



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Marcela Filipa Cimodera Alves

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Abordagem Terapêutica das Perturbações do Sistema Nervoso nos Doentes Paliativos” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, da Dra. Catarina Coelho, da Dra. Capitolina Pinho e da Professora Doutora Margarida Castel-Branco apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho de 2019



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Marcela Filipa Cimodera Alves

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Abordagem Terapêutica das Perturbações do Sistema Nervoso nos Doentes Paliativos” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, da Dra. Catarina Coelho, da Dra. Capitolina Pinho e da Professora Doutora Margarida Castel-Branco apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho de 2019

Eu, Marcela Filipa Cimodera Alves, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2014232692, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Abordagem Terapêutica das Perturbações do Sistema Nervoso nos Doentes Paliativos” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade curricular de Estágio Curricular.

Mais declaro que este Documento é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 12 de julho de 2019

Marcela Filipa Cimodera Alves

(Marcela Filipa Cimodera Alves)

Agradecimentos

Em primeiro lugar, à minha orientadora, Professora Doutora Margarida Castel-Branco, por toda a disponibilidade e acompanhamento na escrita desta monografia e por todas as palavras que me fizeram crescer ao longo destes cinco anos.

A toda a equipa da ARSC, IP, em especial à Dra. Catarina Coelho, que tão bem me recebeu, por liderar esta equipa maravilhosa e por se mostrar sempre disponível para comigo.

À Dra. Paula, à Dra. Emília, à Dra. Fátima, à Dra. Cláudia e à Dra. Isabel por toda a disponibilidade demonstrada desde início, pelos conhecimentos que me transmitiram e por me terem deslumbrado com o seu entusiasmo constante no dia a dia da prática farmacêutica.

À Anabela, à Eugénia, à Rosa, à Rosalina, à Cristina, à Olga, ao Pedro, ao Vítor e ao António por todo o carinho, alegria e partilha proporcionados a cada dia de estágio.

A toda a equipa da Farmácia Figueiredo, à Dra. Capitolina, à Dra. Patrícia, à Dra. Sara, ao Dr. Luís, à Dra. Ana, à Dra. Liliana e à Dra. Catarina por me terem proporcionado momentos de alegria e de aprendizagem, mostrando-se sempre disponíveis e deixando transparecer toda a sensibilidade que aplicam no exercício da sua profissão.

À excelente Faculdade que me acolheu e a todos os que dela fazem parte, desde docentes a não docentes, por todos os ensinamentos, acolhimento e carinho.

Às minhas colegas de casa e amigas, Joana Gonçalves, Mariana Carlos e Marta Sequeira, por me acompanharem ao longo deste percurso, pelo apoio e por todas as aventuras que partilhámos e que espero nunca esquecer.

À Jéssica Giraldo pelo apoio incondicional, pelas alegrias e tristezas que vivemos, que seguramente nos fizeram crescer, e principalmente pela amizade incondicional que quero levar para a vida.

À Ana Saraiva por ser um porto de abrigo, pela genuína cumplicidade, pela paciência e por ter relido esta monografia constantemente.

Às Mondeguinas pelos momentos de música e diversão, por me terem proporcionado criar amizades que nunca esquecerei e por serem uma das razões pelas quais sinto que estudar em Coimbra valeu realmente a pena.

A todos os meus familiares e amigos que, mesmo não estando presentes diariamente nestes últimos anos, se fizeram sentir ao longo deste meu percurso.

Ao meu irmão por ser um orgulho constante na minha vida, por nunca deixar de acreditar em mim e por ter sido uma peça fundamental a nível informático na realização desta monografia.

Aos meus pais por trabalharem de sol a sol, a fim de me poderem dar todas as oportunidades para ter construído este longo caminho de aprendizagens. Sem eles, sem dúvida que nada do que atingi era possível. Agradeço também pela paciência, pelo apoio, pelo incentivo e por fazerem de mim a pessoa que sou hoje.

A Coimbra por me ter acolhido menina, por me deixar viver e crescer e por me ver partir mulher, pelas ruas percorridas que a cada passo deixam uma história e pela saudade que já sinto, mesmo antes da despedida.

A todos o meu sincero obrigada!

*Nas pessoas, assim como entenderia um bom boticário,
o que vale não é o frasco, mas a essência.*

- Augusto Branco

Índice

Parte I – Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

Lista de Abreviaturas	7
1. Introdução.....	8
2. Serviços Farmacêuticos – Gabinete de Farmácia e Medicamento da ARSC, IP.....	9
3. Análise SWOT	10
3.1. Pontos Fortes	12
3.1.1. Aplicação de Conhecimentos Adquiridos nas Unidades Curriculares do MICF.....	12
3.1.2. Aplicação de conhecimentos informáticos	12
3.1.3. Aproximação aos Medicamentos e Produtos de Saúde	12
3.1.4. Gestão de Recursos e Aprovisionamento	13
3.1.5. Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento (SGICM)	13
3.1.6. Receção, Armazenamento e Distribuição de Medicamentos e Produtos de Saúde.....	14
3.1.7. Colaboração na elaboração de registos relevantes em casos de Quebras de Rede de Frio.....	15
3.2. Pontos Fracos	15
3.2.1. Falta de medicamentos e produtos de saúde.....	15
3.2.2. Início tardio dos Contratos Públicos (CP).....	16
3.3. Oportunidades.....	16
3.3.1. Participação na Formação de “Risco Biológico para os Trabalhadores nas Unidades de Saúde”	16
3.3.2. Participação no evento “Liderança e Governação Clínica – Um Compromisso com o SNS”	17
3.3.3. Participação no “Curso de Vacinação no Doente com Imunossupressão”	17
3.3.4. Apresentação do produto “ipoclor 25”	18
3.3.5. Visita à Unidade de Alcoologia de Coimbra (UAC)	18
3.3.6. Participação no projeto “4º Ciclo Temático de Formação em Alcoologia”	19
3.4. Ameaças	20
3.4.1. Início do Circuito Legal da Metadona.....	20
3.4.2. Impossibilidade de realizar visitas às UF.....	20
4. Conclusão	21
Bibliografia.....	22

Parte II – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Lista de Abreviaturas	24
1. Introdução.....	25
2. Farmácia Figueiredo.....	26
3. Análise SWOT	26
3.1. Pontos Fortes	27

3.1.1. Localização da Farmácia Figueiredo.....	27
3.1.2. Realização de Medições dos Parâmetros Bioquímicos, Pressão Arterial e Índice de Massa Corporal (IMC).....	28
3.1.3. Preparação Individualizada de Medicação (PIM)	28
3.1.4. Homeopatia e Fitoterapia.....	28
3.1.5. Consultas de Podologia e Nutrição.....	29
3.1.6. Programa de Troca de Seringas (PTS).....	29
3.1.7. Marketing Farmacêutico.....	30
3.1.8. Boa comunicação.....	31
3.1.9. Não venda	31
3.2. Pontos Fracos	31
3.2.1. Preparação de Medicamentos Manipulados.....	31
3.2.2. Erros de <i>Stock</i>	32
3.2.3. Espaço físico.....	32
3.2.4. Localização	33
3.3. Oportunidades.....	33
3.3.1. Teste do Movimento	33
3.3.2. Participação em Formações	34
3.3.3. Notificação de Reação Adversa Medicamentosa (RAM)	34
3.3.4. Participação no XI Encontro do Dia Internacional da Família – Famílias e Ação Climática.....	34
3.4. Ameaças.....	35
3.4.1. Receitas Manuais.....	35
3.4.2. Medicamentos Esgotados/Rateados	36
3.4.3. Prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI).....	36
3.4.4. Falta de confiança por parte dos utentes.....	37
4. Conclusão	37
Bibliografia	38
Parte III – Abordagem Terapêutica das Perturbações do Sistema Nervoso Central nos Doentes Paliativos	
Lista de Abreviaturas	40
Resumo	41
Abstract	42
1. Introdução.....	43
2. Objetivo.....	44
3. Abordagem Terapêutica dos principais distúrbios do Sistema Nervoso Central	45
3.1. Delírio	45
3.2. Ansiedade e Medo.....	47
3.3. Desordens do sono.....	48
3.4. Sintomas depressivos.....	50
3.5. Demência.....	52
3.6. Convulsões.....	53

3.7. Fadiga.....	55
4. Intervenção do Farmacêutico.....	58
5. Conclusão	60
Bibliografia	61

**Parte I – Relatório de Estágio em Farmácia
Hospitalar**

Lista de Abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSC, IP – Administração Regional de Saúde do Centro, Instituto Público

ARS, IP – Administração Regional de Saúde, Instituto Público

BM – Baixo Mondego

BV – Baixo Vouga

CB – Cova da Beira

CP – Contratos Públicos

DCI – Denominação Comum Internacional

DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

DL – Dão-Lafões

DM – Dispositivo Médico

FC – Farmácia Central

FEFO – *First Expire, First Out*

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

LASA – *Look-alike, Sound-alike*

MAM – Medicamentos de Alerta Máximo

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

PIN – Pinhal Interior Norte

PL – Pinhal Litoral

PNV – Programa Nacional de Vacinação

SF-GFM – Serviços Farmacêuticos – Gabinete de Farmácia e Medicamento

SGICM – Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TDAR – Teste Diagnóstico Antigénico Rápido

TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

UAC – Unidade de Alcoologia de Coimbra

UALP – Unidade de Aprovisionamento, Logística e Património

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

I. Introdução

Os medicamentos são substâncias, ou associações destas, contendo propriedades curativas ou preventivas de doenças ou sintomas, ou que possam ser administrados, de modo a assegurar um diagnóstico médico ou desencadear uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica alterando, beneficemente, funções fisiológicas. [1] Um Dispositivo Médico (DM) é qualquer material que, utilizado para fim de diagnóstico ou terapêutica, apresente efeito benéfico sem atuar de forma farmacológica, imunológica ou metabólica. [2]

Sendo o farmacêutico um especialista do medicamento e agente de saúde pública compete-lhe assim certificar-se do uso racional dos medicamentos e garantir a sua qualidade, segurança e eficácia a fim de assegurar uma boa qualidade de vida aos doentes.

É ao farmacêutico hospitalar que compete sobretudo ratificar o circuito do medicamento, desde a receção, armazenamento e distribuição, até à devida administração ao doente, com a finalidade de prevenir erros de medicação e aprimorar a prestação de cuidados de saúde à população.

O presente relatório foi elaborado no âmbito da realização do estágio curricular, em Farmácia Hospitalar, concernente ao Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF); este realizou-se na Farmácia Central (FC) da Administração Regional de Saúde do Centro, Instituto Público (ARSC, IP) situada no Alto da Relvinha na Pedrulha, em Coimbra, teve a duração de 280 horas, com início a 7 de janeiro e término a 1 de março de 2019, e decorreu sob orientação da Dra. Catarina Coelho.

A escolha deste estágio baseou-se numa aspiração ao conhecimento das várias áreas referentes à farmácia e ao medicamento, e à maior compreensão da imensidão de medicamentos e produtos de saúde referentes ao mundo farmacêutico, com o intuito de poder adquirir competências mais abrangentes que permitam uma adaptação mais facilitada no início da minha carreira profissional.

Ao longo deste relatório é elaborada uma abordagem crítica acerca da minha experiência pessoal vivenciada no decorrer do estágio, sob a forma de uma análise SWOT (*Strengths/Forças; Weaknesses/Fraquezas; Opportunities/Oportunidades; Threats/Ameaças*) onde são explicados pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças.

2. Serviços Farmacêuticos – Gabinete de Farmácia e Medicamento da ARSC, IP

As Administrações Regionais de Saúde, Institutos Públicos (ARS, IP) são institutos públicos integrados na administração indireta do Estado, providos de autonomia administrativa, financeira e património próprio, e estando cada um outorgado a uma área geográfica específica.

[3]

Os ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde) são serviços desconcentrados, que garantem a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, dos quais fazem parte várias Unidades Funcionais (UF), que integram um ou mais centros de saúde. Destas UF, em cada ACES existe, no mínimo, uma Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), havendo unicamente uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), e podendo ainda existir outras unidades/serviços considerados necessários. Cada UF possui uma equipa multiprofissional que interage cooperativamente com as restantes.

Atualmente a ARSC, IP dispõe de 6 ACES: Baixo Vouga (BV), Dão-Lafões (DL), Baixo Mondego (BM), Pinhal Interior Norte (PIN), Cova da Beira (CB) e Pinhal Litoral (PL), sendo que nos SF-GFM foi designada uma farmacêutica responsável pela colaboração com cada um. [4]

Os Serviços Farmacêuticos – Gabinete de Farmácia e Medicamento (SF-GFM) da ARSC, IP são dotados de vários encargos, entre os quais se destacam a promoção da saúde e bem-estar, a prevenção da doença, e a colaboração com a Unidade de Aprovisionamento, Logística e Património (UALP), realizando a supervisão técnica da aquisição de medicamentos e produtos de saúde, assegurando a sua devida qualidade, segurança, eficácia, acondicionamento, distribuição e utilização.

Os SF-GFM são constituídos por uma equipa multiprofissional da qual fazem parte Farmacêuticos, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT), Assistentes Técnicos e Assistentes Operacionais.

A sala principal da Farmácia Central (FC) apresenta uma configuração espacial adequada ao circuito dos medicamentos e produtos de saúde, mantendo as condições necessárias à garantia de qualidade e segurança dos mesmos, passando por respeitar temperaturas inferiores a 25°C e humidade inferior a 60% sem penetração da luz solar direta. Deste modo, na sala principal da farmácia existem áreas específicas para a receção de medicamentos, armazenamento e distribuição, sendo que a área de armazenamento contém 2 tipos de prateleiras: as primeiras

organizadas por forma farmacêutica e ordem alfabética contendo a identificação, de todos os medicamentos e produtos de saúde, por Denominação Comum Internacional (DCI) e código do Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento, e as segundas colocadas em redor da sala alocadas ao stock de retaguarda. Após o atendimento dos pedidos de medicamentos e produtos de saúde elaborados pelas UF é necessário proceder à validação dos mesmos, havendo assim uma área destinada a esta finalidade. No interior da sala encontram-se ainda uma área destinada à devolução de medicamentos rececionados porém não conformes, e um cofre devidamente fechado para o armazenamento de medicamentos sujeitos a controlo especial (estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas).

Para além da sala principal, existem salas exclusivas para o armazenamento de produtos inflamáveis; soluções injetáveis de grande volume, antissépticos e desinfetantes; atendimento de vacinas e medicamentos termolábeis; e o gabinete das farmacêuticas.

Dada a necessidade de temperaturas entre 2°C e 8°C, para medicamentos que carecem de manutenção da rede de frio, a sala de atendimento de vacinas possui vários frigoríficos, cujas temperaturas são anotadas com regularidade, garantindo o controlo da temperatura. À parte, existem também duas câmaras frigoríficas, destinadas ao armazenamento de maiores quantidades de vacinas e medicamentos de frio, com monitorização contínua (de 15 em 15 min) da temperatura em sistema informático (que remete uma notificação via SMS às farmacêuticas responsáveis quando esta não está conforme), alarmes que disparam aquando da abertura das portas e alimentadas por um gerador a fim de garantir a manutenção da temperatura pretendida em casos de falhas de energia elétrica.

3. Análise SWOT

A análise SWOT consiste numa avaliação estratégica descrita através de fatores internos, que podem ser controlados (Pontos Fortes e Fracos) e fatores externos, que embora não possam ser controlados são suscetíveis de aproveitamento ou evitação (Oportunidades e Ameaças), representados na Tabela I.

Em suma esta análise permite desenvolver vantagens, superar desvantagens, explorar oportunidades e neutralizar ameaças.

O propósito desta reflexão crítica será também gerir todos estes fatores e aperfeiçoar a minha atitude profissional de forma a potencializar a minha futura carreira farmacêutica.

Tabela I – Análise SWOT: Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças

ANÁLISE SWOT		Fatores negativos	
		Fatores positivos	
	Pontos Fortes	Pontos Fracos	
	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do MICF - Aplicação de Conhecimentos Informáticos - Aproximação aos Medicamentos e Produtos de Saúde - Gestão de Recursos e Aprovisionamento - Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento (SGICM) - Receção, Armazenamento e Distribuição de Medicamentos e Produtos de Saúde - Colaboração na elaboração de registos relevantes em casos de Quebras de Rede de Frio 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de medicamentos e produtos de saúde - Início tardio dos Contratos Públicos 	
Fatores internos	Oportunidades	Ameaças	
	<ul style="list-style-type: none"> - Participação na Formação de “Risco Biológico para os Trabalhadores nas Unidades de Saúde” - Participação no evento “Liderança e Governação Clínica – Um Compromisso com o SNS” - Participação no “Curso de Vacinação no Doente com Imunossupressão” - Apresentação do produto “ipoclor 25” - Visita à Unidade de Alcoologia de Coimbra - Participação no projeto “4º Ciclo Temático de Formação em Alcoologia” 	<ul style="list-style-type: none"> - Início do Circuito Legal da Metadona - Impossibilidade de realizar visitas às UF 	
Fatores externos			

3.1. Pontos Fortes

3.1.1. Aplicação de Conhecimentos Adquiridos nas Unidades Curriculares do MICF

Ao longo do decorrer do estágio foi notória a grande relação entre os conhecimentos adquiridos no MICF e a necessidade da sua aplicação prática, nomeadamente em:

- Bacteriologia e Análises Bacteriológicas - úteis na Formação de “Risco Biológico para os Trabalhadores nas Unidades de Saúde”;
- Deontologia e Legislação Farmacêutica - úteis na dispensa de medicamentos sujeitos a controlo especial;
- Farmácia Hospitalar - úteis na aplicação dos conceitos LASA (*Look-alike, Sound-alike*), FEFO (*First Expire, First Out*) e MAM (Medicamentos de Alerta Máximo), de modo a evitar erros de troca de medicamentos e dispensa de medicamentos com prazo de validade superior em relação a outros;
- Virologia - úteis no atendimento de vacinas e na compreensão do PNV (Programa Nacional de Vacinação).

3.1.2. Aplicação de conhecimentos informáticos

As farmacêuticas da ARSC, IP realizam anualmente estudos estatísticos referentes ao consumo de medicamentos e ocorrência de várias adversidades com a finalidade de comparação de valores no decorrer dos anos.

Os conhecimentos informáticos, particularmente acerca do Microsoft Excel permitiram-me colaborar com as farmacêuticas na elaboração de tarefas de uma forma muito mais rápida e eficiente: como o caso do registo e elaboração do parecer acerca das Quebras de Rede de Frio concernente ao ano de 2018 no ACES BM; do registo de consumo de Quinolonas relativamente ao ano de 2018 no ACES BM; e do tratamento de dados relativo ao TDAR (Teste Diagnóstico Antigénico Rápido). Dada toda a disponibilidade da equipa, foi também possibilitada a interação com as farmacêuticas e assistentes a fim de trocar conhecimentos nesta área.

3.1.3. Aproximação aos Medicamentos e Produtos de Saúde

O meu primeiro contacto com uma maior variedade de medicamentos ocorreu aquando da realização do estágio e foi evidente a perceção da indicação terapêutica da maioria dos

medicamentos e produtos de saúde. Um dos benefícios adquiridos neste campo foi a associação entre os nomes comerciais e os princípios ativos dos medicamentos e produtos de saúde.

A aquisição de DM esta sujeita à supervisão técnica do farmacêutico. Assim, devido ao forte aprovisionamento destes por parte da Farmácia Central da ARSC, IP, pude também fortalecer os meus conhecimentos neste âmbito, mais especificamente no que respeita às espumas de poliuretano. Estas utilizam-se na proteção e/ou tratamento de feridas, impedindo a penetração de agentes patogénicos, podendo conter substâncias com variadas funções, como, por exemplo, cicatrizantes e antimicrobianas.

Este estágio permitiu-me ficar familiarizada com os testes de diagnóstico antigénico rápido, capazes de distinguir entre amigdalite bacteriana e viral em crianças e adolescentes com epidemiologia e sinais/sintomas de amigdalite aguda por *Streptococcus* do grupo A. Sendo dotados de elevada sensibilidade (97,6%) e especificidade (98,4%), estes testes permitem um diagnóstico mais correto o que consequentemente diminui a prescrição de antibióticos e evita as resistências bacterianas. [5]

A distribuição de Testes de Diagnóstico Antigénico Rápido, é também considerada uma mais valia, sendo que as resistências bacterianas constituem uma atual adversidade. Assim, é extremamente útil a aquisição e distribuição de novos produtos a fim de se proporcionar um diagnóstico e terapêutica em constante evolução que acompanhem as necessidades dos doentes.

3.1.4. Gestão de Recursos e Aprovisionamento

Uma atividade desenvolvida pelas farmacêuticas da ARSC, IP consiste no aproveitamento máximo de todos os produtos. Posto isto, aquando da aproximação do prazo de validade de alguns medicamentos, averiguam qual o hospital que tem possibilidade de consumo dos medicamentos dentro do prazo limite e procede-se a um empréstimo, em que são posteriormente devolvidos os medicamentos correspondentes, porém com um prazo de validade mais alargado, evitando desperdícios. Desta forma, pude lidar com modos de solucionar vários problemas o que incutiu em mim maior aptidão para evitar adversidades relacionadas, prevenindo o desaproveitamento de produtos.

3.1.5. Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento (SGICM)

Uma das grandes vantagens da FC da ARSC, IP é o facto de possuírem o SGICM que facilita imenso a elaboração das funções diárias. O SGICM consiste num sistema informático

organizado que, tal como se referencia, pretende simplificar e clarificar o circuito do medicamento. Este sistema apresenta várias vantagens, entre as quais: armazenamento de registos, concernentes aos medicamentos, sem ocupação de espaço físico e diminuindo o dispêndio desnecessário de papel; redução de erros de medicação; controlo rigoroso de *stocks* e rotação de medicamentos e produtos de saúde; e economia de tempo que pode ser rentabilizado noutro tipo de funções. O SGICM possui várias funcionalidades que permitem rapidamente proceder à receção/distribuição de medicamentos, verificação e controlo de *stocks* e prazos de validade, satisfação de pedidos das UF e emissão de documentos necessários. Deste modo, tendo esta complexidade de informação informatizada, é muito mais prática e instantânea a sua consulta, o que facilitou a minha interiorização relativamente às várias funcionalidades.

3.1.6. Receção, Armazenamento e Distribuição de Medicamentos e Produtos de Saúde

De entre todas as tarefas realizadas, a mais rotineira e na qual pude colaborar mais vigorosamente foi sem dúvida a receção, armazenamento e distribuição de medicamentos. Desde a verificação de quantidades, lotes e documentos requeridos dos produtos a serem recebidos, quer fisicamente quer informaticamente, passando pelo armazenamento de acordo com as condições necessárias e respeitando os critérios concernentes a um armazenamento correto que evite erros de medicação, até à posterior distribuição, respeitando os *stocks* previamente estabelecidos e consumo médio mensal atribuídos a cada UF, assim que estas procedam ao envio do pedido de requisição mensal. Previamente à distribuição existe sempre lugar para conferência de pedidos de modo a evitar ao máximo erros de troca de medicamentos ou de quantidades não conforme. Havendo a necessidade de pedidos relativos a produtos que não constem do pedido mensal, as UF podem recorrer a pedidos extraordinários que, após serem aprovados pela farmacêutica atribuída ao respetivo ACES, serão satisfeitos de igual forma que os restantes. Apesar da colaboração dos Assistentes Operacionais nas funções anteriormente descritas, cabe exclusivamente às farmacêuticas a receção, armazenamento e atendimento de hemoderivados (Imunoglobulina anti-D/Rh e Imunoglobulina antitetânica), estupefacientes e psicotrópicos, dada a necessidade de um controlo específico, em que são cumpridas todas as exigências descritas na legislação. Foi-me assim possibilitado o acompanhamento e compreensão mais minuciosa acerca do Circuito do Medicamento e a relevância que as farmacêuticas têm, sobretudo em relação aos

medicamentos sujeitos a controlo especial, devendo sempre acatar um elevado sentido de responsabilidade.

3.1.7. Colaboração na elaboração de registos relevantes em casos de Quebras de Rede de Frio

Quando se sucede uma Quebra de Rede de Frio, a UF correspondente deve enviar uma notificação para os SF-GFM, em que conste a identificação dos produtos afetados pela variação de temperatura, a temperatura máxima atingida e o intervalo de tempo em que tal aconteceu, e colocar todos os produtos num frigorífico funcional em quarentena. Após receção da notificação, a farmacêutica responsável procede à elaboração de um relatório e averigua, junto dos respetivos laboratórios, a possibilidade de utilização ou não dos produtos submetidos à quebra de rede de frio, garantindo sempre a sua eficácia e segurança. Dadas as inúmeras ocorrências, nomeadamente, em outubro, no ACES BM, devido à tempestade Leslie, e a fim de facilitar a consulta das respostas obtidas pelos laboratórios, eu e a minha colega de estágio do MICEF, sob orientação das farmacêuticas da FC da ARS,IP, procedemos à elaboração de uma tabela sintetizada em que colocámos todos os medicamentos de frio e as circunstâncias anormais a que estes foram sujeitos acoplando as respostas dos respetivos laboratórios, proporcionando assim uma consulta mais imediata e evitando por vezes um novo pedido de parecer por parte dos laboratórios, com o intuito de conseguir fornecer um relatório o mais brevemente possível às UF.

3.2. Pontos Fracos

3.2.1. Falta de medicamentos e produtos de saúde

O início do ano, data em que decorreu o estágio, é, por norma, uma altura em que há maior escassez de medicamentos e produtos de saúde devido a ainda não se terem iniciado os processos de aquisição de bens.

Tendo em conta a situação, não foi possível o contacto com alguns medicamentos e produtos de saúde, particularmente macrogol, soros e alguns injetáveis. Apesar do sucedido, os medicamentos e produtos em falta não passaram despercebidos uma vez que eram constantes as reclamações por parte das UF, a fim de obter os produtos pretendidos, o que me permitiu estar ao corrente do habitual aprovisionamento dos mesmos por parte da FC da ARSC, IP.

Além dos medicamentos e produtos de saúde em falta, deu-se também o caso da necessidade de rateamento de alguns medicamentos, mais especificamente pílulas como desogestrel 0,075 mg em comprimidos. Pode-se considerar este problema como major para as UF visto que a equipa multidisciplinar da FC da ARSC, IP é dotada de uma boa organização e comunicação, no que respeita às suas tarefas, não havendo grandes erros relativamente ao aprovisionamento e distribuição.

3.2.2. Início tardio dos Contratos Públicos (CP)

Todos os medicamentos e produtos de saúde, assim como os DM, são submetidos a um processo de seleção, previamente à sua aquisição pelos SF-GFM. Deste modo os SF-GFM cooperam com a UALP na elaboração dos CP.

Os SF procedem a uma consulta do catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde dos SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde), convidando todos os fornecedores que constem do catálogo, a elaborar uma proposta relativamente aos medicamentos e produtos de saúde que pretendem adquirir.

Após verificação dos documentos necessários e requisitos técnicos exigidos a todas as propostas, é escolhida a mais favorável monetariamente.

Tendo em conta que os procedimentos dos CP, relativos ao ano de 2019, ocorreram numa altura próxima do término do estágio e sendo esta uma tarefa morosa e trabalhosa, foi impossibilitada a cooperação e participação ativa no processo criando assim uma lacuna no que respeita ao meu conhecimento aprofundado acerca da seleção e aquisição de medicamentos e produtos de saúde pelos SF-GFM.

3.3. Oportunidades

3.3.1. Participação na Formação de “Risco Biológico para os Trabalhadores nas Unidades de Saúde”

Dada a atual adversidade referente às resistências bacterianas é urgente a formação dos trabalhadores das UF com o propósito de informar/relembrar algumas regras básicas aplicáveis de forma a diminuir a aquisição de infeções. Deste modo, o Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) proporciona formações sobre os riscos biológicos aos quais os profissionais de saúde se encontram expostos, uma das quais tive a oportunidade de participar.

No decorrer da formação todos os formandos tiveram oportunidade de esclarecer dúvidas e debater alguns assuntos relativos à transmissão de risco biológico sendo ainda abordada a urgente necessidade de formação de assistentes operacionais dado que, tal como os profissionais de saúde, estes também se encontram expostos a riscos biológicos e podem ter um papel fundamental no impedimento de transmissão desses riscos.

Esta formação foi destinada aos trabalhadores da USF Topázio, os quais mostraram interesse em superar aspetos até então não conseguidos, quer por falta de recursos quer por falta de prática rotineira, o que leva a crer numa boa produtividade da formação.

3.3.2. Participação no evento “Liderança e Governação Clínica – Um Compromisso com o SNS”

O objetivo deste evento resumiu-se à elucidação de técnicas úteis na criação de um bom ambiente de trabalho a fim de proporcionar a melhor efetividade clínica. Para que seja evidente uma boa governação é necessária uma boa liderança!

A partilha de experiências pessoais de peritos no tema, permitiu-me ficar a par de técnicas de liderança e governação clínica, tais como a promoção de atitudes provocáveis de mudanças positivas e a consciência na abordagem de processos de trabalho, aplicáveis a equipas com a intenção de prestar a melhor assistência possível aos doentes.

Do meu ponto de vista, as reflexões finais acerca deste tema foram muito bem interiorizadas, devido a toda a dinâmica do evento, enfatizando o Role-play sobre “Liderança em Ação”. Deste modo, fiquei muito elucidada relativamente à importância do correto trabalho em equipa e da forma como é possível, sem grande esforço, mas com a atitude certa, motivar uma equipa perante adversidades e alterações, a que os profissionais de saúde se encontram sujeitos, por forma a aprimorar a produtividade e a qualidade dos serviços prestados à população.

3.3.3. Participação no “Curso de Vacinação no Doente com Imunossupressão”

A vacinação previne o aparecimento de doenças e pode provocar o seu controlo e/ou erradicação, protegendo a população. As vacinas estimulam uma resposta mais rápida e eficaz, em caso de doença, pelo sistema imunitário. Nos doentes imunodeprimidos, é requerida especial atenção, dada a diminuição da eficácia verificada, podendo ser necessárias doses superiores ou reforços mais frequentes.

Durante o curso foram abordadas algumas temáticas a fim de enfatizar a importância da vacinação nos doentes imunodeprimidos, mais especificamente nos idosos e doentes

oncológicos, transplantados, portadores de VIH (vírus da imunodeficiência humana) e portadores de doenças auto-imunes.

Sendo que a ARSC, IP distribui inúmeras vacinas às UF e entidades externas, a participação neste curso foi muito proveitosa na medida em que me possibilitou uma compreensão mais explícita acerca das particularidades abordadas no PNV no que respeita à vacinação em pessoas imunodeprimidas.

3.3.4. Apresentação do produto “ipoclor 25”

O ipoclor 25 em pastilhas, cujo princípio ativo é o trocloseno de sódio ou dicloroisocianurato de sódio, é um desinfetante eficaz contra bactérias, vírus, fungos e esporos. A apresentação deste produto, explicando as vantagens da sua utilização, sucedeu-se com o intuito de intervir positivamente na área de controlo de infeção nas UF e aumentar o escoamento do produto, evitando a sua inutilização.

A apresentação do produto permitiu ainda complementar, com informação adicional, a ficha do produto, que consta do Manual de Antissépticos e Desinfetantes da ARSC, IP dando especial atenção às diferentes concentrações de produto que devem ser obtidas de acordo com as características do local a desinfetar e grau de desinfeção pretendido.

3.3.5. Visita à Unidade de Alcoologia de Coimbra (UAC)

No decorrer do estágio foi-me proporcionada a oportunidade de visitar a UAC, com o intuito de proceder a um ajuste do *stock* e revisão dos prazos de validade dos medicamentos existentes, uma vez que a visita decorreu num período em que houve diminuição do número de camas disponíveis para internamento, devido à escassez de recursos humanos. Atendendo à pouca disponibilidade, por parte dos profissionais de saúde da UAC, para rever, periodicamente, prazos de validade, tomou-se a decisão de que será enviada, mensalmente, uma lista de medicamentos cujo prazo de validade é inferior a seis meses por forma a evitar que medicamentos com prazo de validade expirado passem despercebidos, sendo que o ideal seria a existência de um sistema informático que permitisse uma consulta mais fácil e rápida dos prazos de validade.

Durante a visita constatei ainda algumas irregularidades que deveriam ser contornadas, especificamente, o armazenamento indevido de resíduos em contentores abertos e cuja recolha só é efetuada mensalmente, a inexistência de um meio de esterilização em vias de funcionamento e a urgência de um sistema de dispensa individual, dadas as particularidades dos doentes internados nesta Unidade de Saúde, a fim de evitar trocas e erros de medicação.

Por outro lado, é evidente a preocupação e profissionalismo da equipa multidisciplinar para com os doentes, procurando também colaborar com as farmacêuticas dos SF-GFM.

Esta visita proporcionou-me um contacto mais próximo com outros profissionais de saúde e ainda uma visão mais aprofundada relativamente ao funcionamento da Unidade tendo em conta os vários obstáculos a que esta se encontra sujeita.

3.3.6. Participação no projeto “4º Ciclo Temático de Formação em Alcoologia”

No seguimento da visita à UAC surgiu a oportunidade de participar em duas sessões referentes ao 4º Ciclo Temático de Formação em Alcoologia, destinadas a profissionais das várias áreas de intervenção, sendo que os temas se intitulavam de “Normabilidades” e “Tabagismo em dependentes de álcool e outras drogas”.

Relativamente à primeira sessão, o tema trata-se da junção de “normalidade” com “morbilidade”, passando a ideia de que há uma continuidade entre saúde e doença e muitas vezes é complexa a distinção entre ambas. Ao longo da sessão referiu-se a eventualidade da coexistência de doença mental para além da dependência e do valor de reconhecer as comorbilidades com o intuito de prestar melhor/maior auxílio aos doentes.

No que diz respeito ao tabagismo a sua dependência em conjunto com a dependência de álcool e outras drogas é muito frequente, no entanto, na sociedade, embora se passe a ideia da importância da cessação do consumo de tabaco, há uma maior preocupação com o consumo de álcool e outras drogas, visto que as alterações cognitivo-comportamentais são muito mais exacerbadas. Nesta sessão abordaram-se temas como a farmacoterapia relativa à dependência física; estratégias cognitivo-comportamentais relativas à dependência psicológica, comportamental e/ou social; sintomas de abstinência de nicotina; e foram ainda apresentados alguns casos clínicos a fim de discutir a terapêutica correta com o público.

Na minha opinião estas sessões são realmente convenientes uma vez que é incentivada a interação com os participantes, onde estes podem colocar dúvidas, referir assuntos que gostariam de ver discutidos e ainda deixar por escrito os prós e contras da sessão, tendo em conta aspetos conseguidos e aspetos a melhorar numa futura sessão.

Por ser um tema no qual está envolvido muito preconceito, estas sessões despertaram-me interesse na medida de querer procurar mais conhecimento para poder estar mais informada e assim prestar mais auxílio nestas situações, quando necessário.

3.4. Ameaças

3.4.1. Início do Circuito Legal da Metadona

Atualmente, a dependência de opiáceos é tratada farmacologicamente segundo uma terapêutica de substituição, que deve ser temporária, recorrendo ao uso de agonistas totais ou parciais de opioides. Em Portugal, a metadona e a buprenorfina são os fármacos mais utilizados, para esta finalidade.

Pertencendo estes medicamentos à classe dos estupefacientes, carecem de armazenamento e dispensa controlados e monitorizados e apesar de a FC da ARSC, IP dispor de um cofre destinado ao armazenamento de estupefacientes, a metadona requer uma sala específica, o que implica condições restritas no que diz respeito às instalações da FC da ARSC, IP e que de momento não se encontram conformes.

Posto isto, uma vez que a metadona carece de um circuito validado e monitorizado por um farmacêutico e não existindo uma sala específica na FC da ARSC, IP não é permitido o armazenamento e posterior distribuição da metadona, esta adversidade é notória tendo em conta o grande envolvimento da ARSC, IP com a DICAD (Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), portanto seria de extrema importância o aprovisionamento de metadona de forma a proceder à sua distribuição.

3.4.2. Impossibilidade de realizar visitas às UF

As farmacêuticas da ARSC, IP realizam regularmente visitas às UF pertencentes ao seu ACES de modo a examinar a execução de protocolos implementados, *stocks*, prazos de validade e condições de armazenamento com o intuito de proceder a alguma intervenção aquando necessário. Com o intuito de acautelar faltas de medicamentos, as UF acumulam *stocks* desnecessários, não atualizando os níveis de *stock* mensal, o que acaba por levar a desperdícios. Assim é importante a presença de um farmacêutico regular nas UF com o intuito de reduzir custos e aumentar a eficiência do circuito do medicamento.

Embora tenha tido a oportunidade de auxiliar numa destas visitas à UAC, sendo esta uma unidade peculiar o tipo de medicação aprovisionada é diferente das restantes UF e não foi possível a verificação do cumprimento dos protocolos. Como não foi possibilitada a visita a outras UF não tive a oportunidade de perceber a relevância da presença de um farmacêutico nas UF nem a prática cotidiana exercida nestas UF.

4. Conclusão

Atendendo a que este foi o meu primeiro contacto com a prática da atividade farmacêutica, foi propício o desenvolvimento das minhas capacidades, não só profissionais, mas também a nível pessoal.

Com o decorrer do estágio foi possível ter uma noção mais aprofundada dos gastos em saúde, nomeadamente no que respeita, à enorme quantidade de medicamentos e produtos de saúde, consumidos diariamente pelas UF, facto que realça a necessidade da presença do farmacêutico na gestão do circuito do medicamento, a fim de evitar gastos desnecessários.

Até ter iniciado o meu estágio curricular na ARSC, IP, a presença do farmacêutico nesta área da saúde era, pra mim, totalmente desconhecida. Tenho consciência de que, atualmente, a atividade farmacêutica ainda é desvalorizada, e ninguém melhor que os próprios farmacêuticos para mudar esta perspetiva, advertindo para a sua indispensabilidade nas mais variadas áreas da saúde.

Ao longo do estágio, tendo-me apercebido do trabalho de campo realizado pelas farmacêuticas, no qual pude participar, foi evidente a importância da integração do farmacêutico em equipas multidisciplinares, uma vez que se beneficia da conjugação das distintas capacidades profissionais, na melhoria dos cuidados de saúde na população.

Considero que a realização deste estágio foi muito proveitosa, além de ter adquirido bastantes conhecimentos, despertou em mim maior interesse na área da farmácia hospitalar, especialmente no que diz respeito aos cuidados de saúde primários, em que a presença do farmacêutico é tão relevante.

Bibliografia

- [1] **DECRETO-LEI n.º. 176/2006.** Diário da República. Série I. 167 (06-08-30) p. 6297 - 6383.
- [2] **DECRETO-LEI n.º. 145/2009.** Diário da República. Série I. 115 (09-06-17) p. 3707 - 3765.
- [3] **DECRETO-LEI n.º. 22/2012.** Diário da República. Série I. 21 (12-01-30) p. 513 – 516.
- [4] **DECRETO-LEI n.º. 28/2008.** Diário da República. Série I. 38 (08-02-22) p. 1182 – 1189.
- [5] **Norma n.º. 020/2012 - Diagnóstico e Tratamento da Amigdalite Aguda na Idade Pediátrica.** Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS, 2012

**Parte II – Relatório de Estágio em Farmácia
Comunitária**

Lista de Abreviaturas

DCI – Denominação Comum Internacional

FF – Farmácia Figueiredo

IMC – Índice de Massa Corporal

MET – *Metabolic Equivalent Task*

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

MSRM – Medicamento Sujeito a Receita Médica

PIM – Preparação Individualizada de Medicação

PTS – Programa de Troca de Seringas

RAM – Reação Adversa Medicamentosa

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

I. Introdução

A farmácia comunitária constitui, frequentemente, o primeiro local onde os utentes se dirigem, com o intuito de verem resolvidos problemas de saúde. Isto advém do facto de as farmácias possuírem fácil acesso, o tempo de espera ser reduzido relativamente aos centros de saúde, os utentes terem consciência de que certas situações não implicam recorrer aos serviços médicos, a relação de confiança com os farmacêuticos, que deixa os utentes muito à vontade para expor os seus problemas, e também o aconselhamento farmacêutico gratuito.

O farmacêutico apresenta, assim, uma posição privilegiada podendo contribuir de diversas formas na manutenção da saúde da população, nomeadamente em acompanhamento e gestão terapêutica, administração de medicação, determinação de parâmetros bioquímicos, identificação de pessoas em risco, deteção precoce de várias doenças e promoção da saúde e estilos de vida mais saudáveis. Posto isto, cada vez mais serviços se encontram disponíveis nas farmácias, que não só a dispensa de medicamentos.

A grande vantagem do farmacêutico, face aos restantes profissionais de saúde, consiste no conhecimento mais aprofundado do medicamento. Posto isto, o seu papel é fundamental na promoção do uso responsável do medicamento, em articulação com os restantes profissionais de saúde.

A elaboração deste relatório assenta no âmbito da realização do estágio curricular, em Farmácia Comunitária, parte integrante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF). O estágio decorreu na Farmácia Figueiredo (FF), sob orientação da Dra. Capitolina Pinho, tendo início a 3 de março e término a 5 de julho de 2019 e perfazendo um total de 670 horas.

O presente relatório é apresentado sob a forma de análise SWOT (*Strengths/Forças; Weaknesses/Fraquezas; Opportunities/Oportunidades; Threats/Ameaças*), descrevendo o meu percurso na FF e analisando pontos positivos e menos positivos.

2. Farmácia Figueiredo

A Farmácia Figueiredo conta já com 91 anos de história e zelo pela saúde pública. Tendo sido inaugurada em 1928, na Rua da Sofia, em Coimbra, a FF mantém ainda particularidades que revelam a sua história e antiguidade. Sendo uma farmácia com tantos anos de história, torna-se assim uma vantagem na obtenção de confiança por parte dos utentes.

A equipa da FF é constituída por quatro farmacêuticas, uma das quais é a diretora técnica, um técnico de farmácia e uma técnica auxiliar de farmácia. A equipa é bastante jovem, dinâmica e delicada tendo facilitado assim a minha receção e integração.

A FF é constituída por 5 pisos sendo cada um deles destinado a funções significativas. O primeiro piso destina-se ao *back office*, local onde se procede à receção de encomendas e armazenamento de medicamentos organizados por forma farmacêutica, ordem alfabética e dosagem; faz ainda parte o frigorífico onde se armazenam medicamentos termolábeis e um cofre destinado a medicamentos psicotrópicos. O segundo piso constitui a área de atendimento e exposição de vários lineares referentes a produtos farmacêuticos e MNSRM (Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica). O terceiro piso destina-se a medições de parâmetros bioquímicos e constitui também uma área de exposição. O quarto piso engloba dois gabinetes destinados às consultas de podologia e nutrição. E por último o quinto piso possui o gabinete da direção técnica e o laboratório.

3. Análise SWOT

Tal como referido no relatório anterior, a análise SWOT permite avaliar fatores internos e externos relativos à organização, constituindo assim uma análise sistemática global, em que se avaliam os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças, permitindo adotar as melhores estratégias.

Tabela I – Análise SWOT: Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças

ANÁLISE SWOT		Fatores positivos	Fatores negativos
Fatores internos	Pontos Fortes	<ul style="list-style-type: none"> - Localização da Farmácia Figueiredo - Realização de Medições dos Parâmetros Bioquímicos, Pressão Arterial e Índice de Massa Corporal (IMC) - Preparação Individualizada de Medicação (PIM) - Homeopatia e Fitoterapia - Consultas de Podologia e Nutrição - Programa de Troca de Seringas (PTS) - Marketing Farmacêutico - Boa Comunicação - Não venda 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação de Medicamentos Manipulados - Erros de Stock - Espaço Físico - Localização
	Oportunidades	Ameaças	
Fatores externos	<ul style="list-style-type: none"> - Teste do Movimento - Participação em Formações - Notificação de Reação Adversa Medicamentosa (RAM) - Participação no XI Encontro do Dia Internacional da Família – Famílias e Ação Climática - Medicamentos, Produtos e Biocidas de Uso Veterinário 	<ul style="list-style-type: none"> - Receitas Manuais - Medicamentos Esgotados/Rateados - Prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) - Falta de confiança por parte dos utentes 	

3.1. Pontos Fortes

3.1.1. Localização da Farmácia Figueiredo

A localização da FF, na baixa de Coimbra, nomeadamente, na Rua da Sofia, que é bastante movimentada, devido à proximidade de outros estabelecimentos comerciais, consultórios

médicos, clínica médica, várias instituições sociais e um lar de 3ª idade, constitui uma opção de fácil acesso aos utentes que frequentem os locais mencionados. Tendo sido a Rua da Sofia, classificada pela UNESCO, em 2013, como Património da Humanidade, faz-se ainda sentir um maior fluxo turístico nesta zona, o que me permitiu pôr em prática os meus conhecimentos em línguas estrangeiras, mais especificamente inglês e espanhol.

3.1.2. Realização de Medições dos Parâmetros Bioquímicos, Pressão Arterial e Índice de Massa Corporal (IMC)

Além das medições diárias, requeridas pelos utentes, foi realizado um rastreio gratuito, durante os dias 4 e 5 de abril, no âmbito do Dia Mundial da Saúde. Durante este rastreio, efetuei medições da pressão arterial, glicémia e IMC, com o intuito de promover a saúde pública. Atendendo a que o rastreio foi realizado numa fase inicial do meu estágio foi também benéfico na medida em que, ao longo dos dois dias, fui interagindo e criando empatia com os utentes, que até então não me conheciam.

3.1.3. Preparação Individualizada de Medicação (PIM)

A PIM consiste no reacondicionamento individualizado da medicação, de acordo com as tomas, permitindo seguir o esquema terapêutico instituído pelo médico, de forma correta e segura. A PIM tem como objetivo melhorar a adesão à terapêutica e evitar erros de medicação, auxiliando o utente na correta administração dos medicamentos, proporcionando a toma do medicamento correto, na dose correta e à hora correta.

Dado que a maior parte dos utentes da FF são idosos polimedicados e estes podem ficar um pouco confusos com as diferentes posologias, a PIM constitui uma mais valia, quer para os utentes, quer para os seus cuidadores. Ao longo do estágio, pude efetuar este serviço, semanalmente, ficando ainda mais elucidada para a sua importância numa terapêutica correta, e ainda obtendo conhecimentos no que respeita às características organolépticas dos medicamentos, o que facilitou no atendimento, uma vez que são vários os utentes que identificam a medicação pela sua cor e forma.

3.1.4. Homeopatia e Fitoterapia

A homeopatia segue os princípios da similitude e da infinitesimalidade, atuando por estimulação do sistema imune, através de concentrações extremamente reduzidas.

Apesar de não ter efetuado nenhum aconselhamento de medicamentos homeopáticos, as solicitações por parte dos utentes foram recorrentes, demonstrando que de facto proporcionam resultados e levando a que procurem usar produtos homeopáticos frequentemente.

A fitoterapia baseia-se no uso de substâncias de origem vegetal dotadas de qualidade, eficácia e segurança, baseadas no seu uso tradicional. Neste caso, a dispensa destes produtos prende-se muito com o aconselhamento farmacêutico sobretudo quando os utentes procuram MSRM (Medicamentos Sujeitos a Receita Médica), sem qualquer indicação do médico. Contudo, no período do estágio, pude constatar que uma vez aconselhados anteriormente na farmácia, os utentes regressavam com o intuito de levar os produtos aconselhados novamente, pois sentem melhorias nos seus sintomas.

Ao longo do estágio beneficiei neste campo das terapias convencionais, pelo facto de a FF possuir variados produtos, o que me permitiu também, após uma revisão prévia das composições, proceder ao seu aconselhamento.

3.1.5. Consultas de Podologia e Nutrição

O facto de existirem consultas de podologia na FF permitiu que adquirisse um conhecimento alargado acerca do tipo de produtos utilizados no tratamento deste tipo de condições, deixando-me, também, mais sensibilizada para o seu diagnóstico e tratamento.

Durante as medições do IMC, não raras as vezes os utentes apresentaram valores superiores ao intervalo normativo. Desta forma, pude dar a conhecer a existência de consultas de nutrição na FF, especialmente de um primeiro rastreio gratuito, que constitui uma mais valia no combate a esta problemática. O facto de a nutricionista aconselhar determinados produtos a utentes com excesso de peso, resultou na aquisição de conhecimentos mais aprofundados neste contexto.

Ademais muitos utentes dirigem-se à FF com o intuito de adquirir MSRM, cujos efeitos incluem perda de peso, embora essa não seja a sua indicação terapêutica. Por conseguinte, estas consultas são importantes na medida em que possibilitam o encaminhamento destes utentes.

3.1.6. Programa de Troca de Seringas (PTS)

O Programa de Troca de Seringas tem por objetivo a prevenção da transmissão de vírus, nomeadamente Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Hepatites B e C, por via sexual, endovenosa e parentérica em pessoas que utilizam drogas injetáveis. Assim, em algumas farmácias, procede-se à distribuição de um kit (contendo duas seringas, dois toalhetes

desinfetantes, um preservativo, duas ampolas de água bidestilada, dois filtros, dois recipientes, duas carteiras de ácido cítrico e um folheto informativo) em troca de seringas usadas, para posterior destruição. [1]

A implementação do PTS tem mostrado resultados satisfatórios ao longo dos anos, evidenciando a redução, em mais de 50%, de casos de infecção por VIH, nos utilizadores de drogas injetáveis, desde 1998. [1] [2]

Apesar de o número de farmácias aderentes a este programa ser considerável, nem todas procedem realmente à troca de seringas. No entanto, a realidade social em que está inserida a FF propicia a prática deste programa em escala considerável, contrariamente a outras farmácias que se encontrem inseridas noutras áreas.

O conhecimento e a prática deste programa suscitaram-me uma forma diferente de encarar o problema, não assumindo que toxicod dependência é significado de delinquência, evitando o comum julgamento por parte da sociedade e contribuindo assim na proporção de uma melhor qualidade de vida a todos os cidadãos.

3.1.7. Marketing Farmacêutico

Embora os MSRM constituam a maior parte das vendas efetuadas na farmácia, dadas as mudanças nas margens de lucro obtidas aquando das suas vendas, o marketing farmacêutico tem vindo a ser cada vez mais significativo, por forma a aumentar a sustentabilidade das farmácias.

O marketing farmacêutico assenta na divulgação e promoção dos serviços prestados na farmácia bem como dos MNSRM, por forma a potencializar vendas, aproximar e fidelizar os utentes à farmácia.

Na FF pude acompanhar algumas medidas de marketing adotadas, como a disposição dos produtos ao longo dos lineares e no balcão de atendimento, elaboração de promoções quinzenais, promoções das marcas e divulgação de produtos sazonais. Sendo um tema com o qual simpatizo, a sua prática tornou-se espontânea e facilitada.

As vendas cruzadas também constituem parte do marketing farmacêutico. Consistem na sugestão de produtos relacionados, de forma direta ou indireta, com outros que o utente solicite, potencializando assim as vendas, sem nunca prejudicar o utente. Esta prática, além de proporcionar vantagem à farmácia, institui ainda um sentimento de confiança no farmacêutico, por parte do utente, sendo que este valoriza o ato de aconselhamento.

3.1.8. Boa comunicação

Como sucede na maioria das farmácias, o atendimento ao público passa por todos os elementos da equipa, podendo ocorrer situações em que há necessidade de o utente voltar por causa de um assunto repetido e ser atendido por um farmacêutico diferente. Na FF a comunicação é extremamente relevante, a existência de quadros de recados, tabelas de anotações e uma mini reunião diária potencia a troca de informação entre toda a equipa, ocasionando assim maior rapidez e eficácia, pois todos se encontram conhecedores dos variados assuntos.

Considero esta boa comunicação como um ponto forte do meu estágio, pois não foi hábito ter a necessidade de perguntar individualmente sobre qualquer questão, anteriormente pendente, que me fosse colocada, podendo dedicar muito mais tempo a outras tarefas mais relevantes.

3.1.9. Não venda

Desde a minha chegada à FF que me foi inculcado que a prioridade máxima é a saúde da população e o bem estar geral. Posto isto, foi reforçada a ideia de que, de facto, se procede à não venda de medicamentos. Aquando da solicitação de MSRM por utentes que não apresentam prescrição médica, estes são negados, tendo em conta o bem do próprio utente e da população geral. Por forma a contornar estes casos e outros, em que o utente solicite um MNSRM ou produto cuja finalidade não é adequada ao problema exposto, pode recorrer-se a duas alternativas. Em casos mais consideráveis é efetuado um encaminhamento para o médico e naqueles não tão graves é efetuado um aconselhamento farmacêutico com base em produtos naturais e MNSRM.

3.2. Pontos Fracos

3.2.1. Preparação de Medicamentos Manipulados

Os medicamentos manipulados podem ser classificados como fórmulas magistrais, em que a preparação se baseia numa receita médica, ou preparados oficiais, sendo preparados segundo um formulário ou a Farmacopeia. [3]

O número de prescrições de medicamentos manipulados que são solicitados à FF é reduzido. Isto advém do facto de a maioria destes medicamentos estarem relacionados com afeções

dermatológicas, sendo, por isso, prescritos por médicos dermatologistas, que escasseiam na zona onde está inserida a FF.

Assim sendo, não tive a oportunidade de proceder à preparação de medicamentos manipulados, constituindo uma lacuna no meu estágio curricular. Contudo, apesar de não ter adquirido esta prática no exercício do estágio, foram-me transmitidos os conhecimentos relativos a esta atividade em várias unidades curriculares do MICEF.

Embora na FF não se verifique, atualmente, muitas farmácias acabam por não disponibilizar este serviço, uma vez que os custos envolvidos são elevados relativamente à pequena quantidade de prescrições.

3.2.2. Erros de Stock

Os erros de *stock* podem ocorrer aquando da receção de encomendas, venda, devolução e quebra de medicamentos e/ou produtos. A existência destes erros de *stock*, acarreta algumas implicações quer para a farmácia, quer para o utente no momento do atendimento. Desta forma, assim que se verificar um erro de *stock*, deve proceder-se à sua correção o mais rápido possível.

A fim de evitar estes erros, é necessário efetuar uma verificação final de todas as receções de encomendas e proceder à correta verificação de dispensa antes de finalizar as vendas.

3.2.3. Espaço físico

Tendo em conta que a FF se situa no mesmo local desde 1946, o seu espaço físico é um pouco limitado no que respeita à área de atendimento, não podendo ser alargado. Isto constitui um obstáculo aquando da necessidade de um diálogo mais privado entre o utente e o farmacêutico, pois a disposição dos balcões de atendimento não permitem tal confidencialidade.

Outra adversidade, prende-se pelo facto de não ser possível ter todos os medicamentos e produtos arrumados no piso destinado ao atendimento ao público, o que implica maior morosidade no atendimento. Contudo, este problema pode ser também considerado uma vantagem para a farmácia, na medida em que, enquanto aguarda que o farmacêutico regresse com os seus medicamentos, o utente fica com um contacto visual mais direccionado para os lineares, podendo ser geradas vendas por impulso ou por estimulação da memória.

3.2.4. Localização

Apesar dos fatores que contribuem para a FF ser uma farmácia de fácil acesso, a sua localização pode ser considerada um ponto fraco pelo facto de existirem várias farmácias e um ponto de venda de MNSRM nas proximidades.

Assim, os utentes acabam por ter várias opções de escolha, no entanto a variedade de produtos terapêuticos e os próprios profissionais de saúde da FF constituem uma mais valia tornando os utentes fidelizados à farmácia.

3.3. Oportunidades

3.3.1. Teste do Movimento

Grande parte da população portuguesa apresenta valores de IMC elevados. Com o intuito de promover a saúde e combater o excesso de peso global, através do incentivo ao movimento da população, a Apoteca Natura lançou um desafio a várias farmácias. Sendo a FF uma Farmácia Apoteca Natura, e tendo esta campanha coincido com a realização do meu estágio, foi-me dada a oportunidade de participar.

O objetivo foi a realização de testes gratuitos por forma a avaliar o IMC, a saturação de oxigénio, a frequência cardíaca, o perímetro abdominal e os MET (*Metabolic Equivalent Task*), permitindo, no conjunto, avaliar o sedentarismo dos utentes habituais da FF.

Os MET exprimem o consumo energético durante o movimento, sendo que 1 MET equivale ao consumo de 3,5 mL de oxigénio, por Kg de peso corporal, por minuto. Os MET podem ser avaliados para qualquer atividade física, desta forma, o objetivo dos testes passa por atingir um MET ideal durante as várias atividades.

Sendo estes testes realizados informaticamente, os resultados foram obtidos de imediato e acompanhados de dicas diárias para incentivar o movimento e atingir o tal valor de MET ideal. Desta forma foi possível proporcionar, aos utentes, um aconselhamento personalizado a fim de os ajudar a melhorar o seu estilo de vida.

Por forma a incentivar ao movimento de um modo mais divertido, com espírito de partilha e cariz solidário, a equipa da FF encontra-se, neste momento, a organizar uma caminhada saudável pela cidade de Coimbra.

3.3.2. Participação em Formações

No início do estágio senti que a enorme variedade de produtos existente na FF me deixava um pouco insegura, porém, comecei prontamente a assistir a formações nas mais variadas áreas, o que me permitiu reforçar os conhecimentos até então obtidos e reter uma ideia mais clarificada acerca de todos os produtos.

Ao longo do estágio participei em formações de diversas áreas relativas a produtos e MNSRM, nomeadamente: aromaterapia, fitoterapia, dermocosmética, suplementos alimentares e produtos capilares, deixando-me mais apta no aconselhamento de produtos referentes a estas temáticas.

Estas oportunidades, permitem, não só a mim como a todos os farmacêuticos, beneficiar de formação atualizada, uma vez que a área da saúde se encontra em constante evolução.

3.3.3. Notificação de Reação Adversa Medicamentosa (RAM)

Tendo em conta que os profissionais de saúde interagem por forma a oferecer a melhor qualidade de vida e bem estar aos utentes, a ocorrência de RAMs não é habitual, principalmente as devidas a medicamentos que já se encontram no mercado há tempo significativo. Contudo, estas podem ocorrer e o farmacêutico tem o dever de as comunicar.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de proceder a uma notificação de RAM ao Infarmed, uma vez que uma utente se apresentou na farmácia após a sua ocorrência.

Embora estas notificações envolvam alguma morosidade e o seu propósito seja unicamente a contribuição para a monitorização da segurança de medicamentos, e conseqüente segurança da população, é de salientar a relevância da sua prática na farmácia comunitária, revelando responsabilidade e dedicação pela saúde pública, condutas tão características da ética farmacêutica.

3.3.4. Participação no XI Encontro do Dia Internacional da Família – Famílias e Ação Climática

A Valormed é uma sociedade sem fins lucrativos que procede á recolha e tratamento dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora do prazo de validade. Para este fim, são distribuídos contentores pelas farmácias e a FF não é exceção.

Uma vez que esta temática se relaciona com o tema “Famílias e Ação Climática”, e tendo a diretora técnica da FF sido oradora no XI Encontro do Dia Internacional da Família, foi-me dada a oportunidade de participar.

Ao longo das sessões foram abordados temas relacionados com as mudanças climáticas e foram colocados desafios com o intuito de diminuir as consequências ambientais.

Penso que beneficiei muito deste encontro pois as sessões foram dinâmicas, interessantes e incentivantes.

Após a apresentação da Dra. Capitolina Pinho, apercebi-me de que, com base num estudo realizado aos utentes da FF, os jovens e adultos constituem as pessoas que menor conhecimento possuem acerca da existência da Valormed. Desta forma, sugeri que entregássemos alguns folhetos alusivos à Valormed e às suas funções aquando do atendimento na farmácia, sobretudo a pessoas pertencentes a estas faixas etárias.

3.3.5. Medicamentos, Produtos e Biocidas de Uso Veterinário

A altura do ano em que decorreu o estágio englobou a época em que os animais são mais suscetíveis a parasitas internos e externos, levando assim a uma maior procura de medicamentos e produtos de uso veterinário por parte dos seus cuidadores.

Devido ao facto de existirem inúmeras marcas contendo a mesma substância ativa, mas com diferentes variações nas doses, posologia e via de administração torna-se um pouco confuso aquando da escolha e aconselhamento ao utente.

Com o intuito de obter toda esta informação de forma mais clarificada, por incentivo da Dra. Capitolina, eu e outra farmacêutica da equipa, elaborámos uma tabela sintetizada contendo desparasitantes, destinados a cães e gatos, organizados por: tipo de parasitas em que atuam, via de administração e substância ativa.

Após elaboração desta síntese, e sua disponibilização para consulta na farmácia, tornou-se muito mais fácil e rápido o aconselhamento dos utentes, de forma a satisfazer as suas necessidades.

3.4. Ameaças

3.4.1. Receitas Manuais

Apesar de a maior parte das receitas que os utentes entregam na farmácia serem informatizadas, existem alguns casos em que nos deparamos com receitas manuais. Estas, para se tornarem válidas, devem obedecer a uma série de requisitos específicos, contudo a maior dificuldade prende-se sobretudo pela ilegibilidade e pelas rasuras.

Ademais, perto do término do estágio, entrou em vigor o Despacho nº547/2019, que indica que todas as receitas manuais têm de integrar o logotipo “SNS - Serviço Nacional de Saúde 40 Anos”, incumbindo a necessidade de recusa de algumas receitas.

Considero assim, que toda a equipa da FF foi fundamental para me auxiliarem na dispensa e comparticipação de medicamentos prescritos em receitas manuais.

3.4.2. Medicamentos Esgotados/Rateados

Durante o estágio, foram diários os pedidos de medicamentos esgotados ou rateados, por parte dos utentes, não havendo forma, por parte da equipa da farmácia, de satisfazer as suas necessidades.

Os medicamentos esgotados são medicamentos que não se encontram temporariamente disponíveis, pelos mais variados motivos. À sua semelhança, os medicamentos rateados são medicamentos que se encontram comercializados, porém em quantidades muito reduzidas. Com isto é necessária uma distribuição uniforme pelas farmácias, ou a sua não distribuição de todo.

Por forma a satisfazer as necessidades dos seus utentes, a equipa da FF faz um pedido diário dos medicamentos esgotados e rateados aos seus fornecedores, tarefa que também pude realizar. No entanto, esta situação não é muito bem compreendida pelos utentes, pelo que beneficiei de um auxílio inicial, por parte da equipa da FF, nestas situações.

Após alguma prática, consegui contornar esta adversidade, quer pela exploração de todas as hipóteses possíveis de obter os medicamentos, quer pela advertência dos utentes da necessidade de consultarem o médico antes do término da medicação, transmitindo-lhes assim confiança.

3.4.3. Prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI)

A prescrição por DCI permite ao utente optar entre um medicamento de marca ou genérico, sendo que a substância ativa é a mesma. Porém, devido à falta de conhecimento dos utentes, quando interrogados sobre qual a sua preferência de entre estas duas opções, alguns destes solicitam especificamente o que foi prescrito pelo médico, e após explicação por parte dos farmacêuticos, não se sentindo totalmente satisfeitos com o esclarecimento, pode surgir alguma desconfiança, prejudicando o atendimento.

3.4.4. Falta de confiança por parte dos utentes

Apesar da simpatia demonstrada desde início, alguns utentes sentem uma certa reticência quando estão a ser atendidos por estagiários. Embora tenha sentido algum desconforto nestas situações, o apoio da equipa da FF foi incondicional na medida em que me encorajaram e me fizeram sentir apta e capaz de agir como uma farmacêutica, principalmente pelo facto de, aquando de tais ocorrências, terem transmitido confiança aos utentes.

À medida que o tempo foi passando, fui ganhando confiança e os utentes habituais já tomavam o meu rosto por conhecido, factos que contribuíram para que estas adversidades deixassem de ocorrer.

4. Conclusão

O meu estágio curricular na FF permitiu-me, além de, pôr em prática conhecimentos adquiridos ao longo do MICF, adquirir novas competências e aptidões no que respeita à atividade farmacêutica exercida na farmácia comunitária.

A realização deste estágio na FF despertou-me interesse na área da farmácia comunitária, uma vez que o contacto e acompanhamento dos utentes se torna desafiante. Por outro lado, a grande variedade de serviços prestados à comunidade, por parte das farmácias, constitui também uma extensão de formas propícias à aplicação de conhecimentos.

A FF coopera com algumas entidades e instituições, nomeadamente um lar de 3ª idade e uma instituição de abrigo a desfavorecidos. Apercebendo-me da presença constante das responsáveis por estas instituições na FF e do tempo despendido, pelas farmacêuticas da equipa da farmácia, na gestão da medicação dos utentes pertencentes a estas instituições, posso concluir que a presença de um farmacêutico, diariamente, nestas instituições constituiria uma mais valia, considerando este um potencial local de trabalho. Posto isto e dada a relevância dos farmacêuticos, que possuem o conhecimento mais escrutinado no que respeita ao medicamento, penso que a criação de postos de trabalho para farmacêuticos em lares de 3ª idade, e instituições que abriguem utentes polimedicados, será uma luta que os farmacêuticos não podem perder.

Após a conclusão do MICF, onde se encontra incluído o estágio em farmácia comunitária, sinto-me apta para o mercado de trabalho, e penso que pude amadurecer de forma pessoal e profissional, embora tenha total consciência de que não existe um máximo de conhecimento atingível, e que a área da saúde se encontra em constante evolução.

Bibliografia

- [1] **PORTARIA nº. 301-A/2016**. Diário da República. 1º Suplemento, Série I. 230 (16-11-30) p. 4270.
- [2] PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – **Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números – Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA**. Lisboa: DGS, 2014.
- [3] **DECRETO-LEI nº. 95/2004**. Diário da República. Série I-A. 95 (04-04-22) p. 2439–2441.

Parte III – Abordagem Terapêutica das Perturbações do Sistema Nervoso Central nos Doentes Paliativos

Lista de Abreviaturas

ADT – Antidepressivos Tricíclicos

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EPA – *Eicosapentaenoic Acid*

IMAO – Inibidores da Monoaminoxidase

IRSN – Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

NMDA – N-Metil D-Aspartato

SMA – Suicídio Medicamente Assistido

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

Resumo

Os Cuidados Paliativos são implementados por forma a diminuir o sofrimento de doentes portadores de doenças incuráveis e progressivas. Desta forma pretendem atenuar os sintomas decorrentes dessas doenças, sendo que os mais comuns englobam dor, perturbações gastrointestinais, perturbações respiratórias e perturbações do Sistema Nervoso Central.

Dos variados distúrbios do Sistema Nervoso Central serão apresentados alguns mais recorrentes e respetivas abordagens terapêuticas, nomeadamente: delírio, ansiedade e medo, desordens do sono, sintomas depressivos, demência, convulsões e fadiga. Sendo estes difíceis de controlar, nestes doentes, beneficia-se da prática conjunta de várias abordagens terapêuticas complementares.

Os Cuidados Paliativos beneficiam por se tratarem de uma abordagem multidisciplinar na qual o farmacêutico é indispensável. Devido a todas as particularidades apresentadas pelos doentes paliativos, a presença do farmacêutico nas equipas de tratamento constitui uma mais valia, na medida em que se considera o profissional com conhecimento mais específico na área do medicamento, podendo assim contribuir para a escolha do melhor plano terapêutico e proceder a uma monitorização farmacoterapêutica mais adequada.

Palavras Chave: Cuidados Paliativos, Delírio, Ansiedade, Desordens do Sono, Sintomas Depressivos, Demência, Convulsões, Fadiga.

Abstract

Palliative care is implemented in order to reduce the suffering of patients who have incurable and progressive diseases. This practice is supposed to release the symptoms related to those diseases, being the most common: pain, gastrointestinal issues, respiratory problems and Central Nervous System (CNS) disorders. Of the various mentioned CNS disorders, the most common and their respective therapeutic approaches will be addressed, namely: delirium, fear and anxiety, sleeping disorders, depressive symptoms, dementia, seizures and fatigue. Due to the difficulty to control these disorders, there is greater benefit from using various therapeutic approaches that complement each other.

Palliative care takes benefit from being a multidisciplinary approach for which the pharmacist is indispensable. Due to the many particularities presented by palliative patients, the pharmacists' presence in the treatment teams represents an important asset, as far as they are considered to be the most knowledgeable professionals in the medication field, thus contributing to the choice of the best therapeutic plan, as well as undertake a suitable pharmacotherapeutic monitoring.

Keywords: Palliative Care, Delirium, Anxiety, Sleep disorders, Depressive Symptoms, Dementia, Seizures, Fatigue.

I. Introdução

Os Cuidados Paliativos, segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012), entendem-se como “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal de objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”. [1]

Embora os Cuidados Paliativos já existam, desde o século XX, em Portugal, [2] ainda se considera necessária mais investigação e, por isso, é, ainda, notável a escassez de evidência científica no que respeita às estratégias de diagnóstico, terapêutica e implementação de cuidados adequados. [3]

A realização de estudos e ensaios clínicos constitui uma adversidade para os Cuidados Paliativos uma vez que os doentes apresentam várias fragilidades (doenças de rápida progressão, mau prognóstico, curta esperança média de vida e sintomas exacerbados e flutuantes) que implicariam evidências duvidosas nas estratégias terapêuticas. [4]

A necessidade de cuidados paliativos pode dever-se ao envelhecimento ou à existência de doença, sendo que, da rede dos Cuidados Paliativos, fazem parte as unidades de cuidados paliativos (UCP), as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP), as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) e os centros de dia, que diferem entre si tendo em conta os desígnios dos doentes no que se refere ao local de prestação dos Cuidados Paliativos. [5]

Muitas vezes associa-se o termo Cuidados Paliativos a um único tipo de doença (cancro) e a uma só faixa etária (idosos) o que constitui uma falsa realidade e nos leva a crer que os Cuidados Paliativos em Portugal são muito restritos. [2] Apesar da ligeira evolução que se observa atualmente, há uma contínua necessidade de se alargar este tipo de cuidados a mais doentes paliativos (tendo em conta que, em 2016, 95% dos doentes paliativos eram doentes cancerosos) [2] e a uma maior área geográfica, [3], (pois o número de unidades/equipas de cuidados paliativos é escasso em Portugal) [5].

Para que haja uma evolução nos Cuidados Paliativos devem ter-se em conta 5 pilares fundamentais, que englobam: estruturas de Cuidados Paliativos; formação de profissionais;

reconhecimento dos Cuidados Paliativos por parte do governo; fármacos específicos disponíveis; e perspectiva atual dos Cuidados Paliativos. [3]

Os doentes paliativos apresentam inúmeros sintomas, dor, distúrbios gastrointestinais, distúrbios do Sistema Nervoso Central, distúrbios respiratórios, entre outros que provocam agonia, desconforto e mau estar.

Ao longo da monografia serão abordados apenas alguns distúrbios relativos ao Sistema Nervoso Central, de entre os quais a ansiedade, o delírio e os sintomas depressivos apresentam elevada prevalência nos doentes paliativos.

A abordagem terapêutica deve ter como foco principal o doente, atuando no alívio de sintomas e, conseqüentemente, proporcionando bem-estar e melhoria na qualidade de vida.

Os Cuidados Paliativos aplicam-se desde o diagnóstico até ao luto e têm como objetivo principal melhorar a qualidade de vida dos doentes, considerando a morte um processo natural, não a antecipando nem retardando, [6] e, por isso, o suicídio medicamente assistido (SMA), [7] a eutanásia [6], [7], e a futilidade de diagnóstico e de terapêutica não fazem parte dos Cuidados Paliativos. [7]

A ausência de cura é considerada como um fracasso e pode causar alguma frustração nos profissionais de saúde, porém, tendo em conta os principais objetivos dos Cuidados Paliativos que se entendem como melhorar a qualidade de vida e o bem estar por forma a proporcionar uma morte digna, é preciso torná-los cada vez mais presentes e praticáveis, considerando-os uma prioridade. [7]

2. Objetivo

Sabendo que os Cuidados Paliativos procuram proporcionar alívio sintomático dos doentes com doenças incuráveis e progressivas, a fim de assegurar o bem-estar e melhorar a qualidade de vida, esta monografia tem como objetivo a abordagem terapêutica das perturbações do Sistema Nervoso Central características deste tipo de doentes.

3. Abordagem Terapêutica dos principais distúrbios do Sistema Nervoso Central

3.1. Delírio

O delírio entende-se como um distúrbio neuropsiquiátrico que provoca alterações cognitivas, [8], [9] sendo o transtorno de atenção e a perturbação do ciclo sono/vigília os primeiros sintomas revelados e também os mais característicos. [9], [10] Pode ainda ocorrer desorientação, déficit de memória e perturbações sensoriais. [10], [11] Surge normalmente de forma repentina e flutuante apresentando um desenvolvimento rápido, [8], [9], [11], [12] e ocorrendo com bastante frequência em doentes paliativos, principalmente nas últimas semanas de vida. [8] - [11]

Pode manifestar-se de várias formas existindo três tipos de delírio: hipoativo, hiperativo e misto. [8], [10], [12] O delírio hipoativo constitui o tipo mais prevalente, no entanto, o seu diagnóstico é controverso, uma vez que apresenta características muito semelhantes às da depressão e da demência. Por outro lado, o delírio hiperativo, sendo o de menor prevalência, é mais facilmente diagnosticado pois apresenta sintomas de agitação e alucinações mais explícitos, contribuindo para um maior risco de quedas e ferimentos. [8], [10], [13] O delírio misto, tal como a designação sugere, caracteriza-se por flutuações entre os tipos anteriormente descritos. [8], [10]

Apesar do difícil diagnóstico, o delírio é reversível em 50% dos casos sobretudo se diagnosticado no seu estadio inicial. [9], [10], [12]

A fisiopatologia do delírio ainda não é totalmente conhecida, contudo existem vários mecanismos complementares, entre os quais, a disfunção da barreira hematoencefálica coexistente com inflamação sistémica que pode provocar neuroinflamação, alterações dos neurotransmissores (com aumento da transmissão dopaminérgica e diminuição da transmissão colinérgica) e diminuição da melatonina com impacto no ciclo sono/vigília. [10] Uma das causas de delírio podem ser também desequilíbrios metabólicos ou o uso de medicamentos como benzodiazepinas, opioides e anticolinérgicos. [11], [13]

Terapêutica

A terapêutica preferencial e de primeira linha consiste em medidas não farmacológicas e só em caso de sintomas graves é que se deve proceder a uma terapêutica farmacológica, sempre

complementado pelas medidas não farmacológicas. [11], [12] As causas devem ser apuradas e sempre que possível revertê-las, como no caso da necessidade de alteração ou remoção de fármacos que provoquem delírio (por exemplo, diminuição da dose ou troca de opioides ou uso de fisostigmina em delírio provocado por anticolinérgicos) ou da reversão de alterações metabólicas. [9] - [13]

Terapêutica não farmacológica

As medidas não farmacológicas devem ser sempre postas em prática com o intuito de prevenção e tratamento do delírio. Entre essas medidas incluem-se a orientação do doente, evicção de possíveis danos físicos e apoio emocional pelos familiares e profissionais de saúde. Desta forma, deve recorrer-se a objetos conhecidos como relógios, calendários e fotografias; aparelhos sensoriais pessoais próximos do doente; e um quarto individual sem estimulação sensorial excessiva ou deficiente e sem objetos potencialmente danosos, devendo até colocar-se o colchão no chão em casos de delírio mais agravado. [10] - [13]

Terapêutica farmacológica

Os fármacos utilizados para o tratamento do delírio devem ser de curta duração de ação e de baixa dose para que os efeitos adversos não se sobreponham ao benefício clínico. [5]

Os antipsicóticos e sedativos são os fármacos mais utilizados e indicados para o tratamento de delírio em doentes paliativos. [8] - [13]

Os antipsicóticos atípicos (segunda geração), nomeadamente risperidona, quetiapina e olanzapina, são os fármacos de primeira linha no tratamento do delírio, demonstrando igual eficácia ao haloperidol, mas maior segurança (menos efeitos adversos). [12] No entanto, o haloperidol (antipsicótico típico/primeira geração) é o fármaco mais usado devido à sua utilização na prática clínica e à possibilidade de várias vias de administração. [10] Contudo pode provocar o aparecimento de efeitos extrapiramidais (menos expressos quando usada a via parenteral) e, nesse caso, deve introduzir-se um anticolinérgico. [11] Em caso de delírio hiperativo muito acentuado pode recorrer-se ao haloperidol como sedativo, pois tem um início de ação rápido e uma semi-vida curta. A clorpromazina e a levomepromazina podem ser utilizados, como sedativos, apenas em situações de fase terminal, pois desencadeiam muitos efeitos adversos. [12]

Embora sejam os fármacos mais utilizados, os antipsicóticos encontram-se associados a risco acrescido de acidente vascular cerebral e ataque isquémico transitório e devem ser evitados em doentes com demência. [10]

Os sedativos devem ser usados em conjunto com os antipsicóticos, pois isoladamente podem agravar os sintomas do delírio, sendo que destes os preferenciais são as benzodiazepinas (midazolam), os barbitúricos (fenobarbital), a melatonina e a dexmedetomidina. [9] - [11], [13]

Normalmente são benéficos em caso de delírio hiperativo e/ou em fase terminal. [12], [13]

O uso de psicoestimulantes (metilfenidato e modafinil) tem vindo a ser considerado pois parece ser benéfico no delírio hipoativo, no entanto as evidências atuais ainda se apresentam limitadas. [10], [12], [13]

Em situações específicas de Parkinson ou Demência dos Corpos de Lewy, os antipsicóticos atípicos, que não possuem efeitos adversos extrapiramidais nem aumentam o risco de exacerbação da doença, e as benzodiazepinas devem ser os fármacos de primeira linha. [10]

Em caso de delírio provocado pelo uso de drogas alucinogénias deve dar-se preferência ao fenobarbital. [12]

3.2. Ansiedade e Medo

A ansiedade é uma resposta irracional, antecipada a uma ameaça real ou interpretada causando inquietação. [11], [13] O medo constitui uma resposta emocional antecipada à sensação de perigo podendo considerar-se inato, quando ocorre instantaneamente e resultante de uma ameaça real, ou adquirido, resultante de um estímulo cognitivo.

Num doente paliativo, a ansiedade e o medo podem estar relacionados com a própria doença, dor e outros sintomas, perda de capacidades físicas e dependência dos cuidadores, desconhecimento da morte, entre outras. [11]

Um doente com ansiedade experimenta sintomas de taquicardia, sudorese, tremores, rubor, mãos frias e pode sentir-se inquieto, preocupado e assustado. [13], [14]

Terapêutica

O tratamento do medo e ansiedade resulta sensivelmente da complementaridade entre a terapêutica farmacológica e a não farmacológica. [11]

Terapêutica não farmacológica

A presença dos familiares e profissionais de saúde, preferencialmente familiarizados com o doente e o seu estado de doença, é uma mais valia no alívio da ansiedade. Estes devem demonstrar apoio emocional, transmitir esperança relativamente ao curso da doença, criar distrações e evitar pensamentos que provoquem ansiedade, mostrar interesse e escutar cuidadosamente e auxiliar na autonomia do doente para que este não se sinta incapacitado. [11], [13]

Terapêutica farmacológica

A terapêutica farmacológica da ansiedade e do medo abrange ansiolíticos, antiarrítmicos e antidepressivos. [11], [13] As benzodiazepinas de curta duração de ação (lorazepam e midazolam) são benéficas no tratamento da ansiedade leve a moderada, no entanto devem ser usadas com precaução devido aos seus efeitos adversos. [11], [13], [14]

O bloqueador beta-adrenérgico propranolol tem indicação na ansiedade por bloquear sintomas periféricos da ansiedade e conseqüentemente proporcionar bem-estar. [11]

Os antidepressivos sedativos, nomeadamente os inibidores da recaptção de serotonina (ISRS) (fluoxetina e escitalopram), em casos de ansiedade severa, a longo prazo, são benéficos e mais eficazes que as benzodiazepinas. [11], [14] No entanto, podem apresentar efeitos adversos gastrointestinais e distúrbios do sono, devendo por isso iniciar-se com doses baixas. [14]

Em casos de extrema ansiedade a sedação paliativa pode ser indicada, recorrendo-se ao uso de propofol ou dexmedetomidina. [13]

3.3. Desordens do sono

O sono é uma necessidade fisiológica básica e essencial para manter as funções metabólicas normais. Os distúrbios do sono são um problema recorrente dos doentes paliativos, embora frequentemente menosprezados por falta de alerta dos doentes ou não abordagem do distúrbio, pelos cuidadores e profissionais de saúde, provocando incómodo no doente e seus cuidadores. [11], [15]

As perturbações do sono caracterizam-se por períodos de sono excessivo, insuficiente e/ou ineficaz que podem incluir insónia, hipersónia e reversão do ciclo sono-vigília. Geralmente a hipersónia é provocada por insuficiências de órgãos, perturbações metabólicas, outros

sintomas relacionados com doenças terminais como fadiga, delírio hipoativo e fármacos administrados frequentemente neste tipo de doentes sendo o caso de opioides, anticolinérgicos, benzodiazepinas, antipsicóticos (levomepromazina) e antihistamínicos (ciclizina). [11]

A insónia é designada por uma quantidade e qualidade de sono insuficientes que se podem manifestar por dificuldade em adormecer ou dificuldade em manter o sono. [15], [16]

A reversão do ciclo sono-vigília é caracterizada por uma desregulação do ciclo sono-vigília que engloba insónia noturna e/ou sonolência diária, criando a necessidade de presença de um profissional de saúde durante a noite, pois com a progressão da doença este distúrbio tende a ser incurável. [11], [17]

As perturbações do sono devem-se sobretudo a fatores físicos, psicológicos, comportamentais, cognitivos, emocionais, ambientais e fármacos utilizados frequentemente em doentes paliativos (psicoestimulantes, esteroides e broncodilatadores). [11], [15]

Terapêutica

A terapêutica não farmacológica adequada para os distúrbios do sono é sempre preferível e apenas se deve recorrer à terapêutica farmacológica quando esta não é eficaz por si só. [11], [15]

No que respeita à hipersónia o tratamento mais adequado passa pela reversão da causa, sendo o mais comum a redução da dose ou substituição de fármacos sedativos. [11]

Terapêutica não farmacológica

Uma boa higiene do sono inclui algumas regras essenciais que devem ser cumpridas, por forma a evitar a insónia, entre as quais: manter uma rotina de sono regular, evitar sestas durante o dia, não beber cafeína ou outros estimulantes, apagar todas as luzes antes de dormir, usar roupa de cama confortável, temperatura do quarto confortável e praticar técnicas de relaxamento para induzir o sono. [11], [15], [16]

Uma alteração do comportamento e estilo de vida deve ser adotada por doentes com desregulação do ciclo sono-vigília, contudo a fototerapia é totalmente desaconselhada em doentes paliativos. [11]

Terapêutica farmacológica

Os fármacos recomendados para a desregulação do ciclo sono-vigília possuem benefício limitado, pois na maior parte dos casos são necessários fármacos sedativos à noite (benzodiazepinas, antipsicóticos sedativos e melatonina) e psicoestimulantes durante o dia.

[11]

No tratamento da insónia, tendo em conta algumas especificações, os fármacos recomendados são benzodiazepinas, antidepressivos sedativos, melatonina e em caso de insónia persistente pode recorrer-se ao uso de antipsicóticos sedativos (quetiapina).

As benzodiazepinas preferenciais devem ser as de ação intermédia. Devem ser usadas por curtos períodos de tempo, sendo o máximo recomendável 4 semanas, e com precaução, especialmente em doentes idosos ou a tomar opioides.

Os antidepressivos sedativos (nortriptilina, amitriptilina, mianserina e doxepina) apenas devem ser utilizados para reduzir a insónia de doentes com depressão.

A melatonina, pelo seu efeito indutor do sono, também é aconselhada no tratamento da insónia. [11], [15]

3.4. Sintomas depressivos

Os sintomas depressivos podem ser entendidos como um transtorno psicológico que afeta o doente física e emocionalmente, caracterizando-se por episódios de tristeza e falta de interesse, tendo impacto no humor e sentimentos do doente. [11], [18], [19] Nos doentes paliativos estes sintomas potenciam o sofrimento e a dor, diminuindo a qualidade de vida, o que pode ser causa de suicídio ou desejo de morte antecipada.

Os sintomas depressivos são considerados um dos distúrbios mais prevalentes nos doentes paliativos, contudo, podem apresentar-se acoplados a sinais e sintomas como anorexia, perda de peso e distúrbios do sono, muito semelhantes aos característicos da própria progressão da doença ou da sua terapêutica, o que dificulta o diagnóstico e posterior tratamento. [11], [18]

Terapêutica

Embora os sintomas depressivos sejam pouco diagnosticados e, conseqüentemente, pouco tratados, quando adotada uma terapêutica esta é bastante eficaz (entre 50% a 70% dos casos).

[11]

Terapêutica não farmacológica

Dado que os doentes com sintomas depressivos se encontram emocionalmente mais fragilizados, a presença de apoio por parte dos cuidadores e profissionais de saúde envolventes é muito reconfortante e auxilia no tratamento. Por outro lado, o alívio sintomático, nomeadamente da dor, contribui consideravelmente para a diminuição de sintomas depressivos. [11]

A psicoterapia é uma opção bastante conveniente. Pode englobar terapia individual, em grupo ou familiar, sendo capaz de reduzir os sintomas de depressão e melhorar a qualidade de vida. As sessões mais curtas e frequentes proporcionam maior redução nos sintomas tendo em conta que não se tornam tão cansativas para os doentes. [11], [20]

Terapêutica farmacológica

Atendendo à elevada eficácia dos antidepressivos, estes são muito utilizados para o tratamento de sintomas depressivos em doentes paliativos, sendo os de primeira linha os ISRS. Se não se verificar uma resposta terapêutica adequada deve optar-se por inibidores da monoaminoxidase (IMAO) ou inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN) ou pela adição de antidepressivos tricíclicos (ADT) em baixa dose.

Os psicoestimulantes, ainda que menos eficazes que os antidepressivos, também possuem efeito benéfico quando usados particularmente ou em conjunto com os ISRS, em doentes paliativos com depressão moderada. [11]

Uma vez que a fadiga e a depressão são sintomas que se encontram frequentemente sobrepostos, não possibilitando a perceção de qual o antecedente, é comum recorrer-se a antidepressivos e psicoestimulantes para o tratamento de ambos os sintomas. [11] No que diz respeito aos ISRS, nos casos em que tal sobreposição se verifique, a fluoxetina parece ser a melhor opção uma vez que demonstra melhorias em ambos os sintomas, enquanto que a paroxetina apenas se mostra benéfica em situações de depressão. [4]

3.5. Demência

A demência é uma condição que afeta a maioria dos idosos e tem vindo a aumentar a sua prevalência. É causada por lesões que afetam o cérebro, caracterizando-se por uma deterioração das funções cognitivas como a memória a curto prazo, o pensamento, a orientação, a compreensão e o comportamento, sem alteração do estado de consciência. [21]

A demência pode encontrar-se subjacente a agitação, alucinações, ansiedade, deambulação, delírio, depressão, dispneia, dor, perda de lucidez e perturbações do sono. [22], [23]

A sua evolução baseia-se em três estadios: estadio inicial, que devido à sua lenta evolução é comumente menosprezado; estadio intermédio, notando-se sinais e sintomas mais específicos; e por fim o estadio final, em que ocorre uma incapacidade e dependência muito mais acentuada.

Estas incapacidade e dependência afetam física, psicológica e socialmente tanto os doentes como as pessoas ao seu redor. [23] A compreensão limitada relativamente à demência, nomeadamente a sua evolução e sintomas, e a incapacidade de comunicação constituem as grandes barreiras no que respeita à implementação de cuidados paliativos nestes doentes.

Tornando, assim, esta tarefa mais árdua em relação a outro tipo de doenças. [22]

De entre os vários tipos de demência, a Doença de Alzheimer é a mais prevalente. Define-se pela diminuição dos neurónios em número e tamanho, com posterior formação de tranças neurofibrilares e placas senis, o que impede a comunicação celular e, conseqüentemente, alterações neurológicas, neste caso, mais predominantemente a perda de memória a curto prazo. [24] Além deste, existem outros tipos que incluem: Demência Vascular, Demência Frontotemporal, Demência de Corpos de Lewy e Demência Reversível, entre outros. [11], [24], [25]

Terapêutica

Previamente ao tratamento é fundamental um bom diagnóstico, sendo que este é extremamente relevante a fim de se poder obter uma terapêutica mais refinada. [11]

Terapêutica não farmacológica

Antes de se iniciar a terapêutica farmacológica é sempre de extrema importância adotarem-se medidas não farmacológicas que auxiliem a terapêutica. No caso da demência pode

recorrer-se à identificação de fatores que provoquem agitação adotando formas de os evitar. A integração do doente nas atividades de casa, sempre que possível, por forma a evitar isolamento, e a reorientação por intermédio da evidenciação de fotografias, relógios e calendários, de modo a que o doente os possa observar diariamente e repetidamente, são exemplos de estratégias a implementar. [26]

Terapêutica farmacológica

A terapêutica farmacológica da demência assenta principalmente em dois grupos de fármacos: os inibidores da acetilcolinesterase e os antagonistas dos recetores NMDA (N-metil D-aspartato).

Dentro dos inibidores da acetilcolinesterase os mais usados são o donepezilo, a galantamina e a rivastigmina. Estes atuam, reversivelmente, inibindo as colinesterases e consequentemente impedindo a hidrólise de acetilcolina, o que faz aumentar a sua concentração sinática. A memantina, antagonista dos recetores NMDA, liga-se a este recetor bloqueando-o e impedindo a excitotoxicidade.

Tanto os inibidores da acetilcolinesterase como a memantina exprimem resultados cognitivos, funcionais e comportamentais favoráveis em doentes com demência moderada a grave. Estes incluem a estabilização da cognição, diminuição de comportamentos agressivos e melhoria da qualidade de vida, diminuindo assim a sobrecarga dos cuidadores. No entanto, estes fármacos apresentam efeitos adversos, nomeadamente gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreia e perda de apetite, no caso dos inibidores da acetilcolinesterase e hipertensão, tonturas e confusão no caso da memantina.

Ponderando a descontinuação destes fármacos, verificam-se alterações não desejadas, mais especificamente regressão dos benefícios até então verificados. Tendo em conta estes benefícios, existem equipas que não aconselham a descontinuação da terapêutica, porém quando isso acontece os cuidadores mostram-se reticentes e não o consentem. [27]

3.6. Convulsões

As convulsões caracterizam-se por fala reduzida, movimentos mioclónicos da face, membros e pálpebras podendo ocorrer perda de consciência. [28]

Não é um sintoma muito prevalente, podendo afetar até 13% dos doentes paliativos. [29] As convulsões, além de provocarem agonia no doente, são também motivo de grande preocupação e angústia por parte dos cuidadores. [11]

As convulsões podem ser parciais (simples ou complexas, havendo ou não perda de consciência, respetivamente) ou generalizadas (primárias ou secundárias, com a presença ou ausência de aura, respetivamente, ocorrendo sempre perda de consciência). [29]

O seu diagnóstico acaba por ser um desafio para os profissionais de saúde pois os sintomas são raramente presenciados por estes e a capacidade de comunicação dos doentes é por norma insatisfatória. [28] Por outro lado, a perda de consciência pode ter uma etiologia totalmente distinta ocasionando um diagnóstico incorreto. [11]

As convulsões podem ocorrer devido a alterações metabólicas, danos cerebrais e adversidades relativas ao uso de fármacos (resultado de efeitos secundários de antipsicóticos e antidepressivos tricíclicos, interações com os antiepiléticos, dose subterapêutica de anticonvulsivantes e desmame de esteroides). [11], [29]

O estado epilético é caracterizado pela existência ou não de convulsões. Caso estas se expressem têm duração de 30 minutos no mínimo ou retem-se 3 vezes no mínimo sem recuperação da consciência, num intervalo de 30 minutos. [29]

Terapêutica

O tratamento das convulsões engloba prevenção, tratamento de crises agudas e tratamento crónico. A terapêutica baseia-se na frequência, durabilidade e causa das crises convulsivas. [29]

O tratamento é complexo devido, sobretudo, às causas irreversíveis e às particularidades dos doentes paliativos. [28]

Terapêutica não farmacológica

As medidas não farmacológicas assentam principalmente na educação do doente e cuidadores relativamente ao sintoma e formas de agir em caso de crises, enfatizando a necessidade de segurança do doente. [11], [29]

Terapêutica farmacológica

Prevenção

Na terapêutica de prevenção os fármacos indicados englobam os anticonvulsivantes e antiepiléticos como valproato de sódio, levetiracetam, carbamazepina e fenitoína. Em caso de

comprometimento da via oral, as benzodiazepinas (clonazepam e midazolam) por via subcutânea também podem ser utilizadas, desde que com precaução. Caso estas não se mostrem eficazes pode ainda considerar-se o uso de fenobarbital. [11]

O tratamento preventivo em doentes com tumores cerebrais não deve ser adotado caso estes não tenham experienciado convulsões. [29] Contudo, o uso da dexametasona pode ser considerado em caso de ocorrência de convulsões e de necessidade de radioterapia cerebral. [11], [29]

Terapêutica na fase aguda

Tendo em conta que há um comprometimento da consciência após uma convulsão, e as benzodiazepinas podem agravá-lo, o tratamento da fase aguda apenas deve ser considerado se a crise tiver duração superior a 5 minutos ou se se repetir num curto intervalo de tempo. [30]

Terapêutica na fase crónica

No tratamento do estado epiléptico precoce os fármacos mais eficazes são as benzodiazepinas (lorazepam, diazepam e midazolam) por via intravenosa. [28], [30]

Atendendo ao facto de que os anticonvulsivantes e antiepiléticos provocam mais efeitos secundários nos doentes paliativos, devido a interações medicamentosas, alterações metabólicas e comorbilidades, a avaliação do benefício/risco deve ser sempre avaliada. [28]

Dada a frequência relativamente elevada de impossibilidade de administração oral nos doentes paliativos, o uso de antiepiléticos pode ser considerado por vias alternativas, dando ênfase: ao uso retal de fenobarbital, carbamazepina, levetiracetam, valproato de sódio, lamotrigina e benzodiazepinas; ao uso intravenoso de fenitoína; e ao uso subcutâneo de benzodiazepinas, fenobarbital, levetiracetam e lacosamida. [11], [29], [30]

3.7. Fadiga

A fadiga pode ser entendida como uma sensação de falta de energia, cansaço e fraqueza verificados todos os dias durante, pelo menos, duas semanas consecutivas, e sem alívio após dormir ou descansar. [3], [11] Caracteriza-se por ser uma das primeiras manifestações que podem preceder doenças malignas e continuar presente durante todo o curso da doença. É muito frequente em doentes paliativos, sendo que prevalece em doentes oncológicos,

portadores de HIV, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, doença pulmonar obstrutiva crónica ou insuficientes cardíacos ou renais. [3], [11], [31]

Quando é possível pode-se classificar a fadiga em dois tipos, tendo em conta a sua fisiopatologia. A fadiga pode ter várias causas sendo que as mais frequentes, em doentes paliativos, estão relacionadas com a terapêutica, incluindo quimioterapia, radioterapia e toma de medicamentos psicotrópicos, diuréticos, antihipertensores, hipoglicemiantes orais e/ou estatinas, denominando-se assim por fadiga primária. Quando está relacionada com a própria patologia e/ou sintomas associados como é o caso de alimentação insuficiente, alterações emocionais, depressão, insónia, infeções, hipertiroidismo, anemia, alterações metabólicas e/ou danos musculares, designa-se por fadiga secundária. [11], [31]

Pode apresentar diferentes níveis de evolução começando por um cansaço menos notório em que há diminuição da capacidade de manter o normal desempenho do doente, passando por uma fraqueza generalizada onde se sente dificuldade para iniciar algumas atividades, e acabando por se gerar uma fadiga mental definida por comprometimento da concentração, perda de memória e fragilidade emocional. [32]

Como se trata de um sintoma muito complexo e multidimensional, a etiologia é frequentemente desconhecida. Posto isto, é muito relevante a identificação de fatores subjacentes, como o caso da caquexia, que leva à perda de massa muscular e adiposa contribuindo para um estado de fadiga, de modo a se optar por uma terapêutica adequada. [11], [31], [32] É também recorrente, nos doentes paliativos, o uso de fármacos que, por si só, provoquem fadiga (nomeadamente antineoplásicos e sedativos). [3] Este facto, aliado ao de que a fadiga seja um sintoma muito debilitante, conduz à recusa de tratamento por parte dos doentes. [32]

Terapêutica

Sempre que possível deve-se apurar a causa da fadiga. Neste caso procede-se à escolha de uma terapêutica mais específica, permitindo assim adotar medidas e fármacos que evitem o sintoma.

A fadiga pode ser consequência de fatores subjacentes, como o caso da existência de anemia, depressão, infeção, desidratação, desnutrição, hipercalcémia e/ou hipomagnesiémia, e neste caso procede-se ao seu tratamento o que, por conseguinte, diminuirá a sensação de fadiga. [11]

Terapêutica não farmacológica

Todas as medidas praticadas devem sempre ser complementadas por medidas não farmacológicas por forma a retirar o máximo proveito da terapêutica. Entre estas, no caso específico da fadiga, deve educar-se o doente/cuidadores no sentido de implementarem uma dieta variada e equilibrada, que compreenda todos os nutrientes necessários, hidratação correta, adaptação das atividades quotidianas e a execução de exercício anabólico e treino da resistência por forma a aumentar a massa muscular. Os cuidadores deverão ter atenção e permitir um equilíbrio visto que o doente necessita de mais descanso, por forma a diminuir o cansaço, porém, não pode ficar demasiado dependente pois pode aumentar a sua fraqueza. [3], [11]

Terapêutica farmacológica

Atendendo ao facto de existirem várias causas etiológicas de fadiga e frequentemente desconhecidas, é um sintoma difícil de tratar, existindo diversos fármacos que podem ser usados para o atenuar. [3], [11]

Os antieméticos procinéticos, como a metoclopramida, bloqueiam os recetores da dopamina, evitando emese, e intensificam a resposta à acetilcolina, aumentando o peristaltismo e consequentemente esvaziamento gástrico, o que acaba por diminuir os vómitos e náuseas e estimular o apetite. [11]

Ainda que com benefício a curto prazo, [11] visto que podem provocar distúrbios do sono e humor, toxicidade e fraqueza muscular com o uso prolongado, [3], [11], [33] os corticosteroides (dexametasona e metilprednisolona), por diminuição de mediadores inflamatórios, migração de neutrófilos e reversão da permeabilidade capilar, suprimem a resposta inflamatória, diminuindo a astenia, e estimulam o apetite, induzindo ganho de peso e deposição de gordura. Além disto, a dexametasona possui também um mecanismo antiemético ainda desconhecido, que se supões ser devido a ter ação anti-inflamatória, inibir a serotonina e regular funções fisiológicas de variados órgãos e sistemas, principalmente em situações de stress. [34]

O ácido eicosapentaenoico (EPA) é um ácido gordo polinsaturado ómega 3 que possui efeito cardioprotetor e anti-inflamatório.

Baixa concentração de EPA sérica relacionada com elevado IMC, em doentes com Síndrome de Fadiga Crónica, sugerem maior risco cardiovascular e de inflamação. [35] Assim sendo, a

terapêutica combinada com EPA (complementada por uma dieta rica em alimentos contendo EPA) e anti-inflamatórios é benéfica no tratamento da fadiga. [11], [35] O ácido acetilsalicílico, especificamente, demonstrou um alívio da fadiga, nomeadamente em doentes com Esclerose Múltipla. [3]

Os estimulantes do Sistema Nervoso Central, como o metilfenidato e o modafinil, embora necessitem de maior pesquisa, são os fármacos mais utilizados no tratamento da fadiga em doentes paliativos, tendo em conta que possuem maior eficácia e menos efeitos adversos, aumentando a cognição e diminuindo a sedação. [3], [11]

O metilfenidato é um inibidor da recaptção de dopamina e noradrenalina, atenuando a fadiga pelo seu efeito excitatório. [33] É também o fármaco mais indicado para diminuir a fadiga induzida por opioides [3], [32] sendo que o seu uso deve ser monitorizado. [3]

O modafinil, embora com um mecanismo de ação não tão elucidado, também aumenta a concentração de dopamina, por bloqueio dos seus recetores, produzindo um efeito excitatório. [11], [36]

Embora a escassa evidência e uso de hormonas, [3] a fim de melhorar a fadiga, o megestrol e a medroxiprogesterona podem ser usadas com o intuito de provocar uma sensação de bem-estar, estimulação do apetite e conseqüente aumento de peso. [11]

Existem evidências que revelam a existência de sobreposição entre fadiga e depressão, o que por vezes, impossibilita a perceção de fadiga como primária ou secundária à depressão. Desta forma, um dos tipos de fármacos a que se pode recorrer, para tratar a fadiga, são os antidepressivos, mais especificamente os inibidores seletivos da recaptção da serotonina. [3]

4. Intervenção do Farmacêutico

De entre todos os profissionais de saúde, o farmacêutico é o que possui a formação mais específica no que diz respeito ao medicamento e às suas características farmacocinéticas, de eficácia e de segurança.

A necessidade de um farmacêutico que integre a equipa multidisciplinar responsável pelos cuidados paliativos prende-se com o facto de estes doentes apresentarem inúmeras particularidades, tais como doença incurável e progressiva, polimedicação e comorbilidades. O conjunto destes fatores provoca alterações na resposta aos fármacos, implicando ajustes terapêuticos na dose, nas vias de administração e nos próprios fármacos que podem ter os seus efeitos adversos e/ou interações medicamentosas exacerbados. [37] Estas necessidades específicas dos doentes paliativos implicam a presença do farmacêutico, dotado de

conhecimento alargado de medicamentos com formas farmacêuticas suscetíveis de vias de administração alternativas, da farmacocinética e da farmacodinâmica, podendo assim otimizar a terapêutica dos doentes paliativos. [38]

O farmacêutico, como membro integrante da equipa multidisciplinar, também possui vários encargos, que lhe permitem contribuir para a minimização de erros de medicação, melhoria da adesão à terapêutica e prevenção de hospitalizações desnecessárias (no caso de doentes a receber cuidados paliativos em casa ou unidades de cuidados paliativos), o que por sua vez origina melhores resultados terapêuticos e, conseqüentemente, maior satisfação do doente.

De entre estes encargos destacam-se a monitorização farmacoterapêutica; a racionalização da medicação, conseqüente melhoria da relação custo-efetividade; e a produção de medicamentos manipulados destinados à terapêutica individual. [39]

É ainda de salientar que o tipo de medicação utilizada no tratamento de sintomas destes doentes é peculiar. Desta forma, nestes doentes pode recorrer-se a medicação que em doentes ditos normais não seria apropriada. Isto porque, nestes casos, o foco principal é o alívio sintomático, por forma a melhorar a qualidade de vida, e dadas a falta de terapêutica eficaz para a própria doença e a sua rápida progressão, não há necessidade de certas precauções como o caso de ocorrência de dependências, efeitos adversos a longo prazo, eventual necessidade de desmame, medicação em cascata, entre outros. O farmacêutico torna-se assim relevante, na medida em que tem conhecimentos farmacoterapêuticos capazes de auxiliar na correta escolha atendendo à relação benefício/risco da terapêutica instituída aos doentes paliativos. No entanto, parte da medicação aqui abordada não consta da Lista de Fármacos essenciais para o exercício da atividade assistencial por parte das Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, revelando necessidade de investigação contínua acerca do tipo de fármacos necessários em Cuidados Paliativos. [38], [40]

O farmacêutico, além do foco no medicamento, é também um profissional de saúde com excelentes capacidades de comunicação, úteis no aconselhamento e educação do doente e cuidadores e na relação com os restantes profissionais de saúde. [39]

5. Conclusão

Dadas a progressão natural das doenças incuráveis e as terapêuticas adotadas, é frequente a presença de distúrbios que acabam por levar ao desgaste físico, psicológico e emocional dos doentes paliativos, cuidadores e até profissionais de saúde envolvidos.

De entre os inúmeros distúrbios vivenciados pelos doentes paliativos, destacam-se os relativos ao sistema nervoso, incluindo delírio, ansiedade e medo, distúrbios do sono, sintomas depressivos, demência, convulsões e fadiga.

É importante salientar que os cuidados paliativos não se destinam apenas à fase terminal da doença. O diagnóstico precoce é extremamente relevante no alívio de sintomas e os Cuidados Paliativos implementados precocemente, atenuam os sintomas mais facilmente e de forma menos dolorosa, evitando que estes atinjam uma fase avançada.

Tendo em conta que os doentes paliativos são, regularmente, polimedicados o risco de efeitos adversos e interações farmacológicas encontra-se exacerbado. Posto isto, a adoção de medidas não farmacológicas deve antecipar a utilização de fármacos, por forma a tentar minimizar os sintomas e recorrendo o menos possível à terapêutica farmacológica. Quando implementada uma terapêutica farmacológica esta deve ser alvo de monitorização por forma a se adequar ao doente em particular.

A equipa de cuidados paliativos é constituída por vários profissionais de saúde que contribuem de forma diferente, para um objetivo comum: qualidade de vida e bem-estar do doente.

Sendo o profissional com conhecimento especializado na área do medicamento, nomeadamente acerca da farmacocinética e da farmacodinâmica (caraterísticas dos fármacos mais relevantes em cuidados paliativos), o farmacêutico é imprescindível numa equipa de cuidados paliativos, a fim de auxiliar na escolha da melhor abordagem terapêutica e na sua implementação, devendo possuir conhecimentos especializados e constantemente atualizados.

Bibliografia

- [1] **LEI n.º 52/2012**. Diário da República. Série I. 172 (12-09-05) p. 5119-5124
- [2] MARQUES, A. L., et al., - **O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal**. Patient Care, (2009) p. 32-38
- [3] MUCKE, M., et al., - **Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care (Review)**. n.º 5, 2017
- [4] PINHO-REIS, C.; COELHO, P. – **Significado de alimentação em cuidados paliativos**. Cuidados Paliativos, vol. I, n.º2 (2014), pp. 62-73
- [5] Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – **Informação sobre a organização de serviços de cuidados paliativos**. Porto: (2016), p. 21-22 (Acedido a 9 de fevereiro de 2019). Disponível na Internet: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html>
- [6] RADBRUCH, L., et al., - **Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care**. Palliative Medicine. Vol. 30, n.º 2 (2016), p. 21-22
- [7] PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Lisboa: DGS, 2004
- [8] WATT, C. L., et al., - **The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings: A systematic review**. Palliative Medicine. (2019)
- [9] GRASSI, L. et al., - **Management of Delirium in Palliative Care: a Review**. Current Psychiatry Reports. Vol. 17, n.º. 3 (2015)
- [10] BUSH, S. H., et al., - **Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting**. Drugs. Vol. 77, n.º. 15, (2017), pp. 1623-1643
- [11] MACLEOD, R., et al., - **The Palliative Care Handbook**. 8th Ed. New Zealand: Hospice New Zealand, 2016. ISBN 978-0-473-36095-5, p. 6 -7, 25-38
- [12] PRAYCE, R., et al., - **Delirium: The 7th Vital Sign?**. Acta Médica Portuguesa. Vol. 31, n.º. 1 (2018), p. 51-58
- [13] CAMPBELL, M. L., - **Caring for dying patients in the intensive care unit: Managing Pain, Dyspnea, Anxiety, Delirium, and Death Rattle**. AACN Advanced Critical Care. Vol. 26, n.º. 2 (2015), p. 110-120

- [14] SATSANGI, A. K., BRUGNOLI, M. P., - **Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care: from neuropsychobiological response to stress, to symptoms' management with clinical hypnosis and meditative states.** Annals of Palliative Medicine. Vol. 7, n.º. 1 (2017), p. 75-111
- [15] KHEMLANI, M. H., - **Insomnia in palliative care.** Hong Kong Society of Palliative Medicine Newsletter. n.º. 2 (2008), p. 20-25
- [16] American Sleep Association – **Insomnia: Symptoms, Causes & Treatment.** Pennsylvania: (Acedido a 24 de março de 2019). Disponível na Internet: <https://www.sleepassociation.org/sleep-disorders/insomnia/>
- [17] American Sleep Association – **Circadian Rhythm and Sleep.** Pennsylvania: (Acedido a 24 de março de 2019). Disponível na Internet: <https://www.sleepassociation.org/sleep-disorders/circadian-rhythm/>
- [18] JULIÃO, M., BARBOSA, A., - **Depression in palliative care: prevalence and assessment.** Acta Médica Portuguesa. Vol. 24, n.º. 4 (2011), p. 807-818
- [19] PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – **Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes.** LISBOA: DGS, 2018
- [20] FULTON, J., et al., - **Psychotherapy Targeting Depressions and Anxiety for Use in Palliative Care: A Meta-Analysis.** Journal of Palliative Medicine. Vol. 21, n.º. 7 (2018), p. 1024-1037
- [21] Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – **Demência avançada nos Serviços de Urgência – Barreiras à referência para Cuidados Paliativos.** Revista Cuidados Paliativos. Vol. 5, n.º. 1 (2018), p. 5-12
- [22] SCOTT, C., - **Palliative Care and Dementia.** Home Healthcare Nurse. Vol. 32, n.º. 8, (2014), p. 466-469
- [23] World Health Organization – **Dementia.** Genève: (2019), (Acedido a 19 de maio de 2019). Disponível na Internet: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- [24] Alzheimer Portugal - **Doença de Alzheimer – Demência.** Lisboa: (Acedido a 15 de maio de 2019). Disponível na Internet: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia>

- [25] DAY, G. S., - **Reversible Dementias**. American Academy of Neurology. Vol. 25, n°. 1, (2019), p. 234-253
- [26] KALAPATAPU, R. K., SCHIMMING, C., - **Update on neuropsychiatric symptoms of dementia: Antipsychotic use**. Geriatrics. Vol. 64, n°. 5, (2009), p. 10-18
- [27] SHEGA, J. W., et al., - **Cholinesterase Inhibitor and N-Methyl-D-Aspartic Acid Receptor Antagonist Use in Older Adults with End-Stage Dementia: A Survey of Hospice Medical Directors**. Journal of Palliative Medicine. Vol. 12, n°. 9. (2009), p. 779-783
- [28] GRONHEIT, W. et al., - **Practical Management of Epileptic Seizures and Status Epilepticus in Adult Palliative Care Patients**. Frontiers in Neurology. Vol. 9, n°. 595, (2018)
- [29] TRADOUNSKY, G., - **Seizures in Palliative Care**. Canadian Family Physician - Le Médecin de famille canadien. Vol. 59, n°. 9. (2013), p. 951-955
- [30] KALVIAINEN, R., REINIKAINEN, M., - **Management of prolonged epileptic seizures and status epilepticus in palliative care patients**. Epilepsy & Behavior. (2019)
- [31] CRUZ, A., et al., - **Instrumentos de avaliação da astenia/fadiga em Cuidados Paliativos: Revisão Sistemática da Literatura**. Cuidados Paliativos, vol. 4, n°. 1, (2017), p. 16-28
- [32] DOYLE, D., ET AL., - **Oxford Textbook of PALLIATIVE Medicine**. 2nd Ed. New York: Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-262566-7, p. 573-579
- [33] KOLAK, A., et al., - **The problem of fatigue in patients suffering from neoplastic disease**. Contemporary Oncology. Vol. 21, n°. 2, (2017), p. 131-135
- [34] VAYNE-BOSSERT, P., et al., - **Corticosteroids for adult patients with advanced cancer who have nausea and vomiting (not related to chemotherapy, radiotherapy, or surgery): A Review**. The Cochrane database of systematic reviews. n°. 7, (2017)
- [35] CASTRO-MARRERO, J., et al., - **Low omega-3 index and polyunsaturated fatty acid status in patients with Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis**. Prostaglandins, Leukotrienes, and essential fatty acids. (2018)

- [36] GIBBONS, C., et al., - **Treatment of fatigue in amyotrophic lateral sclerosis / motor neuron disease: A Review.** The Cochrane database of systematic reviews. n.º. 1, (2018)
- [37] SIMÓN, A., et al – **Unidade de Cuidados Paliativos: A Intervenção do Farmacêutico Integrado numa Equipa Multidisciplinar.** Boletim do Centro de Informação do Medicamento. Lisboa: (2019), p. 4-6
- [38] HERNDON, C. M., et al., - **ASHP Guidelines on the Pharmacist's Role in Palliative and Hospice Care.** American Journal of Health-System Pharmacy. Vol. 73, n.º. 17, (2016), p. 1351-1367
- [39] OLIVEIRA, R. P.; RAMOS, M. – **Terapêutica e Intervenção Farmacêutica em Cuidados Paliativos.** Boletim do Centro de Informação do Medicamento. Lisboa: (2012), p. 1-2
- [40] **Norma n.º. 009/2018 - Fármacos e Materiais de Consumo Clínico na Prestação de Cuidados Paliativos Domiciliários.** Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS, 2018