



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Ana Beatriz Rodrigues Ferrão

Relatório de Estágio sob a orientação do Dr. Nélio Oliveira e Monografia intitulada “Utilização de benzodiazepinas: diferenças entre a teoria e a prática clínica” sob orientação da Professora Doutora Ana Cristina Gaspar Cabral, referentes à Unidade Curricular “Estágio”, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2023



# UNIVERSIDADE D COIMBRA

**Ana Beatriz Rodrigues Ferrão**

Relatório de Estágio sob a orientação do Dr. Nélio Oliveira e Monografia intitulada “Utilização de benzodiazepinas: diferenças entre a teoria e a prática clínica” sob orientação da Professora Doutora Ana Cristina Gaspar Cabral, referentes à Unidade Curricular “Estágio”, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2023

Eu, Ana Beatriz Rodrigues Ferrão, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 2018284097, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Utilização de benzodiazepinas: diferenças entre a teoria e a prática clínica” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade 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, 06 de setembro de 2023.

Ana Beatriz Rodrigues Ferrão

(Ana Beatriz Rodrigues Ferrão)

## **Agradecimentos**

À minha mãe, por, desde o início desta jornada, ser um dos meus pilares e apoiar todas as minhas decisões. Pela motivação e por nunca desistir de mim. Obrigada.

Ao meu pai, por ser um dos meus pilares e por me ensinar a importância da resiliência, da dedicação e de sair da minha zona de conforto. Obrigada.

Ao meu irmão, por me ensinar a não ter medo de enfrentar novos desafios e a ser corajosa. Por me acompanhar em todas as aventuras e etapas. Obrigada.

Ao meu avô, por me ter aceitado na sua casa, pelo apoio e carinho. Por estar sempre disponível, pronto a resolver qualquer situação e pelas mensagens motivacionais que tanto me ajudaram. Obrigada.

À Daisy, ao Juba, ao Scooby e à Mia. Por serem a minha fonte de alegria e serotonina e pela companhia que me fizeram nos dias intermináveis de estudo. Obrigada.

A todos os meus familiares, pela amizade e apoio durante este percurso académico. Obrigada.

Às minhas estrelinhas, apesar de não terem acompanhado o meu percurso universitário, tornaram-me na pessoa que sou hoje com todo o amor que me deram. As saudades são infindáveis. Obrigada.

Ao João, por ser o meu parceiro em todos os momentos e de todas as maneiras. Sem ti, nada faria sentido. Obrigada.

À Mariana, a minha querida gémea, por nunca me deixar desistir e por ser o meu grande suporte durante estes longos anos. Por me motivar a ser uma pessoa melhor, por ser a minha companheira e por partilhar tudo comigo. Pelas sessões de estudo, pelos dias de puzzles e pelas conversas intermináveis. Obrigada.

À Carolina, pela amizade, pelos jantares e serenatas partilhadas, pelos momentos de estudo e por ser a tranquilidade nos dias mais caóticos. Obrigada.

À minha madrinha, Isabel, e às minhas afilhadas, Antónia e Maria, por todos os momentos bonitos que partilhámos. Pelos momentos de “relatório de semestre”, pelas coscuilhices e por todos os conselhos. Obrigada.

À Raquel, à Marta e à Matilde, por serem as minhas melhores amigas desde (quase) sempre. Pelo apoio incondicional nesta jornada, pelas gargalhadas e palhaçadas, pelas férias e por todos

os momentos que partilhámos. Por ser a minha melhor versão quando estou convosco. Obrigada.

Ao Gui, ao Mateus e ao Godinho, pelo companheirismos e pela palavra amiga. Por serem os meus melhores amigos no verdadeiro significado da expressão. Por todos os jantares, por todas as férias e por todas as aventuras que partilhámos. Obrigada.

A todos os meus amigos e amigas, por me apoiarem ao longo da minha vida. Obrigada.

À professora doutora Ana Cabral, pela oportunidade que me deu para trabalhar consigo. Por toda a paciência e orientação nesta fase fulcral. Espero um dia conseguir ser a profissional que me ensinou a ser, principalmente com os seus valores. Obrigada.

A todos os membros da equipa da Farmácia Saúde, nomeadamente ao Dr. Nélio e à Dra. Anabela, por me ensinarem tanto. Por me ajudarem a enfrentar as minhas inseguranças, por confiarem em mim e por serem profissionais de excelência. Obrigada.

Às minhas colegas estagiárias, pelos momentos que passámos e pelo espírito de equipa, principalmente na arrumação das encomendas mensais. Obrigada.

A todos e todas com quem me cruzei na minha vida académica. Obrigada.

À Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, a docentes e a não docentes, por me ensinarem tantas valências e por me moldarem pessoal e profissionalmente. Obrigada.

A Coimbra, por me acolher durante este período de grande mudança. Por considerar casa. Obrigada.

O meu mais sincero obrigada!

# Índice

## Parte I- Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Lista de abreviaturas e siglas .....	8
I- Introdução .....	9
II- A Farmácia Saúde.....	9
III- Análise SWOT .....	10
<b>I. Pontos Fortes</b> .....	11
I.1 Estágio curricular integrado no plano de estudos.....	11
I.2 Dinâmica da equipa .....	11
I.3 Plano de estágio .....	11
I.4 Localização da farmácia .....	12
I.5 Histórico e ficha do utente .....	13
I.6 Organização da farmácia .....	13
I.7 Diversidade de produtos .....	14
I.8 Intervenção na dispensa de MSRM .....	15
I.9 Laboratório de Medicamentos e Produtos Manipulados.....	16
I.10 Serviços farmacêuticos.....	17
<b>2. Pontos Fracos</b> .....	17
2.1 Insegurança e inexperiência.....	17
2.2 Lacunas no plano de estudos .....	18
2.3 Transição da equipa.....	18
<b>3. Oportunidades</b> .....	19
3.1 Cedência de Medicamentos Hospitalares .....	19
3.2 Literacia em saúde e rastreios.....	19
3.3 Serviços diferenciadores .....	20
3.4 Informação médica .....	20
<b>4. Ameaças</b> .....	21
4.1 Medicamentos esgotados.....	21
4.2 Inadvertida cedência de MSRM noutras farmácias .....	22
4.3 Locais de cedência de MNSRM e outros produtos de saúde.....	22
4.4 Avarias no sistema informático .....	23
4.5 Receitas Manuais.....	23
IV- Casos práticos .....	24
Caso prático 1 .....	24
Caso prático 2.....	24
Caso prático 3.....	25
Caso prático 4.....	25

Caso prático 5.....	26
Caso prático 6.....	26
V- Considerações finais.....	27
Referências bibliográficas.....	28
Anexos.....	29

## **Parte 2- Monografia"Utilização de benzodiazepinas: diferenças entre a teoria e a prática clínica"**

Lista de abreviaturas e siglas.....	32
Resumo.....	33
Abstract.....	34
I- Introdução.....	35
<b>1. Farmacodinâmica.....</b>	<b>36</b>
<b>2. Farmacocinética.....</b>	<b>36</b>
2.1 Absorção e Distribuição.....	36
2.2 Metabolismo e Excreção.....	37
<b>3. Zolpidem.....</b>	<b>38</b>
<b>4. Indicações terapêuticas.....</b>	<b>40</b>
4.1 Ansiedade.....	40
<b>5. Contraindicações.....</b>	<b>43</b>
5.1 Hipersensibilidade.....	43
5.2 Doentes com patologias específicas.....	44
<b>6. Precauções.....</b>	<b>44</b>
6.1 Dependência e tolerância.....	44
6.2 Suspensão da terapêutica.....	44
<b>7. Problemática da utilização de benzodiazepinas.....</b>	<b>45</b>
II- Objetivos.....	46
III- Metodologia.....	46
IV- Resultados.....	47
V- Discussão.....	50
VI- Conclusão.....	53
Referências bibliográficas.....	54
Anexos.....	58

## **Parte I**

### **Relatório de Estágio de Farmácia Comunitária**

farmácia  
saúde



**Farmácia Saúde**

Sob orientação do Dr. Nélio Oliveira

## **Lista de abreviaturas e siglas**

**CEDIME-** Centro de Informação do Medicamento e Intervenções em Saúde

**COVID-19-** *Coronavirus Disease 2019*

**CT-** Colesterol Total

**DCI-** Denominação Comum Internacional

**FS-** Farmácia Saúde

**HDL-** Lipoproteína de Alta Densidade

**INR-** *International Normalized Ratio*

**LDL-** Lipoproteína de Baixa Densidade

**MICF-** Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

**mg-** Miligrama

**mL-** Mililitro

**MM-** Medicamento Manipulado

**MNSRM-** Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

**MSRM-** Medicamento Sujeito a Receita Médica

**MSRMV-** Medicamento Sujeito a Receita Médico-Veterinária

**PIM-** Preparação Individualizada da Medicação

**PVP-** Preço de Venda ao Público

**SWOT-** *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

**TG-** Triglicéridos

## I- INTRODUÇÃO

O farmacêutico, enquanto especialista do medicamento, desempenha uma função preponderante na promoção da saúde e do bem-estar dos utentes. Intervém em várias áreas, nomeadamente no aconselhamento, na adesão e na gestão da terapêutica, na promoção da literacia em saúde e de um estilo de vida saudável e na identificação de pessoas de risco. Com efeito, o farmacêutico comunitário assume um lugar privilegiado e deveras abrangente na área da saúde.

As farmácias comunitárias permitem estabelecer um contacto próximo com a população, principalmente pela facilidade de acesso, o que as torna no primeiro local ao qual as pessoas recorrem em questões de saúde.

De acordo com a Diretiva 2013/55/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 20 de novembro de 2013, a formação do farmacêutico engloba, no mínimo, 4 anos de formação teórica e prática e seis meses de estágio em farmácia aberta ao público ou num hospital.<sup>1</sup> Deste modo, considero a obrigatoriedade da realização de estágio curricular uma oportunidade, principalmente por ser o elo de ligação para o nosso futuro profissional.

O meu estágio curricular foi realizado na Farmácia Saúde da Figueira da Foz, perfazendo um total de 810 horas, sob a orientação dedicada do Dr. Nélio Oliveira.

O presente relatório sumariza as atividades e funções que desempenhei durante este período. Encontra-se elaborado sob uma análise SWOT, contemplando os pontos fortes (*Strengths*), pontos fracos (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) que influenciaram, positiva ou negativamente, o meu percurso na Farmácia Saúde.

## II- A FARMÁCIA SAÚDE

A Farmácia Saúde (FS) encontra-se sediada na Figueira da Foz, no Centro Comercial Atlântico, sob orientação técnica da Dra. Anabela Mascarenhas. Localiza-se numa grande zona residencial, próxima de uma clínica veterinária e de várias lojas, o que reflete os utentes da mesma.

A equipa da FS é constituída por vários profissionais dinâmicos, trabalhadores empenhados e com um vasto leque de conhecimentos em múltiplas áreas da saúde.

**Tabela I** - Equipa técnica da Farmácia Saúde.

<b>Diretora Técnica</b>	Anabela Mascarenhas
<b>Proprietários</b>	Anabela Mascarenhas Flávio Maia
<b>Farmacêuticos</b>	Nélio Oliveira Ana Cabral Joana Santos Ana Rita Fernandes Marta Dias Mónica Sousa Aline Gregório Marta Matias
<b>Técnicos de Farmácia</b>	Diana Silva Paulo Silva Tânia Claro Tiago Monteiro David Muge
<b>Técnicas Auxiliares de Farmácia</b>	Paula Santos Fernanda Marques Carla Guerra
<b>Técnicas</b>	Soraya Schneider Deonilde Fernandes

A Farmácia Saúde encontra-se em funcionamento de segunda a sábado das 9 às 20 horas e ao domingo e feriados das 9 às 13 horas, estando, deste modo, em concordância com a Portaria n.º 277/2012 de 12 de setembro.<sup>2</sup>

### III- ANÁLISE SWOT

A análise SWOT permite analisar e identificar pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças. Considerei pontos fortes e pontos fracos as características da FS/do MICEF (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) que favoreceram ou dificultaram o meu estágio, respetivamente. As oportunidades e ameaças contemplam as características/situações externas à FS/ao MICEF que beneficiaram ou comprometeram o meu estágio, respetivamente.

## **I. Pontos Fortes**

### I.1 Estágio curricular integrado no plano de estudos

O plano de estudos do MICF é extremamente completo, abrangendo diversas áreas científicas e permitindo adquirir conhecimento fundamental para nos tornarmos profissionais competentes e conhecedores. No entanto, existe uma discrepância acentuada entre a realidade curricular e a profissional, que nos obriga a uma adaptação complexa e exigente e a alguma flexibilidade e resiliência. Daí ser fundamental existir um estágio integrado no plano de estudos, completo e repleto de oportunidades que viabiliza um primeiro contacto com a área que podemos exercer no futuro.

Deste modo, considerando o que aprendi durante este período e o desenvolvimento pessoal e profissional de que beneficieei, acredito que seria vantajoso realizar mais estágios integrados, no decurso dos 5 anos, de modo a experienciar as diferentes áreas que o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas tem para oferecer.

### I.2 Dinâmica da equipa

A equipa da Farmácia Saúde é constituída por vários profissionais, como Farmacêuticos, Técnicos de Farmácia e Técnicos Auxiliares de Farmácia. Trata-se de uma equipa fixa, praticamente sem rotatividade, cujas funções e responsabilidades estão bem delineadas, o que facilita a operacionalidade dentro da farmácia. Para além das diferentes áreas de formação, os profissionais detêm conhecimentos distintos, adquiridos durante os anos de experiência, bem como perspetivas e métodos de trabalho diversos.

Trata-se de uma equipa jovem e dinâmica, que promove e facilita a integração dos estagiários, apoiando continuamente o processo de adaptação/transição. Perante as várias dúvidas que foram surgindo, a equipa esclareceu-as, de modo prático e eficaz, enriquecendo o meu processo de aprendizagem e fomentando o desenvolvimento do meu espírito crítico e capacidade de resposta.

### I.3 Plano de estágio

Logo no início do meu estágio foi-me dado a conhecer o plano de estágio que iria cumprir, pelo meu orientador, o Dr. Nélio Oliveira.

No primeiro mês, o trabalho realizado foi maioritariamente de *backoffice*. Aprendi todo o processo de gestão de encomendas, desde a sua realização até à receção, por intermédio do programa *Sifarma 2000*® e com auxílio da Soraya, responsável pelas encomendas, que me

explicou com rigor os passos a seguir e as normas a cumprir. A correta receção de encomendas e o armazenamento dos produtos é fulcral para a gestão de *stocks*, de modo a evitar erros, tanto de quantidades, como de preços e de validades. Durante este período, aprendi também a armazenar os produtos nos locais indicados, o que permitiu um contacto inicial com os nomes comerciais de medicamentos e respetivas DCI (Denominação Comum Internacional), bem como com outros produtos de saúde, sendo este conhecimento fundamental e determinante para as fases posteriores do estágio.

Numa fase seguinte, durante cerca de duas semanas, para além do trabalho descrito previamente, comecei a fazer “sombra”, isto é, acompanhei os membros da equipa durante o atendimento farmacêutico, de modo a compreender as etapas do mesmo. Tomei conhecimento das perguntas indispensáveis, dos tipos de atendimento que podem ocorrer, dos diferentes tipos de receitas e regimes de comparticipação e de como trabalhar no sistema *Sifarma*®. Aprendi não só sobre medicamentos e produtos de saúde, mas também sobre a importância da empatia e das relações interpessoais no ato da dispensa.

Por fim, comecei a realizar atendimentos, inicialmente com a supervisão dos profissionais e, de seguida, autonomamente. No entanto, os membros da equipa estavam sempre por perto, em balcões de atendimento adjacentes, prontos a prestar auxílio se necessário. O atendimento ao público na área da saúde requer bastante responsabilidade e concentração, sendo importante adequar o tipo de linguagem utilizada à literacia do utente, de modo a que a mensagem veiculada seja perceptível, clara e simples, transmitida da melhor forma possível.

Creio que o plano de estágio implementado pela farmácia contribuiu, e bastante, para uma transição progressiva e gradual da teoria para a prática, estimulando a minha autonomia e desenvolvendo a minha capacidade de comunicação (*soft skill*).

#### 1.4 Localização da farmácia

A FS localiza-se numa zona urbana da Figueira da Foz bastante central. Encontrando-se inserida num centro comercial, acaba por ter algumas vantagens associadas, como, por exemplo, um vasto estacionamento, quer coberto, quer ao ar livre, promovendo a acessibilidade dos utentes à farmácia.

Por se inserir numa grande zona residencial, ter bons acessos e estar numa cidade com bastantes turistas, principalmente nos meses de verão, o seu perfil de utentes é bastante heterogéneo, o que considero ser uma grande vantagem do meu estágio. Com efeito, deu-me

a possibilidade, não só, de contactar com várias realidades e com casos clínicos distintos, mas também com pessoas de outras nacionalidades e contextos. Por outro lado, uma grande percentagem dos utentes são pessoas regulares, principalmente idosos, que são fiéis e confiam na indicação farmacêutica, permitindo a realização de um acompanhamento mais próximo, bem como de intervenções mais efetivas, criando laços de cumplicidade e de confiança.

### 1.5 Histórico e ficha do utente

A criação de ficha do utente é uma mais-valia, uma vez que nos permite ter acesso ao histórico do mesmo. Na Farmácia Saúde qualquer venda que seja realizada fica registada na ficha de utente e, no caso de ser um utente novo, procede-se à criação da mesma.

A existência de histórico apresenta várias vantagens como o facto de permitir o acompanhamento da terapêutica e a dispensa do medicamento ao qual a pessoa está habituada, evitando trocas entre os laboratórios de medicamentos genéricos que podem levar a confusões com as caixas dos medicamentos e a riscos de não adesão ou duplicação da terapêutica. É, simultaneamente, bastante útil nos casos em que os utentes já não têm receita, uma vez que estas terminaram antes de terem acesso a novas, situação que ocorre como consequência da dificuldade em marcar consulta com o médico de família/especialista, quer por falta de vagas, quer por não terem um médico de família atribuído. O facto de algumas caixas terem 28 comprimidos e não 30, por exemplo, também pode levar a que, na mesma receita, ainda estejam disponíveis alguns medicamentos e outros não. Como temos acesso ao histórico, conseguimos perceber se o utente ainda tem medicação e, nas situações descritas, realizar uma venda da medicação crónica, indispensável, de modo a que os doentes não fiquem sem a mesma, promovendo a adesão à terapêutica,

### 1.6 Organização da farmácia

Considero que a organização da farmácia me ajudou bastante durante o estágio.

A FS é constituída, essencialmente, por 3 grandes áreas: zona de atendimento ao público, de *backoffice* e de Medicamentos e Produtos Manipulados.

O espaço de atendimento é amplo, organizado e sereno, permitindo uma ótima circulação dos utentes pelos diversos lineares e gôndolas de dermocosmética, saúde e higiene oral, ortopedia, puericultura e suplementos alimentares. Apresenta também uma zona de descanso e uma zona infantil, promovendo o conforto de todos os utentes. Os balcões de atendimento são 6, descontínuos, proporcionando privacidade ao utente. Todos os postos estão equipados com um terminal multibanco e, para simplificar o processo e minimizar o

risco de erros, existe um *CashGuard* comum. Em cada balcão encontram-se expostos produtos sazonais, promocionais, campanhas comerciais e novidades com o intuito de dar a conhecer aos utentes e de suscitar interesse aos mesmos. Os lineares que se encontram por detrás do balcão estão organizados por secções, desde os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)/dispositivos médicos sazonais ou de alta rotatividade, produtos veterinários, protetores solares até aos dispositivos médicos (termómetros). De notar que os MNSRM não estão de acesso livre aos utentes.

Na zona de *backoffice*, os MSRM (Medicamento Sujeito a Receita Médica) sob a forma farmacêutica de comprimidos/cápsulas estão organizados por DCI, em gavetas verticais, por ordem alfabética. Por haver um grande volume de medicamentos, os excedentes encontram-se em prateleiras, divididos entre marcas, nas quais medicamentos de marca são organizados pelo nome da mesma e genéricos pelo laboratório a que pertencem e, dentro destes, pela DCI. Em gavetas verticais, organizados alfabeticamente pelo nome de marca, estão os injetáveis e discos, anti-asmáticos, produtos de uso externo, produtos ginecológicos, gotas orais, nasais e auriculares, pós/saquetas e pomadas. Em gavetas horizontais, encontram-se ampolas, gotas e pomadas oftálmicas, Medicamentos Sujeitos a Receita Médico-Veterinária (MSRMV), produtos do protocolo da diabetes e suplementos alimentares. Os excedentes encontram-se arrumados consoante estas categorias. Os produtos termolábeis armazenam-se no frigorífico e os xaropes/pós para preparações de suspensões orais em prateleiras horizontais. Por fim, os MNSRM que não estão expostos no exterior da farmácia e outros produtos dermocosméticos estão organizados em prateleiras horizontais.

A organização é sempre fulcral, principalmente quando falamos de um local com uma grande variedade de produtos e referências. O facto de os locais estarem separados logicamente agilizou de forma significativa o meu estágio, minimizando intervalos de espera na aquisição dos medicamentos para a dispensa em balcão e, por outro lado, facilitando o processo de arrumação.

### 1.7 Diversidade de produtos

Os medicamentos e produtos de saúde que existem na Farmácia Saúde são diversos e procuram satisfazer as necessidades dos utentes. Nos MSRM, o número de referências é elevado, tanto a nível das marcas, como dos laboratórios de genéricos. O facto de estar em contacto com tantos produtos distintos acabou por se revelar seguramente útil no meu estágio, tendo-me permitido reconhecer, no caso de MSRM, as embalagens. Quando, por exemplo, estava na presença de um utente (novo na farmácia) que pretendia levar um

medicamento habitual e que a única coisa que sabia era a cor da embalagem, conseguia, por diversas vezes, ajudá-lo.

Relativamente aos MNSRM e produtos de saúde, o mesmo se verifica. A diversidade de produtos de dermocosmética, de higiene e saúde oral, ortopedia, puericultura e veterinária ampliou o meu conhecimento nestas áreas, contribuindo para a minha capacidade de indicar a solução mais indicada para cada situação.

Adicionalmente, a boa gestão de *stocks* permite fidelizar alguns utentes à farmácia, visto que a probabilidade de existir o produto do qual o utente necessita é alta. Todavia, a farmácia nem sempre dispõe de todos os laboratórios de medicamentos genéricos ou de todas as gamas de produtos de saúde. Quando tal se verifica, os membros da equipa prontamente encomendam o medicamento/produto necessário, algo que também realizei durante o meu estágio e que me permitiu adquirir ainda mais conhecimentos.

### 1.8 Intervenção na dispensa de MSRM

Aparentemente, o nosso papel enquanto farmacêuticos pode parecer reduzido aquando da dispensa de MSRM. Porém, existe muito espaço para conseguirmos alterar este paradigma.

Em situações de cedência de medicação habitual, podemos perceber, conversando com a pessoa, se está a aderir à terapêutica e, no caso de não estar, compreender o porquê e tentar ajudar. No caso de medicamentos novos, torna-se numa oportunidade ainda melhor: somos nós que, enquanto especialistas do medicamento, podemos indicar todas as informações das quais o doente precisa, esclarecendo dúvidas que possam surgir. Importa explicar, inicialmente, a posologia e algumas precauções, bem como possíveis efeitos secundários. Num segundo momento, escrever a posologia nas embalagens de modo a evitar esquecimentos.

No caso de medicamentos que necessitam de reconstituição, como os xaropes, realizei várias vezes preparação dos mesmos, caso os utentes o pretendessem. No caso dos antibióticos em xarope confirmei sempre as doses de acordo com a idade, peso e indicação terapêutica e, em situações pontuais, procurei contactar o médico para confirmar certas posologias.

Por fim, na dispensa de dispositivos inalatórios pela primeira vez, demonstrava o seu modo de utilização, através do modelo respetivo e, simultaneamente, entregava um documento disponível no *Sifarma*®, elaborado pelo Centro de Informação do Medicamento e

Intervenções em Saúde (Cedime), da Associação Nacional das Farmácias. Este documento enumera os passos a seguir para realizar uma técnica inalatória correta, bem como alguns cuidados a ter com o dispositivo (Anexo I).

### 1.9 Laboratório de Medicamentos e Produtos Manipulados

Um medicamento manipulado (MM) é “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”, segundo a Portaria n.º 594/2004 de 2 de junho.<sup>3</sup> Numa fórmula magistral, o medicamento é preparado segundo a receita que especifica o doente, ao passo que, um preparado oficial rege-se pelas indicações compendiais de uma farmacopeia ou formulário.

Apesar de, no início do desenvolvimento da Farmácia e da Medicina, os produtos serem maioritariamente preparados por boticários, atualmente esta arte está menos presente na realidade dos farmacêuticos. A indústria farmacêutica ganhou bastante espaço neste campo dado que consegue produzir vários medicamentos num curto espaço de tempo, em doses pré-estabelecidas e a preços bastante convidativos, facilitando o acesso ao medicamento pela população.

Todavia, existem algumas lacunas no mercado, pelo que a produção de Medicamentos Manipulados é bastante relevante. Um MM cuja preparação é bastante frequente na Farmácia Saúde são as cápsulas de minoxidil, de diferentes dosagens, consoante a fórmula magistral. Existem alguns produtos com este princípio ativo desenvolvidos pela indústria farmacêutica, mas, de momento, sob formulação oral de cápsulas não. Outro exemplo que veio demonstrar a importância da preparação de MM, foi em casos de medicamentos esgotados. Quando o creme vaginal Ovestin<sup>®</sup> esteve esgotado, durante bastante tempo, os membros da equipa do laboratório, sob orientação da Diretora Técnica, prontamente fizeram um preparado oficial do mesmo, que nos permitiu oferecer aos utentes uma alternativa.

Para além de medicamentos, também são preparados outros produtos de saúde, como suplementos alimentares, produtos de saúde e higiene oral (champô sólido, exfoliante, pasta de dentes), álcool 70% (V/V) e álcool gel, entre outros.

Durante o meu estágio, observei as etapas de preparação dos manipulados desde o preenchimento da ficha do manipulado e o cálculo do preço à preparação dos rótulos e do próprio manipulado. Assisti à preparação de alguns medicamentos veterinários, como cápsulas de trilostano; de suplementos, como pastilhas sublinguais de coenzima Q10; de pomadas e de

soluções. Porém, o ponto alto foi quando tive a oportunidade de preparar cápsulas de minoxidil, com ajuda e supervisão de um membro da equipa.

Considero que a minha breve passagem pelo laboratório foi importante para ampliar os meus conhecimentos farmacêuticos, permitindo-me aconselhar alguns produtos quando estava ao balcão, como, por exemplo, as cápsulas de ómega-3, o magnésio-glicina e a pomada para frieiras.

### 1.10 Serviços farmacêuticos

No decurso do meu estágio, tive a oportunidade de assistir e de realizar vários serviços farmacêuticos prestados pelos farmacêuticos e técnicos da Farmácia Saúde.

Uma das medições vulgarmente requisitadas foi a medição da pressão arterial realizada através de um tensiómetro eletrónico. Muitos utentes com hipertensão arterial procuram medir com alguma regularidade estes valores, de modo a controlar e a acompanhar a patologia. Realizei também medições da glicémia, da bioimpedância e do INR (*International Normalized Ratio*), porém com menos frequência do que a medição da pressão arterial.

Observei membros da equipa a determinarem o perfil lipídico, que discrimina os valores da Lipoproteína de Alta Densidade (HDL) e da Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL), do Colesterol Total (CT) e dos Triglicérideos (TG). A análise quantitativa aos parâmetros da urina avaliados no *Combur-test*® também era realizada frequentemente. Por último, assisti à administração da vacina da gripe, apenas uma vez, por um farmacêutico qualificado para tal.

## **2. Pontos Fracos**

### 2.1 Insegurança e inexperiência

Durante os primeiros atendimentos ao balcão, senti-me bastante insegura e nervosa, com medo de errar e de não saber dar a resposta adequada. Este medo provinha, principalmente, da responsabilidade associada e das repercussões que os meus erros poderiam ter na saúde da pessoa. A transposição dos conhecimentos teóricos para a prática nem sempre é fácil e, frequentemente, os utentes fazem perguntas muito específicas e que nos apanham de surpresa, não existindo muito tempo para raciocinar. A demora na resposta pode condicionar a opinião do utente, não só em relação ao estagiário, mas também à própria farmácia, o que, a meu ver, colocava uma pressão adicional e, conseqüentemente, um medo maior de errar. A verdade é que um bom aconselhamento farmacêutico pode fidelizar um utente e é um dos

fatores que distingue uma farmácia de outros locais de venda de MNSRM e outros produtos de saúde.

No entanto, à medida que realizei mais atendimentos e com a ajuda e encorajamento da equipa, fui ultrapassando alguns medos e modificando a minha postura ao balcão, com confiança e destreza para resolver algumas situações mais delicadas que surgiam.

## 2.2 Lacunas no plano de estudos

Como mencionei previamente, acredito que o plano de estudos do MICF é bastante completo. No entanto, aquando do meu estágio, verifiquei que existiam algumas lacunas que afetaram os meus atendimentos.

A meu ver, a falta de casos clínicos que espelhem a realidade da farmácia comunitária poderá ser a razão para tal. Durante o período académico, principalmente nas unidades curriculares Farmacoterapia e Farmácia Clínica, analisámos muitos casos práticos, porém, na sua maioria, estes utilizavam MSRM. Durante o estágio, esse conhecimento adquirido é preponderante, porém insuficiente. No quotidiano da farmácia comunitária existe uma grande percentagem de casos que envolvem medicamentos e suplementos de venda livre, na resolução de situações menos graves, e, por não termos tanto conhecimento, torna-se, por vezes, difícil escolher um produto em detrimento de outro. Senti dificuldades, especificamente, a nível de ortopedia (desde situações de dores músculo-articulares à utilização de dispositivos médicos), de saúde e higiene oral e de suplementos, dado que não são temas que tenhamos abordado na faculdade, na vertente da indicação e aconselhamento farmacêutico.

Também a nível de produtos veterinários e dermocosméticos, acredito que podíamos ter uma formação mais direcionada para a indicação farmacêutica.

## 2.3 Transição da equipa

Durante o meu período de estágio, a Farmácia Saúde esteve num processo de transição de equipa, uma vez que o Laboratório de Medicamentos e Produtos Manipulados se encontra, felizmente, em ascensão. Desta forma, não tive as oportunidades que estavam inicialmente preconizadas de assistir e preparar alguns produtos, que considerava fundamental para a minha aprendizagem nesta área que tanto me fascina.

### **3. Oportunidades**

#### **3.1 Cedência de Medicamentos Hospitalares**

Como consequência da pandemia de COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), surgiu a oportunidade de, a pedido do utente, as farmácias comunitárias dispensarem medicamentos que são dispensados por farmácia hospitalar em regime de ambulatório, segundo o Despacho n.º 5315/2020, de 7 de maio.<sup>4</sup> Esta medida emergiu com o intuito de minimizar o contacto social e a propagação da doença e, apesar de não nos encontrarmos no estado epidemiológico de 2020, a cedência de medicamentos hospitalares em farmácias comunitárias continua a ser realizada.

Durante o meu período de estágio, assisti à receção destes medicamentos, que implica a conferência das embalagens (estado, quantidade e lote dos medicamentos) pelo farmacêutico que também procura entrar em contacto com o utente, de modo a informá-lo de que a sua medicação já se encontra na farmácia. De seguida, no balcão de atendimento, presenciei a dispensa dos mesmos, também por intermédio de um farmacêutico.

Os impactos desta iniciativa são extremamente positivos, algo que pude observar ao falar com os utentes. Para além da comodidade que confere, também o impacto a nível económico e de disponibilidade é visível, uma vez que o acesso aos medicamentos não implica deslocação à Farmácia Hospitalar do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, no caso dos utentes da FS.

#### **3.2 Literacia em saúde e rastreios**

Acredito que a literacia em saúde contribui para o empoderamento do doente e, consequentemente, para a melhoria dos resultados em saúde.

Durante o meu período de estágio, tive a oportunidade de fazer parte de uma ação de sensibilização que decorreu durante um dia inteiro, nas instalações da Farmácia Saúde. A Dra. Anabela Mascarenhas organizou, na farmácia, 3 postos de trabalho nos quais estive, juntamente com as minhas colegas estagiárias, a medir a pressão arterial, a glicémia, o perímetro abdominal e a bioimpedância a diversas pessoas. No final, com a ajuda da Dra. Anabela, analisámos os valores dos utentes, explicando-lhes quais se encontravam dentro e fora dos parâmetros. Em algumas situações, sugerimos medidas não farmacológicas e noutras convidámos os utentes a regressar à farmácia, noutra dia, para repetir a medição dos valores, por exemplo, em jejum (glicémia).

Os rastreios podem ser uma ferramenta fulcral tanto para a prevenção de doenças como para a deteção precoce das mesmas. Adicionalmente, esta ação de sensibilização permitiu um contacto mais próximo com os utentes e com os métodos utilizados para prestar estes serviços.

### 3.3 Serviços diferenciadores

A preparação individualizada da medicação (PIM) é um serviço crucial para determinados doentes. Deste modo, a sua realização é uma oportunidade para as farmácias se distinguirem e promoverem a adesão à terapêutica.

Num primeiro momento, as farmacêuticas responsáveis procedem à revisão da medicação, na qual verificam as dosagens, posologias e a presença (ou não) de interações e duplicações da terapêutica. Numa segunda fase, o perfil dos doentes e a medicação respetiva são inseridos no programa informático e realiza-se toda a preparação da medicação, desde retirar os medicamentos das embalagens primárias até à conferência das saquetas individuais. Durante o meu estágio, acompanhei este processo de perto, participando várias vezes no mesmo. Permitiu-me, também, estar em contacto com os utentes que usufruem do serviço e aprender mais, numa fase inicial, sobre as diferentes DCI e as marcas envolvidas.

Como mencionado anteriormente, quando dispensei dispositivos inaladores novos para o utente, tentei, de modo simples e claro, explicar a forma de administração do medicamento. No entanto, em algumas situações, esta explicação não foi realizada no balcão, mas sim no gabinete de atendimento, de modo a proporcionar um ambiente mais tranquilo e propício à aprendizagem da técnica inalatória. No meu entender, existe uma grande oportunidade de criar um programa de inaladores, algo que a FS dinamizava antes da pandemia de COVID-19.

### 3.4 Informação médica

Durante o meu estágio, aprendi mais sobre os medicamentos e produtos de saúde através de Delegados de Informação Médica.

Dentro das várias ações dinamizadas, destaco as seguintes:

- Bayer<sup>®</sup>, sobre a gama Bepantene<sup>®</sup>, Gino-Canesten<sup>®</sup> e Claritine<sup>®</sup>;
- Cantabria<sup>®</sup>, na qual aprendi um pouco mais sobre os produtos Cistitone<sup>®</sup>, Iraltone<sup>®</sup> e Folcare<sup>®</sup>;

- Eucerin<sup>®</sup>, na qual a Farmacêutica, para além de diferenciar as gamas e as indicações de cada produto, nos deu a oportunidade de os experimentar, algo que considero muito importante, uma vez que nos ajuda a formar uma opinião mais robusta;
- Towa<sup>®</sup>, sobre o produto Dioflav<sup>®</sup>, utilizado no tratamento de sintomas relacionados com insuficiência venosa e no tratamento sintomático da crise hemorroidária aguda;
- Reckitt<sup>®</sup>, sobre a gama Nurofen<sup>®</sup> distinguindo os vários medicamentos;
- Dextazin<sup>®</sup>, um medicamento indicado para o tratamento da dependência de nicotina.

Considero que estas ações de informação médica foram bastante importantes dado que, como mencionado anteriormente, a nossa formação durante o curso sobre MNSRM e suplementos alimentares é residual.

## 4. Ameaças

### 4.1 Medicamentos esgotados

Os medicamentos esgotados foram, infelizmente, uma constante durante todo o estágio curricular. Algumas das ruturas de medicamentos que se verificaram incluíam o Inderal<sup>®</sup>, Ozempic<sup>®</sup>, Trulicity<sup>®</sup>, Rivotril<sup>®</sup>, Ovestin<sup>®</sup>, Zoloft<sup>®</sup>, Concor<sup>®</sup> e Ben-u-ron<sup>®</sup> e, no caso dos 3 últimos, como existem medicamentos genéricos do mesmo grupo homogéneo, foi possível fazer a substituição. Porém, grande parte dos medicamentos esgotados não apresentavam esta possibilidade.

Uma das medidas adotadas pela Farmácia Saúde foi a elaboração periódica de uma lista de medicamentos esgotados e, pelo menos uma vez por dia, um membro da equipa estava encarregue de entrar em contacto com todos os fornecedores, de modo a tentar adquirir algum destes medicamentos. Adicionalmente, durante várias vezes, entrei em contacto com os fornecedores no momento do atendimento. Quando existia algum *stock* de um dos medicamentos esgotados, tentávamos promover o uso racional dos medicamentos, cedendo apenas uma embalagem a cada utente (salvo raras exceções).

Considero a existência de medicamentos esgotados uma ameaça, quer para o doente, quer para as farmácias comunitárias. O facto de um doente não ter disponível um medicamento necessário para a sua saúde é preocupante e perigoso. Infelizmente, nem todos têm a oportunidade de marcar uma consulta com o médico de família de imediato, para este indicar uma alternativa, pelo que ficam sem o medicamento, o que pode prejudicar a sua saúde. Senti muita impaciência e frustração por grande parte destas pessoas e que, algumas, assumiam que as farmácias não tinham estes medicamentos por uma junção de fraca gestão de *stocks*

aliada a pouco esforço da nossa parte para os adquirir. Com alguma calma e paciência, procurámos explicar a situação e oferecer soluções.

#### 4.2 Inadvertida cedência de MSRM noutras farmácias

Um dos temas que mais debati durante este período relaciona-se com a cedência de MSRM sem receita médica. Apenas em casos excecionais tal é possível de realizar: quando estamos perante uma urgência em que a saúde do utente se encontra em risco, sem existir possibilidade de aquisição de receita, carecendo de avaliação farmacêutica do risco/benefício, circunstâncias da situação e histórico de dispensas (Anexo 2).

O facto de muitas farmácias dispensarem medicamentos sem cuidado levou a situações bastante desconfortáveis quando me recusei, inúmeras vezes, de os ceder. As pessoas ficavam incrédulas, justificando que noutras farmácias nunca tinham, sequer, colocado um entrave à cedência, acusando-nos de “má-vontade”. A insatisfação e desagrado por vezes davam lugar à resignação e as pessoas aceitavam que não iam ter acesso ao medicamento, aceitando as nossas sugestões de MNSRM (se tal se justificasse). Todavia, em algumas situações iam embora bastante frustrados, dizendo que não voltavam e que iam a outra farmácia. Em alguns casos percebi que a requisição de certos medicamentos era influenciada por amigos e familiares, pelo que as pessoas nem tinham noção das implicações para a saúde que podiam representar.

Trata-se de um problema atual, cuja resolução é exequível, estando dependente de nós, enquanto classe farmacêutica. Não nos podemos esquecer de que o nosso objetivo é comum: promover a saúde e adquirir a confiança dos utentes e, para tal, precisamos de trabalhar em equipa.

#### 4.3 Locais de cedência de MNSRM e outros produtos de saúde

A venda de MNSRM e produtos de saúde em parafarmácias e espaços de bem-estar é, sem dúvida, uma grande ameaça para as farmácias e, conseqüentemente, para os farmacêuticos.

Atualmente, considerando a facilidade de acesso à informação e o baixo poder económico de muitos dos portugueses, estes preferem, muitas vezes, comprar estes produtos fora da farmácia, dado que o preço é normalmente mais baixo. A verdade é que não pode haver comparação entre o preço dos produtos de cadeias de lojas de bem-estar que compram grandes volumes de produtos e uma farmácia, sendo muito complicado competir a nível de PVP (Preço de Venda ao Público). Para além do óbvio impacto económico nas farmácias, a própria saúde dos utentes pode estar colocada em risco. Os MNSRM não são inócuos, sendo

necessária uma avaliação dos sintomas e um aconselhamento cuidado que implica um diálogo com o utente. Muitas vezes, o medicamento solicitado não é o mais indicado para o utente, por diversas razões, pelo que devemos sugerir o mais apropriado, algo que nem sempre é recebido com satisfação.

A desvalorização do papel do farmacêutico generalizou-se e foi, certamente, impulsionada pela venda de MNSRM em supermercados.

#### 4.4 Avarias no sistema informático

No decorrer do estágio, surgiram alguns problemas associados aos programas informáticos, *Sifarma*® e *Sifarma 2000*®, principalmente relacionados com falhas de comunicação. Geralmente, resolviam-se com brevidade e prontidão, não implicando constrangimentos durante o atendimento. No entanto, em certas situações a sua resolução demorava mais e impedia o acesso às receitas dos utentes, o que provocava algum descontentamento e impaciência dos mesmos.

#### 4.5 Receitas Manuais

Existem, atualmente, 3 modelos de prescrição médica: prescrição eletrónica desmaterializada, prescrição eletrónica materializada e prescrição manual. Apesar de a prescrição de receitas manuais ser cada vez menos frequente, contactei com as mesmas durante o meu estágio.

A prescrição de medicamentos através de uma receita manual pode realizar-se, excecionalmente, quando preencher um dos seguintes motivos:

- a) Falência do sistema informático;
- b) Inadaptação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem profissional;
- c) Prescrição ao domicílio;
- d) Outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês.<sup>5</sup>

Para além da justificação, existem outros critérios a confirmar para validar a receita como, por exemplo, a identificação do médico prescriptor, o nome e número de utente, a data de validade (as receitas são válidas até 30 dias após a sua emissão) e o número total de embalagens e medicamentos prescritos. Aliado à interpretação da caligrafia, este processo torna-se moroso e mais suscetível a erros, apesar de ter sido sempre confirmado por, pelo menos, 2 membros da equipa da FS.

Em algumas situações, por incumprimento de regras do preenchimento da receita manual, rasuras ou erros de dosagem, não cedi os medicamentos respetivos, o que levou a alguns constrangimentos e incompreensão por parte dos utentes. Estes erros são menos comuns nas receitas eletrónicas desmaterializadas.

#### IV- CASOS PRÁTICOS

##### Caso prático 1

Um utente, do sexo masculino com cerca de 75 anos, dirige-se à farmácia com uma prescrição de Symbicort Turbohaler<sup>®</sup> 160 µg/dose + 4,5 µg/dose e de uma Câmara Expansora com Máscara de Adulto. Após uma breve conversa com o utente, percebi que tinha vindo diretamente do hospital e que estava com insuficiência respiratória, sendo a primeira vez que ia utilizar um dispositivo inalatório. O médico explicou-lhe que iria utilizar uma câmara expansora para facilitar a administração e melhorar a absorção do medicamento. Porém, apercebi-me de que o medicamento que constava na receita não podia ser utilizado em câmara expansora, dado que a forma farmacêutica era pó para inalação e neste tipo de dispositivos médicos são utilizados dispositivos pressurizados. De facto, após pedir ajuda a uma farmacêutica, apercebi-me de que existe o medicamento Symbicort<sup>®</sup> 160 µg/dose + 4,5 µg/dose cuja forma farmacêutica é uma suspensão pressurizada para inalação. Ou seja, o médico queria prescrever o Symbicort<sup>®</sup>, mas ocorreu um erro e prescreveu o Symbicort Turbohaler<sup>®</sup>. De imediato, procurei entrar em contacto com o mesmo, explicando a situação e confirmando a nossa hipótese. O médico disponibilizou-se para enviar a receita por via eletrónica, para o telemóvel do utente e a situação ficou resolvida.

##### Caso prático 2

Uma utente com cerca de 40 anos desloca-se à farmácia e pede a pílula Minigeste<sup>®</sup>. Questionei se tinha prescrição médica e a utente negou. Tentei perceber se era uma medicação habitual, se era acompanhada por um médico de família ou por um médico especialista em ginecologia, ao que a utente afirmou que não. Percebi, ao longo da conversa, que a utente costumava tomar a pílula Sibilla<sup>®</sup>, só que, como estava esgotada na altura, queria levar a Minigeste<sup>®</sup>, uma vez que tinha uma amiga que também tomava essa. Expliquei que a utilização destes medicamentos carece de avaliação médica prévia, tal como a alteração dos mesmos, e que cada mulher tem necessidades diferentes, ao que a senhora me responde, indignada, que nós tínhamos o dever de lhe ceder o que ela pedisse, caso contrário podia

engravidar e a culpa era nossa. Calmamente, procurei explicar os riscos associados à toma destes medicamentos, sugerindo que consultasse um médico se, realmente, pretendia continuar a utilizar a pílula como método contraceptivo. Adicionalmente sugeri a utilização de outros métodos durante o período que estaria à espera de consulta, como o preservativo, ao que me respondeu que não queria, virou costas e foi-se embora da farmácia.

### Caso prático 3

Um utente de 70 anos dirige-se à farmácia afirmando que se sente constipado e que estava com tosse seca, pelo que queria um xarope. Tentei perceber se a tosse era efetivamente seca, ao que ele me respondeu que achava que sim porque “não saía muco”. Questionei como estava o seu consumo de água e o utente afirmou que bebia muito pouca água durante o dia porque não tinha vontade, afirmando também que sentia algo no peito que tentava libertar e não conseguia. Expliquei-lhe que muito provavelmente seria expetoração e que não estava a sair uma vez que o senhor não estava a beber a água necessária. O utente agradeceu o esclarecimento e perguntou o que seria mais indicado, pelo que o questionei se tinha algumas patologias, como hipertensão arterial, diabetes ou asma brônquica. O senhor era hipertenso e diabético, por isso aconselhei Fluimucil<sup>®</sup> 4% (40mg/mL) em solução oral, que é indicado para idosos e não tem açúcar. Indiquei a posologia e escrevi na embalagem, 15 mL uma vez por dia, mas expliquei-lhe a importância de beber água e que o medicamento não ia ser efetivo se ele não cumprisse a sua parte. Para não criar um objetivo irrealista, o senhor comprometeu-se a beber pelo menos um litro de água todos os dias.

Como se tratava de um utente habitual da Farmácia Saúde, quando ele regressou, umas semanas depois, para adquirir a sua medicação crónica, perguntei-lhe se se sentia melhor e se estava tudo bem. Informou-me que a tosse ainda durou uns dias, mas que se sentia melhor e que tinha adquirido o hábito de beber mais água durante o dia.

### Caso prático 4

Uma utente com cerca de 60 anos dirige-se à farmácia para adquirir o medicamento Lergonix<sup>®</sup> 20 mg. Perguntei se tinha consigo a receita e a utente respondeu que sim, mostrando-a prontamente através do seu telemóvel. Quando lhe estava a ceder o medicamento, questionei se era a primeira vez que ia utilizar o anti-histamínico, ao que a utente respondeu que não, afirmando que era a segunda embalagem naquele ano que ia utilizar, pois tinha rinite alérgica e estava novamente com sintomas. No entanto, disse-me que não tinha notado grande efeito. Perguntei como tinha tomado a medicação e ela respondeu-me

que tomava um comprimido por dia, depois do almoço e que numa situação em que estava com mais alergias tomou dois, um de manhã e outro à noite. Expliquei que a posologia era, de facto, apenas um comprimido diário e que tinha de estar afastado das refeições: ou uma hora antes ou duas horas depois, de modo a ter uma melhor absorção e, conseqüentemente, ser mais efetivo. Acrescentei que, se mesmo assim o medicamento não fosse suficiente, não devia tomar 2 comprimidos e que o passo seguinte seria falar com o médico, para que este indicasse uma alternativa, ou podia também utilizar um anti-histamínico de venda livre indicado por nós.

### Caso prático 5

Uma mulher, com cerca de 30 anos, dirige-se ao final do dia à farmácia com uma receita de Fosfomicina Monuril<sup>®</sup> 3000 mg, 2 saquetas. Afirmou que estava com uma infeção urinária e perguntou-me se podia tomar a medicação de imediato porque estava com algumas dores. Disse-lhe que esta medicação, de modo a ter uma maior absorção, deve ser administrada fora da refeição, de preferência antes de a pessoa se ir deitar e após esvaziamento da bexiga. Como já era bastante tarde, a utente disse que ia realmente esperar até essa altura, dado que queria ter sucesso na terapêutica. Afirmou também que estava a ter muitas infeções urinárias recorrentes e que tinha algum receio de voltar a passar por esta situação. Expliquei-lhe que, por motivos anatómicos, as infeções urinárias são mais frequentes nas mulheres e que, se ela quisesse, podia fazer suplementação de modo a promover o bom funcionamento das vias urinárias. No entanto, no caso de a medicação não funcionar, devia reavaliar a situação com a médica e realizar um antibiograma, de modo a evitar a prescrição em cadeia de antibióticos que é bastante perigosa, quer para a pessoa, quer para a saúde pública.

Como medidas não farmacológicas, aconselhei que aumentasse o consumo de água, que urinasse sempre após as relações sexuais, que evitasse roupa apertada e que utilizasse roupa interior de algodão.

### Caso prático 6

Uma utente, com cerca de 50 anos, dirige-se à farmácia com uma prescrição de Relvar Ellipta<sup>®</sup> 92 µg + 22 µg. Informa que já é a segunda vez que está a comprar este medicamento, mas que não tem a certeza se o está a utilizar da forma correta. Prontamente, imprimi uma cópia do modo de utilização do produto e, como estava bastante movimento na farmácia, dirigi-me com a senhora ao gabinete do utente, no qual demonstrei, através do dispositivo modelo respetivo que a Farmácia Saúde tem, quais os passos a seguir de modo a realizar uma técnica inalatória correta. De seguida, pedi à utente que me demonstrasse a mesma e, com

apenas alguns ajustes, estava totalmente apta para administrar o medicamento corretamente. Agradeceu a ajuda e levou consigo a medicação e a folha com as instruções.

### Caso prático 7

Uma utente, com 19 anos, dirigiu-se à farmácia porque queria adquirir retinol e precisava de aconselhamento. Questionei se tinha alguma rotina de pele, ao que me respondeu que colocava creme e lavava a cara com um produto específico para a mesma, mas que esse produto estava a acabar e que pretendia um novo. Perguntei também se utilizava protetor solar e a utente disse que sim, mas apenas quando ia para a praia no verão.

Conversámos e expliquei-lhe que uma boa rotina de pele engloba 3 passos essenciais: limpeza, hidratação e proteção. Deste modo, antes de introduzir o retinol, devia começar a utilizar protetor solar, diariamente, durante todo o ano e não apenas sazonalmente, uma vez que é o produto mais importante para prevenir danos e envelhecimento cutâneo. Indiquei um protetor adequado à pele da utente, que era oleosa, e que fosse do seu agrado a nível de textura e aconselhei também um produto de limpeza. Reforcei a importância da utilização consistente destes produtos e do impacto que a hidratação e a alimentação têm na nossa pele.

## V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio na Farmácia Saúde foi, indubitavelmente, fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Valorizo bastante todos os membros desta equipa, que tanto contribuíram para a minha aprendizagem.

No decorrer do curso, sempre valorizei a grande componente prática do mesmo. O estágio curricular não é exceção: a sua realização é indispensável para integrar os conhecimentos de 4 anos e meio de formação académica e para, adicionalmente, adquirir novas valências. Acredito que as minhas competências sociais e profissionais evoluíram significativamente, como resultado dos constantes desafios com os quais me deparei diariamente.

De facto, a função do farmacêutico comunitário não se limita à dispensa de medicamentos, existindo muitas áreas nas quais pode e deve atuar. Apesar de, infelizmente, o farmacêutico ainda ser desvalorizado, espero que, num futuro relativamente próximo, este cenário se altere para a valorização desta profissão essencial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 – PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO – **Diretiva 2013/55/UE, de 20 de novembro de 2013.** Jornal Oficial da União Europeia. (2013), 132-170.

2 – MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro.** Diário da República, 1.ª série. 177, (2012), 5202-5203.

3 – MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho.** Diário da República. 129, (2004).

4 – MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Despacho n.º 5315/2020.** Diário da República, 2.ª série. 89, (2020), 82.

5 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho.** Diário da República. (2015).

# Ellipta<sup>®</sup>

## iSaúde

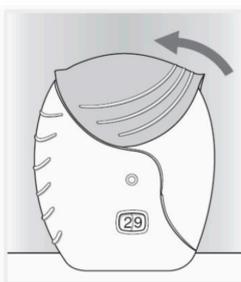
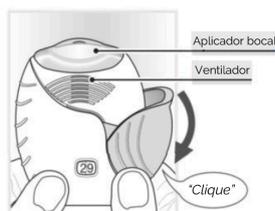


Uma técnica de inalação incorreta pode comprometer o tratamento. É elevado o número de pessoas que comete erros ao utilizar o respetivo inalador. Saiba quais os passos a seguir e garanta a obtenção do melhor efeito do seu medicamento.

### COMO UTILIZAR O INALADOR?

Para usar o seu inalador siga os seguintes passos:

1. Abra o bocal, puxando-o para baixo até ouvir um "clique". O inalador está pronto a usar;
2. Deite o ar fora pela boca lentamente;
3. Coloque o inalador na boca e pressione os lábios em volta do bocal. Inspire rápida e o mais profundamente possível. Não bloqueie a entrada de ar com os dedos;
4. Retire o inalador da boca e sustenha a respiração 5 a 10 segundos;
5. Deite o ar fora, pela boca, lentamente;
6. Feche o bocal.
7. Lave a boca depois de usar o inalador.



Se tiver ido receitada uma segunda dose, aguarde entre 30 segundos a 1 minuto e repita os passos 1 a 7.

### COMO DEVO LIMPÁ-LO?

A limpeza do seu inalador deve ser feita uma vez por semana e respeitar os seguintes aspetos:

1. Utilize um pano limpo e seco para limpar o bocal e, caso necessite, use um pincel;
2. Nunca utilize água ou outro líquido na limpeza e, após cada utilização, o inalador deve ser guardado num local seco.

### QUE CUIDADOS ESPECIAIS DEVO TER?

Para além das instruções de inalação e de limpeza, é importante que tenha em conta também as seguintes indicações:

Após o uso do inalador **deve sempre lavar a boca** para evitar a deposição de partículas. Para o fazer, gargareje bem e não engula a água.

O inalador é para seu uso exclusivo, pelo que não deve emprestá-lo a ninguém nem utilizar o de outra pessoa;

Não deite fora o inalador: pergunte ao seu farmacêutico como eliminar os medicamentos e inaladores que já não são necessários.

## FICHA DE CEDÊNCIA/RECUSA DE MSRM

NOME \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

(ANIMAL-espécie \_\_\_\_\_) Conselho de Residência \_\_\_\_\_

MSRM solicitado \_\_\_\_\_

Médico/Hospital/Clínica onde faz as consultas \_\_\_\_\_

Há quanto tempo teve a última consulta:

&lt;1ano \_\_\_\_ 1-2 anos \_\_\_\_ &gt;2 anos \_\_\_\_

Razão pela qual não tem o medicamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

Medicamento cedido \_\_\_\_ Medicamento não cedido \_\_\_\_

Assinatura do Utente (quando cedido) \_\_\_\_\_

Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_ CP nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(\*) para utentes sem histórico ou com histórico irregular

Esta ficha foi elaborada de acordo com a deliberação nº 133/2012 do Infarmed pela Diretora Técnica desta farmácia (agrafar cópia da venda)

## **Parte 2**

### **Monografia**

**“Utilização de benzodiazepinas: diferenças entre a teoria e a prática clínica”**

Sob orientação da Professora Doutora Ana Cabral

## **Lista de abreviaturas e siglas**

**BMQ-** *Beliefs about Medicines Questionnaire*

**BZD-** Benzodiazepina

**Cl<sup>-</sup>**- Ião Cloro

**EURO-FORTA-** *The EURO-FORTA (Fit fOR The Aged) List*

**GABA-** Ácido gama-aminobutírico

**IM-** Intramuscular

**IV-** Intravenoso

**MAUQ-** *Medication Adherence Univesal Questionnaire*

**MUR-** Revisão do Uso de Medicamentos (*Medicines Use Review*)

**mg-** Miligrama

**mL-** Mililitro

**PIM-** Medicamentos Potencialmente Inapropriados (*Potentially Innappropriate Medication*)

**SNC-** Sistema Nervoso Central

## **Resumo**

As benzodiazepinas são medicamentos amplamente prescritos e utilizados para diversas indicações terapêuticas. Apesar de serem consideravelmente seguras e com uma margem terapêutica larga, o uso indevido das benzodiazepinas acarreta riscos para a saúde dos doentes.

Com o intuito de avaliar a utilização de benzodiazepinas, realizou-se um estudo no contexto de Farmácia Comunitária. Verificou-se uma grande ocorrência de uso indevido desta classe terapêutica, associada a uso prolongado, a interações medicamentosas moderadas e a duplicações terapêuticas, principalmente numa faixa etária na qual as benzodiazepinas são consideradas Medicamentos Potencialmente Inapropriados. De notar que, na prática clínica, algumas terapêuticas são adequadas, todavia, é importante avaliar o doente como um todo, de modo a minimizar riscos e melhorar resultados em saúde.

O farmacêutico comunitário, pela sua proximidade aos utentes e como profissional de saúde especialista do medicamento, detém um lugar privilegiado e uma perspetiva única que lhe permite avaliar e, se necessário, intervir quando se depara com esta problemática.

**Palavras-chave:** benzodiazepinas, farmacêutico comunitário, Medicamentos Potencialmente Inapropriados, interações medicamentosas.

## **Abstract**

Benzodiazepines are widely prescribed drugs used for a variety of therapeutic indications. Although they are considerably safe and have a wide therapeutic margin, the misuse of benzodiazepines carries risks to patients' health.

In order to assess the use of benzodiazepines, a study was carried out in a community pharmacy. There was a high incidence of misuse of this therapeutic class, associated with prolonged use, moderate drug interactions and therapeutic duplication, especially in an age group in which benzodiazepines are considered Potentially Inappropriate Medication. It should be noted that, in clinical practice, some therapies are appropriate, however, it is important to assess the patient as a whole with the aim to minimize risks and improve health outcomes.

The community pharmacist, due to his proximity to patients and as a health professional, medication specialist, has a privileged view and a unique perspective that allows him to evaluate and, if necessary, intervene when faced with this issue.

**Palavras-chave:** benzodiazepines, community pharmacist, Potentially Inappropriate Medication, drug interactions.

## I- INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade que são utilizadas substâncias para induzir o sono, destacando-se o álcool e as tinturas de Láudano, desenvolvidas por Paracelso, no século XVI, à base de ópio. Porém, é apenas em 1912 que surge um medicamento com inegável sucesso, o fenobarbital<sup>1</sup> pelos seus efeitos hipnóticos. Após quatro décadas de desenvolvimento científico, em finais de 1950, as benzodiazepinas (BZD) emergem como uma classe promissora, apresentando um melhor perfil de segurança, quando comparadas com os barbitúricos, e um maior número de indicações terapêuticas.<sup>1</sup>

O início do desenvolvimento das benzodiazepinas remonta aos anos 30 do século XX, na Polónia, pelo Doutor Leo Sternbach, em parceria com os laboratórios Hoffman-La Roche.<sup>2</sup> Depois de sucessivos anos de testes moleculares e de ensaios clínicos, no final dos anos 50, o clordiazepóxido foi sintetizado e introduzido no mercado, tornando-se na primeira benzodiazepina a ser comercializada (nome comercial: Librium<sup>®</sup>). Alguns anos mais tarde surge o diazepam, uma versão melhorada a nível de eficácia e segurança. O desenvolvimento de novas fórmulas e a descoberta de novos princípios ativos foram estimulados pela comunidade científica e, deste modo, a sua comercialização e utilização aumentou exponencialmente durante os anos 60 e 70 e em 1975 representavam 10% das prescrições nos Estados Unidos da América.<sup>3</sup>

Hoje em dia, Portugal é dos países com maior consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos. Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental, o aumento contínuo do uso de benzodiazepinas representa um risco para a saúde pública.<sup>4</sup> Deste modo, uma das Metas de Saúde até 2020 consistia na inversão da tendência de prescrição de benzodiazepinas na população<sup>5</sup>, através do aumento da acessibilidade no tratamento de perturbações psiquiátricas comuns nos Cuidados de Saúde Primários, assim como da melhoria da qualidade do mesmo.

As benzodiazepinas são fármacos amplamente utilizados para o tratamento de diversas patologias, sendo bastante seguras quando usadas do modo correto, quer a nível de dosagem, quer a nível de duração temporal. Porém, nem sempre a sua utilização é realizada da forma teoricamente correta, podendo trazer vários riscos para a saúde dos utentes.

## **I. Farmacodinâmica**

As benzodiazepinas exercem os seus efeitos através da sua ligação aos recetores GABA<sub>A</sub>.<sup>3,6</sup> O GABA (ácido gama-aminobutírico) é o principal neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central (SNC) e pode ligar-se a 3 recetores GABA diferentes: A, B e C. O recetor GABA<sub>A</sub> é um recetor ionotrópico cuja estrutura consiste numa organização pentamérica de cinco subunidades proteicas, cada uma composta por diferentes classes de polipéptidos ( $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\rho$ ,  $\delta$ ,  $\epsilon$ ,  $\pi$  e  $\theta$ ), que circundam um poro central. Existem seis isoformas diferentes de subunidades  $\alpha$ , três das  $\beta$ ,  $\gamma$  e  $\rho$ , e uma da  $\delta$ ,  $\epsilon$ ,  $\pi$  e  $\theta$ . Deste modo, as várias combinações possíveis levam heterogeneidade dos recetores, que se encontra intrinsecamente ligada a distintas propriedades farmacológicas, explicando os diversos efeitos das benzodiazepinas quando se ligam aos mesmos.<sup>6</sup>

O local de ligação das benzodiazepinas (subunidades  $\alpha$  e  $\gamma$ ) ao recetor GABA<sub>A</sub> é diferente do local de ligação do GABA (subunidades  $\alpha$  e  $\beta$ ) e, deste modo, as benzodiazepinas são moduladores alostéricos positivos dos recetores GABA<sub>A</sub>,<sup>6</sup> levando a uma alteração conformacional destes recetores que vai aumentar a afinidade do ligando endógeno para os mesmos.<sup>1</sup> O influxo de iões Cl<sup>-</sup> provoca a hiperpolarização da membrana e diminui o potencial de ação, resultado na depressão do SNC.<sup>3</sup>

## **2. Farmacocinética**

### 2.1 Absorção e Distribuição

A velocidade de absorção das benzodiazepinas é muito importante na determinação do início da atividade das mesmas. Esta depende de diversos fatores, desde a área de absorção, o tempo de contacto e a lipossolubilidade. De modo geral, estas apresentam alta solubilidade, sendo o diazepam, o clorazepato dipotássico e o midazolam das mais lipossolúveis, seguindo-se o lorazepam, o alprazolam e o temazepam e, já menos solúvel, o bromazepam, o clonazepam e o oxazepam.<sup>7</sup>

As BZD, para além de bastante lipossolúveis, também apresentam uma alta ligação às proteínas plasmáticas, fator correlacionado com a lipossolubilidade e que permite uma maior facilidade a atravessar membranas biológicas.<sup>1</sup> Deste modo, quanto maior a lipofilia e a ligação a proteínas, maior a absorção. A ligação às proteínas plasmáticas varia, sendo aproximadamente 70% para o alprazolam,<sup>1</sup> 86% para o clonazepam, 91% para o lorazepam, 97% midazolam e maior que 98% no caso do diazepam.<sup>8</sup>

Após administração IV ou oral (no caso das BZD de absorção rápida), estes fármacos são rapidamente absorvidos e distribuídos para o cérebro e regiões com maior perfusão/irrigação e, depois, redistribuídos para tecidos menos irrigados, como o músculo e o tecido adiposo. <sup>1</sup>

## 2.2 Metabolismo e Excreção

A metabolização compreende duas fases, as reações de fase I, nas quais ocorre a alteração/exposição de grupos funcionais através da desalquilação ou hidroxilação, consoante a estrutura química da BZD, e as reações de fase II, nas quais se formam conjugados entre o fármaco/metabolito da fase I e grupos hidrofílicos (ácido glucurónico). <sup>9</sup> As reações de fase I ocorrem maioritariamente no fígado e são catalisadas por enzimas microsossomais do complexo citocromo P450, sendo que as BZD são substrato da isoforma CYP3A4. <sup>3</sup> Algumas BZD, como o oxazepam <sup>1</sup> e o lorazepam <sup>10</sup> são conjugadas diretamente, não sendo metabolizadas pelo citocromo P450, pelo que estão mais indicadas em doentes com doença hepática <sup>8,9</sup> ou em idosos (função hepática diminuída).

Sendo as benzodiazepinas metabolizadas pelo citocromo P450, há que ter alguma precaução com fármacos/substâncias à base de plantas que possam induzir ou inibir estas enzimas, sendo os barbitúricos indutores e a claritromicina e o sumo de toranja inibidores, <sup>10</sup> por exemplo. Assim, o metabolismo das benzodiazepinas poderá estar condicionado, não se obtendo os resultados clínicos esperados.

No final das reações de fase II, as benzodiazepinas, como são transformadas em metabolitos hidrossolúveis, que vão ser mais facilmente eliminados na urina,

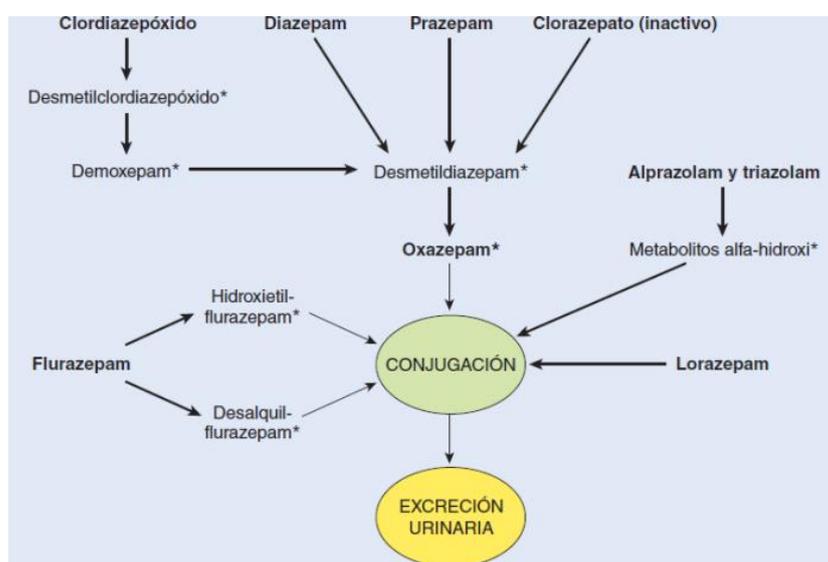


Figura I - Metabolismo das benzodiazepinas. <sup>11</sup>

**Tabela I** - Classificação das benzodiazepinas quanto à sua duração de ação.

BENZODIAZEPINA	TEMPO DE SEMIVIDA (horas)	CLASIFICAÇÃO QUANTO À DURAÇÃO DE AÇÃO
Brotizolam	3-8 <sup>12</sup>	Curta <sup>4</sup>
Midazolam	1,5-2,5 <sup>13</sup>	
Triazolam	1,5-5,5 <sup>14</sup>	
Alprazolam	12-15 <sup>15</sup>	Intermédia <sup>4</sup>
Bromazepam	20 <sup>16</sup>	
Clonazepam	30-40 <sup>17</sup>	
Estazolam	10-24 <sup>18</sup>	
Lorazepam	12-16 <sup>19</sup>	
Loprazolam	8 <sup>20</sup>	
Oxazepam	4-6 <sup>21</sup>	
Temazepam	10 <sup>22</sup>	
Cetazolam (Metabolitos)	2 (34 e 52) <sup>23</sup>	Longa <sup>4</sup>
Clobazam (Metabolito)	36 (79) <sup>24</sup>	
Clorazepato dipotássico (Metabolito)	2 48 <sup>25</sup>	
Clordiazepóxido	20-24 <sup>26</sup>	
Diazepam (Metabolito)	48 100 <sup>27</sup>	
Flurazepam (Metabolito)	2,3 47-100 <sup>29</sup>	
Loflazepato de etilo- metabolito	50-100 <sup>30</sup>	
Mexazolam- metabolito	130-200 <sup>31</sup>	
Cloxazolam		

### 3. Zolpidem

O zolpidem é uma imidazopiridina e atua como agente benzodiazepínico-like. À semelhança das BZD é um modulador alostérico positivo dos recetores GABA<sub>A</sub>. Devido ao seu efeito hipnótico de curta duração, o zolpidem tem como indicação terapêutica o tratamento da insónia, sendo mais seletivo do que as BZD. Apesar de, atualmente, esta ser a sua única indicação terapêutica aprovada, o zolpidem tem sido alvo de vários estudos científicos como resultado do seu potencial para ser utilizado em situações de lesão cerebral.<sup>31</sup>

Quando administrado por via oral, a sua biodisponibilidade é de cerca de 70%, atingindo-se uma concentração máxima entre meia hora a 3 horas após a administração, pelo que a sua toma deve ser realizada imediatamente antes de deitar.<sup>32</sup>

**Tabela 2-** Comercialização das benzodiazepinas e do zolpidem em Portugal e dosagens respetivas. <sup>33</sup>

PRINCÍPIO ATIVO	DOSAGEM
Alprazolam	0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg (libertação modificada)
Bromazepam	1,5 mg, 3 mg, 6 mg
Brotizolam	0,25 mg
Cetazolam	15 mg, 30 mg
Clobazam	10 mg, 20 mg
Clonazepam	0,5 mg, 1 mg, 2 mg 2,5mg/mL (gotas orais)
Clorazepato dipotássico	5mg, 10 mg, 15 mg
Clordiazepóxido	5 mg + 2,5 mg
Cloxazolam	1 mg, 2 mg
Diazepam	3 mg, 5 mg, 6 mg, 10 mg 10 mg (libertação modificada) 5mg/2,5mL, 10mg/2,5mL (solução injetável) 10mg/2mL (solução retal)
Estazolam	2 mg
Flurazepam	15 mg, 30 mg
Loflazepato de etilo	2 mg
Loprazolam	1 mg
Lorazepam	1 mg, 2,5 mg, 5 mg 4 mg/mL (solução injetável)
Mexazolam	1 mg
Midazolam	15 mg 2,5mg/0,5 mL, 5mg/1mL, 7,5mg/1,5mL, 10mg/2mL (solução bucal) 5mg/mL, 15mg/3mL, 50mg/10 mL (solução injetável)
Oxazepam	15 mg, 50 mg
Temazepam	20 mg
Triazolam	0,25 mg
Zolpidem	10 mg

## 4. Indicações terapêuticas

As BZD e fármacos análogos apresentam diversas indicações terapêuticas. Podem ser utilizados para o tratamento da ansiedade e da insônia; em exames complementares de diagnóstico; em pré-anestesia, como tranquilizantes, e na indução e manutenção de anestesia; como anticonvulsivantes e relaxantes musculares; e, ainda, no tratamento da abstinência alcoólica e no tratamento sintomático da ansiedade associada à síndrome de abstinência a opióides.<sup>34</sup>

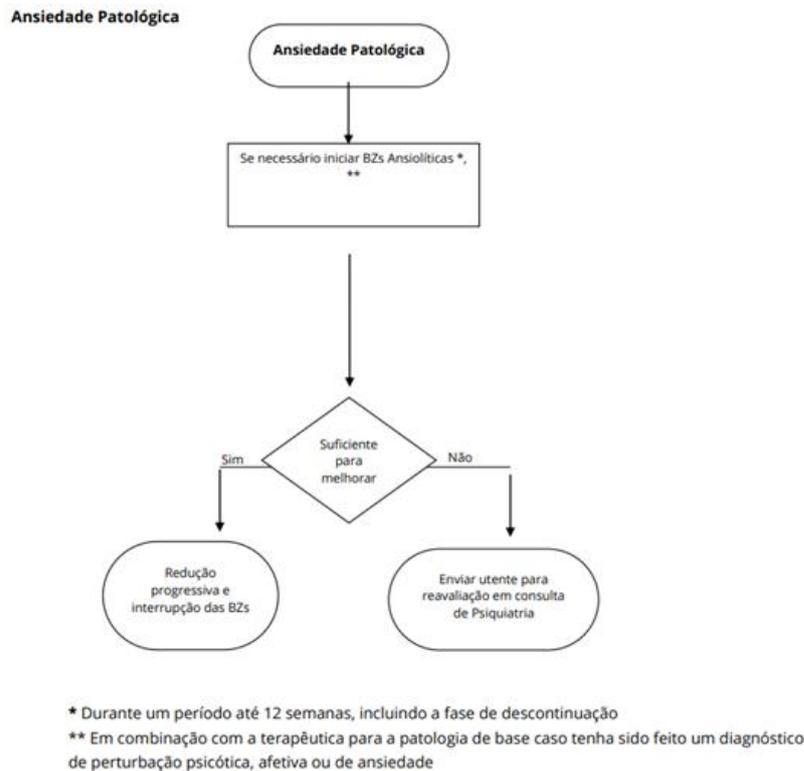
Consoante a dose administrada, as BZD têm efeito distintos, existindo uma escala de efeito: ansiólise, sedação, hipnoindução, anestesia, coma e morte. No entanto, mesmo em doses muito elevadas, nenhuma BZD, sozinha, consegue causar anestesia cirúrgica ou intoxicação fatal.<sup>1</sup> Para tal, é necessária uma associação a outras substâncias com ação depressora do SNC. Existe uma exceção, o midazolam, dado que se encontra associado a depressão cardiovascular e respiratória.<sup>34</sup>

A utilização de uma BZD em detrimento de outra é determinada em função da farmacocinética, estando as BZD de curta duração de ação normalmente associadas à hipnoindução e as de longa a quadros generalizados de ansiedade.<sup>34</sup>

### 4.1 Ansiedade

O efeito ansiolítico é a principal ação das BZD, caracterizando-se por diminuir a ansiedade e provocar um efeito calmante.

A duração total do tratamento com estes fármacos não deverá exceder as 8-12 semanas no tratamento da ansiedade patológica<sup>34</sup> e os 8 meses, na perturbação do pânico.<sup>15</sup> Estes períodos englobam também o período de descontinuação necessário. Em certas situações, poderá ser necessário o prolongamento do tratamento, mas, uma vez que a ansiedade poderá fazer parte da sintomatologia de outra doença psíquica, carece de avaliação prévia numa consulta com um profissional de saúde especializado. Deste modo, a terapêutica, posteriormente, deve ser reavaliada trimestralmente, para determinar a necessidade da manutenção do tratamento.<sup>34</sup>



**Figura 2-** Algoritmo clínico para o tratamento da ansiedade patológica.<sup>34</sup>

## 4.2 Insónia

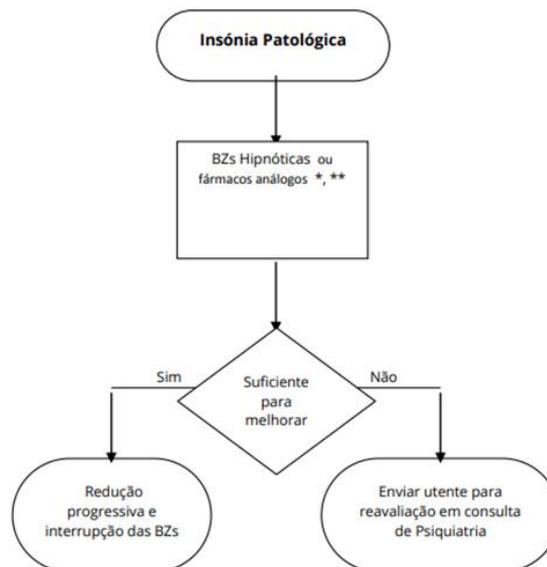
O tratamento da insónia com BZD é muito comum e prevalente em distintas faixas etárias. A sua utilização é preponderante no tratamento de perturbações do padrão normal do sono,<sup>34</sup> quando se verifica dificuldade em iniciar ou manter o sono, acordando mais cedo do que o expectável.<sup>35</sup>

O tratamento deve ser iniciado com a dose mínima eficaz e a dose máxima estabelecida no Resumo das Características do Medicamento não deverá ser ultrapassada. A duração total do tratamento da insónia patológica são 4 semanas e, à semelhança do que está preconizado no tratamento da ansiedade, engloba o período de descontinuação. No caso de a terapêutica ser prolongada, esta deve ser revista mensalmente.<sup>34</sup>

Observa-se uma grande probabilidade de desenvolver tolerância a estes medicamentos quando se trata de uma utilização contínua bem como da exacerbação dos sintomas da patologia, dado que alteram a arquitetura do sono<sup>35,36</sup> e diminuem a quantidade de sono profundo.<sup>36</sup> A tolerância implica o aumento da dosagem para obter o mesmo efeito farmacológico, aumentando o risco de uso indevido destes medicamentos<sup>35</sup> enquanto, simultaneamente, a sua utilização prolongada pode estar a exacerbar os sintomas da

patologia.<sup>37</sup> Adicionalmente, estão relatados como efeitos secundários a sonolência, a fadiga,<sup>35</sup> sedação, confusão e risco de quedas, fraturas e disfunção cognitiva.<sup>36</sup>

#### Insónia Patológica



\* Durante um período até 4 semanas, incluindo a fase de descontinuação.

\*\* Em combinação com a terapêutica para a patologia de base caso tenha sido feito um diagnóstico de perturbação psicótica, afetiva ou de ansiedade

**Figura 3-** Algoritmo clínico para o tratamento da insónia patológica.<sup>34</sup>

Como referido, considerando a farmacocinética das benzodiazepinas, sobretudo a sua duração de ação, é possível selecioná-las de acordo com o efeito terapêutico que se pretende. O brotizolam e o midazolam, por exemplo, estão mais direcionados para o tratamento da insónia patológica e, por outro lado, o alprazolam e o mexazolam para a ansiedade patológica.<sup>34</sup> Já o loflazepato de etilo, por ser rapidamente absorvido e atingir concentrações plasmáticas máximas após 30 a 90 minutos após administração oral, acaba por ser utilizado em situações mais pontuais, no caso de ansiedade reacional, crises de angústia ou integrado na terapêutica auxiliar da ansiedade no decurso de neuroses (histeria, fobias).<sup>29</sup>

No entanto, a escolha para cada indicação terapêutica não reside apenas no princípio ativo: a forma farmacêutica tem bastante influência. Como referenciado na Tabela 2, todas as benzodiazepinas comercializadas em Portugal apresentam como forma farmacêutica comum o comprimido/cápsula. Porém, tanto o alprazolam como o diazepam se encontram sob a forma de comprimidos de libertação modificada, apresentando uma farmacocinética distinta. O diazepam, o lorazepam e o midazolam também podem ser administrados por via IV, IM e retal (este último no caso do diazepam, apenas), estando as indicações terapêuticas destes medicamentos sintetizadas na tabela seguinte.

**Tabela 3-** Indicações terapêuticas do diazepam, lorazepam e midazolam considerando a via de administração.

		BENZODIAZEPINA		
		Diazepam <sup>27, 38,39</sup>	Lorazepam <sup>19, 40</sup>	Midazolam <sup>13,41,42</sup>
VIA DE ADMINISTRAÇÃO	Oral (comprimido ou cápsula)	Ansiedade; Diminuição de espasmos musculares.	Ansiedade; Insônia relacionada com a ansiedade.	Insônia.
	Intramuscular (IM) Intravenosa (IV)	Ansiedade e agitação grave; Espasmos musculares; Sedativo em cirurgias minor.	Medicação antes de procedimentos cirúrgicos/ de diagnóstico; Alternativa à via oral.	Sedação consciente; Anestesia: pré-medicação, indução anestésica e componente sedativo de anestesia combinada. <sup>43</sup>
	Retal	Convulsões (febris e epiléticas); <sup>43</sup> Ansiedade aguda; Pré-medicação anestésica; Espasmos musculares pós-traumáticos.	-	-
	Oral (solução bucal)	-	-	Convulsões agudas e prolongadas em lactentes, crianças e adolescentes (com epilepsia).

O clonazepam, para além de ser administrado por via oral sob a forma de comprimidos, também existe sob a forma de gotas orais. Apresentam a mesma indicação terapêutica, como adjuvante ou em situações refratárias na maioria das formas de epilepsia, todavia, a velocidade de absorção é maior, apesar de a extensão de absorção ser semelhante. <sup>17</sup>

## 5. Contraindicações

### 5.1 Hipersensibilidade

Como em qualquer medicamento, se se verificar uma alergia à substância ativa ou a um excipiente, a utilização do mesmo é contraindicada. <sup>34</sup>

## 5.2 Doentes com patologias específicas

As benzodiazepinas estão contraindicadas em pessoas com *miastenia gravis*, insuficiência respiratória grave, insuficiência hepática grave ou com apneia do sono. <sup>34</sup>

No caso dos doentes com doença hepática grave, se esta medicação for necessária, deve ser dada preferência ao lorazepam ou ao oxazepam. <sup>8,34</sup>

## 5.3 Gravidez e aleitamento

As BZD são teratogénicas, <sup>34</sup> pelo que só devem ser utilizadas por grávidas em situações muito particulares, bem ponderadas e com a relação benefício-risco fundamentada. Se tal se verificar, o tratamento deverá ser feito no menor tempo possível.

## **6. Precauções**

### 6.1 Dependência e tolerância

O uso de benzodiazepinas pode levar a dependência física e psíquica, bem como a consequências funcionais motoras. <sup>4</sup> A dependência associada a estes fármacos pode estar acompanhada de défices cognitivos, dentro dos quais amnésia anterógrada, diminuição da vigilância e confusão mental. <sup>34</sup>

Estima-se que cerca de metade dos doentes que utilizam BZD por mais de um mês desenvolvem dependência. <sup>36</sup> Este risco está diretamente relacionado com a duração do tratamento, a dose e a duração de ação do medicamento e o historial clínico de dependência a álcool e a drogas. O risco aumenta quando estamos na presença de tratamentos longos, de doses elevadas, <sup>34</sup> de BZD de tempos de semivida mais curtos <sup>3</sup> e na utilização concomitante de outras BZD. <sup>17</sup> No entanto, o desenvolvimento de dependência pode ocorrer em doses terapêuticas ou quando não existem fatores de risco prévios.

Do mesmo modo, a tolerância, na qual se verifica um aumento gradual da dosagem para produzir o mesmo efeito, pode surgir e, deste modo, os profissionais de saúde devem ter esta informação em consideração. <sup>3</sup>

### 6.2 Suspensão da terapêutica

A suspensão das BZD deve ser realizada gradualmente, com acompanhamento profissional. Quando é feita após administração durante um período de tempo prolongado, o doente pode manifestar sintomas de privação e ansiedade *rebound* <sup>34</sup> e, se a suspensão for repentina, poderá surgir um quadro de confusão, convulsões e um estado clínico semelhante

ao *delirium tremens*. A síndrome de abstinência poderá surgir após a interrupção do tratamento, dependendo do tempo de semivida da BZD: poucas horas nas BZD de tempo de semivida curto e até 3 semanas nas BZD de semivida longa. Os sintomas habituais vão desde ansiedade, perda de apetite, tremor, sudorese a alterações percentuais.<sup>34</sup> Especificamente no caso de BZD hipnóticas, pode ocorrer o fenómeno de insónia *rebound*, no qual o tempo necessário para adormecer aumenta e a qualidade do sono piora, tornando a desprescrição destes medicamentos mais difícil.<sup>36</sup>

## 7. Problemática da utilização de benzodiazepinas

Quando utilizadas dentro do período preconizado, as BZD apresentam um perfil de segurança robusto. Porém, vários estudos relatam a sua utilização durante anos e, em vários casos, durante décadas,<sup>3</sup> acarretando vários riscos, estando relacionadas com problemas cognitivos a longo prazo, demência<sup>40</sup> e risco de adição.<sup>3,36</sup>

O uso indevido destes medicamentos engloba a utilização sem prescrição médica (através de familiares, amigos, automedicando-se), as situações em que a posologia utilizada é diferente da prescrita, quando são utilizadas por vias de administração não preconizadas ou quando o motivo por detrás da necessidade da medicação passar pelas emoções que despoleta. Poderá ter várias consequências, desde o desenvolvimento de comportamentos de alto risco até tendências suicidas, adição, tolerância, má qualidade de vida, infeções, criminalidade e overdose. Entre 1996 e 2013, verificou-se um aumento de 400% em overdoses relacionadas com benzodiazepinas, acompanhando o aumento de prescrição destes medicamentos. A facilidade de acesso a produtos que associam benzodiazepinas a fentanilo, através de mercados ilegais, prolifera o risco de overdoses, principalmente em grupos mais vulneráveis, como pessoas com histórico de abuso de substâncias.<sup>40</sup> Aproximadamente 1 em cada 5 pessoas alcoólicas também desenvolvem comportamentos de abuso com BZD. Estes fármacos acabam por intensificar os efeitos eufóricos de certas drogas, diminuindo efeitos secundários como a insónia, resultante do efeito estimulante.<sup>7</sup>

Na população idosa existem, também, muitos riscos. De acordo com as listas EURO-FORTA (*Fit fOR The Aged*)<sup>46</sup> e Europeia,<sup>47</sup> bem como os Critérios de Beers<sup>48</sup> e STOPP/START,<sup>49</sup> as benzodiazepinas são Medicamentos Potencialmente Inapropriados (*Potentially Inappropriate Medication* - PIM) para idosos (pessoas com idade igual ou superior a 65 anos), dado que aumentam o risco de défice cognitivo, de delírio, de quedas e de fraturas, o que, principalmente no idosos, pode ser bastante grave.

## II- OBJETIVOS

O objetivo desta monografia consiste na caracterização do consumo de benzodiazepinas em farmácia comunitária, percebendo quais as diferenças entre o preconizado na teoria e o observado na prática.

## III- METODOLOGIA

O presente estudo insere-se num projeto mais abrangente designado por “Serviço de revisão do uso de medicamentos em farmácia comunitária”. Este projeto foi desenvolvido com o objetivo de otimizar o processo de uso dos medicamentos através de uma consulta de revisão do uso de medicamentos (MUR) numa farmácia comunitária, tendo em vista a obtenção de melhores resultados em saúde.

Este estudo envolveu um total de 5 farmácias comunitárias da zona centro de Portugal: Farmácia Saúde (Figueira da Foz), Farmácia Monte Formoso (Coimbra), Farmácia Viva (Vagos), Farmácia Borges (Semide) e Farmácia Lis (Leiria).

O estudo teve aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (CE-037/2023).

Foram incluídos no projeto inicial indivíduos com mais de 18 anos, autónomos na gestão da sua medicação e que, dirigindo-se a uma das farmácias incluídas no estudo, no ato de dispensa, preenchessem pelo menos um dos seguintes requisitos:

- Uso de, pelo menos, um dispositivo médico (exemplos: inalador; caneta de insulina);
- Polimedicação (5 ou mais medicamentos);
- Indícios de não adesão à terapêutica;
- Dificuldade na gestão da terapêutica;

Assim, numa ida à farmácia, os utentes que cumpriram os critérios de inclusão foram convidados a participar no estudo pelo investigador de cada farmácia. Para os utentes que aceitaram participar, foi marcado um dia e hora específicos nos quais deviam comparecer na farmácia, trazendo num saco todos os medicamentos (prescritos e não prescritos), suplementos alimentares e produtos naturais que estivessem a tomar.

Foi, então, realizada uma entrevista semiestruturada, onde foram recolhidos dados sociodemográficos e foi seguido um protocolo de revisão do uso de medicamentos (Anexo I). Foram também aplicados dois questionários: um sobre as crenças que o utente tem na

medicação, o *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ, Anexo 2) e outro sobre a adesão à terapêutica, o *Medication Adherence Universal Questionnaire* (MAUQ, Anexo 3). Foi ainda calculado o Índice de Complexidade da Medicação.

Todos os utentes que aceitaram participar no estudo assinaram o consentimento informado (Anexo 4).

Para realizar a análise do consumo de benzodiazepinas foram selecionados da amostra inicial todos os doentes a utilizar esta classe terapêutica. Os dados recolhidos foram analisados estatisticamente através do Microsoft Excel®.

#### IV- RESULTADOS

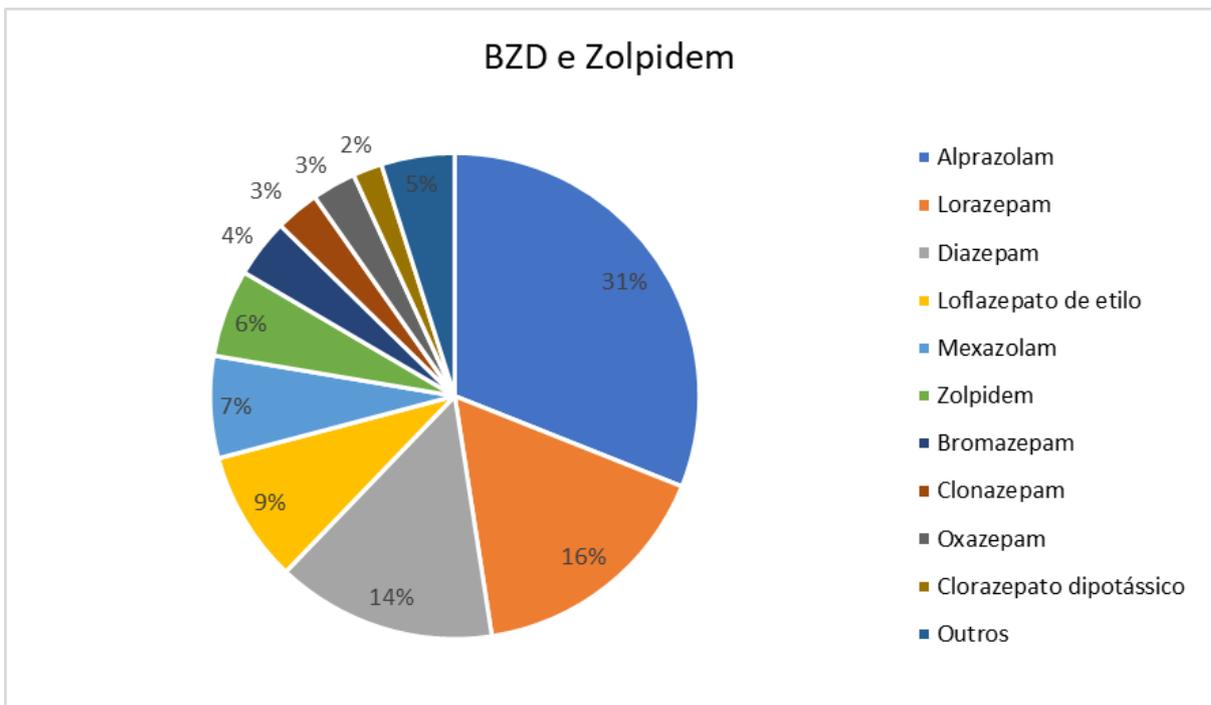
O estudo desenvolvido teve como base uma amostra de 189 doentes que cumpriam os critérios descritos previamente, englobando 1503 medicamentos e suplementos alimentares.

Dentro dos 189 doentes, 84 tomam pelo menos uma benzodiazepina e 6 zolpidem, sendo que 1 doente tomava ambos em simultâneo. Na tabela 4 está apresentado o número de benzodiazepinas tomadas por utente.

Nesta amostra, a idade dos utentes está compreendida entre os 45 e os 92 anos, sendo a média de 71,9 anos  $\pm$  11,1 anos e 68 (76,4%) utentes são do sexo feminino. 21 homens

**Tabela 4-** Caraterização do consumo de benzodiazepinas e zolpidem em 89 utentes da amostra.

Caraterística do doente	Número de doentes
Toma pelo menos 1 BZD	84 (44%)
Toma 1 BZD	73 (38,6%)
Toma 2 BZD	9 (4,8%)
Toma 3 BZD	2 (1,1%)
Toma zolpidem	6 (3,2%)
Toma pelo menos 1 BZD ou zolpidem	89 (47,1%)
Toma pelo menos 1 BZD e zolpidem	1 (0,5%)



**Figura 4-** Gráfico circular que destaca a fração a que as benzodiazepinas e o zolpidem correspondem, de um grupo de 103 medicamentos destes grupos farmacoterapêuticos.

Dentro da categoria “outros” fazem parte o Brotizolam, o Cetazolam, o Estazolam e o Loprazolam.

O Anexo V sintetiza os 89 casos, considerando a(s) benzodiazepina(s) e análogo (se se verificar), bem como a duração do tratamento (até à data da realização do MUR) e a idade do indivíduo.

Verifica-se que, dos 84 utentes incluídos (os que tomam BZD), 13, % cumprem (até ao momento) a duração máxima da terapêutica (considerando 8 meses como valor máximo).

Por outro lado, 26,2% dos utentes têm 64 anos ou menos, estando, deste modo, a grande maioria acima deste valor. Por fim, 7,1% dos utente cumpre ambos os critérios: duração do tratamento e idade inferior a 65 anos.

Adicionalmente, dos 84 utentes que utilizam BZD, 3,6% apresenta uma duração de tratamento igual ou inferior a 4 semanas.

**Tabela 5-** Número de interações de antidepressores com BZD na amostra.

ANTIDEPRESSOR		QUANTIDADE
Inibidor seletivo da recaptção neuronal de serotonina (ISRS)	Citalopram Escitalopram Fluoxetina Paroxetina Sertralina Vortioxetina	39
Inibidor seletivo da recaptção neuronal de serotonina e noradrenalina (ISRSN)	Duloxetina Venlafaxina	10
Tricíclicos e afins	Amitriptilina Maprotilina Mirtazapina Trazodona	6

**Tabela 6-** Número de interações de antipsicóticos com BZD na amostra.

ANTIPSICÓTICO		QUANTIDADE
Atípico	Olanzapina Quetiapina Risperidona	14

**Tabela 7-** Número de interações de antiepilépticos e anticonvulsivantes com BZD na amostra.

ANTIEPILÉPTICO E ANTICONVULSIVANTE	QUANTIDADE
Ácido valpróico Fenobarbital Gabapentina Lacosamida Levetiracetam Pregabalina Primidona Topiramato	19

**Tabela 8-** Número de interações de opióides com BZD na amostra.

OPIÓIDES	QUANTIDADE
Buprenorfina	18
Codeína	
Fentanilo	
Hidromorfona	
Tapentadol	
Tramadol	

## V- DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, verificamos que existe uma grande percentagem de indivíduos (47,1%) que toma pelo menos uma benzodiazepina ou análogo. Considerando os 89 doentes que tomam BZD/Zolpidem, a média das idades dos mesmos encontra-se nos  $71,9 \pm 11,1$  anos, sendo que apenas 26,2%, que corresponde a 82 pessoas, têm uma idade igual ou inferior a 64 anos. Como mencionado, as BZD são Medicamentos Potencialmente Inapropriados no idoso (idade igual ou superior a 65 anos), pelo que a terapêutica destas pessoas deve ser reavaliada,<sup>50</sup> dado que os riscos podem estar a superar os benefícios. Existem vários instrumentos utilizados para identificar PIM, dentro dos quais se destacam as listas EURO-FORTA (*Fit for The Aged*) e Europeia, bem como os Critérios de Beers e STOPP/START.

Assumindo que, no máximo, a terapêutica com estes fármacos poderá estender-se até aos 8 meses (no caso da perturbação do pânico)<sup>15</sup>, existem apenas, de 84 pessoas, 11 (13,1%) que estão a cumprir a duração máxima da terapêutica. Consideram-se apenas as pessoas que fazem BZD e não zolpidem, uma vez que a única indicação terapêutica do zolpidem é a insónia. No entanto, segundo os critérios STOPP/START, as BZD não devem ser utilizadas por mais de 4 semanas, como resultado do risco de sedação, confusão, declínio cognitivo,<sup>46</sup> quedas e acidentes rodoviários, pelo que devem ser retiradas gradualmente (como forma de evitar síndrome de abstinência). Na amostra, apenas 3,6% das pessoas (das 84 que utilizam BZD) com uma duração de tratamento igual ou inferior a 4 semanas, correspondendo a um número muito reduzido face à dimensão da amostra. Existe evidência científica para a desprescrição ou redução das BZD<sup>44,51,52</sup> por serem PIM, revelando um impacto positivo na saúde física e mental dos idosos. No entanto, a desprescrição requer uma titulação gradual da dose, de modo a evitar ou diminuir sintomas de privação e ansiedade *rebound*.<sup>51</sup>

Verifica-se que as BZD mais utilizadas são o alprazolam, lorazepam e diazepam, correspondendo a 61% dos ansiolíticos/análogo utilizados. De acordo com a lista Europeia, estes medicamentos são PIM, tais como o bromazepam, zolpidem e clonazepam, que correspondem a 4%, 6% e 3% da amostra, respetivamente. Estes medicamentos aumentam o risco de queda, o tempo de reação e podem estar relacionados com disfunção cognitiva e depressão, logo as pessoas que os utilizam estão sujeitos a estes riscos. Assim, recomenda-se a utilização da menor dosagem possível (até metade da dosagem preconizada) e o menor tempo de tratamento possível. Como alternativas, a lista Europeia sugere medidas não farmacológicas, doses baixas de BZD de curta duração de ação, como o brotizolam, e antidepressores com propriedades ansiolíticas. O brotizolam corresponde a apenas 1% das BZD/zolpidem utilizados neste estudo e, segundo esta lista, podia ser uma alternativa às BZD acima mencionadas. Por outro lado, como o oxazepam e o lorazepam não sofrem reações de fase I do metabolismo, são, dentro das BZD, os mais indicados para idosos. O lorazepam corresponde, efetivamente, a uma parte significativa da amostra (16%), já o oxazepam apenas a 3%. Também nos Critérios de Beers as BZD e o zolpidem são referidas como medicamentos a evitar no tratamento de doenças do SNC uma vez que aumentam o risco de défice cognitivo, delírio, quedas, fraturas e acidentes rodoviários (*quality moderate, strenght strong*).<sup>37</sup>

Os Critérios de Beers distinguem-se dos previamente mencionados por também englobarem interações a evitar entre diferentes classes de medicamentos. Estão descritas interações entre BZD-opiídeos, BZD-antiepiléticos, BZD-antipsicóticos e BZD-antidepressores. No estudo desenvolvido, contabilizaram-se interações de BZD com 19 antiepilépticos, 14 antipsicóticos e 79 antidepressivos (41 inibidores da recaptção neuronal de serotonina, 12 inibidores da recaptção neuronal de serotonina e noradrenalina e 26 tricíclicos e afins). Quando a insónia ou a ansiedade estão associadas à depressão, podem ser utilizadas benzodiazepinas/ análogos em associação.<sup>53</sup> No entanto, a utilização de BZD por períodos prolongados em pessoas com depressão não é recomendada, dado que contribui para o agravamento dos sintomas clínicos.<sup>54</sup>

Algo bastante observado nestes utentes foi a utilização de BZD em SOS (Anexo V). De facto, não existe uma base teórica que justifique esta posologia, porém, na prática clínica, poderá fazer sentido, especialmente para evitar a utilização crónica destes medicamentos por longos períodos de tempo, cujas consequências são bastante graves. Quando estamos perante uma pessoa que tem crises de ansiedade/ataques de pânico, a toma de BZD de curta duração de ação e rápido início de ação pode ser fundamental, de modo a controlar a sintomatologia rapidamente. Nestas situações, que não podem previstas, e entre as quais pode passar algum

tempo, faz sentido tomar BZD apenas quando ocorrem. No caso de trabalhadores que cumprem horários por turno, associado a desregulações do sono, a utilização destes medicamentos será vantajosa, minimizando os problemas associados com distúrbios do sono.

Nesta amostra, existem 16 BZD utilizados em SOS e 2 pessoas utilizam 2 BZD em SOS (loflazepato de etilo e mexazolam; loflazepato de etilo e alprazolam). O risco de utilização de mais de uma benzodiazepina existe, principalmente pela sobreposição de efeitos e por aumentar o risco de efeitos secundários como a sonolência, confusão, tonturas, dificuldades de concentração e de coordenação motora.<sup>55</sup> No entanto, novamente, poderá fazer sentido na prática clínica, em que uma das benzodiazepinas é utilizada diariamente, de modo a tratar a patologia de base e outra para controlar crises de ansiedade, tomada em SOS (como, por exemplo, o loflazepato de etilo).

A utilização de BZD em situações de demência ou em associação com antipsicóticos está contraindicada, como verificámos previamente. Porém, quando estamos perante casos de doenças mentais com quadros de agressividade, a associação com BZD pode ser potencialmente útil para a saúde e segurança do doente, considerando sempre o balanço entre os riscos e os benefícios associados.

Os doentes que se encontram nas situações descritas previamente devem ser acompanhados de forma particular pelos profissionais de saúde, de modo a minimizar efeitos secundários e sobredosagens que possam ocorrer. O farmacêutico, por assumir um papel privilegiado no contacto com os doentes, tem o dever de intervir. O acompanhamento dos doentes passa pela monitorização dos efeitos secundários, pela revisão da medicação ou acompanhamento farmacoterapêutico e pelo trabalho interdisciplinar, principalmente com os médicos de família.<sup>52</sup> É muito importante considerar as comorbilidades do doente e a medicação que toma, uma vez que a insónia poderá estar relacionada com os mesmos.<sup>36</sup> Poderão estar na base da insónia doenças psiquiátricas (ansiedade, depressão), hipertiroidismo, fatores externos (trabalho por turnos, barulho),<sup>56</sup> insuficiência cardíaca, síndrome das pernas inquietas,<sup>36,56</sup> osteoartrite,<sup>36</sup> doenças neurodegenerativas.<sup>56</sup>

O farmacêutico pode, simultaneamente, aconselhar medidas não farmacológicas, que são determinantes nas doenças mentais, como a ansiedade e a insónia. O acompanhamento psicológico e psiquiátrico, alterações no estilo de vida<sup>54</sup> e técnicas de relaxamento<sup>56</sup> podem ser ferramentas bastante úteis no controlo e prevenção dos sintomas associados a estas patologias. No caso da insónia, promover a higiene do sono e perceber quais os comportamentos, hábitos e fatores externos que o influenciam é fundamental para criar uma

rotina que seja eficaz a longo prazo.<sup>57</sup> No entanto, a sua implementação e manutenção requer algum esforço da parte dos doentes, pelo que o aumento da literacia em saúde e o empoderamento e a integração do doente são fulcrais para o sucesso da terapêutica. Um doente informado conhece os riscos associados à utilização indevida dos medicamentos, estando mais predisposto para, se for o indicado pelo médico, alterar ou retirar algum medicamento, apropriadamente.

Infelizmente, este acompanhamento ainda não se encontra acessível para a população, o que contribui para uma utilização indevida destes medicamentos. No entanto, acredito que a valorização da saúde mental está cada vez mais presente e que, com o tempo e com o aumento da literacia em saúde, seja encarada mais seriedade.

## VI- CONCLUSÃO

As BZD integram uma das classes farmacoterapêuticas mais prescritas, sendo amplamente utilizadas para diversas indicações terapêuticas. Todavia, apesar de serem seguras, com uma margem terapêutica larga, a sua utilização não se encontra isenta de riscos, principalmente quando é utilizada durante mais tempo do que o preconizado. Adicionalmente, são consideradas PIM para idosos, cuja faixa etária corresponde a uma grande fração dos doentes que utilizam BZD.

O presente trabalho demonstrou que, da amostra utilizada, existem, efetivamente, muitos utentes (principalmente idosos) a tomar benzodiazepinas erradamente. Para além do tempo máximo ser excedido inúmeras vezes, verificam-se interações e duplicações da terapêutica que devem ser avaliadas cautelosamente. Por ser o especialista do medicamento, o farmacêutico deve intervir nestas situações, acompanhando os doentes e promovendo um trabalho interdisciplinar, com um objetivo comum: a saúde do doente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – MIHIC, S. John, HARRIS, R. Adron – **Hypnotics and Sedatives**. In: BRUNTON, Laurence; CHABNER, Bruce; KNOLLMAN, Bjorn, Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics, New York: The McGraw-Hill Companies, Inc., 2011, ISBN: 978-0-07162-442-8. p. 457-480.
- 2 – LADER, Malcolm – **History of Benzodiazepine Dependence**. Journal of Substance Abuse Treatment. 8, (1991), 53-59.
- 3 – SARANGI, Ashish, MCMAHON, Terry, GUDE, Jayasudha – **Benzodiazepine Misuse: An Epidemic Within a Pandemic**. Cureus. 13, (2021).
- 4 – PORTUGAL. Direção de Informação e Planeamento Estratégico, INFARMED – **Benzodiazepinas e análogos**. Lisboa: INFARMED, 2017. [Acedido a 29 de junho de 2023]. Disponível na Internet: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/2219894/Utliliza%C3%A7%C3%A3o+de+Benzodiazepinas+e+an%C3%A1logos/adb100fa-4a77-4eb79e6799229e13154f>.
- 5 – PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Programas de Saúde Prioritários Metas de Saúde 2020**. Lisboa: DGS. [Acedido a 5 de julho de 2023]. Disponível na Internet: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS\\_PP\\_MetasSaude2020.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf).
- 6 – GHIT, Amr, ASSAL, Dina, AL-SHAMI, Ahmed S., HUSSEIN, Dina Eldin E. – **GABA<sub>A</sub> receptors: structure, function, pharmacology, and related disorders**. Journal of Genetic Engineering and Biotechnology. (2021), 19-123.
- 7 – SCHMITZ, Allison – **Benzodiazepine use, misuse, and abuse: A review**. Mental Health Clin. 6, (2016), 120-126.
- 8 – KIENITZ, Ricardo, KAY, Lara, BEAUCHAT, Isabelle, GELHARD, Sarah, VON BRAUCHITSCH, Sophie, MANN, Catrin, LUCACIU, Alexandra, SCHÄFER, Jan-Hendrik, SIEBENBRODT, Kai, ZÖLLNER, Johann-Philipp, SCHUBERT-BAST, Susanne, ROSENOW, Felix, STRZELCZYK, Adam, WILLEMS, Laurent M. – **Benzodiazepines in the Management of Seizures and Status Epilepticus: A Review of Routes of Delivery, Pharmacokinetics, Efficacy, and Tolerability**. CNS Drugs. 36, (2022), 951-975.
- 9 – International Narcotics Control Board - **Report of the International Narcotics Control Board for 2022**. (2023).
- 10 – ZEIND, Caroline S., CARVALHO Michael G. - **APPLIED THERAPEUTICS- The Clinical Use of Drugs**. 11<sup>a</sup> Ed. Philadelphia, 2018. ISBN: 978-1-49631-829-9.
- 11 – KATZUNG, Bertram G – **Basic & Clinical Pharmacology**. 14<sup>a</sup> Ed. 2018. ISBN: 12-596-4115-5.
- 12 – INFARMED – **Resumo das Características do Medicamento – Lendormin comprimidos**. (2021).
- 13 – INFARMED – **Resumo das Características do Medicamento – Dormicum comprimidos**. (2021).

- 14 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Halcion comprimidos.** (2023).
- 15 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento - Xanax comprimidos.** (2021).
- 16 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Lexotan comprimidos.** (2022).
- 17 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Rivotril comprimidos.** (2022).
- 18 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Kainever comprimidos.**
- 19 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Ansilor comprimidos.** (2021).
- 20 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Dormonoct comprimidos.** (2023)
- 21 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Sereanal comprimidos.** (2022).
- 22 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Normison cápsulas.** (2023).
- 23 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Unakalm cápsulas.** (2023).
- 24 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Castlium comprimidos.** (2023).
- 25 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Medipax cápsulas.** (2015).
- 26 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Librax comprimidos.** (2023).
- 27 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Valium comprimidos.** (2022).
- 28 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Morfex cápsulas.** (2015).
- 29 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Victan comprimidos.** (2021).
- 30 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Sedoxil comprimidos.** (2000).
- 31 – MARIANO, José, GOMES, Catarina, FIGUEIREDO, Isabel Vitória, CABRAL, Ana C. – **Zolpidem e Distúrbios de Consciência: O Caminho para uma Nova Terapêutica.** Revista Portuguesa de Farmacoterapia. 13, (2021), 268-279.

- 32 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Stilnox comprimidos.** (2023).
- 33 – INFARMED- **Prontuário Terapêutico.** Lisboa: INFARMED. [Acedido a: 16 de agosto de 2023]. Disponível na Internet: <https://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php#>.
- 34 – PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Norma n.º 055/2011: Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos.** Lisboa: DGS, 2015.
- 35 – SHORT, Nicole A, AUSTIN, Anna E., NAUMANN, Rebecca B. – **Associations between insomnia symptoms and prescription opioid and benzodiazepine misuse in a nationally representative sample.** Addictive Behaviours. 137, (2023).
- 36 – LEE, Justin Y., FARRELL, Barbara, HOLBROOK, Anne M. – **Deprescribing benzodiazepine receptor agonists taken for insomnia: a review and key messages from practice guidelines.** Pol Arch Intern Med. 129, (2019), 43-49.
- 37 – GERLACH, Lauren B., WIECHERS, Ilse R., MAUST, Donovan T. – **Prescription benzodiazepine use among older adults: A critical review.** Harv Rev Psychiatry. 26, (2018), 264-273.
- 38 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Diazepam Labesfal solução injetável.** (2023).
- 39 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Stesolid solução retal.** (2021).
- 40 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Temelor MG solução injetável.** (2021).
- 41 – INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Midazolam Basi solução injetável.** (2021).
- 42 - INFARMED – **Resumo das Caraterísticas do Medicamento – Buccolam solução bucal.**
- 43 – SNEYD, J. Robert, GAMBUS, Pedro L., RIGBY-JONES, Ann E. – **Current status of perioperative hypnotics, role of benzodiazepines, and the case for remimazolam: a narrative review.** British Journal of Anaesthesia. 127, (2021), 41-55.
- 44 – MCGEE, Nancy, PROCTOR, J'Laine, HART, Ann Marie, BURMAN, Mary – **Reconsidering Benzodiazepines and Z-Drug Prescriptions: Responsible Prescribing and Deprescribing.** The Journal for Nurse Practitioners. 17, (2021), 76-83.
- 45 – VOTAW, Victoria R., GEYER, Rachel, RIESELBACH, Maya M., MCHUGH, R. Kathryn – **The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review.** Drug and Alcohol Dependence. 200, (2019), 95-114.
- 46 – PAZAM, Farhad, WEISS, Christel, WEHLING, Martin - **The EURO-FORTA (Fit for The Aged) List: International consensus validation of a clinical tool for improved drug treatment in older people.** Drugs aging. (2018).

- 47 – REMON-GUITERAS, Anna, MEYER, Gabriele, THÜRMAN, Petra A. – **The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries.** Eur J Clin Pharmacol. 71, (2015), 861-875.
- 48 – The 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel – **American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.** J Am Geriatr Soc. 21, (2019).
- 49 – O'MAHONY, Denis, O'SULLIVAN, David, BYRNE, Stephen, O'CONNOR, Marie Noelle, RYAN, Cristin, GALLAGHER, Paul – **STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2.** Age Ageing. 44, (2015), 213–218.
- 50 – PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Norma n.º 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares.** Lisboa: DGS, 2019.
- 51 – CABRAL, Ana C, LAVRADOR, Ana Marta- **Medicamentos Frequentemente Sujeitos A Prescrição Off-Label.** Centro de Informação do Medicamento. (2020).
- 52 – NIZNIK, Joshua D., COLLINS, Brendan J., ARMISTEAD, Lori T., LARSON, Claire K., KELLEY, Casey J., HUGHES, Tamera D., SANDERS, Kimberly A., CARLSON, Rebecca, FERRERI, Stefanie P. – **Pharmacist interventions to deprescribe opioids and benzodiazepines in older adults: A rapid review.** Research in Social and Administrative Pharmacy. 18, (2022), 2913-2921.
- 53 – PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Norma n.º 034/2012: Terapêutica Farmacológica da Depressão major e da sua Recorrência no Adulto.** Lisboa: DGS, 2012.
- 54 – FOND, Guillaume, FAUGERE, Mélanie, BOYER, Laurent, PERI, Pauline, STEPHAN, Florian, MOLIERE, Fanny, ANGUILL, Loic, BENNABI, Djamila, HAFFEN, Emmanuel, BOUVARD, Alexandra, WALTER, Michel, SAMALIN, Ludovic, LLORCA, Pierre Michel, GENTY, Jean Baptiste, LEBOYER, Marion, HOTZMANN, Jérôme, NGUON, Anne Sophie, REY, Romain, HORN, Mathilde, VAIVA, Guillaume, HENNION, Vincent, ETAIN, Bruno, EL-HAGE, Wissam, CAMUS, Vincent, COURTET, Philippe, AOUIZERATE, Bruno, YRONDI, Antonie, LANCON, Christophe, RICHIERI, Raphaëlle – **Long-term benzodiazepine prescription in treatment-resistant depression: A national FACE-TRD prospective study.** Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry. 126, (2023).
- 55 – Drugs.com. USA, 2023. [Acedido a: 31 de agosto de 2023]. Disponível na Internet: [https://www.drugs.com/interactions-check.php?drug\\_list=862-0,1488-0&types%5B%5D=major&types%5B%5D=minor&types%5B%5D=moderate&types%5B%5D=food&types%5B%5D=therapeutic\\_duplication&professional=I](https://www.drugs.com/interactions-check.php?drug_list=862-0,1488-0&types%5B%5D=major&types%5B%5D=minor&types%5B%5D=moderate&types%5B%5D=food&types%5B%5D=therapeutic_duplication&professional=I)
- 56 – RÉMI, Jan, POLLMÄCHER, Thomas, SPIEGERHALDER, Kai, TRENKWALDER, Claudia, YOUNG, Peter – **Sleep-Related Disorders in Neurology and Psychiatry.** Dtsch Arztebl Int. 116, (2019), 681-688.
- 57 – TOOMBS, Amber R, JUNG, Joon Y., WHITE, Nicole D. – **Benzodiazepine Use and Cognition in the Elderly.** American Journal of Lifestyle Medicine. 12, 4 (2018), 295-297.

MUR nº \_\_\_\_\_



Revisão do Uso dos Medicamentos (MUR)      Data da Consulta MUR: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Iniciais do Utente: \_\_\_\_\_      Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: M <sup>(1)</sup> F <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_      Contacto: \_\_\_\_\_

Unidade Cuidados de Saúde Primários: \_\_\_\_\_      Nome do Médico de Família: \_\_\_\_\_

Estilo de Vida: Fumador: S <sup>(1)</sup> N <sup>(0)</sup> \_\_\_\_\_      Consumo excessivo de álcool: S <sup>(1)</sup> N <sup>(0)</sup> \_\_\_\_\_

Intolerâncias/alergias: \_\_\_\_\_

Duração da Consulta (min.): \_\_\_\_\_      Motivo(s) de inclusão: \_\_\_\_\_

**Comentários:**

\_\_\_\_\_

MUR nº \_\_\_\_\_

Nome (DCI)	Informação sobre o medicamento						Informação do utente				
	Classificação quanto à dispensa	Dosagem	Forma farmacêutica	Via administração	Posologia utilizada	Posologia prescrita	Há quanto tempo toma (anos)	Toma o medicamento conforme lhe foi prescrito/RCM	Sabe para que serve o medicamento	Precisa de mais informação sobre o uso do medicamento	Reporta efeitos adversos
							Sim(1); Não(0)	Sim(1); Não(0)	Sim(1); Não(0)	Sim(1); Não(0)	Sim(1); Não(0)
Comentários adicionais:											

## ANEXO 2

### Questionário BMQ

Em seguida são apresentadas algumas afirmações relativas às suas crenças sobre a medicação. Por favor, leia cada uma das seguintes frases e faça um círculo à volta dos números à frente de cada afirmação, de acordo com o grau em que concorda ou discorda com a frase.

Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

#### Escala de resposta:

- 1 - Discordo completamente
- 2 - Discordo
- 3 - Não tenho a certeza
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo completamente

BMQ - Questionário acerca das crenças específicas sobre o medicamento						
	Opinião sobre os medicamentos que lhe foram receitados:	discordo completamente	discordo	não tenho a certeza	concordo	concordo completamente
N2	A minha vida seria impossível sem estes medicamentos	1	2	3	4	5
C4	Estes medicamentos perturbam a minha vida	1	2	3	4	5
N1	Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	1	2	3	4	5
C2	Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos	1	2	3	4	5
N4	A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	1	2	3	4	5
C6	Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários	1	2	3	4	5
N3	Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	1	2	3	4	5
C5	Às vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos	1	2	3	4	5
N5	Estes medicamentos protegem-me de ficar pior	1	2	3	4	5
C1	Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos.	1	2	3	4	5
C3	Estes medicamentos são um mistério para mim	1	2	3	4	5

## **Questionário MAUQ**

Em seguida são apresentadas algumas afirmações relativas à sua doença e aos medicamentos que toma para a controlar. Por favor, leia cada uma das seguintes frases e faça um círculo à volta dos números à frente de cada afirmação, de acordo com o grau em que concorda ou discorda com a frase.

Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Escala de Resposta:

1 - Discordo totalmente

5 - Concordo ligeiramente

2 - Discordo moderadamente

6 - Concordo moderadamente

3 - Discordo ligeiramente

7 - Concordo totalmente

4 - Não discordo nem concordo

### Questionário MAUQ

Discordo  
totalmente  $\longrightarrow$  Concordo  
totalmente

3	Sinto-me melhor ao tomar a medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
5	Se eu tomar a minha medicação todos os dias, acredito que a minha doença está sob controlo	1	2	3	4	5	6	7
7	As vantagens de tomar a medicação pesam mais do que as desvantagens	1	2	3	4	5	6	7
9	Quando a minha doença está sob controlo na consulta médica, eu quero tomar menos medicamentos	1	2	3	4	5	6	7
13	Não gosto de tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
14	Tenho medo dos efeitos secundários	1	2	3	4	5	6	7
16	Penso que não é saudável para o organismo tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
20	Tenho o cuidado de fazer exercício suficiente para cuidar da minha saúde	1	2	3	4	5	6	7
21	Faço uma alimentação saudável para cuidar da minha saúde	1	2	3	4	5	6	7
22	Evito comportamentos que podem prejudicar a minha saúde (ex. tabaco, álcool)	1	2	3	4	5	6	7
23	Às vezes não tenho a certeza se tomei os meus medicamentos	1	2	3	4	5	6	7
24	Tenho uma vida agitada; é por isso que às vezes me esqueço de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
26	Durante as férias, ou fins de semana, às vezes esqueço-me de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
35	Penso que contribuo para uma melhoria da minha doença quando tomo os medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
36	Acho difícil cumprir o meu esquema diário de toma de medicação	1	2	3	4	5	6	7
39	Reúno informação sobre as possibilidades de resolver problemas de saúde	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO 4

 1 2 9 0 FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DE COIMBRA	<b>INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO</b>	Versão CI_1/2021 Próxima Revisão: Dezembro/2023
Comissão de Ética		Página 1 de 4

### **TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:**

SERVIÇO DE REVISÃO DO USO DOS MEDICAMENTOS NUMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA

### **PROMOTOR:**

Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

### **INVESTIGADOR COORDENADOR/ORIENTADOR:**

Maria Margarida Coutinho de Seabra Castel-Branco Caetano (FFUC)

### **CENTRO DE ESTUDO CLÍNICO:**

Farmácia Saúde

### **INVESTIGADOR:**

Ana Beatriz Rodrigues Ferrão (estagiária) / Dr. Nélio Oliveira (supervisor)

### **MORADA:**

Centro Comercial Atlântico, loja 7 – 3080-510 Figueira da Foz

### **CONTACTO TELEFÓNICO:**

233 422 534

### **NOME DO PARTICIPANTE:**

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque pode necessitar de ajuda na gestão da sua medicação, uma vez que usa um dispositivo médico, é polimedicação, parece não estar a aderir bem à terapêutica ou manifesta dificuldade na gestão da terapêutica.

As informações que se seguem destinam-se a esclarecê-lo acerca da natureza, alcance, consequências e risco do estudo, de modo a permitir que, depois de esclarecido, se encontre capaz de decidir participar, ou não, neste estudo. Se não quiser participar não sofrerá qualquer tipo de penalização. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia, que deve guardar.

### **1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO**

Este estudo irá decorrer na Farmácia Saúde em colaboração com a Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra e tem por objetivo otimizar o processo de uso dos medicamentos com vista à obtenção de melhores resultados em saúde. Trata-se de um estudo de intervenção que procurará ajudá-lo numa melhor utilização dos seus medicamentos.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

### **2. PLANO E METODOLOGIA DO ESTUDO**

O participante deverá comparecer na consulta de revisão do uso dos medicamentos, no dia e hora agendados, trazendo consigo um saco com todos os medicamentos que estiver a tomar (prescritos, não prescritos, suplementos alimentares, produtos naturais).

A partir dessa informação, será realizada uma entrevista semiestruturada ao participante onde se pretenderá saber como é que este está a lidar com a sua terapêutica. Serão também administrados dois questionários: um sobre as crenças que o participante tem na medicação e outro sobre a adesão à terapêutica.

 <p>FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DE COIMBRA</p>	<b>INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO</b>	Versão CI_1/2021 Próxima Revisão: Dezembro/2023
Comissão de Ética		Página 2 de 4

Com base nos dados recolhidos, será criado um plano de ação adaptado à pessoa em causa. Esse plano poderá passar por dar informação ao participante sobre a sua medicação, pelo esclarecimento de dúvidas, pelo ensino do uso correto de dispositivos médicos, pela elaboração de um horário relativo à gestão de toda a medicação, pela preparação individualizada da medicação ou mesmo pela referência ao médico assistente quando tal se justificar. Em suma, deverá executar-se um plano de ação que otimize o processo de uso dos medicamentos.

### **3. PROTEÇÃO DE DADOS DOS PARTICIPANTES**

#### **3.1 Responsável pelos dados**

Maria Margarida Coutinho de Seabra Castel-Branco Caetano (FFUC)

#### **3.2 Recolha de dados**

Direta (ao próprio), durante a entrevista presencial.

#### **3.3 Categorias de dados**

Dados identificativos e dados relacionados com a medicação apresentada.

#### **3.4 Tratamento de dados**

Os dados pessoais recolhidos no início da consulta de revisão do uso dos medicamentos serão armazenados num dossier próprio e de uso exclusivo ao armazenamento de dados pessoais recolhidos para o estudo. Posteriormente, serão digitalizados e guardados em suporte informático.

#### **3.5 Medidas de proteção adotadas**

O participante é identificado por código especificamente criado para este estudo.

#### **3.6 Prazo de conservação dos dados**

Até publicação dos resultados do estudo (máximo 3 anos).

#### **3.7 Informação em caso de publicação**

Será garantida a confidencialidade da identidade dos participantes no caso do estudo ser publicado.

### **4. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O PARTICIPANTE**

A INTERVENÇÃO NÃO TRARÁ QUALQUER RISCO PARA O PARTICIPANTE.  
ESTIMA-SE QUE, NO TOTAL, O PARTICIPANTE ESTEJA CERCA DE 30 MINUTOS COM O INVESTIGADOR.

### **5. POTENCIAIS BENEFÍCIOS**

- O participante pode colocar questões e esclarecer dúvidas sobre os seus medicamentos;
- O participante recebe informação sobre os seus medicamentos e o seu uso correto;
- O participante é auxiliado na gestão da sua medicação;
- São identificados e resolvidos quaisquer problemas que afetem o uso correto dos medicamentos.

### **6. NOVAS INFORMAÇÕES**

Não se aplica.

### **7. RESPONSABILIDADE CIVIL**

O participante dispensa a celebração de contrato de seguro que cubra a sua deslocação à farmácia para realização do estudo.

### **9. PARTICIPAÇÃO / RETIRADA DO CONSENTIMENTO**

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura, através da notificação ao investigador, sem qualquer consequência, sem precisar de explicar as razões,

 <p>FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DE COIMBRA</p>	<b>INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO</b>	<b>Versão CI_1/2021</b> <b>Próxima Revisão:</b> <b>Dezembro/2023</b>
<b>Comissão de Ética</b>		<b>Página 3 de 4</b>

sem qualquer penalização ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

O consentimento entretanto retirado não abrange os dados recolhidos e tratados até a essa data.

O investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse continuar nele. A sua participação pode também terminar se o plano do estudo não estiver a ser cumprido. O investigador notificará-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias.

### **9. CONFIDENCIALIDADE**

Será garantido o respeito pelo direito do participante à sua privacidade e à proteção dos seus dados pessoais; devendo ainda ser assegurado que será cumprido o dever de sigilo e de confidencialidade a que se encontra vinculado, conforme disposto no artigo 29.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08.

### **10. DIREITO DE ACESSO E RETIFICAÇÃO**

Pode exercer o direito de acesso, retificação e oposição ao tratamento dos seus dados. Contudo, este direito pode ser sujeito a limitações, de acordo com a Lei.

### **11. REEMBOLSO E/OU RESSARCIMENTO DO PARTICIPANTE**

Não se aplica.

### **12. COMPENSAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDO / INVESTIGADOR**

Não se aplica.

### **13. CONTACTOS**

**Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:**

<b>Investigador</b>	a) Maria Margarida Castel-Branco b) Ana Beatriz Rodrigues Ferrão
<b>Morada</b>	a) Faculdade de Farmácia / Azinhaga de Santa Comba / 3000-548 Coimbra. b) Farmácia Saúde - Centro Comercial Atlântico, loja 7 – 3080-510 Figueira da Foz
<b>Telefone</b>	a) 965 335 368 b) 233 422 534
<b>Email</b>	a) mmcb@ci.uc.pt b) abeatrizferrao@gmail.com

**Se tiver dúvidas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, poderá contactar:**

Presidente da Comissão de Ética da FMUC  
Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina  
Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas  
3000-354 COIMBRA • PORTUGAL  
Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236  
E-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)

	<b>INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO</b>	<b>Versão CI_1/2021</b> <b>Próxima Revisão:</b> <b>Dezembro/2023</b>
<b>Comissão de Ética</b>		<b>Página 4 de 4</b>

NÃO ASSINE O FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

### CONSENTIMENTO INFORMADO

#### Título do Projeto de Investigação

SERVIÇO DE REVISÃO DO USO DOS MEDICAMENTOS NUMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA

<b>Nome do Participante:</b>	
<b>BI / CC:</b>	<b>Contactos:</b>
<b>Nome do Investigador:</b> Ana Beatriz Rodrigues Ferrão	

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado, declaro que tomei conhecimento:

- a. do conteúdo informativo anexo a este formulário e aceito, de forma voluntária, participar neste estudo;
- b. da natureza, alcance, consequências, potenciais riscos e duração prevista do estudo, assim como do que é esperado da minha parte, enquanto participante;
- c. e compreendi as informações e esclarecimentos que me foram dados. Sei que a qualquer momento poderei colocar novas questões ao investigador responsável pelo estudo;
- d. que o investigador se compromete a prestar qualquer informação relevante que surja durante o estudo e que possa alterar a minha vontade de continuar a participar;
- e. e aceito cumprir o protocolo deste estudo. Comprometo-me ainda a informar o investigador de eventuais alterações do meu estado de saúde que possam ocorrer;
- f. e autorizo a utilização e divulgação dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e permito a divulgação desses resultados às autoridades competentes;
- g. que posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição, nos limites da Lei;
- h. que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem sofrer qualquer penalização. Sei também que os dados recolhidos e tratados até a essa data serão mantidos;
- i. que o investigador tem o direito de decidir sobre a minha eventual saída prematura do estudo e se compromete a informar-me do respetivo motivo;
- j. que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

<i>Farmácia Saúde</i>	<b>Assinaturas</b>
<b>Data:</b>	
	<b>Participante:</b>
	<b>Investigador (*):</b>

(\*) confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, o alcance e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

**AB9LCV**

<b>Fármaco(s)</b>	<b>Duração tratamento (anos)</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Fármaco(s)</b>	<b>Duração tratamento (aons)</b>	<b>Idade (anos)</b>
Loprazolam	2	84	Zolpidem	2	82
Lorazepam	6	71	Diazepam	2	70
Alprazolam	1	82	Alprazolam	6	45
Clonazepam	15	68	Alprazolam	20	79
Alprazolam	30	78	Alprazolam	3	52
Alprazolam	15	77	Diazepam	7	85
Alprazolam	20	83	Diazepam	5	59
Alprazolam	5	59	Lorazepam	10	77
Clofazolam	8	83	Estazolam	10	81
Diazepam	0,33	75	Clonazepam	15	89
Alprazolam	8	72	Alprazolam	10	90
Mexazolam	5	64	Oxazepam	2 (SOS)	75
Loflazepato de etilo	0,083	53	Oxazepam	0,5	74
Mexazolam	3	79	Alprazolam	2 (SOS)	64
Alprazolam	12	80	Lorazepam	1	75
Diazepam	13	66	Lorazepam	20	82
Diazepam	30	73	Lorazepam	2	66
Lorazepam	5	74	Mexazolam	0,083 (SOS)	68
Zolpidem	0,5	61	Mexazolam	3	70
Bromazepam	20	77	Alprazolam	1 semana	78

Loflazepato de etilo	1	81	Lorazepam	5	62
Lorazepam	9	76	Zolpidem	20	91
Diazepam	2	78	Loflazepato de etilo	2 (SOS)	89
Bromazepam	15	92	Alprazolam	10	92
Diazepam	1 (SOS)	71	Bromazepam	30	77
Alprazolam	2 (SOS)	66	Cetazolam	10	81
Clorazepato dipotássico	1	76	Alprazolam	10	60
Diazepam	0,17 (SOS)	73	Lorazepam	15	85
Zolpidem	0,083	89	Alprazolam	2	73
Diazepam	3	89	Alprazolam	1 (SOS)	72
Lorazepam	3 (SOS)	68	Mexazolam	0,5	49
Lorazepam	8	57	Bromazepam	4	58
Alprazolam	3	71	Loflazepato de etilo	2 (SOS)	71
Alprazolam	5	78	Mexazolam	5	73
Brotizolam	5	64	Alprazolam	0,5	58
Alprazolam	0,5	57	Alprazolam	3	66
Alprazolam	15	52	Alprazolam	10	80
Alprazolam	60	80	Lorazepam	3	76
Zolpidem	2	64	Lorazepam	5	81
			Zolpidem	2	
Diazepam	1 (SOS)	63	Alprazolam	10	48
Alprazolam	2		Lorazepam	0,5	
Alprazolam	3	74	Lorazepam	1	51
Diazepam	1		Diazepam	10	

Alprazolam Loflazepato de etilo	15 0,5 (SOS)	73	Mexazolam Loflazepato de etilo	5 (SOS) 5 (SOS)	66
Lorazepam Alprazolam	13 1	71	Loflazepato de etilo Clonazepam	7 7	58
Clorazepato dipotássico Loflazepato de etilo Alprazolam	10 10 (SOS) 1 (SOS)	67	Oxazepam Diazepam Loflazepato de etilo	8 5 10 (SOS)	81
Lorazepam Diazepam	3 5 (SOS)	90			