



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Análise da Terapêutica de Antipsicóticos no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Experiência Profissionalizante na Vertente de Investigação e Farmácia Comunitária

Cristiano Emanuel Nunes Alves

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

Orientadora: Prof.^a Doutora María Eugenia Gallardo Alba
Coorientadora: Dr^a Maria Silvina Salvado Fontes

Covilhã, junho de 2019

Dedicatória

“Tudo parece impossível, até ser feito!”

Nelson Mandela

À minha Mãe, ao meu Pai e à minha avó Deolinda,
pelo concretizar do nosso sonho!

Agradecimentos

Muitos foram os dias e noites de esforço, dedicação e convívio que fizeram parte do meu percurso académico colmatando no presente trabalho e cuja uma grande parte (senão toda) se deve a vocês.

À minha orientadora Professora Doutora Eugenia Gallardo pela confiança, disponibilidade, paciência e prontidão que representou ao longo de todo o processo.

À minha coorientadora Dr.^a Silvina Fontes pelas palavras, conselhos e perspetivas que me alavancaram para o presente dia. Ao Professor Jorge Gama por desde sempre se demonstrar recetivo e disponível para me esclarecer todas as dúvidas inerentes à investigação.

À equipa da Farmácia Moderna, em seu nome Dr.^a Maria Octávia Vaz, pela oportunidade e pelas excelentes condições com que me receberam e contribuíram para a minha formação.

À Nádía Oliveira, Alexandra Afonso e Carolina Silva por terem sempre uma palavra de reconforto nos momentos em que a força faltava e acreditarem em mim, quando nem eu mesmo conseguia. Aos meus colegas de casa, ao Ricardo e à Angie, por me proporcionarem um ambiente espetacular em casa, repleto de bons momentos, gargalhadas e histórias que guardarei com saudade.

Aos meus irmãos e irmãs da *R.I.P.: Rest in Praxis*, em seu nome Inês Garcia Moreira e Rita Magalhães, por me darem a conhecer esta família covilhanense que se interajuda, quer pela boémia, quer pelos ensinamentos e valores transmitidos com que muito me orgulho. Às madrinhas e afilhados que a praxe me deu, por todo o convívio, alegria, boa disposição, apoio e sabedoria que comigo partilharam.

Ao Gustavo pelo companheirismo, ajuda, paciência, compreensão, confiança, cumplicidade, confiança, e que sempre acreditou e me fez crer que tudo iria conseguir.

Aos meus pais, família, amigos e amigas, por dia após dia, anos após ano, nunca me terem deixado desistir. Pelo amor, apoio, carinho, amparo, dedicação e coragem, do fundo do meu coração, sou-vos eternamente agradecido.

Por último, e com um pouco de emoção à mistura, à minha adorada “Cidade Neve”, à minha querida Covilhã. Que tão genuína e carinhosamente recebes ano após ano tantos estudantes e os acolhes de uma maneira exímia, presenteando-os com as tuas gentes, com os teus sabores e com a tua beleza natural. Acolheste um jovem pacense, repleto de dúvidas e insegurança. Fizeste-o crescer; orientando, ensinando e afagando, moldando-o no Homem que hoje sou. Aqui fui; aqui sou; e aqui, se possível, serei sempre feliz!

Resumo

O presente relatório divide-se em dois capítulos que pretendem descrever o trabalho de investigação desenvolvido no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, sob a orientação da Professora Doutora Eugenia Gallardo e coorientação da Dr.^a Silvina Fontes, assim como o relatório descritivo da experiência profissionalizante na Farmácia Moderna, sob a orientação da Dr.^a Maria Octávia Vaz.

O Capítulo I enquadra todo o processo inerente à vertente de investigação. A esquizofrenia e a perturbação bipolar são consideradas das patologias do foro mental relacionadas a um maior estigma e incompreensão, tendo como consequência uma elevada taxa de suicídio. Relativamente à terapia farmacológica, conforme o último informe da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. entre 2000 e 2012 ocorreu um aumento do consumo de psicofármacos, expresso através das Dose Diária Definida por 1000 habitantes dia, em todos os subgrupos, mas mais evidente nos antidepressivos (+240%) e antipsicóticos (+171%).

A presente investigação tem como objetivo, com o recurso a questionários, recolher dados de utentes do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira que se encontram em tratamento com antipsicóticos, com o intuito de estudar quais os fármacos que tomam, que patologia apresentam, possíveis reações adversas e interações farmacológicas.

Trata-se de um estudo descritivo aplicado a 36 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos, à qual foi aplicado uma estatística descritiva e inferencial.

Resultante da estatística, verificou-se que para o controlo da patologia, a maioria da amostra conta com antipsicóticos da primeira geração (88,89%), sendo o mais comum neste grupo o haloperidol (71,88%), seguido de antipsicóticos de segunda geração (52,78%), sendo o mais usado a olanzapina (47,37%), estando também presentes outras classes farmacológicas como benzodiazepinas (30,56%), anticolinérgicos (19,44%), anticonvulsivantes (13,89%), bloqueadores beta (13,89%), antidepressivos (8,33%) e estabilizadores de humor (2,78%).

Verificou-se que 97,22% da amostra referiu sentir pelo menos um dos sintomas característicos dos antipsicóticos, sendo os principais a “boca seca” (74,29%), “sedação/sonolência” (60,00%) e o “aumento de peso” (57,14%).

Foram ainda verificadas associações entre a toma de alguns antipsicóticos e o aparecimento de efeitos secundários. A nível de reações adversas características de possível interação farmacológica, 63,89% referiu sentir pelo menos uma destas, sendo as mais comuns a

“fraqueza ou desinteresse para realizar tarefas” (65,22%), “sedação/sonolência” (60,00%) e “dificuldade em realizar tarefas” (47,83%).

Com esta investigação, conclui-se que a maioria dos utentes ainda se encontram a tomar antipsicóticos de primeira geração, apresentando reações adversas características destes, não havendo, porém, relevante associação estatisticamente significativa relativamente aos efeitos secundários.

No Capítulo II encontram-se descritas as atividades realizadas no âmbito do estágio curricular em Farmácia Comunitária, na *Farmácia Moderna*, na vila do Tortosendo - Covilhã, entre 21 de janeiro e 31 de maio. Conta com relato das atividades desenvolvidas, descrevendo o funcionamento da farmácia comunitária, as funções e responsabilidades inerentes à prática farmacêutica. Este período permitiu a aplicação dos conhecimentos adquiridos, aliando o contacto com o utente e as suas necessidades, contribuindo para o colmatar da formação base essencial para um futuro farmacêutico.

Palavras-chave

Esquizofrenia, perturbação bipolar, antipsicóticos de primeira geração, antipsicóticos de segunda geração, reações adversas, farmácia comunitária.

Abstract

The following document is divided in two chapters, which describe the research work developed in the Department of Psychiatry and Mental Health of the Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, under the supervision of Professor Eugenia Gallardo, PharmD PhD and Silvina Fontes, MD, as well as a descriptive report of the professionalising experience in *the Farmácia Moderna*, under the supervision of Maria Octávia Vaz, PharmD.

Chapter I involves all the process related to the research component. Schizophrenia and bipolar disorder are mental illnesses related to a bigger stigma and incomprehension, and are associated to an elevated suicide rates. As for the pharmaceutical therapy, according to the last report from the Health Products and Medication National Authority, I.P, between 2000 and 2012, there was an increase in consumption of antipsychotics, expressed as the Defined Daily Dose per 1000 inhabitants-day, in all subgroups, but more evidently in antidepressants (+240%) and antipsychotics (+171%).

The present research's objective is, with the use of inquiries, gather data from patients of the Department of Psychiatry and Mental Health of the Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira which are being treated with antipsychotics, with the purpose of studying which drug they use, what disorder they have, possible adverse reactions and pharmacological interactions.

This is a descriptive study applied to 36 individuals between the ages of 18 and 80 years old, to whom both descriptive and inferential statistics were applied.

It was verified that, for disease management, the majority of the patients used first-generation antipsychotics (88,89%), with haloperidol being the most common (71,88%), followed by second-generation antipsychotics, the most used being olanzapine (47,37%), as well as other pharmacological classes such as benzodiazepines (30,56%), anticholinergics (19,44%), anticonvulsants (13,89%), beta blockers (13,89%), antidepressants (8,33%) and mood stabilisers (2,78%).

97,22% of the patients referred feeling at least one of characteristic symptoms of antipsychotics, namely “dry mouth” (74,29%), “sedation/drowsiness” (60,00%) and “weight gain” (57,14%).

Furthermore, associations between the use of some antipsychotics and the appearance of side-effects were verified. Regarding adverse reactions typical of possible pharmacological interaction, 63,89% revealed feeling at least one, the most common being “weakness or lack

of interest to perform tasks” (65,22%), “sedation/drowsiness” (60,00%) and “difficulty in performing tasks” (47,83%).

With this investigation, it was concluded that the majority of the patients still use first-generation antipsychotics, presenting characteristic adverse reactions, despite that no significant statistical association was found relatively to the observed side-effects.

In Chapter II the activities performed in the context of the curricular internship in Community Pharmacy, in *Farmácia Moderna*, located in Tortosendo - Covilhã, between the 21st of January and the 31st of May, are described. It includes a report of the developed activities, describing the routine of the community pharmacy and the functions and responsibilities inherent to the pharmaceutical practice. This period allowed the application of acquired knowledge, linking the contact with the patient with their needs, contributing to the fulfilment of the essential basis education for a future pharmacist.

Keywords

Schizophrenia, bipolar disorder, first-generation antipsychotics, second-generation antipsychotics, adverse reactions, community pharmacy.

Índice

Capítulo I - Análise da Terapêutica de Antipsicóticos no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira	1
1. Introdução	1
1.1. Transtorno Bipolar e Esquizofrenia: História e Evolução Conceptual	1
1.2. Epidemiologia	3
1.3. Transtorno Bipolar	4
1.3.1. Características Clínicas e Etiologia	4
1.3.2. Diagnóstico e Classificação	5
1.3.3. Terapêutica	7
1.3.3.1. Medidas Gerais	7
1.3.3.2. A Crise Aguda	8
1.3.3.3. Terapêutica a Longo Termo e Prevenção de Recidiva	9
1.4. Esquizofrenia	10
1.4.1. Características Clínicas e Etiologia	10
1.4.2. Classificação e Diagnóstico	11
1.4.3. Terapêutica	13
1.4.3.1. Medidas Gerais	13
1.4.3.2. Manutenção	14
1.5. Antipsicóticos	14
1.5.1. Reações Adversas	15
1.5.2. Antipsicóticos Típicos	15
1.5.3. Antipsicóticos Atípicos	16
1.5.4. Interações Farmacológicas	17
2. Justificação do Tema e Objetivos	18
3. Materiais e Métodos	19
3.1. Tipo de Estudo e Seleção da Amostra	19
3.2. Recolha de Dados	19
3.3. Análise de Dados	19
4. Resultados e Discussão	21
4.1. Caracterização da Amostra	21
4.1.1. Sexo	21
4.1.2. Idade	21
4.1.3. Patologia diagnosticada	22
4.2. Terapêutica Antipsicótica Praticada	23
4.3. Duração do Tratamento	27
4.4. Efeitos Adversos	28
4.5. Patologias Concomitantes	33

4.6.	Interações Farmacológicas.....	33
4.6.1.	Terapêutica Adicional	34
4.6.2.	Suplementação, Infusões e Fatores de Risco	35
4.7.	Possíveis Efeitos Adversos associados a Interação Farmacológica	36
5.	Limitações do Estudo	38
6.	Conclusões e Perspetivas Futuras	39
Capítulo II - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária.....		43
1.	Introdução	43
2.	A Farmácia Moderna	43
2.1.	Espaço Físico	43
2.2.	Recursos Humanos.....	47
2.3.	Suporte Informático, Arquivo Documental e Material Científico	48
3.	O Medicamento: Definições e Nomenclaturas	49
4.	Entrada do Circuito do Medicamento	50
4.1.	Realização de Encomendas	50
4.2.	Receção e armazenamento dos produtos	51
4.3.	Controlo de Prazos de Validade.....	53
4.4.	Devoluções aos Fornecedores	54
4.5.	Reciclagem de Medicamentos - VALORMED	54
5.	Dispensa de Medicamentos	55
5.1.	Sistemas de Comparticipação e Complementaridade, Entidades e Protocolos....	55
5.2.	Dispensa de Receita Eletrónica Desmaterializada	56
5.3.	Dispensa de Receita Eletrónica Materializada e Manual.....	57
5.4.	Dispensa de Benzodiazepinas, Psicotrópicos e Estupefacientes	58
6.	Aconselhamento e Relação Farmacêutico-Medicamento-Utente	59
6.1.	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica, Não Sujeitos a Receita Médica e de Dispensa Exclusiva em Farmácia	59
6.2.	Dispensa de outros produtos de saúde.....	60
7.	Serviços Farmacêuticos e Cuidados de Saúde	61
7.1.	Parâmetros Bioquímicos.....	61
7.2.	Determinações Antropométricas.....	62
7.3.	Medição da Pressão Arterial	62
7.5.	Administração de Injetáveis	63
7.6.	Acompanhamento Nutricional e de Podologia.....	64
8.	Preparação de Medicamentos Manipulados	64
9.	Contabilidade e Gestão	66
9.1.	Gestão Financeira	66
9.2.	Conferência de Receituário.....	66
9.3.	Faturação	67
10.	Conclusão	67

Bibliografia	69
Anexos.....	73

Lista de Figuras

Figura 1 Abordagem farmacoterapêutica da crise aguda na perturbação bipolar. Adaptado de (12,14,19).	8
Figura 2 Abordagem farmacoterapêutica da crise aguda na esquizofrenia. Adaptado de (7,13,21).....	13
Figura 3 Distribuição da amostra relativamente ao sexo.	21
Figura 4 Distribuição da amostra relativamente à idade.....	22
Figura 5 Distribuição da amostra relativamente à patologia diagnosticada	22
Figura 6 Distribuição da amostra em função da duração do tratamento.....	27

Lista de Tabelas

Tabela 1 Isoformas que participam no metabolismo dos AP. Adaptado de (13).	18
Tabela 2 Relação entre a patologia diagnosticada e o sexo	23
Tabela 3 Descrição da terapêutica antipsicótica praticada	23
Tabela 4 Descrição da terapêutica antipsicótica praticada distribuída por classes ou subclasses farmacológicas. APG: Antipsicóticos de primeira geração ou típicos; ASG: Antipsicóticos de segunda geração ou atípicos; BZD: benzodiazepinas; ACL: anticolinérgicos; ACV: anticonvulsivantes; BB: bloqueadores beta; AD: antidepressivos; EH: estabilizadores de humor.	24
Tabela 5 Descrição da terapêutica praticada com APG.	25
Tabela 6 Descrição da terapêutica praticada com ASG.....	25
Tabela 7 Descrição da terapêutica praticada com BZD.....	26
Tabela 8 Descrição da terapêutica praticada com ACV.	26
Tabela 9 Descrição da terapêutica praticada com BB.	26
Tabela 10 Descrição da terapêutica praticada com AD.	27
Tabela 11 Distribuição dos Efeitos Adversos apresentados pela amostra.	28
Tabela 12 Descrição das patologias concomitantes da amostra	33
Tabela 13 Descrição da terapêutica adicional da amostra	34
Tabela 14 Descrição do consumo de infusões pela amostra	35
Tabela 15 Descrição dos possíveis efeitos adversos associados a interação farmacológica da amostra	36

Lista de Acrónimos

aC	Antes de Cristo
ACL	Anticolinérgico
ACV	Anticonvulsivante
AD	Antidepressivo
AINES	Anti-inflamatórios Não Esteróides
AP	Antipsicótico
APG	Antipsicótico de Primeira Geração ou Típico
ASG	Antipsicótico de Segunda Geração ou Atípico
BB	Bloqueadores Beta
BZD	Benzodiazepina
CNP	Código Nacional do Produto
DL	Decreto-Lei
DSM-5	do inglês, <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition</i>
EH	Estabilizador de Humor
FM	Farmácia Moderna
ICD-10	do inglês, <i>10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PVP	Preço de Venda ao Público
TEC	Terapia Eletroconvulsiva
vs	<i>Versus</i>

Capítulo I - Análise da Terapêutica de Antipsicóticos no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

1. Introdução

1.1. Transtorno Bipolar e Esquizofrenia: História e Evolução Conceptual

“Possessão demoníaca”, “presença de espíritos malignos”, “punição Divina”, “condição enviada pelo Diabo”, ou simplesmente “loucura”. Vários foram os termos utilizados na Antiguidade para definir este “fenómeno”. (1,2)

Crê-se que manifestações deste carácter remontam há mais de 2 milénios, e são descritas ao longo da História. Desde o papiro Ebers (1550 aC) elaborado pelos egípcios, passando pelas escrituras hinduístas (1400 aC) e pelo Antigo Testamento; ao longo da Mitologia Grega e na lira de poetas épicos da Antiguidade Clássica como Homero, sendo a explicação baseada na religião e na teoria demoníaca. (1,2)

Este pensamento permaneceu estagnado, até Hipócrates (460-377 aC) especular que a base daquele “fenómeno” era de cariz biológica e não metafísico. (3) Acreditava que a doença se devia a fatores ambientais e naturais, que poderiam alterar as propriedades do corpo humano, não só física como mentalmente. (4) Defendia que este era constituído por quatro humores: a bile negra, a bile amarela, o fleuma e o sangue. Cada um destes fluídos era responsável por uma propriedade, e que estes interagiam entre si ou poderiam descompensar.

Exemplo disso era a caracterização que fazia da “melancolia” (do grego, “*melancholia*”, “*melas*” que significa preto, e “*chole*” que significa bile, bÍlis), e da “*mania*”. Segundo a sua perspetiva, uma pessoa apresentava uma fase “melancólica” quando tinha excesso de bÍlis negra, e uma fase “*mania*”, quando apresentava excesso de bile amarela. Hipócrates dava assim os primeiros passos no entendimento do transtorno da bipolaridade. (5)

Os sintomas observados deviam-se então ao desequilíbrio destes quatro humores, e que o tratamento passava pelo uso de laxantes, mudança de dieta e sangrias. (2,6)

A teoria hipocrática permaneceu imutável até ao século XIX. Apesar de ser uma teoria revolucionária para época, sendo um pilar para a medicina moderna, a crença de que as pessoas tinham “enlouquecido” ou que tinham sido “castigadas por Deus” era de mais fácil aceitação; e aqueles que tentassem dar seguimento aos ensinamentos de Hipócrates, ou estabelecer uma relação entre a biologia do corpo humano e a génese da perturbação, eram descredibilizados. (3)

A primeira caracterização fundamentada da “esquizofrenia” surgiu em 1801 por Phillippe Pinel (1745-1826). Não só contribuiu para o desenvolvimento da Psiquiatria e Saúde Mental, como para o entendimento desta patologia, utilizando o termo “*demencé*” (perda da mente), fazendo jus à deterioração mental que os doentes internados iam apresentando no decorrer do internamento. (1)

Bénédict Augustin Morel (1809-1873), baseando-se nos sintomas, causa e evolução da doença, referiu que seria possível classificar e diferenciar os transtornos mentais, como é o caso da esquizofrenia. Em 1852, utilizou a expressão *démence précoce* para descrever o estado que um doente de 14 anos seu que apresentava. Este era caracterizado inicialmente pela ausência da realidade, certos maneirismos e autonegligência, e posterior deterioração mental, que poderiam surgir assim em tenra idade. (7)

A este transtorno foram associadas outras denominações: *catatonia*, *ciclotimia*, *distímia* e *parafrenia* por Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) e *hebefrenia* por Ewald Hecker (1843-1909) em 1871. Fruto de uma colaboração entre estes dois psiquiatras alemães, fez-se um grande progresso no campo da saúde mental, contribuindo não só para a evolução conceptual da esquizofrenia, como do transtorno bipolar. (1,7)

Emil Kraepelin (1856-1926), o pai da Psiquiatria Moderna, baseando-se nos conceitos dos seus antecessores, referiu que nem todos estes transtornos aconteciam ou apresentavam os mesmos sintomas. Neste sentido, inicialmente classificou estas síndromes em *psicose maníaco-depressiva* e *dementia praecox*, abrangendo este último termo o que anteriormente era entendido por *catatonia*, *parafrenia* e *hebefrenia*.

Estes conceitos surgiram em 1893, sofrendo *dementia praecox* alteração em 1919, referindo-se a esta como “*uma variação de estados, caracterizada pela degeneração das conexões mais profundas da personalidade psíquica*” do doente, mantendo-se este de forma consciente, capaz de diferenciar o certo do errado.

Posteriormente, reclassificou *dementia praecox* em três subtipos: “*catatónica*”, “*hebefrénica*” e “*paranóide*”, adicionando mais tarde o subtipo “*simples*”, isolando assim o

conceito “*paraphrenia*”, referindo-se a este como uma condição que pode surgir no decorrer da demência, mas que não é um subtipo da mesma. (7)

Para além disto, Emil foi o primeiro da história a referir que o histórico familiar, a idade e a personalidade volátil poderiam ser fatores preponderantes no diagnóstico da patologia. (1)

Eugen Bleuler (1857-1939) deu continuação ao trabalho desenvolvido por Kraepelin, embora se tenha focado mais nos sintomas que a doença apresenta e os seus mecanismos, do que a sua classificação. Em 1908, introduziu o termo “esquizofrenia”, caracterizando-a como uma “desagregação das capacidades psíquicas”, que poderia apresentar sintomas fundamentais e/ou acessórios.

Conhecidos como os “Quatro A’s”, os sintomas fundamentais consistiam em *associações*, *afeto*, *ambivalência* e *autismo* (do inglês, *associations*, *affect*, *ambivalence* e *autism*, respetivamente). Com estas denominações, Bleuler descreveu a esquizofrenia como uma doença caracterizada pelo pensamento desorganizado e confuso (*associations*), onde a pessoa apresenta uma incongruência afetiva - ora violenta, ora ausente - (*affect*), sentimentos antagonistas pela mesma pessoa ou algo (*ambivalence*) e perturbações socio-comportamentais (*autism*). Em relação aos sintomas acessórios ou secundários, eram constituídos por delírios, alucinações, catatonia e comportamento anormal. (7)

Mais tarde nos anos 30, Gabriel Langfeldt (1895-1983), através dos dados recolhidos dos seus doentes, descreveu a esquizofrenia “propriamente dita”, como uma patologia com pobre prognóstico e com muitas semelhanças com a *dementia praecox* caracterizada por Kraepelin, e *estados esquizofreniformes*, que possuíam um bom prognóstico. Estes últimos surgiam como resultado de eventos de elevado *stress* e eram acompanhados por sintomas afetivos e confusionais.

Atualmente, a classificação desta doença baseia-se principalmente em dois sistemas: ICD-10 (do inglês, *10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) elaborada pela Organização Mundial de Saúde, e DSM-5 (do inglês, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*) publicada pela Associação Americana de Psiquiatria, onde se pode encontrar critérios e classificações, não só da esquizofrenia, como do transtorno bipolar. (1,3,7)

1.2. Epidemiologia

Como anteriormente referido, os transtornos mentais são problemas cada vez mais frequentes na nossa sociedade. Segundo a publicação feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a abril de 2018, cerca de 60 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtorno bipolar

e 23 milhões sofrem esquizofrenia. (8) Em relação a esta última, os doentes têm 2 a 3 vezes mais probabilidade de morrer precocemente do que a população em geral e destes 23 milhões, 50% não possui o tratamento devido. (9)

No contexto europeu, verificou-se em 2016 que há mais de 5 milhões de pessoas que sofrem de transtorno bipolar e 1,5 milhões de esquizofrenia, representando 1% e 0,3% da população, respetivamente. (10)

A nível nacional, confirmou-se no mesmo ano uma prevalência 1,12% em relação à bipolaridade e 0,26% em relação à esquizofrenia, apresentando assim valores de prevalência semelhantes ao contexto europeu. (11)

Em relação ao género, observou-se que a prevalência dos sexos era a mesma na perturbação bipolar, contrastando com a esquizofrenia, onde a maioria dos doentes são do sexo masculino. (7,12)

Do ponto de vista sintomatológico, os primeiros episódios maioritariamente surgem na adolescência, podendo também surgir no início da vida adulta, sendo este um ponto comum às duas patologias, apesar de na esquizofrenia também poder surgir mais tarde. (12-14)

1.3. Transtorno Bipolar

1.3.1. Características Clínicas e Etiologia

Considerada como uma das cinco doenças mentais com maior incapacidade associada, a doença maníaco-depressiva, transtorno ou perturbação bipolar, ou simplesmente bipolaridade como vulgarmente é referida, é uma patologia crónica caracterizada por alterações drásticas no humor. (15,16)

Estas mudanças são maioritariamente marcadas por períodos maníacos e períodos depressivos. Os períodos maníacos caracterizam-se pela extrema alegria, boa-disposição, otimismo, energia e até mesmo euforia. A aparência poderá refletir este estado através do uso de vestuário com cores vivas e vibrantes, e do cansaço físico - senão mesmo exaustão - visível. A nível comportamental, podem ser extravagantes, apresentar um aumento de apetite, comportamento sexual inapropriado e uma diminuição da necessidade de dormir. Apresentam um discurso rápido, repentino e abundante, resultado dos pensamentos fugazes e que surgem a todo o momento, podendo ser difícil de acompanhar o que o doente está a dizer ou a pensar. Num enquadramento mais severo, podem apresentar delírios de perseguição, onde acreditam que outras pessoas conspiram contra eles, ou que os atormentam; ou de grandiosidade em que pensam que são profetas, imortais ou dotados com algo sobrenatural. (12)

Por outro lado, os períodos depressivos são caracterizados pelo humor deprimido, tristeza, falta de energia e fadiga. A ausência de interesse ou prazer em atividades que outrora o eram, é evidente, assim como o déficit de atenção, concentração e capacidade de decisão. Podem sofrer variação da massa corporal, proveniente da alteração de apetite, e distúrbios a nível do sono, sendo a insónia o mais marcante. Com o decorrer desta fase, podem ter a sensação constante de culpa e inutilidade, que pode evoluir para pensamentos suicidas, e tentativa de por fim à vida, levando à última consequência: o suicídio. (14)

Estes episódios têm génese por enquanto ainda desconhecida, no entanto pensa-se que esta doença possa estar associada a fatores genéticos, neurobiológicos e psicossociais.

Em relação às causas genéticas, verificou-se que doentes que tenham familiares em primeiro grau portadores da doença, têm maior propensão a desenvolver o transtorno, havendo múltiplos genes envolvidos responsáveis pela hereditariedade. Demonstrou-se também num estudo feito com irmãos gémeos hétero e homozigóticos, em que um dos irmãos ao ser portador da patologia, o seu irmão gémeo homozigótico terá maior probabilidade de também desenvolver a perturbação, em relação aos heterozigóticos (60% vs 20%). (12)

No que toca à neurobiologia, recorrendo à imagiologia, observou-se que havia anormal função das regiões paralímbica anterior e pré-frontal adjacente, áreas que estão associadas, por exemplo, ao comportamento e às emoções. Através da bioquímica, verificou-se que nestes doentes havia um excesso de atividade dopaminérgica, que estaria relacionada com a euforia, a falta de necessidade de dormir e o discurso excessivo característico da fase maníaca. (12,14)

Do ponto de vista psicossocial, fatores ambientais como a pressão ou o *stress*, distúrbios do sono, dependência de drogas ou álcool, podem contribuir para o desenvolvimento do transtorno em doentes já predispostos. (14)

1.3.2. Diagnóstico e Classificação

A doença maníaco-depressiva é volátil podendo inicialmente apresentar sintomas que se enquadram numa certa classificação, e posteriormente apresentar episódios de outra tipologia ao longo do tempo, refletindo assim a dificuldade de fazer um correto e exato diagnóstico e/ou classificação.

Com vista a auxiliar neste sentido, existem atualmente dois sistemas de classificação: o DSM-5 e o ICD-10.

O primeiro classifica a doença em cinco subtipos, tendo por base o número e a índole do episódio: (17)

- Perturbação bipolar I: pelo menos um episódio maníaco e pode posteriormente ter (ou não) um episódio depressivo ou hipomaníaco (estado em que o doente apresenta sintomas de elevação de humor, mas menos extensos ou intensos que a fase maníaca);
- Perturbação bipolar II: um episódio depressivo e um episódio hipomaníaco;
- Ciclotimia: humor que apresenta flutuações entre uma fase depressiva e hipomaníaca, que não apresenta critérios nem de depressão *major* nem de hipomania;
- Outro transtorno bipolar e relacionado específico: um episódio depressivo *major*, por exemplo;
- Outro transtorno inespecífico e relacionado com a bipolaridade: estados de humor que não se enquadram nas classes anteriores.

O segundo sistema difere um pouco do primeiro, focando-se mais nos sintomas e severidade destes. Distribui-se em sete grandes subtipos, passando-se a dar exemplo de cada um destes: (18)

- Transtorno com episódio maníaco: episódio maníaco sem sintomas psicóticos;
- Transtorno bipolar afetivo: transtorno bipolar afetivo, com episódio depressivo presente, sem sintomas psicóticos;
- Transtorno com episódio depressivo: episódio depressivo severo sem sintomas psicóticos;
- Transtorno com episódio depressivo recorrente: transtorno com episódio depressivo recorrente, com episódio depressivo atual moderado;
- Transtorno afetivo persistente: episódio ciclotímico;
- Outros transtornos afetivos;
- Transtornos afetivos inespecíficos.

Para além da classificação, o DSM-5 também apresenta critérios de diagnóstico dos diferentes tipos de humor. Considera assim que para se estar perante uma fase depressiva, o doente tem de demonstrar um humor dominado pela tristeza, falta de interesse e outros sintomas referidos anteriormente, há pelo menos duas semanas. A fase maníaca é caracterizada pelos sintomas já mencionados, perdurando pelo menos há uma semana e a hipomaníaca, apenas quatro dias. (17)

Não fosse já o processo de diagnóstico dificultado pela natureza da doença, ainda existe outros fatores a ter em consideração como possíveis causas secundárias que podem induzir

um episódio de mania. São exemplo condições médicas, toma de certos fármacos, consumo de certas drogas ou álcool. (14)

1.3.3. Terapêutica

1.3.3.1. Medidas Gerais

Para que se possa ter um melhor controlo da patologia é necessário ter em conta as diferentes terapêuticas.

A terapia não farmacológica é transversal a todos os subtipos de transtorno bipolar e passa por uma adequada e variada alimentação, ingestão regular de água, uma boa higiene do sono, a prática de exercício físico e a evicção de fatores ou ambientes desencadeadores de *stress*. A psicoterapia também poderá funcionar como tratamento adjuvante, passando por programas psicoeducacionais, terapias de grupo e terapias que auxiliem no controlo comportamental e melhora de comunicação. (12,14)

Em relação ao tratamento farmacológico, várias são as formas de abordar o problema e variam consoante o episódio e a severidade do mesmo.

Pode-se assim recorrer a antipsicóticos de primeira geração ou típicos (APG) como clorpromazina e haloperidol. São fármacos que já têm eficácia comprovada no controlo de episódios mania, mas apresentam efeitos adversos graves, que serão posteriormente mencionados.

Antipsicóticos de segunda geração ou atípicos (ASG) como aripirazole, asenapina, olanzapina, quetiapina e risperidona. Estes antipsicóticos (AP) apresentam melhor perfil de tolerabilidade e menos efeitos adversos do que os anteriores.

Como estabilizador de humor (EH), é recomendado usar-se lítio, onde já se demonstrou controlar episódios mania, usado quer em monoterapia, quer em associação com APG ou ASG. Caso lítio seja contraindicado, recomenda-se o uso de valproato cujo apresenta igual eficácia.

Poderão ser usadas também benzodiazepinas (BZD) com o intuito de serem usadas em conjunto com AP, diminuindo a dose terapêutica necessária e minimizando possíveis reações adversas. Neste sentido, são usadas BZD de elevada potência como são exemplo lorazepam e clonazepam.

Em situações em que nenhuma das abordagens terapêuticas surtam efeito e estejamos perante um estado refratário, clozapina é um AP que poderá ser usado como terapia de última linha.

Para a fase depressiva, os antidepressivos (AD) assumem um papel importante, dando-se maior ênfase à fluoxetina, assim como os anticonvulsivantes (ACV) como lamotrigina e o já referido valproato.

Em ambas as fases, caso a terapia farmacológica não seja capaz de estabilizar os doentes, poderá se recorrer à terapia electroconvulsiva (TEC).

1.3.3.2. A Crise Aguda

Antes de enveredar por regime terapêutico, é necessário verificar se os episódios experimentados não são resultantes do consumo de drogas, ou de alguma lesão ou tumor cerebral, ou outro fator anteriormente já referido, que possa enviesar o diagnóstico e respetiva abordagem terapêutica.

Excluindo esta hipótese, a abordagem terapêutica com AP representa um importante papel, sendo assim considerada de primeira linha, que poderá ser associada a outras classes farmacológicas como é possível observar no seguinte esquema (Figura 1): (12,14,19)

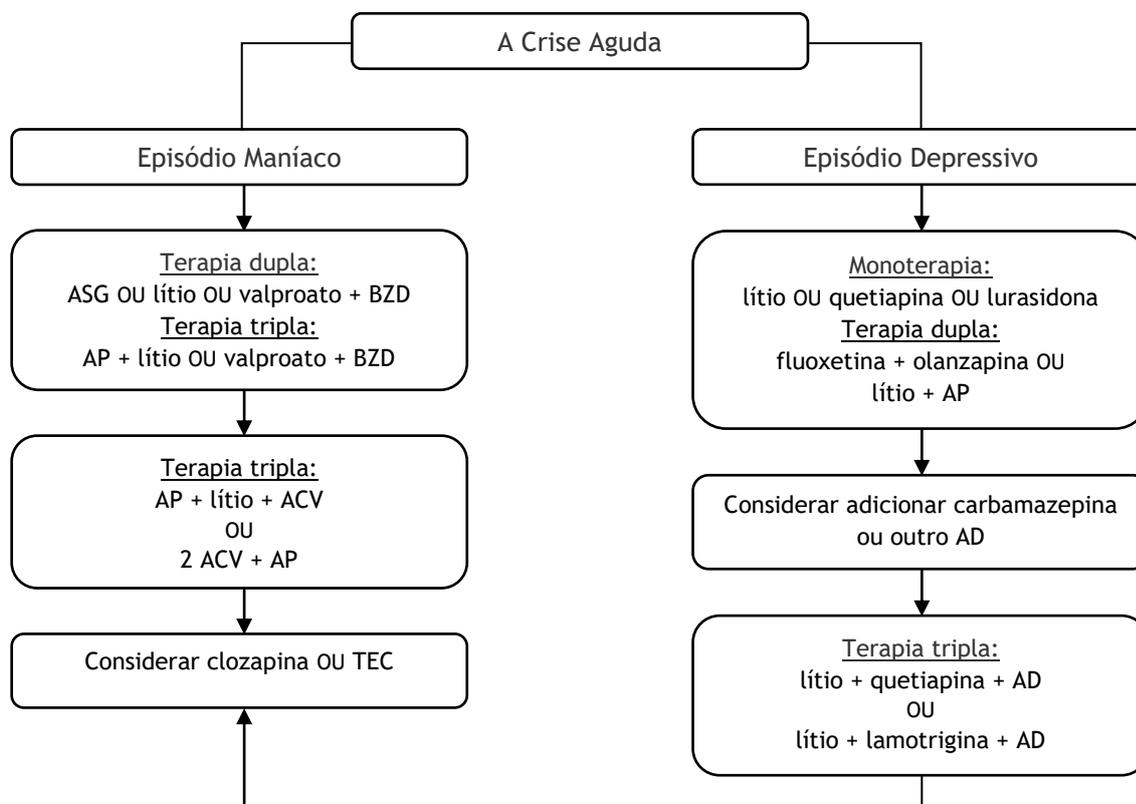


Figura 1 Abordagem farmacoterapêutica da crise aguda na perturbação bipolar. Adaptado de (12,14,19).

1.3.3.3. Terapêutica a Longo Termo e Prevenção de Recidiva

Após uma crise aguda ou a um diagnóstico de perturbação bipolar, medidas terapêuticas devem ser tomadas para um melhor controlo da ciclicidade característica ao longo da vida do doente.

Como primeira linha de atuação, e já com forte eficácia comprovada, o uso de lítio como medida é consenso na diferente literatura analisada. (12,14,19,20)

Demonstrou-se que este fármaco, não só é capaz de aumentar o período de eutímia (sendo mais eficaz na prevenção da fase mania do que da depressiva), mas também diminuir a taxa de suicídio associada. Por outro lado, demonstrou fraca resposta terapêutica em doentes com rápidas alterações de humor, dependência de álcool ou drogas, estados afetivos mistos ou depressão crónica. (12)

Neste sentido, utentes que não toleram ou não consigam estabilizar a doença apenas com lítio, este deve ser substituído por ou a ele associado valproato. Este ACV apresenta uma eficácia semelhante, no entanto, verificou-se que apresenta maior probabilidade de recidiva no decorrer da patologia, embora seja a diferença pouco significativa. (12,19)

Lamotrigina é um ACV usado na profilaxia na depressão *major*, sendo uma alternativa aos demais acima mencionados, quando o utente apresenta predomínio de episódios depressivos. (12,14)

Os AP desenvolvem um papel importante na manutenção da perturbação, sendo normalmente adjuvantes dos estabilizadores de humor. Esta terapia é das mais eficazes na prevenção de recidiva, não só em doentes pouco sintomáticos, como em utentes com quadros psiquiátricos mais severos. Podem ser usadas ambas as classes, no entanto verificou-se que APG são menos eficazes na prevenção de episódios depressivos e apresentam mais efeitos adversos tardios. (12)

Sendo assim, se se pretende associar um AP, deve-se dar preferência a ASG, como quetiapina ou olanzapina, visto que há um maior controlo do período eutímico, sendo eficaz tanto na fase maníaca como depressiva ao invés dos seus antecessores, eficácia semelhante e melhor perfil de tolerabilidade. (12,19,20)

Quando o clínico entender que a terapia pode ser terminada, esta deve ser descontinuada gradualmente e monitorização deve ser feita, não só no decorrer deste processo como dois anos após o término da mesma. O doente deve ser instruído de como identificar precocemente os sintomas e pedir ajuda imediata caso estes voltem. (19)

É importante lembrar que os fatores psicossociais, como o apoio da família, psicoterapia ou até mesmo a pertença a um grupo de apoio, ajudam a combater o estigma associado, a dificuldade de aceitação do diagnóstico, o receio que a medicação o afetará na vida pessoal e a superar fases de maior instabilidade que o doente experimenta ao longo da vida. (12,19)

1.4. Esquizofrenia

1.4.1. Características Clínicas e Etiologia

A esquizofrenia representa uma das condições clínicas mais complexas, desafiantes e de difícil compreensão no âmbito da Psiquiatria e da Saúde Mental. Esta síndrome é caracterizada por causar distúrbios na capacidade de pensar, comportamental, percepção e de alteração de humor bastante severos, que apresenta uma elevada taxa de mortalidade, maioritariamente sob a forma de suicídio. (7,21,22)

A nível sintomatológico, podemos enquadrá-la em dois grandes grupos: os Sintomas Positivos e os Negativos. Os Sintomas Positivos são muitas vezes uma importante chave para o diagnóstico desta patologia e são constituídos essencialmente por alucinações e delírios.

As alucinações são descritas pelos doentes como estados em que ouvem vozes ou veem coisas que não existem, enquanto os delírios como pensamentos fixos de índole bizarra, paranoide, que não se encaixam no senso comum. (13,22)

Por outro lado, os Sintomas Negativos denominam-se muitas vezes como os “Quatro A’s” de Bleuler (do inglês *Four As: alogia, avolition, affective flattening e anhedonia*). A alogia é caracterizada pelo pobre discurso que o doente apresenta, em que muitas vezes apenas são capazes de dizer “sim” ou não”. A volição é definida como um processo cognitivo em que a pessoa demonstra força de vontade, motivação na realização de tarefas; em esquizofrénicos assiste-se a um decréscimo desta capacidade. A indiferença afetiva é outro sintoma pertencente a esta categoria, cujo próprio termo indica, o utente é indiferente aos que o rodeiam e é incapaz de transmitir as suas emoções. Por último, a anedonia, definida como a incapacidade que os doentes têm de experimentar sensações que seriam previsíveis de causar prazer, e não o são mais. (7)

A estes sintomas adicionam-se mais dois aspetos importantes nesta patologia, como a disfunção comportamental e o défice cognitivo. A disfunção comportamental engloba assim anormal elaboração de pensamento, o comportamento bizarro e a demonstração de afetos de forma inapropriada e o défice cognitivo como a dificuldade de foco em certas tarefas e perda de memória. (7)

A etiologia da doença, assim como se verifica na doença maniaco depressiva, pode-se dever a fatores genéticos, psicossociais e/ou neurobiológicos.

Considerando o fator genético, também se fizeram estudos com irmãos gémeos homo e heterozigóticos e verificou-se que não só a percentagem de ambos virem a ter esquizofrenia era maior nos irmãos proeminentes do mesmo zigoto (41-65% vs 0-28%), como estava associado um elevado fator hereditário (80-85%). (23)

A nível dos fatores psicossociais são comuns aos enunciados anteriormente na perturbação bipolar apesar de a esquizofrenia dar maior ênfase nos fatores ambientais como por exemplo as complicações obstetrícias.

Segundo a literatura, existe uma correlação entre doentes que têm esquizofrenia e tiveram problemas durante ou após o parto, como hipoxia fetal, a contração de infeções através de do vírus Influenza, do Herpes simples tipo II ou do vírus da Rubéola, ou a subnutrição. (7)

No que toca à fisiopatologia, verificou-se uma diminuição da matéria cinzenta e um aumento do tamanho dos ventrículos. Para além disto, constatou-se uma disfunção dos recetores dopaminérgicos e glutaminérgicos, assim como o aumento do metabolismo de glicose no núcleo caudado (responsável pelo controlo dos movimentos voluntários) e uma diminuição de aporte sanguíneo para os lobos frontal (associado à consciência, personalidade e pensamento) e temporal esquerdo (responsável pelo reconhecimento facial e da linguagem, audição, memória visual e formação de novas memórias) (13)

1.4.2. Classificação e Diagnóstico

Paralelamente à perturbação bipolar, para classificar a esquizofrenia também se pode consultar o DSM-5 ou o ICD-10. Estas formas de classificação, embora semelhantes, apresentam algumas diferenças.

Enquanto o ICD-10 se baseia mais na sintomatologia que os doentes apresentam e utiliza classificações mais clássicas como *esquizofrenia paranoide*, o DSM-5 foca-se mais no decurso da doença e na perda de autonomia ("*functional impairment*") e não faz distinção dos diferentes subtipos de esquizofrenia.

Outra diferença consiste no período necessário para se fazer o diagnóstico. Enquanto no ICD-10, basta o doente apresentar sintomas durante um mês para lhe ser diagnosticada a patologia, o DSM-5 defende que o período mínimo deverá ser de meio ano. (7)

Neste sentido, com o intuito de simplificar a classificação, apenas se dará maior ênfase à esquizofrenia propriamente dita, não se referindo aos transtornos associados à esquizofrenia (“*schizophrenia-like*”).

A esquizofrenia pode apresentar uma fase aguda e posteriormente uma fase crónica. A fase aguda é marcada predominantemente pelos sintomas positivos, servindo de exemplo os Sintomas de Primeira Ordem de Schneider, como alucinações auditivas, olfativas ou táteis, a sensação de inserção ou retirada de pensamentos, vozes que dão ordens ao doente e que falam nele na 3ª pessoa, ou que repetem o que ele pensou imediatamente a seguir, a sensação de que os seus pensamentos estão a ser lidos por outras pessoas, delírios de percepção e por último sensações ou ações experimentadas por agentes externos à mente do doente (passividade somática). (7)

Por outro lado, a fase crónica da doença é dominada pela presença dos sintomas negativos como o discurso pobre, hipoatividade, o isolamento da sociedade, a despreocupação com a saúde e apresentação, entre outros sintomas negativos anteriormente referidos. (7)

Apesar de aparecerem mais vezes durante a fase aguda, existem essencialmente seis subtipos de esquizofrenia: (7,24)

- Esquizofrenia paranoide: caracterizada por delírios e alucinações de perseguição elaborados, permanecendo a personalidade do doente intacta;
- Esquizofrenia hebefrénica: verifica-se uma perturbação do pensamento e da componente afetiva. Os sintomas negativos aparecem desde cedo, seguidos de um discurso incoerente e vago, comportamento irresponsável e imprevisível, exibindo certos maneirismos, com presença de delírios e alucinações confusas e fugazes. O prognóstico é muitas vezes reservado;
- Esquizofrenia catatónica: este subtipo inclui alterações drásticas de humor, variando entre o estupor e a euforia. O doente pode apresentar ausência de discurso, de resposta, podendo permanecer durante largos períodos de tempo imóvel, como “estivesse num sonho”. Por outro lado, pode apresentar momentos de energia extrema e hiperatividade;
- Esquizofrenia simples: assiste-se a uma alteração comportamental diferente, isolamento social e desmotivação na resolução de certas tarefas, de uma forma insidiosa;

- Esquizofrenia indiferenciada: categoria em que se encaixam os doentes que não apresentam sintomatologia para as formas anteriores;
- Esquizofrenia residual: condição em que o doente apresenta há pelo menos um ano sintomas negativos persistentes, estando ausentes os sintomas positivos.

1.4.3. Terapêutica

1.4.3.1. Medidas Gerais

Com vista a controlar da melhor maneira os sintomas, a primeira abordagem deverá ir de encontro à diminuição da ansiedade, agitação, hostilidade e até mesmo agressividade do doente.

A escolha do AP deve ser adequada a cada doente, tendo em conta a tolerabilidade do fármaco, a farmacologia que já tenha feito ou esteja a fazer e os efeitos secundários de cada um.

Normalmente, ao fim de cerca de duas semanas, a melhoria dos sintomas é visível. Caso tal não se verifique, a opção por outro AP deverá ser feita.

Assim sendo, num episódio agudo com predomínio de sintomas positivos, deve-se iniciar a terapêutica com um AP, alterando a terapia consoante a necessidade, como se pode observar no seguinte algoritmo (Figura 2): (7,13,21)

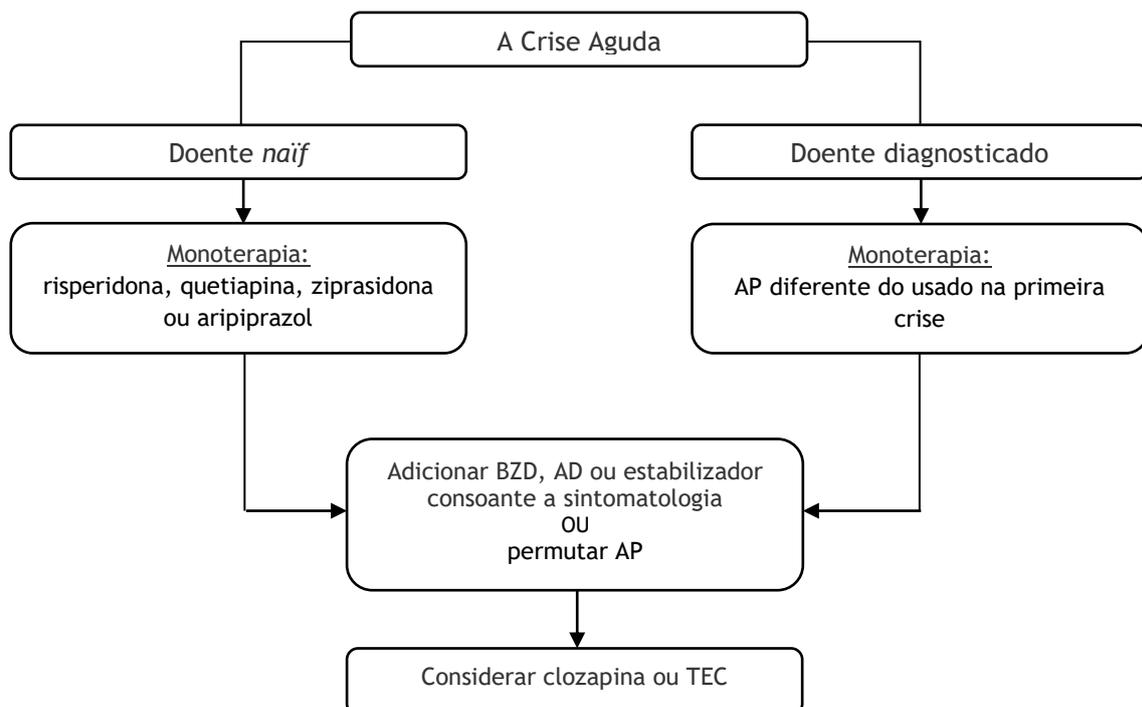


Figura 2 Abordagem farmacoterapêutica da crise aguda na esquizofrenia. Adaptado de (7,13,21).

Perante uma crise aguda com predomínio dos sintomas negativos, dá-se especial atenção à cariprazina, um ASG, visto que a evidência dos AP anteriormente esquematizados é pouca ou inexistente. (25)

Importante salientar o papel da psicoterapia como terapia adjuvante, assim como as medidas não farmacológicas mencionadas também na doença maníaco-depressiva, para um melhor controlo da patologia.

1.4.3.2. Manutenção

Na manutenção do tratamento, o foco deve ser mais na monitorização dos efeitos secundários e na adesão terapêutica, visto que nas medidas farmacológicas, o princípio é o mesmo que na fase aguda, devendo o tratamento ser pelo menos de um ano. (13)

Análises bioquímicas devem ser pedidas regularmente, uma vez que existe uma elevada propensão para a síndrome metabólica e as demais reações adversas.

No caso da não adesão à terapêutica, deve ser salientado os benefícios da toma do medicamento, e entender o motivo que levou o utente a abandonar terapia, se necessário em conjunto com o psicoterapeuta. Se a causa for os efeitos adversos, poderá se recorrer a um outro AP que tenha menos efeitos daquele tipo; se a razão for o esquecimento ou a falta de responsabilidade, existem sempre formas farmacêuticas injetáveis de longa duração - as chamadas *depot formulations* - que podem colmatar este problema, visto que normalmente são administradas uma vez por mês. (7)

A descontinuação do AP deve ser feita quando o clínico achar indicado, devendo esta ser gradual, geralmente não inferior a um período de uma a duas semanas. (7,13)

Se o doente apresentar um quadro refratário, terá de se recorrer à última linha terapêutica, nomeadamente a clozapina, monitorizando de perto os parâmetros bioquímicos, uma vez que este AP está associado a efeitos adversos graves que posteriormente serão mencionados. (7,13)

1.5. Antipsicóticos

Os antipsicóticos ou neurolépticos são a principal classe farmacológica conhecida no controlo e redução de eventos como alucinações, delírios, agitação psicomotora ou psicoses secundárias a certas condições médicas.

O mecanismo de ação exato é ainda desconhecido, mas pensa-se que este se deva ao antagonismo dos recetores dopaminérgicos, mais propriamente ao recetor D₂, impedindo a

libertação de mais dopamina - neurotransmissor associado à gênese da psicose - e de certos serotoninérgicos, nomeadamente o 5-HT_{2A}, recetor que se localiza também nos núcleos da base e está associado a sintomas relacionados com a esquizofrenia (“*schizophrenia-like*”), servindo de exemplo as experiências alucinogénicas.

Neste sentido, existem essencialmente duas subclasses: os antipsicóticos típicos ou de primeira geração, e os antipsicóticos atípicos ou de segunda geração. Estas diferem entre si no que toca à seletividade dos recetores dopaminérgicos, refletindo na maior ou menor presença de efeitos secundários, como os efeitos antiadrenérgicos, anticolinérgicos, anti-histamínicos, cardíacos e endócrinos, sendo os mais pertinentes os efeitos extrapiramidais.

1.5.1. Reações Adversas

Os efeitos extrapiramidais surgem devido à ação antidopaminérgica essencialmente nos núcleos da base (região associada ao controlo voluntário dos movimentos, aprendizagem, cognição e emoção) e podem surgir como distonia aguda, acatisia, parkinsonismo e discinesia tardia. (7,13,26)

A distonia pode surgir logo no início do tratamento e é definido como contrações musculares involuntárias, que podem induzir torcicolos, manifestar-se através da protrusão da língua ou de um “sorriso maléfico” (“*grimacing*”). A acatisia apresenta-se como a incapacidade de se manter quieto ou em repouso; normalmente ocorre durante as duas primeiras semanas de tratamento. O parkinsonismo é caracterizado pela dificuldade de marcha, lentidão dos movimentos, pelo tremor e a rigidez do tronco. Por último, a discinesia tardia, que pode persistir mesmo com o AP descontinuado, é marcada pela presença movimentos de mastigação e sucção, “sorriso maléfico”, movimentos coreoatetósicos e acatisia. Estes sintomas normalmente afetam a face, mas num quadro mais grave, podem estender-se para os membros e músculos respiratórios. (7,26)

Em relação às restantes reações adversas, as antiadrenérgicas podem se manifestar através da sedação ou da hipotensão ortostática; as anticolinérgicas como sensação de boca seca, retenção urinária, obstipação e visão turva; as cardíacas como aumento do intervalo QT, causando arritmias e hipotensão; por último, as endócrinas como galactorreia, amenorreia, diminuição do líbido e disfunção sexual devido ao aumento da prolactina resultante do bloqueio dopaminérgico. (7,13,26)

1.5.2. Antipsicóticos Típicos

Os antipsicóticos típicos ou antipsicóticos de primeira geração são bastante seletivos para o recetor dopaminérgico D₂, exercendo uma ação antagonista.

Nesta categoria pode-se salientar essencialmente os fármacos clorpromazina, flufenazina, flupentixol, zuclopentixol e haloperidol. (13)

A clorpromazina e a flufenazina possuem propriedades semelhantes, atuando como antagonista dos recetores adrenérgicos α_1 , histaminérgicos H_1 e dopaminérgicos D_2 . Esta seletividade para vários recetores, faz com que estes fármacos apresentem efeitos adversos de variada índole como a sedação excessiva proveniente do bloqueio dos recetores H_1 , boca seca, obstipação e complicações urinárias devido ao antagonismo dos recetores muscarínicos e a hipotensão, consequência da ação antagonista nos α_1 . Efeitos extrapiramidais também são observados, sendo mais comum na flufenazina, do que a antecessora clorpromazina. (7)

O flupentixol e o zuclopentixol, apesar de serem de outro grupo químico, apresentam um perfil terapêutico similar às moléculas acima mencionadas, uma vez que possuem uma estrutura química semelhante, apresentando reações adversas do mesmo género.

O haloperidol é um potente antagonista dos recetores dopaminérgicos, sendo ainda muito usado devido à abundante evidência científica da sua eficácia. No entanto, devido à seletividade para estes recetores, apresenta uma elevada propensão para efeitos extrapiramidais. (7,13)

1.5.3. Antipsicóticos Atípicos

Conhecidos por causarem menos efeitos extrapiramidais, os antipsicóticos atípicos, ou de segunda geração, representam um avanço no que toca ao tratamento de psicoses, sendo mais bem tolerados pelos doentes. Fazem parte desta subclasse as moléculas risperidona, paliperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol e a clozapina. (7,13)

A risperidona e o seu metabolito paliperidona atuam como antagonistas dos recetores $5-HT_2$, α_1 e D_2 , controlando os sintomas positivos psicóticos, tendo como efeitos secundários a sedação e hipotensão ligeira.

A olanzapina apresenta uma fraca seletividade para o recetor D_2 , e atua como anticolinérgico e antagonista dos recetores H_1 , estando associado um forte efeito sedativo.

A quetiapina apresenta uma seletividade ainda mais fraca do que a olanzapina para os D_2 , atuando da mesma forma nos restantes recetores e provocando também uma elevada sonolência.

A ziprasidona, para além de ser antagonista dos recetores $D_2/5-HT_2$, também é inibidor da recaptação de noradrenalina, estando muitas vezes associado ao aumento de peso.

O aripiprazol é um antagonista dos recetores serotoninérgicos acima mencionado, sendo um agonista parcial do D₂, causando como efeitos adversos insónia, náusea e vómitos.

Por último, a clozapina. A clozapina é uma molécula a que se deve dar especial atenção, visto que é a única que demonstrou tolerabilidade em doentes com esquizofrenia refratária. Este fármaco é um antagonista fraco do recetor D₂ e um forte agonista do recetor 5-HT₂, tendo como reação adversa a leucopenia, que poderá evoluir para uma agranulocitose. Uma contagem de células deve ser pedida com regularidade, com intuito de prevenção de mazelas.

Importante salientar que os fármacos presentes nesta subclasse, apesar de apresentarem menos reações adversas relacionadas com o movimento como anteriormente referido, é possível que o doente venha a desenvolver síndrome metabólica, que consiste num conjunto de fatores de cariz metabólico que se traduz num risco acrescido de desenvolvimento de outras patologias de índole cardiovascular e diabetes *mellitus* tipo 2.

1.5.4. Interações Farmacológicas

Não fossem as Reações Adversas um detalhe a ter em atenção aquando a instituição da terapêutica, há doentes que são polimedicados e consomem outras substâncias que podem interagir com os AP, alterando a eficácia dos mesmos.

Parte dos AP sofre metabolismo hepático e pode interagir com certos fármacos, resultando numa exacerbação das reações adversas como a sedação excessiva e arritmias, ou a diminuição da ação terapêutica.

A risperidona é metabolizada pela CYP2D6, dando origem à paliperidona. Esta metabolização poderá ser inibida por alguns AD como é o caso da fluoxetina e paroxetina. Em relação à paliperidona, o facto de ser eliminada por via renal após metabolização da CYP3A4, faz com que a toma com indutores desta isoforma, como a carbamazepina, rifampicina ou até chá de hipericão, ou com inibidores, como a fluoxetina, ciprofloxacina, claritromicina, eritromicina, fluconazol, diltiazem ou verapamilo, requeira um ajuste da dose terapêutica. (13)

O consumo de tabaco e de álcool também é um fator a ter em consideração, visto que, como foi referido anteriormente, doentes com perturbação bipolar ou esquizofrenia têm uma maior propensão para o abuso destas substâncias. (7)

Constatou-se que o consumo de tabaco induz o metabolismo de certos AP como haloperidol e olanzapina, e o etanol pode exacerbar a sedação e sonolência característica. (13)

Neste sentido, para uma melhor compreensão das interações e para que a terapia farmacológica seja eficaz, segue o seguinte quadro com a isoforma onde a ocorre a metabolização de alguns fármacos (Tabela 1): (13)

Tabela 1: Isoformas que participam no metabolismo dos AP. Adaptado de (13).

AP	Isoforma
Aripiprazol	CYP2D6, CYP3A4
Clozapina	CYP3A4, CYP1A2, CYP2C19
Haloperidol	CYP2D6, CYP3A4, CYP1A2
Olanzapina	CYP3A4, CYP1A2
Paliperidona	CYP3A4
Quetiapina	CYP3A4
Risperidona	CYP2D6

2. Justificação do Tema e Objetivos

“Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença e enfermidades” é a definição de “Saúde” segundo a Organização Mundial de Saúde. Definição esta constituída essencialmente por três pilares: o bem-estar físico, social e mental. E é neste último pilar que se pretende focar no presente documento.

Em pleno século XXI é incontestável verificar que, apesar de a população viver mais anos, as patologias que afetam a saúde mental tornaram-se um grande flagelo nas vidas dos portugueses. Patologias estas incapacitantes para os utentes e muitas vezes para as pessoas que os rodeiam, sendo muitas vezes sujeitos ainda a estigma, vergonha e incompreensão.

Não fosse já este facto um grande entrave para a busca de ajuda por parte destes doentes, a terapia farmacológica a que são por vezes sujeitos após diagnóstico - como por exemplo, esquizofrenia ou transtorno bipolar - pode ter efeitos secundários severos e incapacitantes, como é o caso de alguns antipsicóticos.

Assim, o principal objetivo desta investigação foi, com o recurso a questionários, recolher informação de utentes do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira que se encontram em tratamento com antipsicóticos, de forma a poder conhecer qual a terapia farmacológica usada, possíveis reações adversas e interações medicamentosas.

3. Materiais e Métodos

3.1. Tipo de Estudo e Seleção da Amostra

Para a realização da presente investigação efetuou-se um estudo observacional, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar supracitado, tendo como critérios de inclusão idade igual ou superior a 18 anos e terem sido diagnosticados com as patologias esquizofrenia ou perturbação bipolar, estando a tomar a classe farmacológica anteriormente referida.

Em relação à amostra, obteve-se um total de 39 questionários, sendo excluídos dois por os utentes “não saberem que antipsicótico estavam a tomar”, e um outro por “não se encontrar de momento a tomar qualquer antipsicótico”, resultando numa amostra constituída por 36 utentes.

3.2. Recolha de Dados

Para a recolha de dados foi aplicado um inquérito breve (Anexo I), à amostra anteriormente referida, com o auxílio do preenchimento por parte da médica e coorientadora Dr.^a Silvina Fontes, durante os meses de fevereiro e março do presente ano, estendendo-se o período de recolha até ao final do mês de maio, não se obtendo nenhum inquérito adicional.

Para a aplicação do questionário foi necessário a submissão à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, constando em anexo (Anexo II) o parecer da aprovação da mesma.

Todos os inqueridos consentiram verbalmente e assinaram o consentimento livre e informado, sendo informados de que o questionário era de cariz anónimo e confidencial, servindo os dados recolhidos única e exclusivamente para fins de investigação.

3.3. Análise de Dados

A análise de dados, o tratamento estatístico e a construção de gráfico e tabelas foram executados através do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 25.

No tratamento estatístico realizado procurou-se descrever e comparar as variáveis qualitativas como o sexo, patologia diagnosticada, o(s) fármaco(s) tomado(os), a presença ou não de reações adversas, a existência de patologia concomitante, o uso ou não de suplementos, a toma de chá, o facto de fumar ou não, assim como consumir ou não álcool, e as variáveis quantitativas como a idade e a duração de tratamento.

Para isto, efetuou-se um tratamento estatístico descritivo recorrendo a tabelas de distribuição de frequências com contagens e percentagens ao longo do estudo, e medidas de dispersão como a moda e a mediana (na idade e na duração do tratamento, respetivamente).

Utilizou-se também tratamento estatístico inferencial para testar a associação entre algumas variáveis, nomeadamente entre a duração do tratamento, fármacos usados na terapia antipsicótica, fármacos usados na terapia da patologia concomitante, suplementação, infusões, consumo de tabaco e de álcool, e as reações adversas, através do teste do Qui-Quadrado (χ^2), assumindo-se um nível de significância de 5%, com o respetivo intervalo de confiança de 95%.

Este teste, através de uma tabela de contingência, cruza duas variáveis nominais, ou uma nominal e outra ordinal, testando a independência entre as linhas e as colunas, procurando saber se existe ou não alguma associação entre as variáveis.

Caso a percentagem de células da tabela de contingência que tem frequência esperada inferior a 5 for superior a 20%, o teste deixa de obter resultados de confiança, recorrendo-se nesta situação ao Teste Exato de Fisher.

Para se saber se as associações testadas são estatisticamente significativas, deve-se utilizar um certo nível de significância. Este nível, convencionalmente, assume um valor de 0,05, ou de $p = 0,05$. Na aplicação do teste, quando temos um $p > 0,05$, verifica-se que, em mais de 5% das vezes, o resultado obtido do teste perante a amostra foi devido ao acaso. Assim, para se obter um teste de associação estatisticamente significativo, o valor de p deverá ser inferior a 0,05.

Importante salientar que, independentemente de se recorrer ao teste do Qui-Quadrado ou posteriormente ao teste Exato de Fisher, o valor de p tem de ser inferior a 0,05 para que se obtenha um resultado estatisticamente significativo. (27)

4. Resultados e Discussão

4.1. Caracterização da Amostra

4.1.1. Sexo

Como anteriormente mencionado, a amostra foi constituída por 36 utentes, dos quais 23 são homens e 13 mulheres, correspondendo a 63,89 % do sexo masculino e 36,11 % do sexo feminino (figura 3).

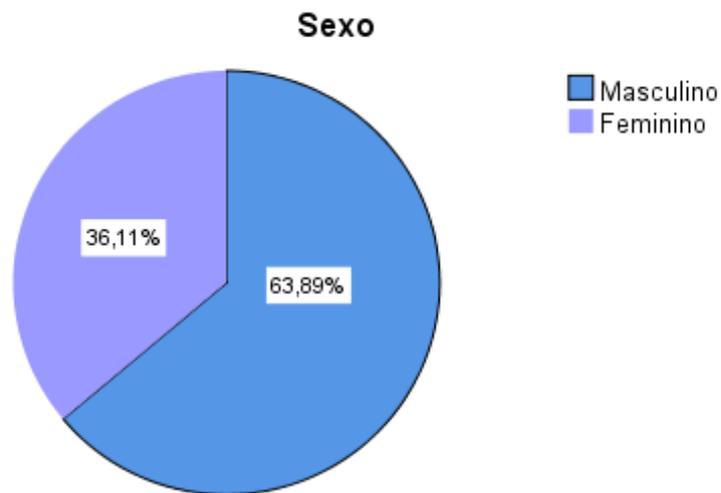


Figura 3 Distribuição da amostra relativamente ao sexo.

4.1.2. Idade

Os utentes apresentaram idades compreendidas no intervalo dos 18-80 anos, com uma moda correspondente ao intervalo 41-50 anos, sendo a principal faixa etária entre 41-50 anos (25,00%) (Figura 4).

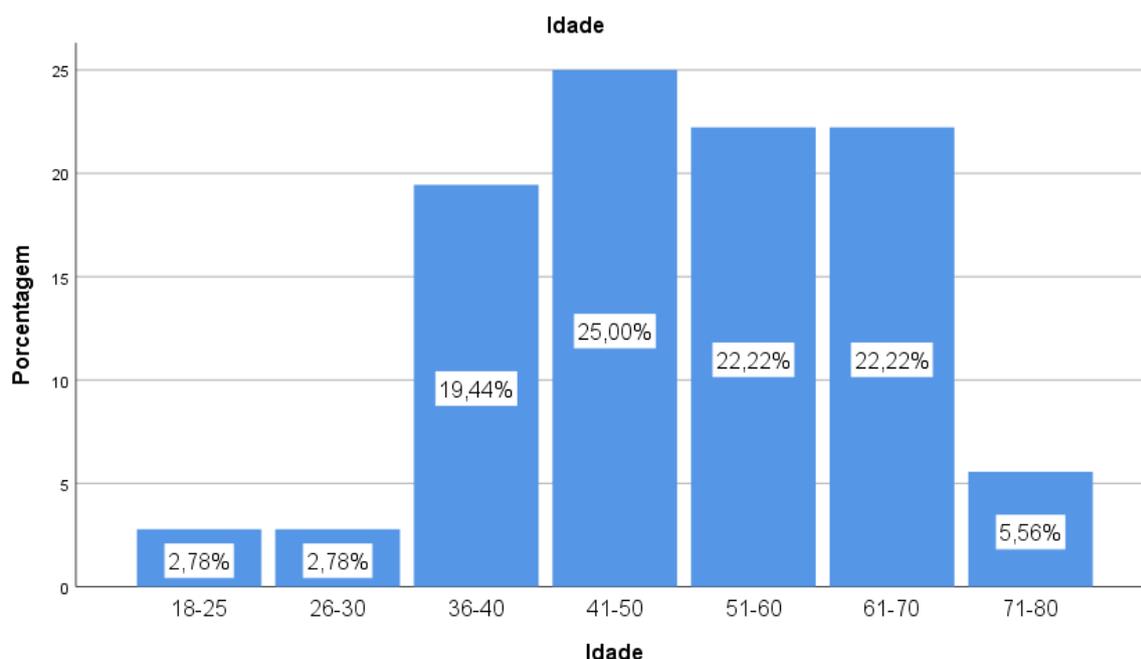


Figura 4 Distribuição da amostra relativamente à idade

4.1.3. Patologia diagnosticada

Em relação à patologia diagnosticada, aquando a aplicação do questionário verificou-se que existiam utentes que não sabiam a patologia referente ao seu diagnóstico, pelo que se teve de adicionar às categorias “esquizofrenia” e “transtorno bipolar” uma nova categoria: “Desconhece o diagnóstico”. Neste contexto, verificou-se que 23 utentes (63,89%) foram diagnosticados com esquizofrenia, 4 (11,11%) com transtorno bipolar e 9 (25,00%) desconheciam o seu diagnóstico (figura 5).

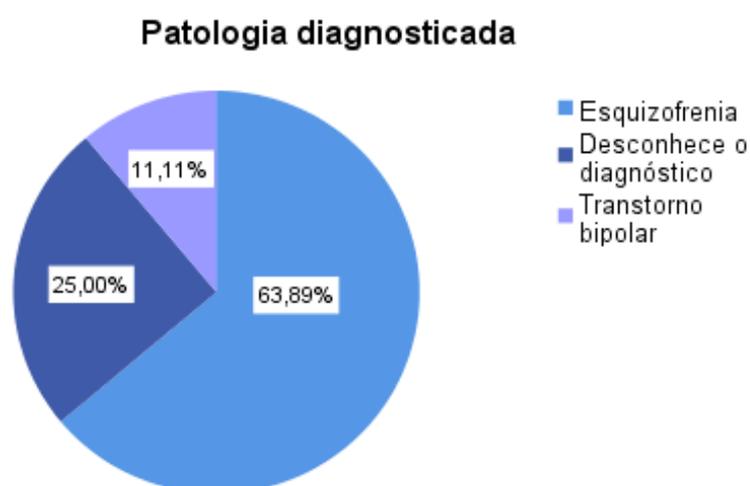


Figura 5 Distribuição da amostra relativamente à patologia diagnosticada

Relativamente à relação entre a patologia e o sexo, verificou-se que na esquizofrenia a maioria dos inquiridos é do sexo masculino (73,91%) em relação ao sexo feminino (26,09%), indo ao encontro do que anteriormente se referiu na epidemiologia. (7) Em relação à perturbação bipolar, o mesmo não se verifica, visto que existe uma prevalência do sexo feminino (75,00%) em relação ao masculino (25,00%). Este facto poder-se-á explicar pela diminuta amostra de utentes com esta patologia (quatro) (Tabela 2).

Tabela 2 Relação entre a patologia diagnosticada e o sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Patologia diagnosticada	Desconhece o diagnóstico	Contagem	5	4	9
		Percentagem com patologia diagnosticada	55,56%	44,44%	100,00%
	Esquizofrenia	Contagem	17	6	23
		Percentagem com patologia diagnosticada	73,91%	26,09%	100,00%
	Transtorno bipolar	Contagem	1	3	4
		Percentagem com patologia diagnosticada	25,00%	75,00%	100,00%
Total	Contagem	23	13	36	
	Percentagem com patologia diagnosticada	63,89%	36,11%	100,00%	

4.2. Terapêutica Antipsicótica Praticada

No que toca a este parâmetro, constam na Tabela 3 todos os fármacos que faziam parte da terapêutica dos inquiridos, optando-se posteriormente por agrupar os fármacos por classe ou subclasse farmacológica (Tabelas 4 a 10):

Tabela 3 Descrição da terapêutica antipsicótica praticada

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Farmacoterapia	Haloperidol	23	25,27%	63,89%
	Olanzapina	9	9,89%	25,00%
	Flupentixol	8	8,79%	22,22%

Biperideno	7	7,69%	19,44%
Quetiapina	6	6,59%	16,67%
Lorazepam	4	4,40%	11,11%
Risperidona	3	3,30%	8,33%
Paliperidona	3	3,30%	8,33%
Diazepam	3	3,30%	8,33%
Propranolol	3	3,30%	8,33%
Aripiprazol	2	2,20%	5,56%
Atenolol	2	2,20%	5,56%
Alprazolam	2	2,20%	5,56%
Valproato	2	2,20%	5,56%
Lítio	1	1,10%	2,78%
Ziprasidona	1	1,10%	2,78%
Clozapina	1	1,10%	2,78%
Carbamazepina	1	1,10%	2,78%
Ciamemazina	1	1,10%	2,78%
Gabapentina	1	1,10%	2,78%
Fluoxetina	1	1,10%	2,78%
Flurazepam	1	1,10%	2,78%
Venlafaxina	1	1,10%	2,78%
Escitalopram	1	1,10%	2,78%
Topiramato	1	1,10%	2,78%
Pregabalina	1	1,10%	2,78%
Mexazolam	1	1,10%	2,78%
Zuclopentixol	1	1,10%	2,78%
Total	91	100,00%	252,78%

Tabela 4 Descrição da terapêutica antipsicótica praticada distribuída por classes ou subclasses farmacológicas. APG: Antipsicóticos de primeira geração ou típicos; ASG: Antipsicóticos de segunda geração ou atípicos; BZD: benzodiazepinas; ACL: anticolinérgicos; ACV: anticonvulsivantes; BB: bloqueadores beta; AD: antidepressivos; EH: estabilizadores de humor.

Resumo de caso

	Válido		Casos Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
APG	32	88,89%	4	11,11%	36	100,00%
ASG	19	52,78%	17	47,22%	36	100,00%
BZD	11	30,56%	25	69,44%	36	100,00%
ACL	7	19,44%	29	80,56%	36	100,00%

ACV	5	13,89%	31	86,11%	36	100,00%
BB	5	13,89%	31	86,11%	36	100,00%
AD	3	8,33%	33	91,67%	36	100,00%
EH	1	2,78%	35	97,22%	36	100,00%

Através da tabela 3, é possível verificar que os fármacos mais utilizados pela amostra são o haloperidol, olanzapina, flupentixol, biperideno e quetiapina, que correspondem a 63,89%, 25,00%, 22,22%, 19,44% e 16,67%, respetivamente, dos utentes.

Em relação à farmacoterapia feita pela amostra distribuída por classes farmacológicas, através da tabela 4 é possível verificar que a maioria da amostra utiliza APG (88,89%).

Pelos resultados apresentados nas tabelas 5 -10 conclui-se que, dentro de cada classe ou subclasse farmacológica, os fármacos mais utilizados pelos utentes são o haloperidol nos APG (71,88%), olanzapina nos ASG (47,37%), lorazepam nas BZD (36,36%), valproato nos ACV (40,00%) e propranolol nos bloqueadores beta (BB) (60,00%). Em relação aos AD, não existe diferença entre eles, tendo a fluoxetina, venlafaxina e escitalopram o mesmo valor percentil (33,33%). O biperideno e o lítio são os únicos fármacos das respetivas classes (anticolinérgicos (ACL) e estabilizadores de humor (EH), respetivamente), não apresentando relevância neste contexto.

Tabela 5 Descrição da terapêutica praticada com APG.

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Antipsicóticos de Primeira Geração	Haloperidol	23	69,70%	71,88%
	Flupentixol	8	24,24%	25,00%
	Ciamemazina	1	3,03%	3,13%
	Zuclopentixol	1	3,03%	3,13%
Total		33	100,00%	103,13%

Tabela 6 Descrição da terapêutica praticada com ASG.

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Antipsicóticos de Segunda Geração	Olanzapina	9	36,00%	47,37%
	Quetiapina	6	24,00%	31,58%

	Paliperidona	3	12,00%	15,79%
	Risperidona	3	12,00%	15,79%
	Aripiprazol	2	8,00%	10,53%
	Ziprasidona	1	4,00%	5,26%
	Clozapina	1	4,00%	5,26%
Total		25	100,00%	131,58%

Tabela 7 Descrição da terapêutica praticada com BZD.

Benzodiazepinas

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Benzodiazepinas	Lorazepam	4	36,36%	36,36%
	Diazepam	3	27,27%	27,27%
	Alprazolam	2	18,18%	18,18%
	Flurazepam	1	9,09%	9,09%
	Mexazolam	1	9,09%	9,09%
Total		11	100,00%	100,00%

Tabela 8 Descrição da terapêutica praticada com ACV.

Anticonvulsivantes

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Anticonvulsivantes	Valproato	2	33,33%	40,00%
	Carbamazepina	1	16,67%	20,00%
	Gabapentina	1	16,67%	20,00%
	Topiramato	1	16,67%	20,00%
	Pregabalina	1	16,67%	20,00%
Total		6	100,00%	120,00%

Tabela 9 Descrição da terapêutica praticada com BB.

Bloqueadores Beta

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Bloqueadores Beta	Propranolol	3	60,00%	60,00%
	Atenolol	2	40,00%	40,00%
Total		5	100,00%	100,00%

Tabela 10 Descrição da terapêutica praticada com AD.

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Antidepressivos	Fluoxetina	1	33,33%	33,33%
	Venlafaxina	1	33,33%	33,33%
	Escitalopram	1	33,33%	33,33%
Total		3	100,00%	100,00%

4.3. Duração do Tratamento

Ainda no contexto da terapêutica antipsicótica, procurou-se estudar há quanto tempo o utente fazia esta terapia, não só por questões de caracterização de amostra, como para posterior associação com os possíveis efeitos adversos.

Os utentes apresentaram uma duração do tratamento compreendida entre 1 mês e superior a 30 anos, correspondendo a mediana ao período compreendido entre os 10 e 20 anos de terapia. Constatou-se que 2 utentes (5,56%) iniciaram o tratamento há menos de 1 ano, 8 (22,22%) já o fazem entre 1 a 5 anos, 7 (19,44%) entre 5 e 10 anos, 8 (22,22%) entre 10 e 20 anos, 4 (11,11%) entre 20 e 30 anos e 7 (19,44%) há mais de 30 anos (Figura 6).

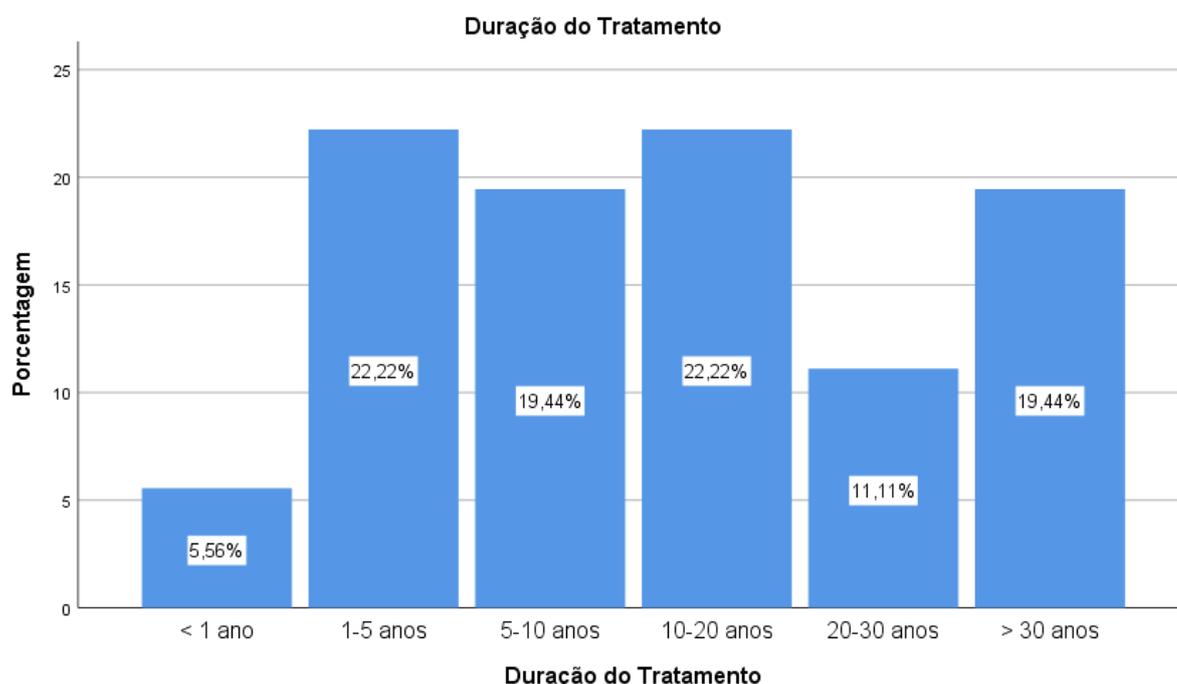


Figura 6 Distribuição da amostra em função da duração do tratamento

4.4. Efeitos Adversos

Para o estudo das possíveis reações adversas, inquiriu-se os utentes se ao longo da sua terapêutica com os fármacos supracitados, já tinham surgido alguns dos sintomas mais característicos dos antipsicóticos conforme a literatura consultada. Para isso, para cada um dos efeitos adversos criou-se um variável, com as categorias “nunca”, “às vezes” e “sempre”, com o objetivo de utilizar testes de associação mais robustos.

Devido à reduzida amostra, verificou-se que ao longo dos vários efeitos adversos, haviam células com valor nulo. Assim sendo, com o intuito de se obter uma análise estatística mais precisa, optou-se por recodificar as categorias dos diferentes efeitos adversos em “sim” e “não”, correspondendo a categoria “sim”, caso o utente já tenha apresentado pelo menos uma vez o sintoma, e “não” se o oposto se verificasse (Tabela 11):

Tabela 11 Distribuição dos Efeitos Adversos apresentados pela amostra.

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Efeitos Adversos	Boca seca	26	11,76%	74,29%
	Sedação/Sonolência	21	9,50%	60,00%
	Aumento de peso	20	9,05%	57,14%
	Perda da memória	17	7,69%	48,57%
	Movimentos involuntários ou espasmos	16	7,24%	45,71%
	Movimentos lentos	14	6,33%	40,00%
	Obstipação	14	6,33%	40,00%
	Tonturas quando se levanta duma posição sentada ou deitada	14	6,33%	40,00%
	Palpitações ou dores no peito	12	5,43%	34,29%
	Diminuição do apetite sexual	12	5,43%	34,29%
	Incapacidade de iniciar movimento	11	4,98%	31,43%
	Visão Turva	10	4,52%	28,57%
	Rigidez muscular	9	4,07%	25,71%
	Aumento dos triglicéridos e/ou colesterol	9	4,07%	25,71%
	Dificuldade ao urinar	8	3,62%	22,86%
	Aumento da pressão arterial / "Tensões altas"	3	1,36%	8,57%

Infeções recorrentes	3	1,36%	8,57%
Aumento da glicemia / "Diabetes alta"	2	0,90%	5,71%
Total	221	100,00%	631,43%

Pelos resultados obtidos foi possível verificar que os inqueridos apresentaram pelo menos um dos sintomas. Os mais comuns foram “Boca seca” (74,29%), “Sedação/Sonolência” (60,00%), “Aumento de peso” (57,14%), “Perda de memória” (48,57%) e “Movimentos involuntários ou espasmos” (45,71%).

Houve apenas 1 indivíduo (2,78%) que negou a presença de qualquer um dos sintomas desde o início desta terapêutica, pelo que os cálculos na tabela acima apresentada é em função dos 35 indivíduos que apresentaram pelo menos um dos sintomas supracitados.

Afim de encontrar uma associação entre o período de tratamento e estes efeitos secundários, utilizou-se o teste de associação Qui-Quadrado. Para tal, recodificaram-se inicialmente as 6 categorias da duração do tratamento em apenas 2, passando a “há menos de 1 ano” “há mais de 1 ano”, visto que, segundo a literatura (26), a maioria dos efeitos secundários surgem nas primeiras semanas, senão meses, de tratamento, apesar de surgirem passado alguns anos caso a adesão terapêutica seja fraca.

Como houve apenas 2 utentes pertencentes à categoria “há menos de 1 ano”, não se obteve uma associação estatisticamente significativa entre o período de tratamento e os diferentes efeitos adversos associados à terapia antipsicótica.

De forma a contornar este problema, recodificou-se novamente a variável “duração de tratamento” em apenas 3 categorias, passando a “até aos 5 anos”, “entre os 5-20 anos” e “mais de 20 anos”, aplicando-se esta variável em função de todos os efeitos adversos individualmente.

Após se ter aplicado o teste de Qui-Quadrado, verificou-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a duração do tratamento e dois dos efeitos adversos inquiridos: “Perda de memória” e “Diminuição do apetite sexual”. Em ambos os casos, constatou-se que a percentagem de células da tabela de contingência que tem frequência esperada inferior a 5

é superior a 20%, não sendo assim os resultados obtidos de confiança, e por isso, tendo de se recorrer ao Teste Exato de Fisher.

Assim, há uma associação significativa entre a duração de tratamento e a “perda de memória”, com $p = 0,026$. Com uma duração de tratamento “até aos 5 anos” e “mais de 20 anos”, a maioria dos utentes apresenta “perda de memória” (70,00% e 63,64%, respetivamente); o mesmo não pode ser dito para os utentes com duração “entre 5-20 anos” (20,00%).

Em relação à “diminuição do apetite sexual”, há uma associação significativa entre a duração de tratamento e esta variável, com $p = 0,046$. Portanto, este efeito adverso é apresentado pela maioria dos utentes com uma duração de tratamento “até aos 5 anos” (60,00%), e apenas uma percentagem minoritária para as categorias superiores (33,33% e 9,09% para durações “entre 5-20 anos” e “mais de 20 anos”, respetivamente).

No que se refere à possível associação entre a terapia farmacológica e os efeitos adversos, focou-se nos fármacos pertencentes às subclasses de APG e ASG. Aplicou-se novamente o teste de Qui-Quadrado para cada fármaco, estudando individualmente cada uma das reações adversas. Posteriormente, recorreu-se ao Teste Exato de Fisher, pelos mesmos motivos anteriormente referidos.

Neste contexto, relativamente aos APG, obteve-se uma associação estatisticamente significativa entre o tratamento com haloperidol e “rigidez muscular”; e o flupentixol e a “incapacidade de iniciar movimento” e “sedação/sonolência”.

No caso particular do haloperidol, a maioria dos indivíduos sob tratamento com este fármaco não apresenta “rigidez muscular” (91,30%), contrastando com os que não o tomam e apresentam esta reação adversa (53,85%), com $p = 0,005$.

Quanto ao flupentixol, obteve-se uma associação com $p = 0,040$ quando este fármaco foi associado à “incapacidade de iniciar o movimento”. A maioria dos inqueridos que tomam este fármaco apresentam este sintoma (62,50%), não o apresentando a maioria que não o toma (78,57%); no entanto, em relação ao parâmetro “sedação/sonolência”, verifica-se que a maioria que toma este fármaco não apresenta este efeito secundário (75,00%), contrastando com a maioria que não o toma e apresenta “sedação/sonolência” (67,86%), com $p = 0,046$.

Na subclasse ASG, apresentaram-se 3 fármacos com testes de associação estatisticamente significativos: a administração de olanzapina com “movimentos involuntários ou espasmos” e “aumento de peso”, a administração de risperidona com “aumento dos triglicéridos e/ou colesterol” e por último, a administração de paliperidona com “rigidez muscular”, “visão turva” e “diminuição do apetite sexual”.

Relativamente à olanzapina, verificou-se que a maior parte dos indivíduos desta amostra que toma este fármaco apresentam “movimentos involuntários ou espasmos” (77,78%), e a maioria que não o toma, não os apresenta (66,67%), com $p = 0,026$; por outro lado, com um valor de $p = 0,026$, 77,78% dos utentes que toma olanzapina não apresentou “aumento de peso”, contrastando com os 66,67% dos utentes que não possuem este fármaco na sua terapia antipsicótica, mas que apresentaram “aumento de peso”.

No caso da risperidona, existe uma associação, com valor $p = 0,012$, entre o “aumento dos triglicéridos e/ou colesterol” e o uso deste fármaco. Todos os utentes que tomam este fármaco viram o seu valor de triglicéridos e/ou colesterol aumentado (100,00%), e 81,82% dos que não tomam este fármaco, não assistiram a um aumento destes níveis.

Por fim, a paliperidona apresenta um valor de $p = 0,012$ quando associada à “rigidez muscular”, onde todos os utentes que tomam este fármaco apresentaram este sintoma (100,00%), e onde a maioria que não o toma nega “rigidez muscular” (81,82%). Com um valor $p = 0,017$, existe uma associação estatisticamente significativa com este fármaco e a “visão turva”, cuja porção da amostra que faz terapêutica com paliperidona referiu sentir (100,00%), opondo-se à maioria dos utentes que não tomam este fármaco e não sentem o dito sintoma (78,79%). Finalmente, relativamente à “diminuição do apetite sexual”, todos os utentes cuja terapêutica inclui paliperidona referiram sentir este sintoma (100,00%), não havendo “diminuição do apetite sexual” na maioria da amostra que não toma este fármaco (72,73%), com $p = 0,031$.

Os resultados que aqui se apresentam não coincidem com os resultados encontrados na literatura consultada. (7,13,26)

Em relação ao facto do haloperidol apresentar uma associação negativa relativamente à presença de “rigidez muscular”, há uma divergência do que consta na literatura. (13,26) De facto, o haloperidol é um APG, caracterizado por provocar efeitos extrapiramidais ao longo da

sua toma, podendo esta perdurar-se após o término do fármaco, nomeadamente rigidez muscular, incapacidade de iniciar movimento, entre outros efeitos secundários provenientes do antagonismo dos recetores dopaminérgicos.

Relativamente ao flupentixol, verificou-se uma associação positiva com a “incapacidade de iniciar o movimento”, indo ao encontro do previsto, pois trata-se de um APG que, à margem do haloperidol, apresenta efeitos extrapiramidais marcados. Por outro lado, apresentou uma associação negativa com a “sedação/sonolência”. Devido ao bloqueio do recetor histaminérgico H₁, este fármaco apresenta um perfil sedativo marcado, pelo que era previsível haver uma associação positiva com este sintoma e não negativa. (7,26)

A olanzapina apresentou uma associação positiva com os “movimentos involuntários ou espasmos” e uma negativa com o “aumento de peso”. Apesar de ser um fármaco pertencente à subclasse de ASG, a olanzapina é caracterizada por apresentar efeitos extrapiramidais de moderada intensidade, pelo é possível explicar esta associação. No entanto, é considerado um fármaco que está fortemente associado ao aumento de peso, logo desde o início da terapêutica (13), contrariando a associação evidenciada pela amostra apresentada neste estudo.

O tratamento com alguns ASG está associado a elevações das concentrações séricas de triglicéridos e colesterol. Apesar desta característica ser mais marcada pela olanzapina, também pode ser observada em outros fármacos da mesma subclasse, nomeadamente a risperidona. (13) Pode-se dizer então que existe coerência entre a associação apresentada pela amostra e a literatura.

Por último, em relação à paliperidona houve uma associação positiva estatisticamente significativa com os sintomas “rigidez muscular”, “visão turva” e “diminuição do apetite sexual”. Relativamente à “rigidez muscular”, à semelhança da olanzapina, a paliperidona apresenta efeitos extrapiramidais moderadamente marcados (13), pelo que a associação apresentada pelos utentes da amostra pode estar relacionada com esta ligação.

A “visão turva” consiste num sintoma anticolinérgico característico do bloqueio dos recetores muscarínicos associados ao mecanismo de ação dos APG. Como a paliperidona é um ASG, segundo a literatura, apresenta pouco ou nenhum efeito anticolinérgico, sendo pouco provável a associação a esta reação adversa. (26)

A “diminuição do apetite sexual” resulta do aumento de prolactina devido ao bloqueio dopaminérgico associado a certos fármacos, sendo a paliperidona um deles. O aumento desta hormona provoca uma diminuição do libido e possível disfunção sexual, levando os utentes que tomam este fármaco a sentir o sintoma descrito. (13)

4.5. Patologias Concomitantes

Com o objetivo de estudar as outras terapêuticas farmacológicas procurou-se conhecer as patologias concomitantes dos inqueridos. Verificou-se que, da amostra, 17 dos inqueridos (47,22%) apresentavam as seguintes patologias (tabela 12):

Tabela 12 Descrição das patologias concomitantes da amostra

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Patologias Concomitantes	Dislipidemia	6	26,09%	35,29%
	Patologia Respiratória	4	17,39%	23,53%
	Patologia Musculoesquelética	2	8,70%	11,76%
	Patologia Digestiva	2	8,70%	11,76%
	Patologia Psiquiátrica	2	8,70%	11,76%
	Patologia Endócrina	2	8,70%	11,76%
	Diabetes mellitus	2	8,70%	11,76%
	Patologia Cardiovascular	1	4,35%	5,88%
	Patologia Urogenital	1	4,35%	5,88%
	Patologia Imunológica	1	4,35%	5,88%
	Total	23	100,0%	135,3%

Através desta descrição, é possível observar que as doenças concomitantes mais comuns são a dislipidemia (35,29%) e a patologia respiratória (23,53%).

4.6. Interações Farmacológicas

No seguimento da anterior descrição, pesquisou-se qual a terapêutica realizada para as demais patologias, assim como outros fatores propensos a interação farmacológica, como utilização de suplementos, infusões e fatores de risco.

4.6.1. Terapêutica Adicional

Dentro da amostra inquirida, verificou-se que apenas 12 utentes (33,33%) estavam no momento a fazer tratamento com um ou mais fármacos para além da terapia antipsicótica.

Na seguinte tabela (tabela 13) é possível constatar que, nestes 12 utentes, as classes farmacológicas mais comuns são as estatinas, os broncodilatadores e os anticolinérgicos, com igual prevalência (25%). Esta prevalência poderá ser explicada pelo facto de as patologias concomitantes mais comuns serem a dislipidémia e as patologias de foro respiratório, como referido anteriormente.

Em relação à discrepância entre o valor de utentes que possuía outra doença e que se encontra a fazer terapêutica adicional, esta poderá ser explicada pelo facto de ter sido diagnosticada com a patologia, mas no entanto não se encontrar a fazer tratamento farmacológico.

Importante salientar que houve a necessidade de criar a variável “outros antipsicóticos”, uma vez que havia 1 utente que se encontrava a fazer tiaprida. Este fármaco, apesar de ser um antipsicótico, tem indicação terapêutica para o controlo da perturbação comportamental durante a abstinência alcoólica, optando-se por o categorizar neste parâmetro.

Tabela 13 Descrição da terapêutica adicional da amostra

		Respostas		Percentagem de casos
		N	Percentagem	
Terapêutica Adicional	Estatinas	3	12,50%	25,00%
	Broncodilatadores	3	12,50%	25,00%
	Anticolinérgicos	3	12,50%	25,00%
	Analgésicos e AINE's	2	8,33%	16,67%
	Hormonas	2	8,33%	16,67%
	Bloqueadores Beta	2	8,33%	16,67%
	Anti-hipertensores	2	8,33%	16,67%
	Antagonistas dos Recetores alfa 1	1	4,17%	8,33%
	Inibidor da Bomba de Protões	1	4,17%	8,33%
	Laxantes	1	4,17%	8,33%
	Fibratos	1	4,17%	8,33%
	Antianginosos	1	4,17%	8,33%
	Opióides	1	4,17%	8,33%
	Outros Antipsicóticos	1	4,17%	8,33%
	Total	24	100,00%	200,00%

4.6.2. Suplementação, Infusões e Fatores de Risco

Nesta secção optou-se por estudar substâncias não farmacológicas que possam condicionar o efeito farmacológico da terapêutica antipsicótica, servindo de exemplo alguns suplementos, infusões, o facto de utente fumar ou o de consumir álcool.

Em relação à suplementação, obteve-se apenas 2 utentes (5,6% da amostra) que se encontravam a tomar um complexo vitamínico e vitamina C. Após aplicação de teste de associação (teste Qui-Quadrado), não se obteve nenhum valor estatisticamente significativo.

Relativamente ao consumo de infusões, verificou-se que 22 utentes (61,11%) bebiam infusões, descrevendo-se o tipo de infusão ingerido na tabela 14.

Tabela 14 Descrição do consumo de infusões pela amostra

		Frequência	Percentagem
Tipo de Infusão	Chá Cidreira	7	19,44%
	Outros	6	16,67%
	Chá Tília	4	11,11%
	Chá Camomila	3	8,33%
	Chá Preto	2	5,56%
	Nenhum	14	38,89%
	Total	36	100,00%

Esta análise estatística tinha como objetivo verificar se algum dos utentes tomava alguma infusão que pudesse dar origem a interações com os AP, como é o caso do chá de hipericão (*Hypericum perforatum*). Como nenhum dos inquiridos referiu beber esta infusão, optou-se por executar apenas uma estatística descritiva.

A nível de hábitos tabágicos, existem 19 utentes fumadores (52,78%). Segundo a literatura, o tabaco é responsável pela diminuição do efeito farmacológico de alguns AP, como o haloperidol, a clozapina, e a olanzapina, devido à forte indução da CYP1A2. (13)

Estudou-se se havia alguma associação entre o facto de se ser fumador e os efeitos secundários referidos no próximo ponto. Em nenhuma das situações se obteve um valor de p estatisticamente significativo.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, 7 utentes (19,4%) afirmaram consumir álcool durante o período de terapêutica com AP. O álcool interage com CYP1A2 e CYP3A4, diminuindo o efeito de certos AP, como por exemplo o haloperidol e a olanzapina. (13,28) Efetuou-se o teste de associação com o mesmo método que o mencionado acima, e embora

conste na literatura a interação, não se obteve novamente valores de p estatisticamente significativos. (13)

4.7. Possíveis Efeitos Adversos associados a Interação Farmacológica

Os possíveis efeitos adversos inquiridos aos utentes da amostra presentes neste tópico são efeitos secundários característicos da interação farmacológica com os AP. Na amostra em estudo, 23 utentes (63,89%) referiram sentir pelo menos um dos seguintes sintomas (tabela 15):

Tabela 15 Descrição dos possíveis efeitos adversos associados a interação farmacológica da amostra

Efeitos Adversos associados a Interação

Efeitos adversos associados a Interação	Respostas	percentagem de casos	
		N	Percentagem
Fraqueza ou Desinteresse para realizar tarefas	15	17,65%	65,22%
Sedação/Sonolência excessiva	12	14,12%	52,17%
Dificuldade em realizar tarefas	11	12,94%	47,83%
Dificuldade em respirar	10	11,76%	43,48%
Quedas após se levantar duma posição sentada ou deitada	5	5,88%	21,74%
Palpitações ou Dores no peito	7	8,24%	30,43%
Obstipação severa ou Dor abdominal forte	6	7,06%	26,09%
Espasmos repetitivos e excessivos	8	9,41%	34,78%
Diminuição da pressão arterial / "Tensões baixas"	5	5,88%	21,74%
Sensação de que o antipsicótico não faz efeito	5	5,88%	21,74%
Desmaios recorrentes	1	1,18%	4,35%
Total	85	100,00%	369,57%

Destes 23 utentes, é possível verificar que os sintomas mais comuns são a “fraqueza ou desinteresse para realizar tarefas”, “sedação/sonolência excessiva”, “dificuldade em realizar tarefas” e “dificuldade a respirar” com percentagens de 65,22%, 52,17%, 47,83% e 43,48%, respetivamente.

Por uma questão de coerência, estudou-se novamente a possível associação entre os diferentes fármacos pertencentes às subclasses APG e ASG, utilizando o teste do Qui-Quadrado, obtendo-se apenas valor estatisticamente significativo para um fármaco: a paliperidona.

Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre este fármaco e “quedas após se levantar numa posição sentada ou deitada”, onde a maioria dos utentes que tomam paliperidona apresentou o efeito adverso descrito (66,67%), contrastando com a maioria dos utentes que não toma este fármaco e não apresentou o sintoma associado à hipotensão ortostática (90,91%), com $p = 0,045$.

A hipotensão ortostática é um sintoma caracterizado pelo bloqueio dos recetores adrenérgicos α_1 . Devido ao seu mecanismo de ação, este tipo de sintoma pode ser observado pela risperidona, e pelo seu metabolito ativo paliperidona, que pode ser exacerbado pela interação com outros fármacos, chegando ao ponto de as pessoas caírem quando se levantam de uma posição sentada ou deitada. Pode-se assim afirmar que a associação apresentada pela amostra vai ao encontro com o descrito na literatura. (13,26)

As associações estudadas ao longo deste estudo foram diminutas, e por vezes distintas do que era previsível. Este facto pode ser explicado pelo reduzido número da amostra, que não permitiu que se tivessem tantas associações ou as que eram mais características.

Outro aspeto que é importante salientar consiste no facto de um grande número da amostra se encontrar a fazer terapêutica com APG e ASG em simultâneo (41,67%), pelo que, estatisticamente, se torna complicado estudar as associações pretendidas, e, caso houvesse, as diferenças entre as duas subclasses, enviesando o presente estudo.

De forma a concluir a discussão do presente documento, um ponto que poderá ser interessante de estudar é o facto de haver utentes a tomar biperideno. Este fármaco, pertencente à classe dos anticolinérgicos, é muitas vezes utilizado na terapia antipsicótica

como coadjuvante para diminuir a magnitude dos efeitos extrapiramidais proveniente dos AP. O facto de 19,44% dos indivíduos desta amostra se encontrar a tomar este fármaco, em conjunto com AP, pode ter enviesado também o estudo, no sentido de os utentes não referirem que sentiam certos sintomas por estarem “mascarados” pela ação deste fármaco.

(7)

5. Limitações do Estudo

Como em qualquer investigação, o presente trabalho apresentou algumas limitações. A limitação à qual se deve dar maior relevância é o reduzido número da amostra.

Durante a investigação conseguiram-se 39 questionários, sendo considerados apenas 36 válidos no decorrer do processo. Este facto pode ser explicado pela pouca disponibilidade e interesse apresentada por alguns utentes, visto que alguns simplesmente não queriam responder o inquérito, e outros não tinham, naquele momento, tempo para despender. Observaram-se situações em que apenas 1 utente estava em tratamento com um fármaco em específico, tendo assim pouco valor estatisticamente significativo. Para solucionar este problema, prolongou-se o período de recolha de dados; no entanto, não foi possível adquirir mais nenhum inquérito.

A dificuldade de fazer entender aos utentes certos conceitos presentes no questionário, nomeadamente os efeitos secundários presentes nas questões 6 e 13, foi outra possível limitação do estudo. A linguagem pode não ter sido apropriada a certas faixas etárias, como por exemplo, os utentes idosos.

O facto de o questionário ser feito através do pessoal de saúde que segue o utente pode ter enviesado o questionário, nomeadamente na questão 12, onde se questionava se o utente consumia ou não bebidas alcoólicas.

Verificou-se também alguma dificuldade por parte de alguns utentes em referir há quanto tempo tomavam a medicação, tendo de recorrer por vezes a estimativas e não a valores exatos, enviesando assim o estudo.

O facto do parâmetro idade ter sido logo desde início dividido em classes, com a intenção facilitar o preenchimento do questionário, tornou-se um problema na análise estatística, uma vez que tínhamos 10 categorias com que trabalhar, havendo categorias com poucos ou nenhum utente.

Relativamente aos efeitos secundários presentes na questão 6, o facto de inicialmente existir uma escala constituída por “nunca”, “às vezes” e “sempre” deixava os utentes confusos sobre o grau de incidência da reação adversa, pelo que, neste caso dever-se-ia logo, desde o início, perguntar apenas se o doente já tinha apresentado ou não algum dos sintomas desde o início da terapêutica. Independentemente da forma de como se deveria formular a questão, o facto de sentir alguns dos sintomas é sempre subjetivo neste tipo de estudo, podendo certos sintomas serem sub- ou sobrevalorizados relativamente a outros, e enviesar os resultados e respetivas conclusões.

6. Conclusões e Perspetivas Futuras

O presente estudo teve como principal objetivo, através de dados recolhidos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, conhecer quais as opções terapêuticas que estão a ser utilizadas, bem como o aparecimento de reações adversas e interações medicamentosas.

Verificou-se que a maioria dos utentes que tomam antipsicóticos foram diagnosticados com esquizofrenia (63,89%), seguida da perturbação bipolar (11,11%), embora alguns referissem que não sabiam qual era o seu diagnóstico (25,00%).

A nível de terapêutica antipsicótica, conclui-se que a maioria da população estudada ainda se encontra sob tratamento com APG (88,89%), havendo já mais de metade dos utentes a utilizar ASG na sua terapia (52,78%). Importante referir que, para o controlo da patologia, os utentes podem precisar de tomar fármacos doutras classes, como se observou na presente amostra, nomeadamente BZD (30,56%), seguido do anticolinérgico biperideno (19,44%), ACV (13,89%) e BB (13,89%), AD com (8,33%), finalizando com o estabilizador de humor lítio (2,78%).

Em relação aos AP, verificou-se que os APG mais utilizados eram o haloperidol (71,88%) e o flupentixol (25,00%), sendo a olanzapina (47,37%) e a quetiapina (31,58%) os ASG mais presentes na terapêutica dos utentes.

Quanto às restantes classes, constatou-se que o lorazepam era a BZD mais tomada (36,36%), o valproato o ACV (33,33%) e o propranolol o BB (60,00%), sendo a fluoxetina, a venlafaxina e o escitalopram tomados com igual frequência (33,33%).

Apesar de já existirem utentes a fazer terapêutica com ASG, é importante referir que continuam a ser utilizados fármacos que originam importantes reações adversas que podem

afetar não só o seu quotidiano, como a autoestima, apresentando-se aquando e após a toma do medicamento, como é o caso dos APG.

Neste contexto, verificou-se que os sintomas normalmente relacionados à terapia antipsicótica mais comuns foram a “boca seca” (74,29%), seguida da “sedação/sonolência”, “aumento de peso”, “perda de memória” e “movimentos involuntários ou espasmos” com prevalências de 60,00%, 57,14%, 48,57% e 45,71%, respetivamente.

Em relação à duração do tratamento, verificou-se que a maioria dos utentes se encontra a fazer terapia antipsicótica entre 5 a 20 anos (41,67%), seguida dos que os tomam há mais de 20 anos (30,56%), estando em menor expressão aqueles que estão sob tratamento há menos de 5 anos (27,78%).

Foi possível verificar uma associação positiva entre alguns fármacos e o aparecimento de alguns efeitos secundários, nomeadamente: o flupentixol e a “incapacidade de iniciar movimento”; a olanzapina e “movimentos involuntários ou espasmos”; a risperidona e o “aumento dos triglicéridos e/ou colesterol”; a paliperidona e a presença de “rigidez muscular”, “visão turva” e “diminuição do apetite sexual”.

Por outro lado, houve uma associação negativa entre o haloperidol e a presença de “rigidez muscular”, o flupentixol e a “sedação/sonolência”, e a olanzapina e o “aumento de peso”.

Para além dos fármacos usados no controlo da terapia antipsicótica, verificou-se que 33,33% da amostra tomava outros fármacos, sendo os mais comuns as estatinas, os broncodilatadores e anticolinérgicos, com igual de prevalência (25,00%).

Relativamente aos efeitos secundários característicos das interações farmacológicas, os mais comuns foram a “fraqueza ou desinteresse para realizar tarefas”, “sedação/sonolência excessiva”, “dificuldade em realizar tarefas” e “dificuldade a respirar” com prevalências de 65,22%, 52,17%, 47, 83% e 43,48%, respetivamente.

A única associação estatisticamente significativa encontrada foi em relação à paliperidona e “quedas após se levantar numa posição sentada ou deitada”.

Como já foi referido na discussão de resultados, o estudo de associações entre fármacos e as reações adversas, ficou muito aquém do esperado devido às limitações anteriormente mencionadas.

Alguns dos dados podem não ter expressão estatisticamente significativa, mas os efeitos adversos que os utentes apresentavam no decorrer da entrevista, a sua história de vida e

incompreensão pelos entes queridos, o estigma associado pela sociedade e solidão, assim como as limitações impostas pela doença eram evidentes.

As doenças do foro mental são complexas, incapacitantes e estão presentes no mundo atual. São das principais causas de morbilidade na sociedade, e a sociedade portuguesa não é exceção. É com este intuito que a dinamização da investigação neste campo deve ser procurada, abrangendo mais utentes, uma maior área geográfica, mais profissionais e conhecimentos, para que se possa proporcionar o tratamento mais adequado e menos nefasto possível a um doente que dia a dia batalha contra a própria mente.

Capítulo II - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

1. Introdução

O farmacêutico encontra-se numa posição privilegiada para atuação em prol da saúde pública. Somos muitas vezes o primeiro e/ou último profissional de saúde com que o utente contacta quando se encontra doente, servindo a farmácia comunitária como uma das principais prestadoras de cuidados de saúde primários e promoção de saúde.

Especialistas do medicamento, descendentes dos boticários e das suas boticas, os farmacêuticos caracterizam-se por profissionais com competências técnico-científicas aliadas a uma componente humana sem par, que faz com que grande parte dos portugueses nos reconheçam confiança, disponibilidade e dedicação.

Assim sendo, para atingirmos a plenitude da profissão, não basta só a aprendizagem das patologias, fármacos e interações através dos compêndios e sebentas. É preciso mais. É preciso contacto com a comunidade. É preciso por à prova os conhecimentos adquiridos em contexto real, servindo para esta transição, o estágio curricular.

Neste sentido, realizei o meu estágio curricular entre o dia 21 de janeiro e 31 de maio de 2019, na *Farmácia Moderna*, sob a orientação da Dr.^a Maria Octávia Mimoso Oliveira Campos Monteiro Vaz, resultando daí o presente relatório. Este inicia-se com uma breve caracterização da farmácia, passando pela descrição do circuito do medicamento, desde a sua receção à sua dispensa, cuidados e serviços oferecidos pela mesma, a ainda existente preparação de manipulados, terminando com alguns aspetos de contabilidade e gestão.

2. A Farmácia Moderna

2.1. Espaço Físico

Já com 83 anos de existência, a *Farmácia Moderna* (FM) encontra-se instalada na Praça da Liberdade, n.º 20, no centro da Vila do Tortosendo - Covilhã.

Com uma fachada recentemente restaurada, a FM é facilmente visível a quem passa na praça, apresentando um letreiro com o nome desta, uma placa com o nome da Diretora Técnica e uma “cruz de farmácia” de LEDS.

Na entrada é possível consultar certas informações relevantes, como o horário de funcionamento, a existência de terminal multibanco, dísticos de proibição de fumar, atendimento prioritário e da presença de videovigilância, mapa com as farmácias de turno no município, serviços prestados na farmácia e a informação de que a farmácia se encontra em regime de disponibilidade, com o respetivo contacto e custo do serviço.

Ao entrar na farmácia, deparamo-nos com a área de atendimento. Nesta zona, o utente tem exposto ao seu alcance produtos de perfumaria, capilares, higiene oral, higiene íntima, dermocosmética, bem-estar sexual, puericultura, suportes ortopédicos, artigos para o cuidado das mãos e pés, assim como folhetos informativos de carácter educativo, aconselhamento ou promocional.

Nesta área está também presente uma balança e um tensiómetro, que o utente pode utilizar autonomamente ou pedindo auxílio a um farmacêutico.

Num espaço central da área de atendimento, encontra-se uma gôndola, onde se situam normalmente produtos em promoção ou com campanhas especiais, com o intuito de chamar a atenção do utente aquando a sua entrada.

Ao fundo da sala localiza-se a zona de dispensa constituída por 3 balcões. Cada posto é constituído por equipamento informático auxiliar da dispensa, existindo uma caixa automática centralizada para se efetuarem os pagamentos (*CashGuard®*).

Atrás dos balcões de atendimento, apresentam-se alguns medicamentos não sujeitos a receita médica, facilmente visíveis a quem se encontra à frente do balcão, não estando assim ao alcance dos utentes. Esta divisão deve-se ao facto de estes produtos possuírem na sua constituição princípios ativos que devem merecer atenção e aconselhamento adequado por parte do profissional de saúde. Servem de exemplo medicamentos para a tosse seca, para a tosse com expetoração, dores musculares, gripes e constipações, entre outros lineares que podem sofrer alteração ao longo ano, consoante a sazonalidade.

Para além destes medicamentos, encontram-se outros produtos de saúde e suplementação, devidamente organizados e identificados, distribuídos consoante a sua ação terapêutica como aumento da *performance* cerebral e memória, ossos e articulações, excessos alimentares, coração e sangue, multivitaminas e minerais, cansaço e fadiga, assim como para controlar a ansiedade e insónias.

Abaixo destes lineares, situa-se um módulo onde se guardam medicamentos com elevada rotatividade no ato da dispensa, servindo de exemplo alguns analgésicos (como por exemplo, paracetamol 500 e 1000 mg), anti-inflamatórios não esteroides (AINES) como o ibuprofeno 200 e 400 mg, certos antiagregantes como o ácido acetilsalicílico 100 mg (sendo a mais dispensada a *Aspirina®*), assim como xaropes com ação analgésica, anti-inflamatória, expetorante e antitússica.

Anexa à sala de atendimento, situa-se o Gabinete de Atendimento Personalizado. É neste local, onde se privilegia a privacidade e o bem-estar do utente, que se realizam alguns dos serviços farmacêuticos, tais como a preparação da medicação individualizada, a administração de injetáveis, medições de parâmetros bioquímicos como o colesterol total, os triglicéridos, a glicémia, assim como a medição da pressão arterial, estando afixada a tabela com o tipo de serviços farmacêuticos prestados e respetivos custos. Estes e outros serviços que podem ser prestados pelas farmácias encontram-se presentes no artigo 2º da Portaria 1429/2007, alterada pela Portaria 97/2018. (29,30)

Neste mesmo espaço realizam-se também as consultas de nutrição e podologia, com uma periodicidade de duas em duas semanas, recorrendo ao serviço externo de uma nutricionista e um podologista.

Neste espaço estão presentes equipamentos para as medições acima referidas e estão reunidas as condições propícias para as consultas farmacêuticas. Existe um armário com material disponível para a prestação de cuidados de primeiros socorros e de suporte básico de vida.

Atendendo ao ambiente calmo e reservado de que o gabinete tem, optámos muitas vezes também aqui por efetuar um atendimento mais privado, quando assim é preferível ou a pedido pelo utente.

Fora da área acessível ao público, situa-se um corredor que dá acesso ao *backoffice*, constituído por dois módulos de armazenamento de medicamentos, situando-se um de cada lado deste.

Num dos módulos, armazenam-se os medicamentos genéricos, medicamentos destinados à terapêutica da diabetes, assim como pomadas e cremes, devidamente organizados por ordem alfabética no sentido descendente. A FM optou por criar uma secção neste módulo destinado aos antidiabéticos visto que se tratam de uma classe terapêutica de elevada rotatividade, facilitando assim o ato dispensa. As gavetas situadas mais acima deste módulo, funcionam

como armazenamento de *stock* extra de amostras dos produtos de perfumaria, dermocosmética, e doutros artigos expostos na sala de atendimento.

No outro módulo situam-se os medicamentos de marca, soluções, suspensões, pós e ampolas, tiras e lancetas para a medição de glicémia, estando estes organizados seguindo a mesma lógica de arrumação que o outro módulo. Neste módulo também estão presentes medicamentos genéricos, ao lado dos de marca com a mesma substância ativa. Estas exceções adaptadas pela FM, verificam-se apenas em medicamentos com genéricos com introdução no mercado relativamente recente (servindo de exemplo a agomelatina, a associação Sinvastatina + Ezetimiba e Dutasterida + Tansulosina, correspondendo ao *Valdoxan*®, *Inegy*® e *Combodart*®, respetivamente), com o intuito de aquando a aquisição do medicamento na zona de armazenamento, lembrar o farmacêutico da existência recente do genérico, informando o utente da opção que poderá tomar.

À semelhança do módulo inicialmente referido, este último também possui gavetas destinadas à arrumação de *stock* extra. Estas situam-se na zona superior do módulo, e abaixo dos gavetões dos pós e ampolas, assim como das lancetas e tiras para a medição da glicémia.

Logo abaixo destas, existe uma que se destina para os medicamentos de marca, seguindo-se as restantes para a arrumação de *stock* extra de medicamentos genéricos, organizados por laboratório.

Não só nos módulos de arrumação, mas também nos medicamentos expostos e guardados na zona de atendimento, existe uma organização cuja segue a máxima “*First Expired, First Out*”, no sentido de uma melhor organização, gestão e cuidado na dispensa dos medicamentos.

No fundo do corredor, situa-se então a área de receção de encomendas. Esta área conta com equipamento informático, uma bancada, arquivos de faturação, gavetas de arrumação de receituário, uma câmara frigorífica para a conservação dos medicamentos que dependem de refrigeração, assim como um quadro organizacional onde constam os objetivos que a farmácia pretende concluir, certas advertências, algumas linhas terapêuticas consoante sazonalidade, normas e circulares emitidas recentemente, com o intuito de manter a equipa sempre informada e motivada em contribuir para uma FM mais dinâmica e eficiente.

Aqui nesta zona efetuam-se as receções dos produtos, o controlo e monitorização dos prazos de validade, a gestão e regularização de devoluções, assim como a conferência do receituário.

Adjacente a esta zona, estão presentes o laboratório, o escritório e a instalação sanitária.

O laboratório da farmácia destina-se não só à preparação de manipulados, como de preparações extemporâneas. Este encontra-se capacitado com todo o material previsto por lei, assim como matérias-primas e condições adequadas temperatura, humidade, luminosidade e ventilação. (31,32)

No que toca ao controlo de temperatura e de humidade, a FM conta com quatro termohigrómetros. Um deles encontra-se dentro da câmara frigorífica e é responsável pela monitorização da temperatura deste entre os 2 e os 8° C. Os restantes situam-se no laboratório, na sala de atendimento e na zona de armazenamento, controlando a temperatura para que não ultrapasse o intervalo 15-25° C (preferivelmente 15-21°C no caso do laboratório), e rondem os 55% de humidade. Estes aparelhos possuem um sistema de alarme, que envia um alerta, caso se aproximem dos limites de temperatura permitido. (32)

Por último o escritório. É neste local que se gere a farmácia na sua vertente comercial, financeira e de Recursos Humanos, ficando a cargo do Sr. José Campos, Contabilista Certificado, todos os assuntos relacionados com a parte financeira e contabilidade, e do Dr. Fernando Campos, todos os assuntos inerentes à gestão da mesma.

Importante salientar que, apesar de a FM não apresentar as dimensões mínimas que constam em legislação, procurou-se, sempre que possível, aproximar as áreas dos espaços às legalmente impostas, obtendo aprovação legal pelas entidades responsáveis, como previsto na Deliberação n.º 1502/2014. (33)

2.2. Recursos Humanos

A equipa da FM é constituída por oito elementos:

- Dr.ª Maria Octávia Vaz - Diretora Técnica;
- Dr. Fernando Campos - Farmacêutico Adjunto e Substituto;
- Dr.ª Andreia Abrantes - Farmacêutica Substituta;
- Dr.ª Vânia Neves - Farmacêutica Substituta;
- Dr. Miguel Vaz - Farmacêutico;
- Sr. João Alves - Técnico de Farmácia;
- Sr. José Campos - Contabilista Certificado e Responsável Financeiro;
- D. Altina Matias - Responsável pela Limpeza.

A equipa é constituída maioritariamente pelo corpo farmacêutico, indo ao encontro do número 3, do artigo 23º do DL n.º 307/2007, alterado pelo DL n.º 171/2012, sendo que todos são portadores de cartão de identificação, onde consta o nome e respetivo cargo. (34,35)

Enquanto Diretora Técnica, fazendo jus ao artigo 21º do DL n.º307/2007, alterado pelo DL n.º 171/2012, a Dr.ª Octávia assume responsabilidade por todos os atos farmacêuticos praticados na farmácia, promove o uso racional dos medicamentos no ato da dispensa, zela pelo bom estado de conservação dos produtos, assegura que a farmácia possua condições adequadas para o correto funcionamento, cumpre e faz cumprir os princípios e normas inerentes à profissão farmacêutica, assim como o cumprimento da legislação em vigor, podendo ser assistida por outros farmacêuticos, técnicos de farmácia ou profissionais devidamente habilitados. (34,35)

Na FM todos têm bem ciente as funções e responsabilidades de cada um, contribuindo para um ambiente tranquilo e um correto circuito do medicamento. (32)

2.3. Suporte Informático, Arquivo Documental e Material Científico

O suporte informático utilizado na FM, assim como por cerca de 90% das farmácias portuguesas, consiste no *software* de gestão SIFARMA 2000. (36)

Este *software* ajuda a melhorar o desempenho do farmacêutico e da farmácia, facilitando a gestão de encomendas e devoluções, de *stock*, de validades, preços dos produtos nos diferentes distribuidores, assim como a rotatividade dos diferentes produtos presentes na farmácia.

No ato de dispensa, permite-nos a criação de fichas individuais dos nossos utentes, podendo associar à sua conta a opção “*seguimento farmacoterapêutico*”, consultar dispensas anteriores, facilitando imensas vezes ao profissional de saúde, que medicamentos o utente já levara e respetivos laboratórios. Disponibiliza também informação científica, que dá suporte ao farmacêutico no ato da dispensa, como a composição do medicamento, propriedades terapêuticas, posologias, contraindicações e interações farmacológicas, contribuindo para uma dispensa mais precisa, clara e segura.

A nível de compêndio científico, a FM possui a Farmacopeia Portuguesa IX, edição em papel, podendo esta também estar em formato eletrónico, desde que provenha de uma fonte fiável reconhecida pelo INFARMED, como previsto pelo artigo 37º do DL n.º 307/2007, com alteração pelo DL n.º 171/2012. (34,35)

Para além da farmacopeia, também são de carácter obrigatório a última edição do prontuário terapêutico (11ª edição), livro de ponto, livro de registo de manipulados/fichas de preparação, presente no laboratório e o livro de reclamações, guardado em local próprio e devidamente identificado.

Para além destes livros, apesar de índole aconselhável, também podemos encontrar na FM, o “Manual de Boas Práticas”, o “Manual dos Medicamentos Não Prescritos”, “Direito Farmacêutico”, “Index Merck”, o “Dicionário de Termos Médicos”, o “Índice Nacional Terapêutico” e o “Formulário Galénico Português”, situando-se este último no laboratório.

No *backoffice*, temos um *dossier* denominado “Indicações Farmacêuticas”, organizado por mim, onde constam guidelines emitidas pela ANF, entre outras entidades, das patologias mais comuns encontradas em ambiente de farmácia comunitária, e respetivas linhas terapêuticas, para consulta dos colaboradores para um melhor aconselhamento e correta dispensa.

Nesta zona, encontra-se a maior parte do arquivo documental. Deste fazem parte os registos de psicotrópicos e estupefacientes dos últimos 3 anos, registo de entradas e saídas destes do presente ano, registo semanal de temperaturas impresso, o *dossier* dos consentimentos informados em papel obrigatório por lei (que posteriormente será abordado), gestão de matérias primas, dispensa de medicamentos ao domicílio, as faturas da receção de encomendas, registo de devoluções e notas de crédito organizadas por distribuidor grossista, o manual da qualidade com os respetivos procedimentos operacionais, receitas de Medicamentos de Uso Veterinário, Circulares e Campanhas das “Farmácias Portuguesas”, certificados de calibração de equipamento, gestão de resíduos, comprovativos da emissão de crédito aos utentes, entre outros.

3.0 Medicamento: Definições e Nomenclaturas

Enquanto especialista do medicamento, é dever do farmacêutico saber o correto termo do que dispensa, e do que fala, adequando a cada situação a correta definição e as demais nomenclaturas para um aconselhamento mais claro, um discurso mais coerente e um *feedback* positivo por parte do utente.

Neste intuito, com o auxílio do “Estatuto do Medicamento” - DL n.º 176/2006, alterado pelos DL n.ºs 20/2013, 128/2013 e 26/2018 - pretendo distinguir as diferentes definições e nomenclaturas associados ao termo “medicamento”. (37-40)

Assim sendo, entende-se por “medicamento”, “toda a substância ou associação de substâncias” capazes de curar ou prevenir patologias “em seres humanos ou dos seus

sintomas” ou com o objetivo de “estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica” restaurando, corrigindo ou modificando as funções fisiológicas. Este é constituído pela “substância ativa” e pelo “excipiente”, cujo a primeira consiste numa “substância ou mistura de substâncias” que “quando utilizada no seu fabrico” se destina “a exercer uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica com vista a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas ou a estabelecer um diagnóstico médico”, consistindo o “excipiente” nos restantes componentes presentes.

Perante uma prescrição médica, cada vez mais temo-la sob a forma de “denominação comum”, seguida da “dosagem” e “forma farmacêutica”.

A “denominação comum” caracteriza-se por uma denominação internacional sugerida pela Organização Mundial de Saúde para substâncias ativas, carecendo “de registo de marca ou nome”.

A “dosagem” refere-se como “teor de substância ativa, expresso em quantidade por unidade de administração ou por unidade de volume ou de peso, segundo a sua apresentação”.

A “forma farmacêutica” consiste no “estado final que as substâncias ativas ou excipientes apresentam depois de submetidas às operações farmacêuticas necessárias, a fim de facilitar a sua administração e obter o maior efeito terapêutico desejado”.

No seguimento do ato da dispensa, muitas vezes questionei se o utente preferia o medicamento com “registo de marca ou nome” ou “medicamento genérico”, consistindo este último num “medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada”.

4. Entrada do Circuito do Medicamento

4.1. Realização de Encomendas

A realização de encomendas é facilitada pelo suporte informático da farmácia, que se baseia nos valores mínimos e máximos de *stock* pré-definidos no programa. Seguindo este princípio, e tendo em consideração a análise de outros fatores como o histórico de vendas, a rotatividade do produto, assim como a sazonalidade dos mesmos, basta a aprovação por parte do farmacêutico gestor, e a encomenda é feita, via eletrónica diretamente ao fornecedor.

A encomenda pode, no entanto, ser efetuada de outras formas, sendo de maior ênfase quatro tipos desta:

- Encomenda Diária: gerada automaticamente pelo SIFARMA, de todos os produtos que ficam abaixo do valor definido para *stock* mínimo, ao final da manhã e da tarde;
- Encomenda instantânea: realizada na maior parte das vezes durante o atendimento, o SIFARMA permite que o colaborador realize a encomenda diretamente aos distribuidores, sendo possível consultar o custo e descontos associados a cada um, existindo um esquema de cores consoante a disponibilidade do produto. Estes consistem num sinal verde, caso o produto se encontra disponível no fornecedor e respetiva hora prevista de entrega; um sinal azul caso produto esteja disponível no armazenista, embora noutra armazém, podendo a entrega dar-se num período de 3 a 5 dias; ou um sinal vermelho que indica que o produto se encontra indisponível no armazenista ou então esgotado no laboratório;
- Encomenda Via Verde: é realizada para alguns medicamentos definidos em lista pelo INFARMED, de extrema importância para o tratamento dos utentes da farmácia e que tendem a escassear no mercado. Esta pode também ser feita no ato da dispensa, mas tem de estar associada a uma receita, escolhendo-se o distribuidor e tendo o limite máximo de 2 unidades para cada fármaco. (41)
- Encomenda Manual: a esta categoria pertencem as encomendas realizadas através do telefone ou por e-mail, devido à impossibilidade de o ser feita pelas vias anteriores.

4.2. Receção e armazenamento dos produtos

A receção de encomendas é um ato que deve merecer atenção; ser metódico e organizado, com o intuito de minimizar a margem de erros no que toca a *stock*, prazos de validade e discrepância na contabilidade.

No início do período de estágio, a FM tinha essencialmente dois distribuidores grossistas. A receção das encomendas do primeiro distribuidor, eram realizadas em dois momentos do dia: um às 9h e o outro às 15h. Em relação ao segundo, devido à proximidade entre a FM e o armazenista, eram possíveis quatro momentos, distribuídos pelas 9h, 15h, 17h30 e 19h.

Realizei inúmeras receções ao longo do meu estágio, dando sempre preferência pelo armazenamento dos produtos que necessitam de condições especiais de temperatura na câmara frigorífica, registando o prazo de validade de cada uma das embalagens, para posterior comparação com o prazo dos produtos já existentes em *stock* aquando a receção no SIFARMA.

Estes produtos chegavam à farmácia acondicionados em sacos de refrigeração ou em caixotes identificados, que no seu interior possuíam caixas de esferovite e *cuvettes* de gelo, para a conservação correta do produto durante o transporte. De seguida, organizava os produtos e respetivas faturas ao longo da bancada.

Já no SIFARMA, tinha de aceder ao separador de “Receção de Encomendas”, procurando o número interno correspondente a cada uma das encomendas, havendo a função de “Agrupar”, caso na mesma fatura se encontrassem mais do que um número interno.

Caso a fatura não possuísse número interno, por se tratarem de medicamentos realizados via telefone ou e-mail, por exemplo, teria de inicialmente recorrer ao separador “Gestão de encomendas”, criar uma encomenda “Manual”, adicionando todos os produtos presentes na fatura, “aprovar” a encomenda e posteriormente enviar “em papel”. Após esta ação, a encomenda já possui um número interno, que poderá ser agrupado às demais para a respetiva receção, caso se verifique.

Após este procedimento, podemos fazer a receção propriamente dita. Neste menu, começava por colocar número da fatura, e por introduzir os produtos que se colocaram ao longo da bancada ou que se ainda encontram dentro da caixa, verificando se o produto se encontra nas condições adequadas de armazenamento e dispensa.

De seguida, com o auxílio do leitor ótico, procedia à leitura do código de barras do código nacional do produto (CNP) ou sempre que existente, o código de barras bidimensional.

Ao longo do estágio deparei-me com produtos que apresentavam a caixa selada e com código bidimensional, com o intuito de prevenir a entrada e dispensa de medicamentos falsificados. Esta foi uma medida tomada pelo Parlamento Europeu, publicada através da Diretiva 2011/62/EC, que obriga todas as indústrias farmacêuticas sediadas na União Europeia, a colocarem em cada caixa um código de barras único e exclusivo. (42)

Após esta leitura observava o prazo de validade de cada produto. Caso o prazo de validade expirasse após o dos produtos já em *stock*, esta era mantida; caso fosse inferior, ou o *stock* se encontrasse a zero, introduzia no programa a validade presente na embalagem.

Este processo era repetido produto após produto, organizando os produtos da seguinte forma: os produtos com preço impresso na cartonagem disponha-os ao longo da bancada de um lado, se possível agrupados para facilitar o processo de armazenamento; os produtos que possuíam uma reserva associada, colocava-os diante mim, para mais facilmente identificar a que utente pertencia e arrumar no local apropriado; os produtos passíveis de etiquetagem, na bancada

do lado oposto aos dos com preço impresso na cartonagem, contribuindo para uma arrumação mais organizada e rápida.

Após a leitura de todas as embalagens, confirmava-se se o valor total de embalagens presente na fatura era o mesmo que constava no programa, passando a alterar os preços de custo, caso se verificasse, comparando o valor final líquido da fatura com o do programa.

Para concluir a receção, transferia os medicamentos em falta ou esgotados para o outro distribuidor principal, de forma a serem incluídos na análise do farmacêutico gestor, aquando a realização da encomenda diária.

Após a transferência, o programa questiona se queremos divulgar a informação dos medicamentos em falta ao INFARMED, onde respondia assertivamente, guardando também o número de registo de benzodiazepinas e estupefacientes, de forma automática, para *à posteriori*, ser possível fazer o balanço anual dos mesmos.

Em relação à receção de encomendas que foram feitas através da via verde, após a transferência dos produtos em falta, surge um menu aonde temos de referir quantas unidades de facto chegaram à FM.

O armazenamento dos produtos é feito seguindo a regra “*First Expired, First Out*”, nos locais apropriados, já mencionados anteriormente.

4.3. Controlo de Prazos de Validade

O controlo de prazos de validade caracteriza-se por um processo que deve ser feito com o máximo rigor, atenção e cuidado, contribuindo para uma correta gestão de *stock* e uma dispensa segura do medicamento aos nossos utentes.

Neste sentido, na FM este é feito mensalmente, com dois meses de antecedência em relação ao presente mês.

Para isso, recorrendo ao SIFARMA, imprime-se uma listagem através do separador “produtos”, “prazos de validade” e “listagem de controlo”. Neste menu escolhemos o tipo de produtos que pretendemos conferir (como por exemplo, medicamentos sujeitos a receita médica), escolhendo o período que queremos analisar. Posteriormente, procuramos cada um dos produtos individualmente, retirando o produto caso já possua prazo de validade a expirar no período pretendido, devolvendo posteriormente ao fornecedor. Caso nenhum dos produtos em *stock*, possua a data referida, opta-se por fazer correção da validade, utilizando o mesmo menu, clicando na opção “correção de validades”.

4.4. Devoluções aos Fornecedores

Devolução de produtos aos fornecedores pode se dever por vários motivos, sendo os de “embalagem danificada”, “erro no pedido” ou produto “fora de prazo” os que contactei mais vezes.

Para isto, recorri ao programa clicando no separador “encomendas”, “gestão de devoluções” e “criar”. Na janela que surge, tenho de colocar o distribuidor de onde veio o produto, a data e a hora que será feita a recolha da devolução, colocando os produtos em questão com o auxílio do leitor ótico. Importante salientar que, aquando este processo, tem de se conferir se o preço que se encontra impresso na cartonagem é o mesmo que consta no programa, colocar o motivo da devolução e número da fatura da encomenda, sempre que possível.

Após aprovação é emitido uma guia de transporte para ser impressa em triplicado, onde temos de assinar e colocar o carimbo da farmácia, levando o responsável pelo transporte o original e o duplicado aquando a recolha, deixando o triplicado na farmácia assinado e com o respetivo selo.

Posteriormente, o distribuidor poderá emitir uma nota de crédito para compensar o valor cobrado à farmácia, trocar o produto enviado por outro ou em último caso, recusar a devolução do produto mencionando que não fora aceite pelo laboratório.

Para a regularização desta devolução, acedi ao separador “encomendas”, seguido de “regularização de devoluções”. No menu surgente, introduzi o número da fatura associada, seleccionei os produtos que foram regularizados e o respetivo destino, enunciado acima.

4.5. Reciclagem de Medicamentos - VALORMED

Criada em 1999, a VALORMED consiste numa sociedade que em conjunto com as farmácias, indústrias farmacêuticas e distribuidores grossistas, contribui para uma adequada gestão de resíduos de caixas de medicamentos e medicamentos fora de uso em prol da saúde pública.

A recolha é feita nas farmácias, sendo a FM e a população da Vila do Tortosendo, um excelente exemplo de adesão ao correto tratamento destes produtos, sendo regular o envio dos contentores para uma correta triagem.

Neste sentido, tive a oportunidade de contribuir no processo que compete à farmácia, nomeadamente o selar do contentor, emitir o documento de transporte através do menu “Atendimento”, colocava o código interno pré-definido para o efeito, com o auxílio do leitor ótico lia o código impresso no contentor e escolhia o distribuidor para onde pretendia enviá-lo. Finalizava o atendimento, a nível de faturação escolhia “fatura simplificada”, e saiam dois

impressos, onde o que referia o nome do distribuidor, e apresentava os locais apropriados para assinatura do farmacêutico e do responsável da recolha, colocava-se no cimo do contentor.

5. Dispensa de Medicamentos

O ato de dispensa de um medicamento é uma das maiores responsabilidades que o farmacêutico tem na farmácia comunitária.

Apesar de o SIFARMA ser um programa que nos auxilia bastante neste ato, o papel do farmacêutico é indispensável para transmitir a informação correta ao utente, relembrar a posologia que por vezes já se encontra esquecida ou confusa, e ter muita atenção com os medicamentos cujas as embalagens sejam semelhantes.

Assim sendo, com intuito de descrever como fazer uma dispensa de medicamentos correta, nada como iniciar com a explicação acerca das entidades, protocolos e outros sistemas de comparticipação que podem estar associados às receitas quer sejam eletrónicas desmaterializadas, materializadas ou manuais.

5.1. Sistemas de Comparticipação e Complementaridade, Entidades e Protocolos

Existem atualmente várias entidades que podem comparticipar uma percentagem do custo dos medicamentos. As comparticipações têm como intuito garantir que todos os cidadãos tenham acesso a medicação, independentemente das suas condições financeiras.

Assim sendo, todo o cidadão que nasça em Portugal, ou que posteriormente adquira nacionalidade portuguesa, passa a usufruir de cuidados do Serviço Nacional de Saúde, estando incluindo assim, o pagamento de uma percentagem do custo dos medicamentos pelo Estado, ou seja, pertencem automaticamente ao regime geral.

No regime geral de comparticipação estão instituídos quatro escalões, cuja percentagem de valor que é comparticipado, difere consoante o grupo farmacoterapêutico em que cada um dos medicamentos se insere. Neste sentido, fármacos que pertençam ao escalão A têm 90% de comparticipação, B de 69%, C de 37% e 15% para o escalão D, sendo possível consultar a que escalão pertencem cada um dos medicamentos na Portaria n.º 195-D/2015. (43)

Dentro do SNS ainda existem outros planos de comparticipação, servindo de exemplo doentes com diabetes, utentes com doenças profissionais, utentes reformados, entre outros. (44)

Durante o período de estágio, contactei na sua maioria, com utentes que possuíam o regime geral, sendo bastante frequente outro plano associado: o Fundo do Pessoal dos Lanifícios.

Segundo o artigo 2º da Portaria n.º 287/2016, alterada pela Portaria n.º 102/2018, a todos os “pensionistas e aos futuros pensionistas que tenham descontado, especificamente até 1984, para o Fundo Especial de Segurança Social do Pessoal da Indústria de Lanifícios”, possuem uma comparticipação de “100 % do preço de venda ao público dos medicamentos comparticipados”. (45,46)

Importante salientar que, independentemente do tipo de receita que o utente apresenta na farmácia, a Portaria respetiva a este regime de comparticipação, tem de estar associada em todas as linhas de prescrição; caso contrário, a comparticipação não seria feita.

Numa menor escala, tive a oportunidade de contactar com utentes que possuíam subsistemas complementares de índole privada, servindo de exemplo utentes de certos sindicatos e seguros, onde aquando a dispensa teria de colocar o plano respetivo, independentemente do tipo de receita. Mediante a apresentação do cartão comprovativo, fazia a leitura ótica do código em questão, e a comparticipação era assim feita, tendo que no final da dispensa, caso fosse o caso, o utente ter de assinar o documento comprovativo emitido pelo SIFARMA, para posterior pagamento da comparticipação à farmácia.

Por último, existem alguns medicamentos que apresentam uma comparticipação proveniente do laboratório, servindo de exemplo o *Betmiga®* e o *Vesomni®*. Estes medicamentos apresentam impressa na sua cartonagem um código adicional para leitura aquando a sua dispensa, para ser feita a dita comparticipação.

5.2. Dispensa de Receita Eletrónica Desmaterializada

Atualmente a grande maioria das receitas que nos chega à farmácia são receitas eletrónicas desmaterializadas. Este tipo de receita resulta num processo evolutivo da receita manual, que diminui a componente burocrática, assim como possíveis erros inerentes à receita manual como a dificuldade da interpretação da caligrafia do médico prescriptor ou as dosagens omissas e respetivas posologias.

Ao chegar à farmácia, normalmente o utente apresentava a guia de tratamento que o médico prescriptor lhe cedia ou então a mensagem enviada através do SNS com os códigos necessários para aceder à receita prescrita.

Ao iniciar o atendimento, cumprimentava cordialmente o utente e procurava sempre que possível tratá-lo pelo nome. De seguida, acedia ao menu de “Atendimento” do SIFARMA, enquanto escutava o utente, como se encontrava e que medicamentos precisava.

Começava por questionar se a medicação era habitual e se sabia como tomar. Enquanto isto, verificava a validade da prescrição e a posologia da mesma.

De seguida, após aceder ao submenu “C/ Comparticipação”, colocava o nome do utente e respetivo Cartão Saúde (estando estes muitas vezes já associado ao nome). Neste passo, caso ainda não se tivesse recolhido, pedia educadamente ao utente o consentimento informado e explicava-lhe em que consistia: que devido ao regulamento de proteção de dados, necessitava da autorização por parte utente, para continuar a ter os seus dados pessoais na farmácia, para uma melhor dispensa e seguimento farmacoterapêutico. Caso o utente solicitasse, a farmácia possuía em local apropriado a “Política de Privacidade”, onde consta as regras gerais de privacidade e tratamento dos seus dados pessoais, que o utente poderia consultar.

Terminando a explicação e respetiva recolha do consentimento, iniciava a dispensa da prescrição, selecionando os medicamentos pretendidos pelo doente.

Aquando a aquisição dos medicamentos, perguntava como o doente se sentia com os medicamentos em questão, se surgiam alguns sintomas ou outras reações que ele achasse importante, lembrava a posologia, oralmente e imprimia a etiqueta respetiva, colocando na embalagem.

Perguntava ao utente se tinha mais alguma dúvida, finalizava o atendimento fazendo a receção do valor monetário na caixa central, agradecendo e despedindo-me do mesmo.

No que toca aos sistemas de complementaridade, o sistema faz a comparticipação automaticamente caso utente pertença ao regime geral ou ao regime de reformados com pensão inferior ao salário mínimo; caso contrário teria de aceder ao submenu “Planos”, e escolher o respetivo plano, seguindo o procedimento já mencionado.

5.3. Dispensa de Receita Eletrónica Materializada e Manual

As receitas eletrónica materializada e manual, diferem das anteriormente mencionadas, não só na sua forma de apresentação, como no ato da dispensa, embora com pequenas nuances.

Em relação às eletrónicas materializadas, apresentam uma parte com a prescrição propriamente dita, e outra com a guia de tratamento que posteriormente será entregue ao doente.

A dispensa inicia-se da mesma forma, no entanto a inserção dos medicamentos no sistema tem de ser feita através de leitura ótica (ou manual), assim como o número da receita, e o código referente ao médico prescritor.

O plano tem de ser inserido manualmente acedendo ao menu destinado para o efeito, independentemente do plano, ao contrário das desmaterializadas.

Por último, diferem também na fase final do atendimento, onde no verso da receita são impressos os medicamentos sujeitos a comparticipação, onde o utente tem de assinar no local apropriado, e o profissional de farmácia datar, assinar e carimbar.

As receitas manuais, procedem-se da mesma forma que as materializadas, no entanto merecem especial atenção. Para estar devidamente bem prescritas, têm de ter o nome do utente e respetivo número, etiqueta do médico prescritor, local de prescrição e especialidade, o motivo da prescrição ser manual (devido a falência informática, inadaptação do prescritor, prescrição no domicílio ou quando não se ultrapassem as 40 receitas por mês), assim como data e assinatura do médico prescritor.

5.4. Dispensa de Benzodiazepinas, Psicotrópicos e Estupefacientes

Os medicamentos pertencentes a estas classes farmacológicas merecem especial atenção em todo o seu circuito: desde a sua receção até à sua dispensa.

O consumo de psicotrópicos encontra-se regulado pelo DL n.º 15/93, alterado pelo DL n.º 77/2014, e apenas podem ser dispensados por programas devidamente autorizados como o DL n.º 292/2005 assim obriga. (47-49)

Na dispensa de psicotrópicos é obrigatório a apresentação da identificação do adquirente, nomeadamente o cartão de cidadão ou outro e morada, bem como nome completo e morada do utente.

Após o finalizar da dispensa, é emitido um comprovativo em duplicado, tendo que se guardar um deste em arquivo documental na farmácia num período mínimo de três anos, anexando o outro à fotocópia da receita com o psicotrópico, caso esta seja manual.

Mensalmente, envia-se ao INFARMED até ao dia 8 o registo de saídas de psicotrópicos e estupefacientes, emitido pelo SIFARMA.

Anualmente, até ao dia 31 de janeiro tem de se enviar ao mesmo organismo, o mapa de balanço (entradas e saídas), não só dos psicotrópicos e estupefacientes, como das benzodiazepinas.

6. Aconselhamento e Relação Farmacêutico-Medicamento-Utente

É nosso dever enquanto profissionais de saúde ter uma boa comunicação com o utente de maneira a entender o que realmente pretende, compreender as suas dúvidas e angústias, tranquilizá-lo quando não percebe como o tratamento deve ser feito ou qual a ação de certo medicamento ou, muitas vezes, simplesmente, escutá-lo e dar apoio.

Neste sentido, nenhum atendimento, dispensa ou aconselhamento, deve ser descuidado, tendo sempre ciente que o utente e os seus problemas devem ser sempre privilegiados, com o tempo e atenção devida, utilizando todos os meios disponíveis da farmácia e conhecimentos científicos para o auxiliar.

Em ambiente de farmácia comunitária, o farmacêutico pode ajudar o utente em afeções de saúde menores, que podem ser solucionadas com medicamentos disponíveis na farmácia. Assim sendo, é importante a diferenciação dos demais produtos de saúde que o farmacêutico pode, ou não, aconselhar e dispensar.

6.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica, Não Sujeitos a Receita Médica e de Dispensa Exclusiva em Farmácia

Segundo o Estatuto do Medicamento, “Medicamentos sujeitos a receita médica” são medicamentos que cumprem uma das seguintes situações: “possam constituir um risco direto ou indireto para a saúde do doente, mesmo quando utilizados pelo fim a que se destinam, mas sem vigilância médica; possam constituir um risco direto ou indireto para a saúde do doente quando estes são utilizados com frequência e em doses diferentes do fim a que se destinam; tenham na sua constituição substâncias que provoquem efeitos secundários que são indispensáveis de serem aprofundados; medicamentos cuja administração se faça por via parentérica.”, apenas podendo ser dispensados acompanhados de receita médica. (37)

No tratamento das referidas afeções menores, o farmacêutico apenas pode sugerir medicamentos não sujeitos a receita médica, de dispensa exclusiva em farmácia e outros produtos.

Durante o estágio aconselhei e dispensei medicamentos que achava adequados consoante os sintomas que os utentes referiam, tais como sintomas de gripe, tosse, alergias, diarreia, obstipação, cefaleias, insónias, entre outras, indicando a posologia correta e salvaguardando que caso os sintomas não melhorassem, teria de ser observado por um médico.

6.2. Dispensa de outros produtos de saúde

Na FM, para além dos medicamentos acima referidos, também são dispensados, podendo servir de aconselhamento adicional, outros produtos de saúde tais como produtos de dermocosmética, higiene corporal e íntima, produtos de nutrição infantil e especial, suplementos alimentares, produtos fitoterápicos, medicamentos de uso veterinário, medicamentos homeopáticos e dispositivos médicos.

A nível de aconselhamento e dispensa destes produtos, tive a oportunidade de assistir a um atendimento, onde a filha de uma utente apresentava pele atópica; aconselhei a utilização de uma solução de lavagem íntima a uma utente que apresentava sintomas de irritação e sensibilidade na área genital; contactei com produtos de nutrição especial, servindo de exemplo os produtos *Milupa MSUD®*, isento de isoleucina, leucina e valina, indicados para doentes com leucinose, e *KcalIP®*, preparação hipercalórica, sem proteínas e com alto teor em eletrólitos, indicada para doentes com deficiente metabolismo de aminoácidos; aconselhei suplementos alimentares tais como vitaminas para aumentar o desempenho mental e psicológico, magnésio em utentes que apresentavam fadiga muscular ou câibras, por vezes, resultantes de efeitos secundários das estatinas; dispensei produtos fitoterápicos como extratos de raiz de valeriana, para estados de ansiedade ligeira ou dificuldade a dormir; e dispensei desparasitantes externos para cães.

Em relação aos dispositivos médicos, é importante primeiro definir em que consistem. Segundo o DL n.º 145/2009, entende-se por dispositivo médico “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, (...) utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos (...), cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, (...)”. (50)

Nesta categoria, dispensei um teste de gravidez, abrindo a embalagem e consultando a bula em conjunto com a utente para entender que tempos teria de respeitar, que codificação o teste apresentava, indicando que a recolha de urina deveria ser a primeira da manhã.

Para além desta situação, dispensei outros dispositivos como seringas, compressas, adesivo e pensos.

7. Serviços Farmacêuticos e Cuidados de Saúde

A FM oferece, além da dispensa de medicamentos e aconselhamento, serviços que permitem não só um melhor seguimento farmacoterapêutico, como o controlo da patologia ou o rastreio, contribuindo para a promoção de saúde dos seus utentes. Todos estes serviços são efetuados no gabinete de atendimento personalizado.

7.1. Parâmetros Bioquímicos

Em relação aos parâmetros bioquímicos durante o estágio tive a oportunidade de fazer quantificações de glicémia, de colesterol total e de triglicéridos.

Para realizar a quantificação da glicémia, convidava o utente a entrar e a sentar-se no gabinete, apresentando-me e perguntando o seu nome. Questionava se alguma vez tinha feito o procedimento, explicando o que iria fazer caso a resposta fosse negativa.

Tentava entender que patologias o utente tinha, que medicação fazia e que valores normalmente apresentava, caso se aplicasse, enquanto calçava as luvas e preparava todo o material necessário como algodão, etanol, a lanceta, a tira de glicémia e o respetivo aparelho.

Já sentado ao pé do doente, inseria a tira de glicémia para que a calibração fosse feita, enquanto verificava a temperatura das mãos e a mão que seria preferível fazer a punção, evitando aquela que possuísse anéis ou relógios que pudessem comprometer a circulação normal do sangue.

Optando pelo dedo médio ou anelar, desinfetava a área com algodão e etanol, utilizando a lanceta, fazia uma punção capilar na zona lateral do dedo, e colhia a gota de sangue diretamente na tira.

Após o resultado, apontava no cartão que o utente possuísse para o efeito (ou no SIFARMA no ato do pagamento), a hora e o valor de glicémia daquele dia, e consoante o valor fazia o aconselhamento adequado como uma alimentação equilibrada, a promoção de atividade física, e quando teria a próxima consulta médica, caso os valores assumissem indicadores preocupantes.

Por fim, os resíduos resultantes, descartava de forma adequada, para os contentores de resíduos biológicos e perfurantes, presentes para o efeito.

Em relação às quantificações de colesterol e triglicéridos, o procedimento é semelhante ao supracitado, diferindo no aparelho utilizado e na quantidade de sangue necessária para a colheita.

O aparelho deve ser ligado no início do serviço, para fazer a correta calibração, devido ao tempo necessário para o efeito. Após a colheita do sangue utilizando um capilar, colocamos o sangue na tira destinada para o efeito e introduzimos no aparelho para respetiva leitura. Após o resultado, o procedimento é o mesmo que o da medição da glicémia.

7.2. Determinações Antropométricas

Ao contrário dos restantes serviços oferecidos pela FM, a determinação antropométrica e índice de massa corporal (IMC), efetuavam-se na zona de atendimento, num aparelho destinado para o efeito.

O utente poderia optar por fazê-lo autonomamente, ou acompanhado por um profissional de farmácia, sendo este último o mais comum e preferível.

Para esta determinação, acompanhava o utente ao equipamento, referia que tinha de olhar em frente para uma correta medição da altura e conseqüente IMC. O aparelho emitia um documento com a massa, a altura e o IMC já calculado.

A nível de aconselhamento, incidia no valor do IMC e, caso se encontrasse fora dos valores indicados, relembra medidas não farmacológicas como a promoção da atividade física e uma alimentação equilibrada, e se assim o utente demonstrasse interesse, surgiria um acompanhamento nutricional, feito também na farmácia.

7.3. Medição da Pressão Arterial

A medição da pressão arterial poderia ser feita no mesmo aparelho presente na zona de atendimento destinado às determinações antropométricas, ou no gabinete de atendimento personalizado, preferindo-a fazer neste último, por ser um local tranquilo, mais privado e acolhedor.

Assim sendo, convidava o utente a entrar no gabinete e a se sentar confortavelmente, apresentava-me e procurava saber o seu nome. Questionava que patologias possuía, medicação que tomava, como se sente com a medicação, como veio para a farmácia, se tinha fumado ou tomado café na meia hora antes, se se encontrava ansioso ou nervoso,

conversando um pouco com ele, perfazendo os cinco minutos recomendados, para que o utente fosse relaxando.

Para fazer a medição, pedia ao utente para subir a manga da peça de vestuário para colocar a braçadeira, encostar bem as costas à cadeira, descruzar as pernas e tê-las assentes no chão. Pedia para relaxar e informava-o de que não poderia falar aquando a medição.

Efetuava duas medições com um intervalo de pelo menos 2 a 3 minutos entre cada medição. Após os resultados da medição, fazia analisava os valores e fazia o aconselhamento adequado, reforçando oralmente as medidas não farmacológicas e por escrito, entregando um folheto informativo relativo à patologia.

Caso a pressão estivesse elevada, procurava saber o histórico do utente e caso fosse necessário, referenciar o utente à consulta médica. Os valores eram também registados em cartão próprio, ou no SIFARMA na ficha do utente.

7.4. Sistemas Personalizados de Dispensação

Os Sistemas Personalizados da Dispensação representam uma excelente forma facilitar a posologia a doentes que facilmente confundem as embalagens dos medicamentos e as horas de os tomar, sendo uma mais valia para a população envelhecida, com doenças crónicas, polimedicação, contribuindo para uma melhor adesão à terapêutica.

Através de uma tabela posológica do utente feita pelo farmacêutico, efetuava a higienização de todos os compartimentos com algodão e etanol. De seguida, tendo sempre em vista a guia de tratamento e a tabela elaborada, ia colocando as unidades correspondentes a cada parte do dia, começando pelo primeiro medicamento que o utente tomava no dia, e assim sucessivamente, contribuindo assim para um processo organizado, reduzindo possíveis erros de toma. Finalizava com a verificação de quantas unidades existiam em cada compartimento e dispensar o sistema personalizado de dispensação ao utente.

7.5. Administração de Injetáveis

A FM possui dois farmacêuticos devidamente habilitados com o curso de injetáveis, conferido e reconhecido pela Ordem dos Farmacêuticos.

Durante o estágio assisti à administração de um injetável intramuscular, na zona glúteo-dorsal, quadrante superior externo, a fim de evitar o nervo ciático.

Após a administração, é necessário fazer o registo do nome do utente, data de nascimento, nome do fármaco (ou da vacina), lote e via de administração, e identificação do farmacêutico que a administrou. (51)

7.6. Acompanhamento Nutricional e de Podologia

Manter uma alimentação equilibrada e adotar um estilo de vida saudável são fatores essenciais para a qualidade de vida dos utentes, tendo como pilares para uma boa nutrição, a moderação, o equilíbrio e variedade de alimentos.

É nesse sentido que a FM disponibiliza à comunidade o serviço de nutrição com o apoio de um técnico de saúde especializado, tendo como objetivo avaliar o estado nutricional e elaborar o plano alimentar, aconselhamento e vigilância nutricional, tendo em vista a promoção da saúde e prevenção de doenças, constituindo assim um serviço de educação alimentar e de educação para a saúde.

A podologia é a ciência, na área da saúde, que incide no membro inferior e cujo principal objetivo é diagnosticar e tratar as patologias que afetam o pé e respetivas repercussões no organismo humano.

As consultas de podologia são um serviço que tem por objetivo contribuir para a saúde e bem-estar dos utentes, considerando que uma grande parte destes são idosos e à partida mais suscetíveis aos problemas que possam afetar o membro inferior. Este serviço, também é direcionado para os doentes diabéticos, uma vez que as patologias associadas ao pé diabético influenciam bastante a qualidade de vida destes utentes, podendo mesmo originar amputações em situações mais graves.

8. Preparação de Medicamentos Manipulados

Segundo o DL n.º 95/2004, entende-se por “medicamento manipulado”, “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”. Este poderá ser preparado na farmácia sob uma fórmula magistral, proveniente de uma receita médica onde consta o nome do utente a quem se tenciona dispensar; ou sob a forma de preparado oficial, destinado a ser dispensado diretamente aos utentes, tendo por base uma farmacopeia ou um formulário galénico para a preparação do mesmo. (52)

Apesar de este tipo de preparações serem diminutas, ao longo do meu estágio tive a oportunidade de efetuar preparações extemporâneas e uma pomada de ácido salicílico + betametasona, dipropionato + vaselina simples.

Estas preparações foram preparadas no laboratório da farmácia que possui todos os documentos obrigatórios e aconselhados já referidos, algumas matérias-primas sob condições de conservação adequadas como, vaselina simples, água destilada, etanol, ácido salicílico, ácido bórico, entre outros, assim como todo o material de cariz obrigatório.

As preparações extemporâneas que realizei foram na sua maioria antibióticos para uso pediátrico. Antes de iniciar a preparação lia atentamente a embalagem, para me informar como preparar e condições de conservação que a preparação exigia para manter a estabilidade após a dispensa (como por exemplo, conservar a suspensão no frigorífico).

Inicialmente soltava o pó aderente às paredes do frasco, antes de adicionar a água destilada. De seguida, procurava o traço delineado no frasco para ter em atenção à quantidade do veículo líquido a colocar, para se manter as condições pretendidas de concentração. Por último, agitava vigorosamente o frasco, em mais do que uma direção, para obter uma suspensão uniforme. No ato da dispensa, referia a posologia, que como se tratava de uma suspensão, teria de se agitar antes de usar e o modo de conservação, caso fosse indicado.

Relativamente à pomada, tratava-se de uma fórmula magistral. Preparei todo o material que necessitava, dispondo-o ao logo da bancada previamente limpa, e fiz os cálculos necessários para a preparação.

Preenchi a ficha de preparação, colocando o nome do utente e do médico prescritor, o teor em substância ativa, a data de preparação, o número de lote adotado pela farmácia e as informações inerentes às matérias primas. Segui o modo de preparação, referindo a aparelhagem utilizada (*Topitec*®) e o tipo de embalagem. Coloquei as condições de conservação, assim como o prazo de utilização, verificação e o controlo de qualidade, respeitando a monografia presente na Farmacopeia Portuguesa. Esta será arquivada em *dossier* apropriado pelo um período mínimo de três anos.

O cálculo do preço do manipulado foi efetuado através da fórmula prevista pela Portaria n.º 769/2004, tendo em conta os honorários da preparação, o valor das matérias-primas e o valor dos materiais de embalagem, assim como os diversos fatores, acrescido o valor de IVA à taxa em vigor. (53)

Por último, a rotulagem. No rótulo estava presente o nome da farmácia e da Diretora Técnica, do médico prescrito e do utente; a posologia e a via de administração; data de preparação e respetivo prazo de utilização; o nome da preparação; o teor em substância ativa e massa total; número de lote e preço; informações adicionais, tais como “Manter fora do

alcançe das Crianças” e “Uso Externo”, indo de encontro ao exigido pela Portaria n.º 594/2004. (54)

Importante salientar que certos medicamentos manipulados são passíveis de comparticipação, no valor de 30%, desde que constem no anexo do Despacho n.º 18694/2010, organizado por substância(s) ativa(s) e forma farmacêutica. (55)

9. Contabilidade e Gestão

9.1. Gestão Financeira

No campo da gestão tive oportunidade de contactar com o trabalho que o Dr. Fernando executa diariamente. Desde a gestão de *stocks*, à realização de encomendas, negociação com distribuidores, representantes de laboratórios e fornecedores, assim como delegados de informação médica, gestão dos Recursos Humanos, a organização do material científico e de toda a documentação inerente ao funcionamento da farmácia.

Foi com o Dr. Fernando que aprendi como se gere a farmácia na sua vertente comercial, financeira e de Recursos Humanos. Abordei os diferentes tipos de encomendas e como se realizava a encomenda diária, como por exemplo, analisando o produto que está a ser encomendado nos vários fornecedores, relativamente à existência e preço, procurando uma melhor gestão de *stock*; o cálculo do PVP de produtos sem preço impresso na cartonagem, e respetiva margem; a documentação obrigatória e aconselhada da farmácia; a importância de pertencer a um grupo de compras e do *marketing* no posto de venda; como funcionam os descontos aplicados pelos distribuidores armazenistas e indústria farmacêutica.

9.2. Conferência de Receituário

A conferência de receituário, à semelhança da receção de encomendas, consiste num processo metódico, pormenorizado e minucioso, com intuito de evitar erros e consequente devolução das receitas.

Na FM, a conferência das receitas manuais está maioritariamente confinada à Diretora Técnica, que receita após receita, verifica se foram dispensadas no organismo correto e se possuíam todas as conformidades (como nome do utente, número de beneficiário ou de utente, entre outras já mencionadas). Após a verificação do receituário, a Dr.^a Octávia separava as receitas pelos diferentes organismos e respetivos lotes, para posterior impressão do verbete. Sempre que possível outro farmacêutico voltava a conferir.

O verbete era impresso quando o lote já se encontrava encerrado, vulgo, constituído pelas 30 receitas, utilizando o programa SIFARMA. Neste documento, constam o número da receita, o valor pago pelo utente, o valor de comparticipação e o PVP. De seguida, conferimos os valores de comparticipação e de PVP impressos no verbete com os das receitas daquele lote, finalizando com o carimbo da farmácia e assinatura no sítio apropriado, anexando o verbete às respetivas receitas.

As receitas eletrónicas materializadas organizam-se e processam-se de forma semelhante, agrupando-se em lotes de 30 receitas, no organismo 99.

O fecho realiza-se no final de cada mês, onde se confere novamente os lotes e se imprime o verbete dos lotes incompletos, para posteriormente fazer impressão do resumo de lotes, fatura e guia de transporte. Nos primeiros dias do mês seguinte, são enviadas para o Centro de Conferência de Faturas, para validação, podendo haver devolução de alguma receita, caso não se encontrasse conforme. Após este processo, a farmácia fica a aguardar o pagamento do valor referente às comparticipações.

9.3. Faturação

O procedimento de conferir os valores das faturas, gerir o financiamento da farmácia e pagamentos, assim como a realização dos balanços de caixa no final do dia estão assim imputados ao Sr. José Campos, Contabilista Certificado e Responsável Financeiro.

Neste âmbito tive a oportunidade de esclarecer algumas dúvidas, servindo de exemplo a diferença dos impostos aplicáveis à farmácia e que faturas podem ser deduzidas no IRS pelos nossos utentes.

10. Conclusão

Este estágio na Farmácia Moderna mostrou-se uma importante etapa para o culminar das valências adquiridas no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Durante o período que passamos na Faculdade, aprendemos inúmeros conteúdos técnico-científicos importantes para a profissão farmacêutica. No entanto, é no estágio onde passamos a barreira do estudante para o profissional de saúde, com desafios diários que nos põem à prova, aplicando os conhecimentos que aprendemos ao longo do curso e aprendendo a realidade da profissão farmacêutica.

No início do estágio, ao contrário do que eu pensava, tive um pouco de dificuldade a contactar com os utentes. Dúvidas acerca da melhor forma de os abordar, das palavras a utilizar, que melhor aconselhamento utilizar, ou simplesmente, como escutar.

Ao longo do estágio aprendi imenso. Graças às formações que me permitiram assistir e que muito me auxiliaram no aconselhamento, as *guidelines* presentes no *backoffice*, a troca de conhecimentos e opiniões entre a equipa... hoje sinto que sou um profissional autónomo, mais confiante e capaz de executar as funções inerentes ao farmacêutico.

Muito me falta aprender; mas com uma postura humilde, genuína e cultivando o gosto pela constante aprendizagem, interesse, procura de novos saberes e novas formas de aconselhar, sei que, dia após dia crescerei enquanto farmacêutico, porque aliás “nós aprendemos todos os dias!”

Este trabalho apenas foi possível graças a uma equipa que muito me apoiou, não podendo deixar de agradecer: à Dr.^a Octávia pela simpatia, paciência, gentileza e pela oportunidade que me deu; Ao Dr. Fernando pela constante boa disposição, impecável liderança e explicações; à Dr.^a Andreia por me ensinar a encarar as situações doutra perspectiva e que “com calma tudo se faz”; à Dr.^a Vânia por ter exigido de mim, e à sua maneira, me ter levado para o patamar seguinte e me fazer ultrapassar o “muro”; ao Dr. Miguel pelo companheirismo, apoio, serenidade e auxílio nos momentos mais difíceis do atendimento; e por último, mas não menos importante, ao Sr. João, por demonstrar prontidão constante em ajudar, esclarecer dúvidas e humildemente dar conselhos que só a experiência permite.

Toda a equipa me deu ferramentas para ser um bom profissional; por isso, se me permitem, pegarei em todas elas, e usá-las-ei, trabalhando sempre em prol e tendo como foco principal - sempre - a pessoa do utente!

Bibliografia

1. Aderibigbe, YA; Theodoridis, D; Vieweg V. Dementia praecox to schizophrenia : The first 100 years. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;437-48.
2. Burton N. A Brief History of Schizophrenia [Internet]. *Psychology Today*. 2017 [consultado a 31 de março de 2019. Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/hide-and-see/201209/brief-history-schizophrenia>
3. Ribeiro, AS; Esteves, MF; Coelho R. *Conceptualização Histórica da Esquizofrenia*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2010.
4. Kleisiaris CF, Sfakianakis C, Papathanasiou I V. Health care practices in ancient Greece : The Hippocratic ideal. *J Med Ethics Hist Med*. 2014;3-7.
5. Mason, B; Brown, E; Croarkin P. Historical Underpinnings of Bipolar Disorder Diagnostic. *Behav Sci (Basel)*. 2016;
6. Pereira C, Veiga N. EPIDEMIOLOGY. FROM HIPPOCRATES TO THE XXIST CENTURY. *Millenium*. 2014;47:129-40.
7. Harrison, P; Cowen, P; Burns, T; Fazel M. Schizophrenia. Em: *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. 7ª edição. Oxford University Press; 2017. p. 260-1.
8. Mental disorders [Internet]. World Health Organization. 2018 [consultado a 10 de abril de 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
9. Schizophrenia [Internet]. World Health Organization. 2018 [consultado a 10 de abril de 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
10. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: Statte of Health in the EU Cycle [Internet]. Paris: OECD; 2018. 21-22 p. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en
11. Ritchie, Hannah; Roser M. Mental Health [Internet]. *Our World in Data*. 2018 [consultado a 17 de abril de 2019]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/mental-health?fbclid=IwAR2Hxp3ryz5Y8f67AetCifraQrVgSAX13c8DUxVSX79cFwapPv3j2fHp-EA#schizophrenia>
12. Harrison, P; Cowen, P; Burns, T; Fazel M. Bipolar disorder. Em: *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. 7ª edição. Oxford: Oxford University Press; 2017. p. 233-52.
13. DiPiro, J; Talbert, R; Yee, G; Matzke, G; Wells, B; Posey L. Schizophrenia. In: Weitz, M; Kearnes B, editor. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. 10ª edição. Minion Pro by Cenveo Publisher Services; 2017. p. 2948-91.
14. DiPiro, J; Talbert, R; Yee, G; Matzke, G; Wells, B; Posey L. Bipolar Disorder. In: Weitz,

- M; Kearnes B, editor. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. 10^a edição. Minion Pro by Cenveo Publisher Services; 2017. p. 3046-66.
15. SPPSM. Perturbação Mental em Números [Internet]. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. 2016 [consultado a 25 de abril de 2019]. Disponível em: <http://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/>
 16. SPPSM. Perturbação bipolar [Internet]. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. 2016 [consultado a 25 de abril de 2019]. Disponível em: <http://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-bipolar/>
 17. American Psychiatric Association. *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 5^a edição. Editores C, editor. 2014.
 18. WHO. ICD-10: Mood (affective) disorders [Internet]. 2016 [consultado a 27 abril de 2019]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F30-F39>
 19. NICE guidelines. Bipolar disorder: assessment and management. Natl Inst Heal Care Excell [Internet]. 2018; Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/1-recommendations#how-to-use-medication>
 20. Cipriani A, Barbui C, Salanti G, Rendell J, Brown R, Stockton S, et al. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2011;378(9799):1306-15. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60873-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60873-8)
 21. NICE guidelines. Psychosis and schizophrenia in adults : prevention and management. Natl Inst Heal Care Excell [Internet]. 2018;(Fevereiro 2014). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133>
 22. SPPSM. Esquizofrenia [Internet]. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. 2016 [consultado a 5 de maio de 2019]. Disponível em: <http://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/esquizofrenia/>
 23. Cardno AG, Gottesman II. Twin studies of schizophrenia: From bow-and-arrow concordances to star wars Mx and functional genomics. *Am J Med Genet - Semin Med Genet*. 2000;97(1):12-7.
 24. WHO. ICD-10: Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders [Internet]. 2016 [consultado a 19 de maio de 2019]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F20-F29>
 25. B. N, A. M, R. A, M. H, K. K, G. N, et al. Quality-adjusted life year difference in patients with predominant negative symptoms of schizophrenia treated with cariprazine and risperidone. *J Comp Eff Res* [Internet]. 2017;6(8):639-48. Disponível em: <http://www.futuremedicine.com/loi/cer%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed18&NEWS=N&AN=619475674>

26. Harrison, P; Cowen, P; Burns, T; Fazel M. Antipsychotic drugs. Em: Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. 7th ed. 2017. p. 724-34.
27. Martins C. Manual de Análise de Dados Quantitativos com o recurso a IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. 1ª edição. PSIQUILIBRIOSEDIÇÕES; 2011.
28. Teschke R. Alcoholic Liver Disease: Alcohol Metabolism, Cascade of Molecular Mechanisms, Cellular Targets, and Clinical Aspects. Biomedicines. 2018;6(4):106.
29. Assembleia da República. Portaria n.º 1429/2007. Diário da Repub. 2007;
30. Assembleia da República. Portaria n.º 97/2018. Diário da República. 2018;
31. Assembleia da República. Deliberação n.º 1500/2004. Diário da República. 2004;
32. Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF). 3ª edição. 2009.
33. INFARMED. Deliberação n.º 1502/2014. Diário da República. 2014;2-4.
34. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 307/2007. Diário da República. 2007;
35. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 171/2012. Diário da República. 2012;
36. Glintt. SIFARMA [Internet]. 2016 [consultado a 6 de junho de 2019]. Disponível em: <https://www.glintt.com/pt/o-que-fazemos/ofertas/SoftwareSolutions/Paginas/Sifarma.aspx>
37. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 176/2006. Diário da República. 2006;
38. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 20/2013. Diário da República. 2013;
39. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 128/2013. Diário da República. 2013;
40. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 26/2018. Diário da República. 2018;
41. INFARMED. Projeto Via Verde do Medicamento. Circ Inf Nº 019/CD/10020200. 2015;
42. INFARMED. Implementação dispositivos segurança - Diretrizes após 9 de fevereiro de 2019. Circ Inf Nº 020/cd/10020200. 2019;
43. INFARMED. Portaria n.º 195-D/2015. Diário da República. 2015;
44. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 97/2015. Diário da República. 2015;
45. Assembleia da República. Portaria n.º 287/2016. Diário da República. 2016;
46. Assembleia da República. Portaria n.º 102/2018. Diário da República. 2018;
47. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 292/2005. Diário da República. 2005;
48. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 15/93. Diário da República. 1993;
49. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 77/2014. Diário da República. 2014;
50. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 145/2009. Diário da República. 2009;
51. Plácido GM, Guerreiro MP. Administração de vacinas e medicamentos injetáveis por farmacêuticos. Em: Ordem dos Farmacêuticos [Internet]. 2015. p. 142;190. Disponível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile1842.pdf
52. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 95/2004. Diário da República. 2004;
53. Assembleia da República. Portaria n.º 769/2004. Diário da República. 2004;
54. Assembleia da República. Portaria n.º 594/2004. Diário da República. 2004;
55. Assembleia da República. Despacho n.º 18694/2010. Diário da República. 2010;

Anexos

Anexo 1 Questionário aplicado à amostra

QUESTIONÁRIO SOBRE A TERAPÊUTICA DE ANTIPSICÓTICOS NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO COVA DA BEIRA



Sou estudante do 5.º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior, e encontro-me a escrever a dissertação de mestrado intitulada “Análise da Terapêutica de Antipsicóticos no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira”. Este questionário insere-se no âmbito desta dissertação e tem como objetivo recolher dados de utentes do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental deste Hospital, que tomam esta classe de fármacos, com vista a entender que fármacos tomam, que doença têm, possíveis efeitos secundários e interações medicamentosas.

Este questionário é de cariz **ANÓNIMO E CONFIDENCIAL** e os dados recolhidos são única e exclusivamente para fins de investigação. Ao responder a este questionário está a autorizar que os dados cedidos sejam utilizados para este fim. Agradeço desde já sua participação.

Cristiano Alves

1. **Sexo:** Masculino () Feminino () **Código Interno** _____
2. **Idade:** 18-25 () 26-30 () 31-35 () 36-40 () 41-50 () 51-60 ()
61-70 () 71-80 () 81-90 () >90 ()
3. **Patologia diagnosticada:** Esquizofrenia () Transtorno Bipolar ()
Desconhece o diagnóstico ()
4. **Medicamento que toma:** _____

5. **Há quanto tempo toma esta medicação?** _____
6. **Desde que toma esta medicação, surgiu algum dos seguintes sintomas? Com que frequência?**

	Nunca	Às vezes	Sempre
Incapacidade de iniciar movimento			
Movimentos involuntários ou espasmos			
Movimentos lentos			
Rigidez muscular			
Sedação/Sonolência			
Visão turva			
Boca seca			
Obstipação			
Dificuldade ao urinar			
Perda de memória			
Tonturas quando se levanta numa posição sentada ou deitada			
Palpitações ou Dores no peito			
Diminuição do apetite sexual			

“Análise da Terapêutica de Antipsicóticos no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira”

	Sim	Não
Aumento de peso		
Aumento dos triglicéridos e/ou colesterol		
Aumento da glicémia / “Diabetes alta”		
Aumento da pressão arterial / “Tensões altas”		
Infeções recorrentes		
Outro(s)		

7. Tem mais alguma doença? Qual/Quais?

8. Se sim, que outros medicamento toma?

9. Toma algum tipo suplemento alimentar? Se sim, qual?

10. Bebe algum tipo de chá? Se sim, qual? _____

11. A nível de hábitos tabágicos, fuma? Sim () Não ()

12. Consome bebidas alcoólicas? Sim () Não ()

13. Por último, apresenta mais algum dos seguintes sintomas?

	Sim	Não
Sedação/Sonolência excessiva		
Dificuldade em realizar tarefas		
Quedas após se levantar numa posição sentada ou deitada		
Fraqueza ou Desinteresse para realizar tarefas		
Espasmos repetitivos e excessivos		
Sonambulismo		
Obstipação severa ou Dor abdominal forte		
Dificuldade ao respirar		
Palpitações ou Dores no peito		
Diminuição da pressão arterial / “Tensões baixas”		
Desmaios recorrentes		
Sensação de que o antipsicótico não faz efeito		
Outro(s)		

Anexo 2 Autorização cedida pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário da Beira Interior



Rec. 110
22 JAN. 2019
Nede a 03/01/2019
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
Adjunto da Direcção Clínica
Dr. Carlos Gomes

Assunto: Projecto de Investigação n.º 78/2018- "Análise Terapêutica de Antipsicóticos no Centro Hosp	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	Nº: 11/2019
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 22-01-2019

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Cristiano Emanuel Nunes Alves, aluno de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Análise Terapêutica de Antipsicóticos no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, a realizar no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer nº 01/2019, emitido pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,



(Dr.ª Rosa Saraiva)

RS/MA

Centro Hospitalar Cova da Beira
Presidente em reunião de C.A.
Em 22 JAN. 2019
Despacho
Autorizado
Presidente de C.A. / Director Clínico
Dr. João Inácio Coelho Alves
Vogal de C.A.
Dr.ª Maria Antónia Mota
Vogal de C.A.
Dr.ª Maria de Jesus Trancoso Marques
Ente. médico-legal
Ente. José António Ramos Ramalho

Em resposta ao pedido de autorização de acesso de dados clínicos para o Estudo nº 78/2018 "Análise Terapêutica de Antipsicóticos no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira" a realizar no CHUCB informo que, dado se tratar de um estudo prospetivo a realizar apenas com consentimento informado prévio, não carece de autorização do RAI.

Data: 18/01/2019

*O tratamento dos dados
é baseado no consentimento
do titular, sendo a opção.*

EPD

Sandra Duarte
Responsável de Proteção de Dados
C.H.U.C.B. EPE

RAI

[Handwritten signature]

