produto (ou a lista de produtos) foi novamente devolvido à farmácia. Se a devolução for aceite o valor do produto ou da lista de produtos é creditado à farmácia, através de uma nota de crédito ou, noutros casos, pode ser atribuído à farmácia na forma de um novo produto das mesmas características (esta última situação concretizou-se no caso de produtos da área de actuação da dermocosmética).

### **2.3.3.4. Prazos de Validade**

Como referido anteriormente, uma das actividades iniciais deste estágio incidiu na verificação dos prazos de validade. Para isso foi necessário manipular o sistema informático que controla o robot e o programa informático *Sifarma*. A articulação entre os dois sistemas permite gerar uma listagem dos MSRM e outros medicamentos que possuem um prazo de validade prestes a expirar. Consultando essa lista recorreu-se, novamente ao *software Sifarma* e ao *software*

que controla o Robot da Farmácia para retirar todos os medicamentos do mesmo princípio activo, posologia, apresentação e laboratório de origem que constam nas indicações da lista. Em caso de veracidade da informação que consta na listagem e, após visualização das informações que constam nas embalagens dos MSRM e outros medicamentos, os mesmos possuindo um prazo de validade igual ou inferior a três meses são transferidos para uma zona segregada do *BackOffice*, onde ficarão armazenados, a aguardar devolução.

As demais embalagens que não cumprem o requisito de um prazo de validade igual ou inferior a três meses são repostos nas prateleiras, com auxílio do Robot, sendo corrigidos os respectivos prazos no sistema informático, para o prazo mais curto em *stock*.

### **2.3.3.5. Armazenamento**

Segundo o Despacho do Ministério da Saúde n.º 18/91, de 12 de Agosto, o armazenamento deve ser feito em local sombrio e ao abrigo da luz solar. O mesmo armazenamento, etapa do ciclo do medicamento na FHC, que se inicia, logo, nas primeiras verificações do acto de recepção, deve ser feito de forma organizada, de acordo com as boas práticas em Farmácia Comunitária e os requisitos legais e, sob temperatura e humidade controladas. (9) (10)

Os medicamentos estão, na sua maioria, armazenados no Robot, com excepção daqueles de dimensões demasiado volumosas, fora da escala de introdução, ou embalagens de vidro. Todos os outros produtos da FHC encontram-se no armazém, no *BackOffice* ou nas gavetas do *FrontOffice* e zona de atendimento.

A área total da FHC é ocupada, consideravelmente, pela zona de atendimento ao público. Nesta zona ampla encontram-se diversos lineares e expositores com diversos tipos de produtos:

1. Produtos Ortopédicos;
2. Produtos de Higiene Oral;
3. Produtos de Uso Veterinário (atrás do balcão de atendimento);
4. Produtos de Puericultura;
5. Produtos de Dermocosmética;
6. Produtos de Cuidado do Pé e Unhas;
7. Produtos de Saúde e Bem-estar da Mãe e do Bebé;
8. Produtos de Fitoterapia (atrás do balcão de atendimento);
9. Suplementos Alimentares;
10. Produtos de Higiene Íntima e Contraceptivos de Emergência;
11. Termómetros e Dispositivos Médicos;
12. Kits de Viagem e Produtos Dietéticos; Entre Outros.

A este espaço acrescem cinco balcões, uma balança, em zona lateral e independente, um dispositivo de senhas junto à portaria e ecrã acima dos balcões, com diversas informações, que incluem, por exemplo, as campanhas sazonais.

O armazenamento procedeu-se sempre na ordem de prioridade para os medicamentos que necessitam refrigeração relativamente a outros, que possuem necessidades de controlo de temperatura diferentes dos demais.

De acordo com a Farmacopeia Portuguesa IX, a Farmácia deve possuir equipamento que garanta várias condições e necessidades especiais de armazenamento (2 a 8 °C no frigorífico, na FHC, dispostos por ordem alfabética, 8 a 15°C a frio e, 15 a 25°C, em lugar à temperatura ambiente, em lugar fresco) (11).

Relativamente à humidade, o Despacho n.º 18/91, de 12 de Agosto refere a necessidade de existência de equipamento na Farmácia que garanta valores de humidade relativa inferior a 60%, mas como já foi referido anteriormente, deverá ser difícil conseguir valores abaixo dos 75%. O valor de humidade relativa aceitável será de 70 a 75% (no frigorífico) (10) (12).

Deve ainda, ser possível, manter os prazos de validade actualizados e possibilitar que a qualquer momento, uma dada quantidade do *stock* possa ser facilmente dispensada, cumprindo a premissa de que sai primeiro o que expira primeiro (FEFO). O prazo de validade é introduzido, pelo operador, manualmente, no *software* que controla o robot antes da sua introdução na passadeira. No caso de se armazenarem fora do Robot, colocam-se, à frente, nos lineares e gavetas, os produtos da FHC com validade mais curta.

### **2.3.3.6 Noções de Negociação**

A FHC define a margem de venda dos MNSRM e produtos de saúde de venda livre, com base no PVP praticado pelos concorrentes do mercado e o Imposto Sobre o Valor Acrescentado (IVA), mencionado em factura e aplicado pelos fornecedores aquando da aquisição dos mesmos. (13)

A farmácia pode usufruir de vantagens comerciais como bónus ou descontos. A concessão de abatimento ou desconto comercial envolve o preço de cada produto, artigo ou serviço facturado, individualmente, enquanto o desconto financeiro, podendo ou não ter em conta o Imposto Sobre o Valor Acrescentado, é aplicado, na forma de percentagem, a todo o montante do documento emitido. A negociação é feita, tendo como base, a gestão de condições comerciais mediante as rotações de *stock*. (14)

O *Rappel* é um desconto aplicado pelo distribuidor e negociado em função das compras de cada farmácia, neste caso da FHC, em particular. Pode concretizar-se no momento da emissão da factura, ou posteriormente. Este pode ser aplicado, como abatimento na prestação pecuniária do distribuidor, fixo, em função de compras da FHC no ano anterior, ou temporal e progressivo, em função do crescimento do volume de compras. A FHC negocia a prestação pecuniária daquele distribuidor, tendo em conta, por exemplo, os medicamentos em *stock* a que respeita. (15)

## **2.4. Produtos**

### **2.4.1. Tipos de Produtos e enquadramento legal**

#### **2.4.1.1. MSRM e MNSRM**

A distinção entre MSRM e MNSRM faz-se, essencialmente, pelas características específicas e diferenciais dos MSRM: Podem destinar-se a administração parentérica, podem constituir risco para a saúde do doente, directo ou indirecto, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, se não forem utilizados sob vigilância médica, ou quando são usados em frequência e quantidades consideráveis, para fins que não sejam aqueles a que se destinam, bem como, a sua composição poder possuir actividade ou gerar reacções adversas de atenção e aprofundamento, indispensável. (16)(17)

#### **2.4.1.2. Dispositivos Médicos**

Segundo o Decreto-Lei nº 145/2009, de 17 de Junho, um dispositivo médico é definido como qualquer aparelho, instrumento, equipamento, *software*, material ou artigo, utilizado de forma isolada ou combinada, para diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação da doença/compensação de uma lesão ou deficiência, cujo efeito não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos. Também se destinam ao controlo da concepção, sendo estes os dispositivos médicos mais vendidos na FHC.

Podem ser classificados em “baixo risco” ou Classe I (meias de compressão, fraldas, termómetros, medidores de pressão arterial, sacos colectores de urina, entre outros.), “médio/baixo risco” ou Classe IIa (adesivos, luvas descartáveis, entre outros.) ou de “alto risco” ou Classe III (dispositivos intra-uterinos que não libertem progestagénios ou pensos com medicamentos impregnados). (18)

#### **2.4.1.3. Suplementos Alimentares e Medicamentos de Uso Veterinário**

Os suplementos alimentares são géneros alimentícios, destinados a complementar ou suplementar a alimentação, não tendo ou fazendo referência a propriedades de prevenção ou cura de doenças. (16) Cabe à Direcção Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) a tutela e a responsabilidade em políticas de segurança alimentar, em prol da defesa do consumidor. (19) Os suplementos alimentares mais requisitados ou procurados pelos utentes, que desafiam o farmacêutico a proceder a um correcto aconselhamento e actualização no que à sua utilização e adopção de boas práticas alimentares dizem respeito, estão relacionados, principalmente, à procura de perda de peso, a sintomas de cansaço psicológico e físico, alterações venosas, obstipação ou alteração do trânsito intestinal.

Cabe, também, à DGAV, a tutela e a responsabilidade em matéria de introdução no mercado, de medicamentos de uso veterinário, que segundo o Decreto-Lei nº 314/2009, de 28 de Outubro são definidos como qualquer substância ou associação de substâncias, com propriedades farmacológicas, imunológicas ou metabólicas, destinadas a prevenir e tratar doenças em animais ou dos seus sintomas, ou a ser utilizadas para um diagnóstico médico-

veterinário. (20) Os suplementos alimentares mais procurados na FHC destinam-se aos desparasitantes externos para eliminação de pulgas e/ou carraças e combate ao mosquito da leishmaniose.

#### 2.4.1.4. Outros Produtos

Na FHC, existem ainda, produtos de saúde e bem-estar, como os produtos de dermocosmética e higiene, aos quais tive acesso, quer no auxílio à elaboração de promoções/campanhas (*Pierre Fabre*®), quer em acções de formação promovidas por representantes de laboratórios na farmácia (*Filorga*® e *René*®), quer no âmbito de dispensa (*Avéne*®, *Uriage*®, entre outros).

Aos produtos de dermocosmética e higiene, juntam-se, também, entre outros, os produtos dietéticos infantis (leites e fórmulas de transição para lactentes até aos 12 meses e crianças de pouca idade entre 1 e 3 anos de idade). (21) Neste capítulo, enumeram-se *NAN H.A. da Nestlé*® (Hipoalergénico), *NAN 1 (Nestlé)*®, substituto para o leite materno, *Nutribén*® (Leite de transição), Farinhas *Nutribén*® (preparadas com água ou leite), *Novalac AC*® fórmula anticólicas e para alimentação especial enumeram-se os suplementos hiperproteicos *Resource*® e os complementos proteicos, vitamínicos e minerais *Metitene (Nestlé)*®).

#### 2.4.2. Sistemas de Classificação

O Sistema de Classificação *Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATC)* é o sistema de classificação de fármacos ou moléculas com acção terapêutica, mais usado na FHC. Este Sistema de Classificação agrupa os mesmos em correspondentes grupos e subgrupos farmacoterapêuticos:

- Um grupo principal referente ao grupo anatómico e representado por uma letra;
- Um primeiro sub-grupo referente ao grupo terapêutico e representado por dois números;
- Um segundo sub-grupo correspondente ao grupo farmacológico e representado por uma letra;
- Um terceiro sub-grupo correspondente a grupo químico e representado por uma letra;
- Um quarto sub-grupo correspondente à substância química e representado por dois números.

Este Sistema de Classificação está presente no *software Sifarma* e reveste de uma importante fonte de pesquisa de fármacos terapêuticos correspondentes e na organização da informação, em auxílio à prática farmacêutica, especialmente no momento do atendimento ao utente. Revelou-se uma mais-valia no contexto do meu estágio em farmácia comunitária, tendo em conta, a necessidade de pesquisa de fármacos em formas farmacêuticas que permitissem a

adesão terapêutica a uma utente com disfagia e odinofagia, à qual haviam sido prescritos fármacos de uso oral. (22)(23)

O *software Sifarma* possui ainda uma ferramenta “classificação de mercado” que divide todos os produtos por segmento terapêutico (incluindo, também, para além dos medicamentos, por exemplo, os suplementos alimentares), revelando ser um recurso válido na pesquisa de fármacos e outros produtos da farmácia, abrangidos ou não, pelo Sistema ATC. Esta ferramenta mostrou ser, especialmente importante, na pesquisa e aconselhamento de suplementos alimentares, no momento do atendimento.

### **2.4.3. Novos Produtos**

Ao longo do meu estágio em Farmácia Comunitária foi possível observar a entrada de novos produtos na Farmácia, desde MSR, MNSR a outros produtos de saúde ou venda livre. Estes novos produtos foram adquiridos pela FHC por vários motivos.

Entre eles, o aparecimento de uma nova molécula terapêutica ou fármaco, com uma nova AIM (Autorização de Introdução no Mercado), pela substituição de um fármaco com posologia e apresentação, que se torna arcaica no mercado, por nova posologia e apresentação do mesmo fármaco, pela aquisição de novos fornecedores, parcerias e produtos a eles associados, novos produtos associados a melhores incentivos comerciais, ou a simples detecção de um nicho de procura de um novo produto de saúde, no convívio diário com o utente. Todas as informações necessárias ao correcto aconselhamento dos novos produtos foram previamente fornecidas a toda a equipa da FHC, via *e-mail* ou em papel, pela Farmacêutica Substituta, encarregue das áreas de Gestão, Logística e Marketing.

### **2.4.4. Preparações Extemporâneas**

As preparações extemporâneas consistem na reconstituição de um medicamento com adição de água. No acto de dispensa, devido à instabilidade que a reconstituição confere, foram várias as ocasiões, em que foi necessário reconstituir, por exemplo, antibióticos orais com água, nomeadamente para uso pediátrico. O procedimento de preparação destas soluções exige os seguintes passos:

1. A higienização das mãos;
2. A agitação do frasco para retirar o pó das paredes (em algumas ocasiões foi mesmo necessário provocar algum impacto no fundo do frasco para soltar o pó remanescente);
3. Colocar com auxílio de um esguicho, água purificada, o volume total necessário e recomendado pelo fornecedor;
4. Agitar novamente o frasco até obter uma mistura homogénea e ser visível o volume da solução de antibiótico reconstituída, aferindo a mesma, numa área limpa, com água purificada até ao volume recomendado pelo fornecedor;
5. Verificar as condições de conservação e o prazo de validade do mesmo com vista ao correcto aconselhamento do utente;

6. Recomendar, também, ao utente a agitação do frasco antes de usar e, se necessário, aconselhar guardar, o mesmo, no frigorífico.

## 2.5. Marketing

### 2.5.1. Organização do *FrontOffice*, Campanhas e Imagem da Farmácia

O stock considerável e abrangente da FHC nas mais variadas áreas de actuação, em saúde e bem-estar do utente, permite um grande fluxo de produtos e a prática de campanhas de objectivos, com implementação e cálculo determinado pela equipa responsável pela área de Marketing da farmácia.

Estas campanhas por objectivos, elaboradas sob o espírito empreendedor da equipa da FHC, têm em conta objectivos anteriormente alcançados em termos de vendas dos mesmos, ou de outros produtos de saúde na FHC, as campanhas/promoções nas condições estabelecidas em colaboração com os fornecedores, a importância de priorizar uma determinada área de actuação num dado momento, as necessidades de escoamento de produtos, os excedentes da FHC e a resposta a necessidades e afecções de carácter vincadamente sazonal, sem nunca comprometer a qualidade do atendimento.

A organização do *FrontOffice* está, também, dependente das campanhas e promoções em vigor na Farmácia. A FHC introduz e mantém várias promoções e campanhas, em simultâneo, em colaboração com os fornecedores da Farmácia e a rede Farmácias Holon. Todas as informações relativas às mesmas encontram-se disponíveis para consulta num *dossier* guardado numa das gavetas que ficam atrás dos balcões de atendimento.

Existe, ainda, um linear de destaques, onde foram colocados, em diferentes períodos do meu estágio, respectivamente, produtos de higiene oral, produtos ortopédicos, produtos de cuidado do pé e unhas e produtos de dermocosmética, como parte de uma política de *merchandising* da FHC alicerçada em campanhas propostas pelos fornecedores e, em resposta às maiores necessidades sazonais desses produtos.

A divulgação das mesmas campanhas e promoções faz-se com recurso a material enviado pelos fornecedores, quando é desenvolvida pelos mesmos e/ou em colaboração com a Área de Marketing e Comunicação da rede Farmácias Holon. Os serviços disponibilizados e a Imagem da FHC são permanentemente promovidos pela *Revista H*, da rede Farmácias Holon, que inclui entrevistas, informação de saúde e *merchandising* e é distribuída de forma gratuita aos utentes. Os vários folhetos informativos que constam no *FrontOffice* promovem os serviços e as campanhas disponibilizados pela FHC.

Vários quadros informativos, bem como dois conjuntos de lineares e um repositório localizado na zona frontal aos balcões de atendimento são ferramentas e locais primordiais para a exposição e divulgação das mesmas promoções e campanhas em vigor na FHC. Ao longo do meu estágio em Farmácia Comunitária tive a possibilidade de participar das iniciativas de Marketing e, na organização deste espaço do *FrontOffice* da FHC.

## **2.6. Projectos/Serviços**

### **2.6.1. Os Serviços disponibilizados na Farmácia**

A Farmácia Holon Covilhã é dotada de vários serviços, ao dispor dos utentes, em atenção à sua saúde e bem-estar:

1. Medição de Parâmetros Bioquímicos;
2. Consulta Farmacêutica;
3. Serviço do Pé Diabético;
4. Preparação Individualizada da Medicação (PIM);
5. Serviço de Cessação Tabágica;
6. Serviço de Podologia;
7. Serviço de Dermofarmácia;
8. Serviço de Nutrição;
9. Serviço de Aconselhamento do Viajante;
10. Serviço de Administração de Vacinas e Medicamentos Injectáveis.

Ao longo do meu estágio em Farmácia Comunitária tive a possibilidade de auxiliar a FHC na implementação destes serviços, através da promoção e marcação de consultas junto dos utentes e, adquirir alguns conhecimentos nas diferentes áreas de actuação, interagindo com os profissionais responsáveis por alguns dos Serviços anteriormente referidos (farmacêuticos, podologista, enfermeiro, nutricionista).

### **2.6.2. Check Saúde (determinação de parâmetros bioquímicos)**

De acordo com a Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro, a FHC possui um gabinete de atendimento personalizado, para a avaliação dos parâmetros bioquímicos e fisiológicos (como a pressão arterial, colesterol total, triglicéridos, glicémia/colesterol total, ácido úrico, entre outros) e aconselhamento farmacêutico. Aquele aconselhamento decorrente dos valores determinados e, que não deve ser feito no balcão de atendimento é realizado neste espaço. Possui, ainda, uma balança, em zona próxima ao balcão de atendimento, que permite determinar altura, IMC (Índice de Massa Corporal) e peso, anexado a um dispositivo de medição da pressão arterial. Durante o meu estágio em farmácia comunitária, tive a possibilidade de proceder à determinação da glicémia/colesterol total e da pressão arterial, procedimentos que descrevo, detalhadamente, a seguir. (24)

#### **2.6.2.1. Determinação da Glicémia/Colesterol Total**

A determinação da glicémia é um dos parâmetros e procedimentos mais correntes na FHC, tendo em conta a incidência e prevalência da *diabetes mellitus* na população portuguesa. A medição regular, a melhoria dos estilos de vida e o seguimento farmacoterapêutico associado a este parâmetro contribuem para uma maior qualidade de vida do paciente, e diminuem o risco de complicações como a nefropatia, entre outras.

O colesterol total constitui um dos mais importantes factores de risco para as doenças cardiovasculares e deve ser medido, preferencialmente, em jejum.

Com recurso a um espectrofotómetro é possível determinar estes parâmetros, em simultâneo, procedendo da seguinte forma:

1. Com luvas descartáveis calçadas, pressionar/massajar e desinfectar com álcool a área do dedo a picar;
2. Com uma lanceta picar o dedo;
3. Recolher a amostra de sangue com um cateter;
4. Inserir o cateter na cuvete de vidro;
5. Agitar a cuvete para remover o sangue do cateter;
6. Realizar o branco no espectrofotómetro;
7. Retirar a cuvete e inserir a amostra de enzima 1 armazenada no frigorífico;
8. Agitar e colocar a cuvete no espectrofotómetro;
9. Retirar a cuvete e inserir a amostra de enzima 2 armazenada no frigorífico;
10. Medir os valores de glicémia e colesterol total, agitando e inserindo novamente a cuvete, no espectrofotómetro;
11. Conferir os resultados e comparar aos valores de referência (glicémia em jejum >126 mg/dl; glicémia ocasional > ou igual a 200 mg/dl; Manter Colesterol Total < 190 mg/dl) (25)(26)(27);
12. Realizar aconselhamento em conformidade aos resultados;
13. Depositar o material cortante em 1 contentor imperfurável para material cortante.

### **2.6.2.2. Determinação da Pressão Arterial**

Na mesma zona reservada de atendimento existe um aparelho de medição automática da pressão arterial e uma cadeira para descanso. A medição da pressão arterial é outro procedimento corrente na FHC. O utente é aconselhado a descansar alguns minutos, período no qual é feita uma avaliação dos estilos de vida e historial clínico do utente.

É importante, ainda, descartar o consumo de cafeína 30 minutos antes do momento da medição, bem como a prática de exercício físico e o consumo excessivo de álcool, sal ou tabaco. As medições são feitas tendo como referência os valores determinados pela Direcção Geral da Saúde (valores inferiores a 140/90 mmHg, sendo tolerados e não estando contra-indicados). (28)

### **2.6.3. Projectos Dentro e Fora da Farmácia**

Durante o meu estágio em Farmácia Comunitária e enquanto membro integrante da equipa da FHC, tive a possibilidade de auxiliar e participar em inúmeros projectos dentro e fora da farmácia. Dentro da farmácia contribuí em tarefas de organização da farmácia, em matéria de implementação de campanhas/promoções e na organização do *FrontOffice*. Também participei em algumas acções de formação e rastreio, junto da comunidade (Alimentação na

Gravidez, Rastreio Respiratório, Rastreio de Cancro do Cólon Rectal, aplicação de Questionários para Risco Cardiovascular e Hiperplasia Benigna da Próstata).

Fora da farmácia, julgo ter recebido uma experiência inesquecível e fundamental no que à formação social e humana, alicerçada aos conhecimentos científicos, enquanto farmacêutico, diz respeito. Através das inúmeras actividades junto a escolas, associações e comunidade em geral, dei contributos e recebi aprendizagens valiosas para o meu futuro enquanto profissional de saúde profundamente inserido na comunidade.

Os projectos, em que participei fora da farmácia, foram os seguintes:

1. A escola e a podologia (Escola Secundária) - Fevereiro de 2018;

Realizei análise e contributo na desmistificação de preconceitos e dúvidas.

2. Cuidados da pele do bebé (Infantário) - Fevereiro de 2018;

Realizei análise, por observação, das principais preocupações de pais jovens, grávidas e futuros pais, relativamente ao tema.

3. Rastreio Glicémia/ Pressão Arterial (Associação) - Março de 2018;

Oportunidade de interacção com utentes idosos, na sua maioria, com patologias concomitantes e crónicas e, contributo na motivação para mudança de estilos de vida.

4. Acção Cessação Tabágica (Funcionários de Instituição) - Março de 2018;

Oportunidade de interacção com cidadãos adultos, aconselhamento e contributo na motivação para a cessação tabágica.

5. O Sol e a Alimentação (Escola - segundo ciclo) - Abril de 2018;

Realizei análise e contributo na desmistificação de preconceitos e dúvidas.

6. Acção *Valormed* (Escola primária) - Abril de 2018;

Um projecto aliciante, tendo em conta a exigência de utilizar abordagens diferentes às tidas habitualmente, na FHC, para chegar ao público-alvo. Oportunidade de interacção com professores e crianças, contribuindo para a divulgação e adopção do programa *Valormed* junto da comunidade.

7. Projecto Pediculose (Infantário, Escola primária e Lar) - Maio de 2018;

Um projecto aliciante, inserido profundamente na comunidade e com um público-alvo que abrangue todas as gerações. Foi possível analisar e perceber, de forma muito objectiva, as principais dúvidas e mitos, por vezes transversais a diferentes gerações, sobre o tema.

8. Rastreio Respiratório - Aplicação de questionários - Asma e DPOC (Feira de Saúde) - Maio de 2018;

Oportunidade para percepção de uma elevada incidência de fumadores em cidadãos inquiridos, com quadros de Asma e DPOC, já estabelecidos e com origem em vários pontos do Concelho da Covilhã e, contributo para a adopção de estilos de vida saudáveis e motivação para cessação tabágica.

9. Caminhada Solidária (Cidade da Covilhã) - Junho de 2018.

Oportunidade de colaboração na construção e realização de um evento, de impacto importante, na comunidade e na imagem da farmácia. Durante a caminhada foi possível

perceber, em conversas esporádicas, especialmente com idosos, a vontade de procurar aconselhamento em matéria de adopção de estilos de vida saudável.

#### **2.6.4. Organização e Preparação de PIM**

O serviço de Preparação Individualizada de Medicação (PIM), como ferramenta de adesão à terapêutica e uso correcto dos medicamentos é definido pela Ordem dos Farmacêuticos, como a organização personalizada de formas farmacêuticas sólidas (cápsulas, cápsulas de libertação modificada, drageias, comprimidos revestidos, gastrorresistentes ou comprimidos de libertação modificada) de uso oral, segundo a posologia prescrita, reacondicionadas num dispositivo de vários compartimentos estanque e descartável, que garanta a sua estabilidade e segurança (29).

O mesmo serviço é prestado em estreita colaboração com outros profissionais de saúde e familiares e/ou cuidadores. Os utentes ou cuidadores que requisitaram este serviço na FHC apresentavam pouca autonomia nas actividades diárias, apresentando confusão no momento da toma e, regimes terapêuticos complexos, com prescrições de vários medicamentos de forma crónica. Este procedimento está descrito no Manual de Procedimentos da FHC e exige, por norma, os seguintes passos processuais:

1. Desinfectar as mãos e usar luvas descartáveis;
2. Agrupar os fármacos necessários, em saco identificado com o nome do utente, de acordo com a posologia prescrita e registar na ficha do utente o lote e o prazo de validade dos mesmos;
3. Retirar, individualmente, as formas farmacêuticas sólidas das embalagens de acondicionamento primário e perceber se satisfazem as necessidades do doente, segundo a posologia prescrita e o período de tratamento previsto;
4. Reacondicionar as mesmas formas farmacêuticas sólidas, em campo apropriado, de acordo com a identificação de data e hora ou momento de toma (por exemplo: Segunda-Feira, em Jejum);
5. Verificar o reacondicionamento;
6. Selar, manualmente, a embalagem;
7. Imprimir e colar na embalagem, o manuscrito com informação sobre prescrição (e posologia respectiva de cada medicamento) do doente;
8. *Re-armazenar* o remanescente no saco identificado com o nome do utente e a caixa dispensadora em local de conservação apropriado;
9. Na presença do utente ou cuidador informar e aconselhar o mesmo, acerca do correcto uso do dispositivo de acordo com as regras de estabilidade e segurança e, da necessidade de renovar a prescrição antes de expirar a medicação;
10. Requirir assinatura, que comprove a entrega, ao utente ou cuidador.

Este serviço é processado na FHC, sob responsabilidade de uma das Farmacêuticas Substitutas e em colaboração com outros farmacêuticos (em laboratório destinado à preparação de PIM e

medicamentos manipulados), para entrega na farmácia, no domicílio do doente, ou em unidades de saúde sem serviços farmacêuticos. Para este fim, a rede Farmácias Holon possui caixa dispensadora personalizada e apropriada, partilhada por todas as farmácias do Grupo. Este serviço não abrange a manipulação de medicamentos higroscópicos, com necessidades especiais de conservação, medicamentos citotóxicos, teratogénicos, estupefacientes, usados em SOS ou sensíveis à luz. Sempre que há mudança de tratamento, na sequência da revisão da medicação, por parte do farmacêutico, deve ser feita a actualização da informação que consta da ficha terapêutica do utente.

## **2.7. Intervenção Farmacêutica**

### **2.7.1 Consulta Farmacêutica**

Na FHC, a consulta farmacêutica decorre em gabinete apropriado e garante a intervenção farmacêutica no estabelecimento de um plano de aconselhamento, educação e seguimento farmacoterapêutico do utente. A Consulta Farmacêutica pretende, também, minimizar as dificuldades de comunicação entre o utente e o profissional de saúde.

Em sede de Consulta Farmacêutica, sempre que há mudança de tratamento e, na sequência da revisão da medicação, por parte do farmacêutico, deve ser feita a actualização da informação dada ao utente, relativamente à sua terapêutica, para uso racional dos medicamentos. (30)

As informações recolhidas em consulta farmacêutica permitem a educação para os estilos de vida do utente, a detecção de potenciais interacções medicamentosas e efeitos adversos, com maior adesão à terapêutica. Com vista à concretização deste objectivo é fundamental, numa primeira abordagem, que o farmacêutico saiba realizar a apresentação da consulta farmacêutica, junto do utente, fornecendo o contacto da farmácia e analisando a prescrição e respectivas posologias, apresentando os estilos de vida, os alimentos e suplementos alimentares a evitar, informando acerca do potencial de efeitos secundários (verificando, se possível, análises do doente, no dia da consulta e, manter acompanhamento entre consultas, bem como, comunicar ao doente as reacções adversas mais graves e frequentes) e das estratégias a seguir.

Para avaliar a adesão à terapêutica é fundamental que o farmacêutico perceba o número de medicamentos que o utente possui ou ainda tem guardado consigo, realizando o cálculo da adesão, na relação do número de comprimidos tomado e o número de comprimidos que deveria ter tomado (num dado período).

Para além desta avaliação é importante detectar possíveis riscos de interacções medicamentosas com recurso a base de dados, na percepção da existência de interacções farmacocinéticas e/ou farmacodinâmicas, criando uma base de dados própria e percebendo o carácter de urgência dessas mesmas interacções medicamentosas. O farmacêutico deve alertar e notificar o médico responsável pela prescrição sempre que a razão o justifique.

### **2.7.2. Cessação Tabágica**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o consumo de tabaco é responsável pela morte de 7 milhões de pessoas anualmente, das quais, aproximadamente, 900 mil são fumadores passivos. (31) A FHC atribui grande importância à prevenção e cessação de hábitos tabágicos, ao disponibilizar o Serviço de Cessação Tabágica e ao promover projectos dentro e fora da farmácia, com o mesmo objectivo, como por exemplo, o Rastreio Respiratório (com recurso a Espirometria) e a Acção Cessação Tabágica (junto a Funcionários de Instituição), nos quais participei, enquanto estagiário em farmácia comunitária.

Para o alcançar deste objectivo, a equipa da FHC procura identificar a etapa em que o fumador se encontra e realizar acções de encorajamento e suporte, com vista a responder ao ciclo de mudança e às necessidades específicas do fumador.

Para isso existe a intervenção breve e a intervenção intensiva, feita em gabinete apropriado. A intervenção breve (gratuita) destina-se a todos os fumadores e consiste em abordagem de curta duração (até 10 minutos) com o objectivo de avaliar o consumo de tabaco e a motivação do fumador para parar, bem como, a promoção de uma abordagem pró-activa no auxílio à mudança de comportamento. Envolve a descrição breve de intervenção com a avaliação da vontade do utente parar de fumar.

Se o utente parou de fumar recentemente, nos últimos três meses, deve ser encaminhado para a abordagem intensiva (para evitar recaída). Os rastreios realizados dentro e fora da farmácia são ferramentas de encaminhamento para esta abordagem, que envolve uma primeira consulta com duração de 45 minutos, para avaliação do utente, consultas de acompanhamento de 30 minutos para discussão dos resultados, fornecimento de estratégias e reforço da motivação e, contacto telefónico, com duração máxima de 10 minutos, para confirmar a cessação tabágica e detectar sintomas de privação.

### **2.7.3. Aplicação de Questionários de Saúde**

A FHC possui, também, parcerias de investigação e uma política de aplicação de questionários de saúde para estudos em várias áreas.

A facturação da primeira consulta de podologia, tal como em todos os outros serviços disponibilizados pela FHC, carece, por exemplo, do preenchimento de um questionário individual e anonimizado do utente, que permite avaliar a idade e o correspondente grau de autonomia do mesmo, na realização das actividades diárias, bem como, o seu bem-estar geral (a partir de avaliação pessoal do mesmo com recurso a uma escala quantitativa).

Durante o meu estágio em farmácia comunitária auxiliei a FHC na implementação de um Rastreio Respiratório (com aplicação de questionários relacionados com a prevalência de Asma e DPOC), bem como, de um Rastreio de Cancro do Cólon Rectal, em pareia com projectos de investigação científica em saúde.

O Rastreio de Cancro do Cólon Rectal realizado na FHC, incidiu sobre utentes entre os 50 e 74 anos, que não haviam sido submetidos a colonoscopia nos últimos 5 anos ou testes para pesquisa de sangue oculto nas fezes, nos últimos 2 anos, sem sintomas ou diagnóstico prévio

de pólipos intestinais ou doença inflamatória no tracto gastrointestinal. Os mesmos foram submetidos a um protocolo que incluiu o preenchimento de uma ficha de registo e a entrega de um *kit*, por parte do farmacêutico, para recolha de amostras e posterior envio para o laboratório (para análise de fezes e pesquisa de sangue oculto). Todos os resultados recebidos do laboratório foram entregues, mais tarde, na FHC, em carta fechada ao utente e os resultados positivos foram referenciados para consulta médica.

#### **2.7.4. Serviço de Aconselhamento ao Viajante**

A consulta de aconselhamento ao viajante, com duração de 20 a 40 minutos, destina-se à revisão do estado de vacinação do utente, com ou sem referência médica, prevenção, educação e aconselhamento sobre riscos para a saúde do utente, associados à viagem com elaboração da “farmácia de viagem” e informação sobre profilaxia e tratamento da malária ou outras patologias endémicas, de acordo com a idade e o estado de saúde do utente. Este serviço inclui a realização de uma visita de acompanhamento, opcional, com análise do percurso do viajante e avaliação do estado geral de saúde do utente, por parte do farmacêutico.

## **2.8. Qualidade**

### **2.8.1. O Sistema de Gestão de Qualidade**

A certificação do Sistema de Gestão de Qualidade da FHC, segundo a norma ISO 9001 demonstra o seu compromisso, de modo consistente, com a qualidade e a satisfação dos seus utentes (32). A certificação da Qualidade e a promoção da imagem da farmácia (visibilidade e reconhecimento nacional e internacional), de acordo com a evolução de mercado, assenta em vários pilares:

1. Liderança;
2. Envolvimento de todos os colaboradores com melhoria da divisão de tarefas entre membros da equipa;
3. Atenção nos Utentes com maior foco no cumprimento das boas práticas de farmácia e na satisfação dos mesmos;
4. Melhoria Contínua;
5. Resultados Quantificáveis;
6. Garantia do cumprimento dos requisitos do Infarmed, I.P;
7. Abordagem por Processos, com tomada de decisões baseada em factos;
8. Relação pró-activa com Fornecedores;

A certificação da Qualidade envolve, várias fases processuais, num modelo totalmente informatizado e sem necessidade de controlo documental, permite a obtenção de maior eficiência de acção a menores custos:

1. Fase de Implementação da Certificação, com avaliação e diagnóstico inicial, formação e consultadoria presencial e à distância, com apoio disponível (*Helpdesk*);
2. Fase de Manutenção da Certificação com Auditoria interna e externa anual, com apoio disponível (*Helpdesk*);
3. Obtenção da Certificação segundo a norma ISO 9001:2015 e as Boas Práticas de Farmácia da Ordem dos Farmacêuticos, com apoio disponível (*Helpdesk*);

A completa implementação do Sistema de Gestão de Qualidade garante inúmeras vantagens na relação com utentes, parceiros e instituições e, no ambiente interno da FHC:

1. Maior Satisfação dos utentes e melhoria da imagem da farmácia;
2. Maior credibilidade perante parceiros e instituições;
3. Melhor gestão dos processos e maior controlo e uniformização dos procedimentos;
4. Aumento da produtividade e eficiência;
5. Prevenção de erros e redução de custos;
6. Melhor comunicação interna;
7. Desenvolvimento de competências;
8. Melhoria do espírito de equipa e mais motivação no traçar de objectivos;

## **2.9. Atendimento**

### **2.9.1. Atendimento Holon (Factores Diferenciadores)**

A cultura Holon assenta na abordagem individual de cada um, num meio diverso, onde deve primar a união e o sentimento de pertença entre todos. Esta filosofia determina que o todo seja a força motriz e o suporte para o crescimento e a mudança na atitude de um profissional nele integrado, quer do ponto de vista interno, no seio da equipa da FHC, quer na relação com os parceiros e utentes da farmácia.

É por isso, fundamental, saber construir uma atitude de “estar presente aqui e agora” de forma consciente, atenta e inteira, explorando todas as possibilidades, quando se está perante um utente. Para isso é fundamental apresentar uma imagem cuidada, com atenção ao comportamento verbal e não-verbal, demonstrar interesse pelos problemas do utente, ser pró-activo e transmitir confiança, superando as expectativas do mesmo.

O modelo de atendimento Holon consiste numa fórmula de alto desempenho no atendimento, que se espera ser comum a todas as farmácias da rede Farmácias Holon, com vista a criar no utente a percepção de uma abordagem altamente profissional, diferenciadora e de confiança, extensiva a todo o Grupo.

Esta fórmula de alto desempenho no atendimento engloba, genericamente, as seguintes etapas fundamentais:

1. Recepção e Encaminhamento do Utente (revela disponibilidade e atenção do farmacêutico para com o utente);

2. Encaminhamento e Resolução do Pedido (revela competência e capacidade de resposta às necessidades do utente, realizando atendimento e aconselhamento de confiança, com escuta e intervenção activa e, comportamento verbal e não-verbal, adequados);
3. Fecho do Atendimento (o farmacêutico reforça atitude profissional e disponibilidade).

Esta fórmula incorpora, ainda, diferentes níveis de atendimento, que dependendo da solicitação do cliente, determinam a zona de atendimento e o responsável pelo mesmo. Por exemplo, no caso de uma prestação de 1º nível, com utente que solicita um produto de saúde (dermocosmética), compete ao farmacêutico acompanhar o mesmo, na deslocação pela farmácia, ficando o balcão reservado para a facturação. O mesmo não acontece com outro exemplo de prestação de 1º nível, envolvendo MNSRM (por exemplo suplementos alimentares) que determina o balcão como zona de atendimento. A solicitação de MSRSM é um exemplo de prestação de 2º nível e determina o balcão como zona de atendimento, que no caso de um aconselhamento mais detalhado, exige atendimento sentado. Por fim, a marcação de consultas, administração de vacinas ou a realização de check saúde determinam uma prestação de 3º nível, ocorrendo o atendimento, por farmacêutico ou técnico de saúde, no gabinete de prestação de serviços, mais adequado.

Apenas a fórmula de alto desempenho no atendimento, que procurei adoptar (e com a qual, penso, ter elucidado vários utentes, acerca do real papel do farmacêutico na comunidade e na sua saúde), aquando do meu estágio em farmácia comunitária, me permitiu reconhecer diversas situações:

1. Duplicação de medicação (uso concomitante e crónico de anti-inflamatórios não esteróides em afecção gripal ou uso concomitante de antidepressivos ou ansiolíticos, prescritos por médicos diferentes, em tempos diferentes);
2. Educação para o correcto uso de antibióticos em vários utentes com comportamento irresponsável no que ao seu uso diz respeito;
3. Educação para o correcto uso de ansiolíticos em utente que julgava poder incentivar filho adolescente, em época de exames, a práticas de automedicação;
4. Elucidar utentes para efeitos adversos frequentes de opioides, antidepressivos, anti-hipertensivos, entre outros, no sentido de promover a adesão terapêutica;
5. Elucidar utente para o não uso de pomada de ácido salicílico 270 mg/g, no filho, com sugestão de alternativa terapêutica;
6. Elucidar utente para o uso correcto de medicamentos usados na disfunção eréctil;
7. Elucidar utentes para o uso correcto de descongestionantes nasais e implicações do seu uso crónico;
8. Identificação de adolescente em antibioterapia que procurava recorrer a contracepção de emergência e posterior elucidação acerca das possíveis interacções farmacológicas e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;

9. Elucidar acerca das vantagens de estratégias não farmacológicas e do uso de suplementos alimentares a estudantes em época de exames, adultos com mal-estar psicológico e físico e utente em período de menopausa após confessarem hábitos de auto-medicação;
10. Em atendimento telefónico, identificação de possível quadro de epilepsia, com crises de ausência, em adolescente institucionalizada e fraca adesão à terapêutica e, encaminhamento, com sugestão ao cuidador, para consulta médica especializada;
11. Adaptação da prescrição de utente à forma farmacêutica que permitisse contornar quadro de odinofagia e disfagia;
12. Percepção de erro na dispensa, com fármaco anti-hipertensivo, em forma farmacêutica não adequada à posologia (cápsulas em vez de comprimidos);
13. Elucidar para o uso correcto de codeína + feniltoloxamina em vários utentes com comportamento irresponsável no que ao seu uso diz respeito;
14. Elucidar acerca das possíveis opções não farmacológicas na abordagem à crise hemorroidária; entre outras.

### **2.9.2. Protocolos de Aconselhamento**

São 35 os protocolos de aconselhamento desenvolvidos e partilhados pelas farmácias da *rede Farmácias Holon* no que respeita a afecções das mais variadas origens e características. Todos os protocolos realizam o enquadramento da patologia, descrevendo características e questões a colocar para avaliação da situação do utente, relembrando as principais situações que requerem encaminhamento ou referenciação para consulta médica.

É oferecido, ainda, um quadro-resumo da mais completa e actualizada abordagem farmacológica e não farmacológica, ao que se segue um fluxograma de aconselhamento. Os protocolos de aconselhamento são uma importante ferramenta na fórmula de alto desempenho no atendimento, que se espera ser uniforme a todas as farmácias da rede Farmácias Holon. Os protocolos de aconselhamento, aos quais tive acesso, enquanto estagiário na FHC, permitiram a aquisição de competências na área da terapia de não prescrição, especialmente no atendimento de utentes com afecções de carácter marcadamente sazonal, como na presença de sintomas gripais ou alérgicos.

### **2.9.3. Tipos de receitas e leitura das mesmas**

A Portaria nº 224/2015, de 27 de Julho impôs a implementação do circuito de prescrição, dispensa e facturação da Receita Sem Papel, adaptando a prescrição electrónica à dispensa e facturação, com o objectivo de dar prioridade à utilização de meios electrónicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS). (33) A 1 de Abril de 2016, a Receita Sem Papel assume carácter obrigatório para todas as entidades do SNS. (34)

A Receita Sem Papel, que obriga a um acesso electrónico autenticado pelo profissional de saúde e utente, poderá incluir a prescrição simultânea de fármacos comparticipados pelo SNS e não comparticipados. A Receita Sem Papel possui, ainda, o número e data da receita, identificação do prescriptor e o seu contacto, um “Código de acesso e dispensa” e um “Código de Direito de Opção” atribuído ao utente específico garantindo segurança e eficácia ao processo de dispensa.

Outra vantagem deste tipo de Receita é a possibilidade de dispensa dos vários fármacos nela incluídos, em tempos e períodos diferentes, dentro do prazo de validade da mesma. Em consulta, o utente poderá receber, em papel, o seu Guia de Tratamento e/ou indicar o seu endereço de correio electrónico ou número de telemóvel ao prescriptor para receber, por essa via, o seu Guia de Tratamento, com o número da prescrição, bem como, os respectivos códigos de acesso, dispensa e direito de opção.

A receita electrónica, em papel, pode ser renovável, com o prazo de validade de seis meses para cada via (até 3 vias), contado desde a data de prescrição. A prescrição manual (validade de 30 dias consecutivos), nos modelos da receita médica prevista pela portaria nº 137-A/2012 (35), procede-se, apenas e excepcionalmente, em caso de falência do sistema informático, inadaptação fundamentada do prescriptor, prescrição no domicílio, excepto em lares de idosos e até 40 receitas/mês, tendo o prescriptor de assinalar a excepção para a prescrição, por esta via (36). Na receita em papel podem ser prescritos até 4 fármacos deferentes, por nome de substância activa (DCI), dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem, posologia e número de embalagens. A prescrição pode elaborar-se por nome comercial/titular do AIM, em caso:

1. Inexistência de medicamentos similares ou genéricos comparticipados;
2. Medicamentos de margem terapêutica estreita (a), com suspeita de RAM (Reacção adversa a medicamentos) (b) ou em tratamentos superiores a 28 dias (c), podendo o utente em (c), optar por medicamento com igual ou inferior PVP;

A prescrição manual inclui a identificação escrita do prescriptor, local de prescrição, com vinheta do local de prescrição ou carimbo, identificação do utente, com o número do SNS ou número de beneficiário, entidade financeira responsável, identificação do regime especial de comparticipação (especial ou geral), vinheta, data de prescrição e assinatura do prescriptor.

Podem ser prescritas duas embalagens por fármaco, ou quatro na forma de embalagem unitária. (35) Para ser considerada válida a receita não deve conter rasuras (tendo o prescriptor de rubricar junto à rasura, para a receita ser considerada válida).

Na ausência de *stock*, os três dos cinco genéricos mais baratos do mesmo grupo homogéneo devem estar disponíveis num prazo máximo de 12 horas, após o pedido do utente. (37)

#### **2.9.4. Organismos de comparticipação**

Dependendo do organismo/regime, das características do medicamento e da duração do tratamento, a comparticipação dos medicamentos pode ser total ou parcial. O Sistema

Nacional de Saúde é a principal entidade financeira a compartilhar medicamentos, apelidado de regime geral de participação, de acordo com 4 escalões (A de 90%, B de 69%, C de 37% e D de 15% do PVP), grupos e subgrupos farmacoterapêuticos, acrescida em 5% no escalão A, 15% no escalão B, C e D no regime especial para os pensionistas, cujo rendimento total anual não exceda catorze vezes o salário mínimo nacional. (36) (38)

A esta entidade, acrescentam outros subsistemas em regime de complementaridade com o SNS, como a portaria S9 do sistema de assistência na doença a militares (ADM), Bancos (Caixa-Geral de Depósitos) e os diversos sindicatos bancários, os serviços sociais da EDP (Energias de Portugal), seguros de saúde, entre outros.

Ao regime geral de participação acresce o regime especial diplomas, que abrange um grupo específico de doentes e patologias, por exemplo para dor oncológica, paramiloidose, psoríase, artrite reumatóide, doença de Crohn e Colite Ulcerosa, entre outros. (36)

## **2.9.5. Receituário**

### **2.9.5.1. Organização, verificação e facturação**

A conferência do receituário da FHC é um processo de conferência moroso, exigente e cuidado realizado sob a supervisão da Farmacêutica Substituta encarregue da área do “Atendimento”. A organização desta informação começa na impressão do documento de facturação no verso da Receita e no depósito, posterior, das inúmeras receitas manuais em gaveta apropriada, após verificação, atrás do *FrontOffice*, com compartimentos separados por organismo de participação. A verificação é cruzada entre dois membros da equipa da FHC.

A conferência das receitas manuais reveste, ainda, de especial importância, permitindo verificar a concordância entre a prescrição e a dispensa de medicamentos na FHC. Durante o meu estágio em Farmácia Comunitária tive a possibilidade de conferir receituário e visualizar a facturação. Os requisitos fundamentais a ter em conta na verificação de receitas manuais são os seguintes:

1. Identificação do Utente, com número do SNS ou número de beneficiário;
2. Entidade Financeira Responsável;
3. Identificação do regime especial de participação;
4. Vinheta do prescriptor e do local da prescrição (se aplicável);
5. Data de prescrição e assinatura do prescriptor;
6. DCI ou nome comercial/titular AIM, dosagem, forma farmacêutica e dimensão da embalagem;
7. Número de embalagens;
8. Ausência de rasuras ou presença de Rubrica em local de rasura;
9. Assinatura do colaborador que dispensou medicamentos;
10. Validade da Receita e Data da dispensa dos medicamentos;
11. Lote em que a Receita foi facturada;
12. Carimbo da Farmácia;

Após validar a verificação do receituário, as receitas são separadas por organismo de participação e lote. Cada lote inclui até 30 receitas, excepto o último lote, que pode não estar completo, ao qual é anexado o Verbete de Identificação do Lote. O programa informático *Sifar* numera sequencialmente e de forma crescente, de 1 até 30, número a partir do qual se reinicia todo o processo, com novo lote.

Os lotes são fechados até ao último dia do mês, às 23:59:59, tendo de ser feita a facturação até dia 5 do mês seguinte. Quando o destinatário é o SNS, é recolhido pelos Correios de Portugal, S.A. (CTT), o original e duplicado da Factura Mensal de Medicamentos, normalmente, no dia 5 do mês seguinte, juntamente com as receitas, enquanto o original, duplicado e triplicado acompanham as receitas enviadas pela FHC, para a Associação Nacional de Farmácias (ANF). Os documentos devolvidos à FHC podem ser passíveis de correcção, sendo incluídos nos lotes do mês seguinte. (39)

### **2.9.6. Psicotrópicos e Benzodiazepinas**

O Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro enumera e determina a prescrição de forma isolada, das substâncias activas classificadas como psicotrópicos e estupefacientes. (40) Foram várias as ocasiões em que, enquanto estagiário, observei a dispensa deste grupo especial de medicamentos. No acto de dispensa, o programa informático *Sifar* obriga o farmacêutico a possuir todos os dados previstos pela lei, para emissão do “Documento de Psicotrópico ou estupefaciente” (36):

1. Relativamente ao utente ao qual é prescrito o medicamento - Nome e morada;
2. Relativamente ao prescritor - Nome e número da cédula profissional;
3. Relativamente ao cidadão adquirente (quando não é o mesmo que o utente ao qual foi prescrito o medicamento) - Nome, morada, data de nascimento, número do cartão do cidadão, validade do cartão de cidadão e idade do adquirente;
4. Relativamente ao medicamento - Nome comercial ou genérico, forma farmacêutica, dosagem, dimensão da embalagem e número de unidades adquiridas.

O “Documento de Psicotrópico ou estupefaciente” (anexado a cópia da Receita, se manual) é arquivado na FHC, em *dossier*, ordenado por data de dispensa, durante um período mínimo de 3 anos. As cópias das receitas, o resumo de todos os medicamentos prescritos e os respectivos dados recolhidos são enviadas por correio electrónico para o Infarmed, I.P até ao dia 8 de cada mês. Deve, ainda, proceder-se ao balanço anual entre entradas e saídas de benzodiazepinas, ficando o mesmo, arquivado na FHC, num período mínimo de três anos.

### **2.10. Preparação de Medicamentos Manipulados**

Segundo o Manual “Medicamentos Manipulados” do Infarmed, um medicamento manipulado consiste num preparado oficial ou fórmula magistral executado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico. (41) Durante o meu estágio em farmácia comunitária

tive a possibilidade de realizar, sob supervisão de um farmacêutico, a preparação de um manipulado de Vaselina com ácido salicílico a 30% (ver Anexos).

O Decreto-Lei n.º 95/2004 entende por fórmula magistral qualquer medicamento preparado pelo farmacêutico segundo receita médica, especificando o doente a que se destina. Por outro lado, define preparado oficial qualquer medicamento preparado pelo farmacêutico tendo como base indicações de uma farmacopeia ou formulário, para dispensa ao utente assistido em sede de farmácia de oficina ou serviços farmacêuticos hospitalares.

Em ambas as situações, o farmacêutico só pode recorrer a matérias-primas inscritas na Farmacopeia Portuguesa, Europeia, nas farmacopeias de Estados que fazem parte à Convenção para Elaboração de Uma Farmacopeia Europeia ou na documentação compendial.

(42) Todas as embalagens originais e destinadas ao armazenamento das matérias-primas devem possuir um rótulo com a identificação da matéria-prima, número de lote, regras de conservação, prazo de validade e precauções ao utilizar.

O farmacêutico deve, ainda, assegurar-se das boas condições de segurança do medicamento, não pondo em causa a acção do medicamento ou a segurança do doente, em consonância com as Boas Práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados. As instalações e os equipamentos devem enquadrar-se às formas farmacêuticas e nos registos da farmácia (arquivados num mínimo de 3 anos), em documentos elaborados e assinados pelo DT ou sob a sua supervisão, devem constar (43):

1. Dados referentes às operações de preparação e controlo realizadas;
2. A descrição do histórico de cada operação;
3. Alterações validadas pelo DT;
4. Registos de calibrações dos aparelhos;
5. Boletins de análise das matérias-primas com identificação do fornecedor;
6. Em cada medicamento manipulado dispensado, a Ficha de Preparação com Denominação do Medicamento Manipulado, Nome e Morada do doente (fórmula magistral), Nome do Prescritor, Número do Lote do medicamento preparado, Composição do medicamento, com indicação das matérias-primas, do seu lote e quantidades usadas, registo do modo de preparação e resultados, descrição do acondicionamento, rúbrica e data do farmacêutico responsável pela preparação e supervisor.

Como acto de excepção, o farmacêutico pode proceder ao descondicionamento de especialidades farmacêuticas para a elaboração de medicamentos manipulados quando se destinem a aplicação cutânea, para adequação de uma dose de uso pediátrico ou se destinem a doentes com condições de administração e farmacocinética específicas (42).

A Portaria nº 769/2004 define a fórmula de cálculo do preço dos medicamentos manipulados e tem em conta o valor das matérias-primas acrescido ao valor dos materiais de embalagem (valor da sua aquisição multiplicado por 1,2) e o valor dos honorários da preparação que, por sua vez, tem em conta as formas farmacêuticas, as quantidades preparadas e a proporção do

crescimento do índice de preços ao consumidor (o factor F) divulgado pelo Instituto Nacional de Estatística, para o ano anterior:

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

O valor de aquisição das matérias-primas é multiplicado pelos seguintes factores, dependendo da maior das unidades em que são utilizadas ou dispensadas, para a obtenção do valor das matérias-primas (44):

- Quilograma: 1,3;
- Hectograma: 1,6;
- Decagrama: 1,9;
- Grama: 2,2;
- Decigrama: 2,5;
- Centigramas: 2,8.

Cabe ao farmacêutico realizar o controlo de qualidade final ao medicamento manipulado, verificando, no mínimo, os caracteres organolépticos, enquanto supervisiona o correcto acondicionamento e rotulagem do medicamento manipulado final. A rotulagem deve conter as seguintes informações para o doente: (43)

1. Nome do doente (fórmula magistral);
2. Número de Lote atribuído;
3. Fórmula prescrita pelo médico;
4. Prazo de utilização;
5. Condições de conservação;
6. Posologia e via de administração;
7. Instruções especiais de utilização (“manter fora do alcance das crianças”, “uso externo”, “agite antes de usar”, ou outras);
8. Identificação do DT;
9. Identificação da Farmácia.

## 2.11. Conclusão

O meu estágio curricular em farmácia comunitária foi determinante para a consolidação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos na componente curricular do curso e consistiu num primeiro e marcante contacto com a realidade prática e diária, em que a profissão se insere, na comunidade.

Foram 6 meses de constante partilha e interação com a equipa da FHC composta por farmacêuticos e técnicos de farmácia e de saúde, de diferentes origens, gerações, visões e

escolas de pensamento e, com os muitos utentes da farmácia. Os ganhos profissionais e pessoais são plurais e inestimáveis.

Na FHC tive a possibilidade de integrar inúmeros projectos dentro e fora da farmácia, participar no cumprimento de objectivos desafiantes, de perceber a filosofia única da farmácia, integrada na abordagem de atendimento e trabalho da rede Farmácias Holon e, por último, ter a oportunidade de provar ser capaz de me comportar e agir tal e qual um verdadeiro profissional.

Cruzando os relatos e as conclusões obtidas em sede de entrevista telefónica aos doentes, que acompanhei, no Hospital Sousa Martins, em tratamento de dor crónica oncológica e não oncológica e os valores profissionais que me foram transmitidos pela equipa da FHC percebo ter vivido a sorte de aprender numa boa escola de farmácia comunitária.

É como um verdadeiro farmacêutico que me sinto sair da FHC para o meu futuro profissional. E só serei um verdadeiro farmacêutico enquanto for conhecedor da História da minha profissão e colocar o Homem e a sua Saúde e Bem-estar, à frente de qualquer outro interesse ou preocupação. Assim o farei.

## 2.12. Bibliografia

1. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto
2. Deliberação nº1502/2014, de 3 de Julho
3. Deliberação nº78/CD/2014, de 3 de Julho
4. Ordem dos Farmacêuticos. Norma específica sobre manipulação de medicamentos. Disponível em:  
[https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/of.c\\_n006\\_00\\_norma\\_especifica\\_sobre\\_manipulacyayo\\_de\\_medicamentos\\_20991760195afd9cafc3f20.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/of.c_n006_00_norma_especifica_sobre_manipulacyayo_de_medicamentos_20991760195afd9cafc3f20.pdf) (visitado em 10-08-2018)
5. Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de Janeiro
6. Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de Dezembro
7. Deliberação n.º 145/CD/2010, de 4 de Novembro
8. Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. Instrução de Trabalho - Gestão da Distribuição de Medicamentos e Produtos Farmacêuticos (IT.SFAR.GER.110/1). Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
9. Santos, H. J., et al.. - Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. 3ª Ed. Conselho Nacional da Qualidade, Ordem dos Farmacêuticos, Junho de 2009.
10. Despacho do Ministério da Saúde n.º 18/91, de 12 de Agosto (DR, 2.ª Série, n.º 209, de 11 de Setembro)
11. Farmacopeia Portuguesa IX
12. Formulário Galénico Português
13. Portaria n.º 18-A/2015, de 2 de fevereiro
14. Decreto-Lei nº 102/2008, de 20 de Junho

15. Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça nº 9/2014 de 17-06-2014
16. Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto
17. Decreto-Lei nº 128/2013, de 5 de Setembro
18. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho
19. Decreto-Lei n.º 118/2015, de 23 Junho
20. Decreto-Lei nº 314/2009, de 28 de Outubro
21. Decreto-Lei nº 217/2008, de 11 de Novembro
22. Despacho n.º 2977/2014, de 13 de Fevereiro
23. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2018. Disponível em: [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/) (visitado em 15-08-2018)
24. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro
25. Circular Normativa 09/DGCG 04/07/2002
26. Norma nº 002/2011 de 14/01/2011 - DGS
27. Norma nº 019/2011 de 28/09/2011 actualizada a 11/05/2017 - DGS
28. Norma nº 026/2011 de 29/09/2011 actualizada a 19/03/2013 - DGS
29. Norma Geral da Ordem dos Farmacêuticos N.º 00-NGE-00-001-00 - R8 | P 1 / 18
30. Ordem dos Farmacêuticos. Curso de Consulta de Revisão da Medicação (CRM). Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/eventos/curso-de-consulta-da-revisao-da-medicacao/> (visitado em 18-08-2018)
31. World Health Organization. Tobacco: key facts. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (visitado em 19-08-2018)
32. ISO (International Organization for Standardization). 9001:2015. Disponível em: <https://www.iso.org/iso-9001-quality-management.html> (visitado em 20-08-2018)
33. Portaria nº 224/2015, de 27 de Julho
34. Despacho n.º 2935-B/2016, de 24 de Fevereiro
35. Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio
36. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED). Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas\\_Dispenza\\_20151029.pdf/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790/](http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispenza_20151029.pdf/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790/) (visitado em 26-08-2018)
37. Deliberação n.º 021/CD/2011, de 27 de Janeiro
38. Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de Junho
39. Portaria n.º 193/2011, de 13 de Maio
40. Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro
41. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED). Medicamentos Manipulados. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manipulados.pdf/e97d7cfe-6ff5-4cba-929a-64c95364a7e1> (visitado em 29-08-2018)
42. Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de Abril
43. Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho

44. Portaria nº 769/2004, de 1 de Julho

