



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Sílvia Margarida Fernandes Pinto

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Abordagem terapêutica das patologias do trato gastrointestinal mais comuns nos doentes em cuidados paliativos” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação da Professora Doutora Ana Cabral, Dra. Bárbara e Dra. Ana Xavier apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2019

Sílvia Margarida Fernandes Pinto

Relatórios de estágio e monografia intitulada “Abordagem terapêutica das patologias do trato gastrointestinal mais comuns nos doentes em cuidados paliativos” referentes à unidade curricular “Estágio” sob orientação, da Professora Doutora Ana Cabra Dra. Bárbara e Dra.

Ana Xavier apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação e prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2019



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Eu, Sílvia Margarida Fernandes Pinto, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2014214213, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Abordagem terapêutica das patologias do trato gastrointestinal mais comuns nos doentes em cuidados paliativos” 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, 6 de setembro de 2019.

Sílvia Margarida Fernandes Pinto

(Sílvia Margarida Fernandes Pinto)

## **Agradecimentos**

À minha mãe e ao meu pai, por serem os grandes impulsionadores deste percurso. É a eles que devo o maior agradecimento de todos, porque sem o seu apoio este trajeto nunca seria possível. Lutaram muito e fizeram muitos sacrifícios para que pudesse atingir este objetivo.

À minha irmã, de quem tive mais saudades nestes anos, pela força que me deu, pela inspiração de pessoa e pela vontade de querer sempre fazer melhor com a finalidade de representar um exemplo para ela.

Ao João, por toda a ajuda que me deu durante os 5 anos de curso, pela amizade e pelo apoio emocional, representando sempre o meu “anjo da guarda”. Também pela ajuda na aquisição de conhecimentos, auxílio no meu estudo e ajuda a ultrapassar muitas dificuldades.

À Verónica, por ter sido a melhor colega de curso, a melhor colega de turma, a melhor colega de casa, a grande companheira desta aventura. Agradeço pela paciência e pelo companheirismo, ganhei uma irmã para a vida. A ela e ao Vítor Hugo, por terem representado a minha nova família.

À minha avó por ser uma segunda mãe e por me acompanhar sempre, aplaudindo as minhas vitórias e dando-me força nas dificuldades.

À minha amiga Daniela, por ter estado presente em todas as fases importantes, e por ter sido uma grande força em todas as minhas conquistas. Mesmo longe esteve sempre ao meu lado

Aos meus amigos André, Beatriz e Marta, por todos os momentos que vivemos em Coimbra e por toda a amizade desde o início desta aventura.

A todos os meus amigos fora da faculdade, por representarem o lado mais animado da minha vida, por me divertirem sempre e por me acompanharem durante todas as fases.

À Professora Doutora Ana Cabral, por toda a ajuda, pela disponibilidade imediata que teve, simpatia, pelo carinho e pelo trabalho e tempo que dedicou a esta monografia.

A toda a equipa da Farmácia Moderna, em especial à Dra Ana, pelos conhecimentos que me transmitiu, a ela, à TAF Carla, ao técnico Miguel, à Dra Filomena, ao técnico Joaquim, e auxiliar Fátima pelo excelente acolhimento, pelo carinho e por depositarem em mim tanta confiança.

À Dra Bárbara e restante equipa de farmacêuticos, técnicos e auxiliares do CHUP, pela ajuda e simpatia prestadas.

Sem vocês não era possível.

# Índice

CAPÍTULO I - ABORDAGEM TERAPÊUTICA DAS PATOLOGIAS DO TRATO GASTROINTESTINAL MAIS COMUNS NOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	1
Abreviaturas.....	2
Resumo .....	3
Abstract .....	4
Introdução.....	5
Sintomas do trato gastrointestinal.....	7
Náuseas e vômitos .....	7
Introdução e Causas .....	7
Tratamento .....	8
Obstipação .....	11
Introdução e Causas .....	11
Tratamento .....	13
Diarreia.....	16
Introdução e Causas .....	16
Tratamento .....	19
Obstrução Intestinal .....	22
Introdução e Causas .....	22
Tratamento .....	22
Disfagia.....	24
Introdução.....	24
Disfagia orofaríngea.....	25
Disfagia esofágica .....	26
Alterações na cavidade oral .....	26
Conclusão.....	29
Bibliografia .....	30
CAPÍTULO II - RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA HOSPITALAR NO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO PORTO .....	36
Abreviaturas.....	37
Introdução.....	38
O Centro Hospitalar e Universitário do Porto.....	38
Análise SWOT .....	39
Pontos Fortes .....	39

Receção dos estagiários e plano de estágio.....	39
Certificação do serviço pela norma EN NP ISSO 9001:2015 e acreditação pela CHKS	40
Rotatividade dos profissionais pelos serviços .....	40
Trabalho em equipa / coesão da equipa dos SF.....	40
Profissionais experientes.....	41
Cedência controlada de estupefacientes e psicotrópicos .....	41
Utilização de sistemas automatizados .....	41
Ensaio Clínicos.....	42
Identificação dos medicamentos.....	42
Pontos Fracos.....	43
Curta duração do estágio .....	43
Lacuna do Plano Curricular do MICF .....	43
Falta de recursos humanos.....	43
Dificuldade na gestão dos recursos humanos .....	44
Localização da farmácia de ambulatório e da UFO.....	45
Dimensões demasiado pequenas do serviço .....	45
Falta de recursos monetários .....	46
Oportunidades .....	46
Crescimento dos Ensaio Clínicos.....	46
Reconciliação da Terapêutica.....	47
Localização e dimensão do Hospital .....	48
Contacto com a medicação de uso exclusivo hospitalar.....	48
Realização de estágios numa área que não apenas farmácia comunitária .....	48
Contacto com o Hospital de Dia.....	49
Ameaças.....	49
Falta de recursos Humanos.....	49
Legislação.....	49
Greves.....	49
Necessidade constante de presença de um TDT.....	50
Falta de recursos monetários .....	50
Grande envolvimento financeiro.....	50
Considerações Finais .....	50
Bibliografia .....	51

CAPÍTULO III - RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA NA FARMÁCIA MODERNA.....	53
Abreviaturas.....	54
Introdução.....	55
Farmácia Moderna.....	56
Análise SWOT.....	56
Pontos Fortes.....	57
Equipa técnica da farmácia e integração na mesma.....	57
Organização da farmácia.....	57
Serviços prestados pela farmácia.....	58
Localização da farmácia.....	58
Winphar.....	58
Profissionais experientes.....	58
Cedência controlada de estupefacientes e psicotrópicos.....	59
Dermocosmética.....	59
Distribuidores por grosso.....	59
Grupo Brfarma.....	60
Inovação na promoção do bem-estar.....	60
Pontos Fracos.....	60
Dificuldade em associar nomes comerciais a nomenclatura DCI.....	60
Receitas Manuais.....	61
Dimensões da farmácia.....	61
Lacunas no MICF.....	61
Falta de confiança dos utentes nos estagiários.....	62
Insegurança dos estagiários.....	62
Oportunidades.....	62
Integração e consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo do curso.....	62
Formação contínua.....	62
Rotação nas várias farmácias do grupo.....	63
Utentes fidelizados.....	63
Ameaças.....	63
Parafarmácias e outros locais de venda de MNSRM.....	63
Mudanças de preço dos medicamentos.....	64
Falta de medicamentos.....	64

Requisição indevida de MSRM .....	64
Profissionais de saúde das farmácias comunitárias.....	65
Considerações Finais .....	65
Bibliografia .....	67



## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Fármacos usados no tratamento de náuseas e/ou vômitos.....	10
Tabela 2 - Critérios de Roma IV <sup>28</sup> .....	11
Tabela 3 - Exemplos de fármacos que podem causar obstipação <sup>3,14,25,29,30</sup> .....	12
Tabela 4 - Fármacos usados no tratamento da obstipação <sup>18,19,32,33,34,35,36,37</sup> .....	15
Tabela 5 - Fármacos usados no tratamento da diarreia <sup>40-45</sup> .....	21
Tabela 6 - Fármacos usados no tratamento da obstrução intestinal .....	24
Tabela 7 - Análise SWOT farmácia hospitalar .....	39
Tabela 8 - Análise SWOT farmácia comunitária .....	56

## **Índice de figuras**

Figura 1 - Escala de Bristol <sup>28</sup> .....	11
--	----

## **CAPÍTULO I**

# **ABORDAGEM TERAPÊUTICA DAS PATOLOGIAS DO TRATO GASTROINTESTINAL MAIS COMUNS NOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**

## **ABREVIATURAS**

AINES - Anti-inflamatórios não esteroides

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BHE - Barreira hematoencefálica

DRT- Doença renal terminal

*FODMAP - Fermentable Oligo-, Di-, Mono-saccharides And Polyols*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEDCP - Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos

RT - Radioterapia

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TGI - Trato gastrointestinal

ZGQ - Zona de Gatilho Quimiorrecetora

## RESUMO

Ao longo das últimas décadas o conceito de saúde, assim como o seu principal alvo de atuação tem vindo a alterar-se radicalmente. Ainda não há muitos anos a esperança média de vida em Portugal rondava os 50/60 anos e o grande objetivo da saúde era tratar essencialmente doenças infecciosas. Hoje em dia, em pleno século XXI, por outro lado, os grandes desafios que são impostos à saúde no nosso país, como nos restantes países desenvolvidos, é tratar da melhor forma possível as doenças crónicas que vão surgindo com o aumento da idade, de forma a proporcionar não só menor mortalidade e aumento da esperança média de vida, mas também diminuir a morbilidade e conseqüentemente aumentar a qualidade de vida. É neste sentido que os cuidados paliativos, sendo uma abordagem de cuidados especializados para pessoas que apresentam doenças graves, avançadas e progressivas, centrando-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e da qualidade de vida e no apoio aos doentes e às suas famílias, têm ganho sucessivamente maior importância no panorama da saúde nacional e internacional.

Os cuidados paliativos, como referido, abordam o tratamento do doente com doença incapacitante de forma holística. Esta monografia tem como objetivo fazer uma revisão de uma componente bastante importante destes, o tratamento de distúrbios gastrointestinais, sem deixar de os enquadrar no panorama geral do tratamento do doente. A importância de tratar este tema prende-se com facto de, para além de muito prevalentes em doentes em cuidados paliativos, estes distúrbios podem ser altamente debilitantes e aumentar em muito a morbilidade destes doentes. Esta componente do tratamento pode facilmente passar despercebido ao profissional de saúde, visto que associado ao trato gastrointestinal existem vários sintomas “invisíveis”, mas que em muito interferem com a qualidade de vida dos doentes.

**Palavras-Chave:** Cuidados paliativos; Náuseas; Vômitos; Diarreia; Obstipação; Obstrução; Disfagia; Higiene oral

## **ABSTRACT**

Over the last decades the concept of health, as well as its main target of action has been radically changing. Not too many years ago, the average life expectancy in Portugal was around 50/60 years and the main objective of health was to treat essentially infectious diseases. Today, in the 21st century, on the other hand, the major health challenges facing our country, as in the other developed countries, is to treat the chronic diseases that come with increasing age as well as possible, not only to lower mortality and allow all patients to live longer years, but also to decrease morbidity and consequently increase the quality of life of the years. It is in this sense that palliative care, as a specialized care approach for people with severe, advanced and progressive illness, focuses on preventing and alleviating physical, psychological, social and spiritual suffering, improving well-being and quality of life and support to patients and their families, has been successively gaining greater importance in the national and international health landscape.

Palliative care, as stated earlier, addresses holistic treatment of patients with disabling illness. This monograph will aim to review a very important component of these, which is the treatment of gastrointestinal symptoms, while fit the patient's treatment overview. The importance of addressing this issue is that, in addition to being very prevalent in palliative care patients, these symptoms can be highly debilitating and greatly increase the morbidity of these patients. This component of treatment can easily go unnoticed by the healthcare professional, as associated with the gastrointestinal tract there are several symptoms "invisible" to them, but that greatly interferes with the quality of life of patients.

**Keywords:** Palliative care; Nausea; Vomiting; Diarrhea; Constipation; Obstruction; Dysphagia; Oral hygiene

## INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) representam uma abordagem de cuidados especializados para pessoas que apresentam doenças graves, avançadas e progressivas, centrando-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e da qualidade de vida e no apoio aos doentes e às suas famílias. Os cuidados paliativos devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana.<sup>1</sup> É comum associar os cuidados paliativos a doentes com cancro e de uma faixa etária mais avançada, mas esse conceito é errado, pois os cuidados paliativos destinam-se a cuidar qualquer doente com uma doença grave, desde o diagnóstico até à morte, seja qual for a sua idade e a doença em questão. Para além do cancro existem outras patologias em que a prevalência de doentes que beneficiam de tratamento paliativo é elevada, entre eles estão a síndrome de imunodeficiência adquirida, insuficiência cardíaca crónica, doença renal terminal, doença pulmonar obstrutiva crónica, esclerose múltipla, doença do neurónio motor, parkinson e demência<sup>2</sup>. Assim, os CP são cuidados de saúde especializados para pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, qualquer que seja a sua idade, diagnóstico ou estadio da doença.<sup>3</sup>

Em Portugal está em vigor o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2019-2020 (PEDCP 2019-2020)<sup>4</sup>, cujo objetivo é garantir equidade no acesso a CP de qualidade, adequados às necessidades multidimensionais (físicas, psicológicas, sociais e espirituais) e às preferências dos doentes e suas famílias”<sup>4,5</sup> É notória a dimensão e importância destes cuidados no nosso país. Estima-se que, no próximo biénio, o número de portugueses que necessitam de CP aumente de 71 500 a 85 000 (números referentes ao biénio 2017/2018)<sup>5</sup> para 75.614 a 89.861<sup>4</sup>. Este aumento reflete, muito provavelmente, o envelhecimento da população e as doenças a ele associadas, nomeadamente as degenerativas e as oncológicas. Relativamente a doentes em idade pediátrica estima-se que entre 2011 e 2015, nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde (SNS), 15,5% dos internamentos e 87,2% dos óbitos estiveram associados a doenças crónicas complexas.<sup>4,5</sup>

Independentemente do plano estratégico seguido, os cuidados paliativos são dependentes de vários fatores que pode originar mudanças no nível de complexidade ao longo da trajetória da doença, tais como: fatores dependentes do doente (idade, número de doenças, toxicodependências, doenças psiquiátricas), fatores dependentes da situação clínica (intensidade, número e tipo de sintomas), fatores dependentes da situação emocional (depressão, ansiedade, alterações na conduta e na relação social), fatores dependentes do

estadio da doença e do seu tratamento específico e fatores dependentes da família e/ou dos seus cuidadores, fatores dependentes da intervenção de outras equipas terapêuticas.<sup>5</sup>

Uma vez que os CP visam melhorar a qualidade de vida dos doentes, prevenindo e aliviando o seu sofrimento e desconforto, uma vertente importante é a gestão dos sintomas gastrointestinais. Distúrbios como vómitos, diarreia, obstipação, disfagia, xerostomia, entre outros, podem ser despoletados quer pela patologia em si, quer pela terapêutica utilizada. Apesar de muito comuns em doentes em cuidados paliativos, estes distúrbios são muitas vezes desvalorizados visto aparentarem frequentemente não ter um impacto tão significativo na qualidade de vida do doente como outros sintomas, a dor, por exemplo. No entanto os distúrbios gastrointestinais são responsáveis por uma elevada morbilidade a médio prazo, com repercussões relevantes não só neste sistema, como também a nível sistémico, associando às dores e alteração dos hábitos intestinal, a desnutrição, desidratação, fadiga e anorexia<sup>6</sup>

## SINTOMAS DO TRATO GASTROINTESTINAL

As patologias que levam os doentes a necessitarem dos CP por si só já causam morbidade, dor e desconforto, afetando, conseqüentemente a sua qualidade de vida. Para além do referido, crescem sintomas que surgem no decorrer da doença ou mesmo dos tratamentos utilizados.<sup>3</sup> Os sintomas gastrointestinais são dos mais comuns e geradores de grande morbidade nestes doentes, podendo em muitos casos fragilizar mais o doente do que a dor ou outros sintomas associados à doença.<sup>7</sup> Os sintomas gastrointestinais são muitos e variados e podem passar por sintomas da cavidade oral, sintomas resultantes do refluxo gastroesofágico, náuseas, vômitos, até alterações do trânsito intestinal que podem, por sua vez, levar a casos de desnutrição severa. Posto isto é necessário que os cuidados paliativos incluam uma triagem nutricional precoce e monitorização contínua para que se consiga intervir atempadamente no alívio dos sintomas do trato gastrointestinal, garantindo uma menor morbidade.<sup>8</sup>

## NÁUSEAS E VÔMITOS

### Introdução e Causas

As náuseas e os vômitos são sintomas comuns em cuidados paliativos e o seu controlo é frequentemente um desafio. Para se tratarem adequadamente é importante separar desde logo as náuseas dos vômitos. As náuseas são definidas como desconforto abdominal subjetivo associado à vontade de vomitar, enquanto que os vômitos consistem na expulsão forçada do conteúdo gástrico, com componente voluntário ou involuntário.<sup>9</sup> É por isso importante ter em conta a forma como cada um afeta o doente de forma individual e não desvalorizar as náuseas ou tratar só os vômitos. Para muitos doentes a náusea é mais angustiante do que a dor, e muitos consideram que um vômito por dia sem náusea pode ser mais aceitável do que a náusea contínua de baixo nível.<sup>1,10</sup> As náuseas e / ou vômitos têm geralmente mais de uma causa e é importante ter estas causas possíveis em conta para o tratamento dirigido a estas.<sup>3</sup>

Existem duas áreas distintas no sistema nervoso central (SNC), que estão predominantemente envolvidas nas náuseas e vômitos: a Zona de Gatilho Quimiorrecetora (ZGQ), localizada na área postrema do quarto ventrículo e o centro do vômito no bulbo raquidiano.<sup>3</sup> A ZGQ, contrariamente a outras áreas do sistema nervoso central, não é protegida pela barreira hematoencefálica (BHE)<sup>10</sup>. Por este motivo ela é sensível a substâncias químicas eméticas transportadas na corrente sanguínea que independentemente da sua



lipossolubilidade e do tamanho molecular conseguem penetrar nesta zona devido à inexistência da BHE<sup>11</sup>, como o caso do 5-HT<sub>3</sub> proveniente das células enterocromafins do intestino delgado aquando do tratamento com quimioterapia.<sup>12</sup> Por sua vez, o centro do vómito localizado no bulbo raquidiano pode ser diretamente estimulado ou inibido por certos agentes. A radioterapia (RT) feita na zona da cabeça e elevações da pressão intracraniana são exemplos de estímulos diretos do centro do vómito.<sup>3</sup>

Os quimiorreceptores da ZGQ detetam a presença de substâncias eméticas na corrente sanguínea, como ureia, cálcio em excesso e alguns fármacos (entre eles os opioides e citotóxicos), e enviam impulsos para o centro do vómito, iniciando este a náusea e / ou vómito.<sup>13</sup> Este é um dos principais mecanismos, no entanto, existem outros fatores que desencadeiam estes sintomas, nomeadamente o medo e a ansiedade que estimulam o centro superior, que por sua vez comunica com o centro do vómito. Os aferentes vagais e simpáticos periféricos, estimulados pela tosse, secreções brônquicas, hepatomegalia, estase gástrica, obstipação e obstrução intestinal podem ter o mesmo efeito. Outro estímulo que pode também desencadear estes sintomas é o movimento, que pode estimular o nervo vestibular, que por sua vez comunica com o centro do vómito.<sup>3,11,13</sup>

## **Tratamento**

Idealmente deve perceber-se a causa das náuseas e dos vómitos para se poder atuar de forma direcionada. Existem disponíveis várias classes de antieméticos, que atuam em diversos recetores e que podem ser utilizados individualmente ou em associação, consoante as necessidades específicas do doente. É ainda importante considerar as medidas não farmacológicas, que podem e devem complementar o tratamento farmacológico no alívio destes sintomas.<sup>3,14</sup>

Dentro das medidas não farmacológicas destacam-se a ingestão lenta de líquidos, as medidas dietéticas, medidas de relaxamento, que incluem as massagens e terapias de índole psicológica, mas também o uso de plantas medicinais, tais como o gengibre, a hortelã e a valeriana. Relativamente a estas últimas, são poucas as utilizadas atualmente nos tratamentos de náuseas e vómitos, especialmente em doentes com cancro a realizar quimioterapia, que representam uma parte significativa dos pacientes em cuidados paliativos.<sup>14,15</sup>

O tratamento farmacológico pode passar por vários fármacos, tais como o ondansetrom, o aprepitant, fármacos pró-cinéticos, entre outros.<sup>14</sup>

O ondansetrom é um antagonista potente dos recetores 5HT<sub>3</sub>, altamente seletivo, recomendado em casos de emese provocada pela quimioterapia, RT e emese pós-operatória<sup>14</sup>. Os agentes quimioterápicos citostáticos e a RT podem provocar a libertação de 5HT no intestino delgado, iniciando o reflexo do vômito por ativação dos recetores 5HT<sub>3</sub> da via aferente vagal. O uso do ondansetrom permite, neste caso, o bloqueio do início do reflexo. A ativação da via aferente vagal pode também provocar a libertação de 5HT na área postrema, induzindo dessa forma os sintomas por um mecanismo central. Posto isto, o efeito deste fármaco deve-se ao antagonismo dos recetores 5HT<sub>3</sub>, nos neurónios localizados tanto no sistema nervoso central como periférico.<sup>16</sup>

O aprepitant é também um antiemético usado na prevenção de náuseas e vômito associados a quimioterapia antineoplásica<sup>14</sup>. É um antagonista seletivo dos recetores da neuroquinina I (NK1) da substância P humana, de elevada afinidade. É um neuropeptídeo responsável, entre outras funções, pela estimulação do vômito. É usado, na maioria das vezes em terapêuticas combinadas com um corticosteroide e antagonistas dos recetores 5HT. Este fármaco inibe moderadamente a CYP3A4, aumentando as concentrações plasmáticas das substâncias ativas coadministradas que são metabolizadas via CYP3A4.<sup>17</sup>

Os fármacos pró-cinéticos também apresentam uma grande importância no tratamento destes sintomas.<sup>3,14</sup> A domperidona é um antagonista da dopamina com propriedades gastrocinéticas e antieméticas que parece ser devido a uma associação dos efeitos periféricos (pró-cinéticos) ao antagonismo dos recetores da dopamina na ZGQ.<sup>18</sup> A metoclopramida é igualmente um pró-cinético que estimula a motilidade do trato gastrointestinal, sendo que as suas propriedades antieméticas parecem ser o resultado do seu antagonismo a nível dos recetores centrais e periféricos da dopamina. A dopamina produz, tal como já referido, náuseas e vômitos por estimulação da ZGQ, e a metoclopramida bloqueia essa estimulação feita por agentes como a L-dopa ou apomorfina que aumentam os níveis de dopamina ou possuem efeitos semelhantes à dopamina. A metoclopramida também consegue contrariar o movimento lento do esvaziamento gástrico causado pela apomorfina.<sup>19</sup> O mecanismo de atuação do droperidol é semelhante, sendo este um fármaco neuroléptico do grupo das butirofenonas. O seu perfil farmacológico caracteriza-se principalmente pela inibição dos recetores dopaminérgicos na ZGQ, levando a um potente efeito antiemético, particularmente útil na prevenção e tratamento da náusea e vômitos pós-operatórios e/ou induzidos por analgésicos opióides.<sup>20</sup>

Em casos de náuseas e vômitos agressivos em doentes oncológicos, o dimenidrinato é muitas vezes associado ao ondansetrom ou à metoclopramida. Em alguns dos casos é necessário recorrer a outro tipo de classes farmacoterapêuticas como as benzodiazepinas (como o lorazepam, em situações de náuseas e vômitos que antecedem a quimioterapia), os antidepressivos tricíclicos (como a mirtazapina ou olanzapina), os corticoides (como a metilprednisolona e a dexametasona) e os canabinóides (como o tetrahydrocannabinol, em casos de vômitos e náuseas provocados por quimioterapia).<sup>14</sup>

Os glucocorticoides como dexametasona, têm propriedades antieméticas com base em vários mecanismos, incluindo a ação anti-inflamatória, a inibição da expressão da serotonina e *feedback* negativo sobre o eixo hipotálamo-hipófise e a ação sobre os recetores de glucocorticoides. Estes fármacos apresentam um elevado uso nos doentes oncológicos.<sup>21,22</sup>

Os canabinóides apresentam-se como a classe de fármacos mais recente. Embora existam muitos estudos pré-clínicos e clínicos sobre os efeitos do tetrahydrocannabinol nas náuseas e vômitos, pouco se sabe sobre o papel que o canabidiol desempenha. A ação dos canabinóides é atribuída à sua capacidade de reduzir a libertação de serotonina a partir de células enterocromafins no intestino delgado, que de outra forma estimularia o reflexo do vômito neste cenário.<sup>22</sup>

Tabela 1 – Fármacos utilizados no tratamento de náuseas e vômitos<sup>16,17,18,19,20,21,23,24</sup>

Fármaco	Classe farmacológica	Mecanismo de Ação	Efeitos adversos	Indicações terapêuticas
Ondansetron <sup>16</sup>	Antiemético e Antivertiginoso	Antagonismo dos recetores 5-HT3	Cefaleias, obstipação, calor, rubor	Náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia e radioterapia
Aprepitant <sup>17</sup>	Antiemético e Antivertiginoso	Inibição dos recetores de neuroquinina 1 (NK1)	Cefaleias, obstipação, perda de apetite	Prevenção de náuseas e vômito associados a quimioterapia
Domperidona <sup>18</sup>	Modificador da motilidade intestinal (Procinético)	Antagonismo da Dopamina	Distúrbios gastrointestinais, doenças endócrinas	Náuseas e vômitos
Metoclopramida <sup>19</sup>	Modificador da motilidade intestinal (Procinético)	Antagonismo dos recetores dopaminérgicos D2 e recetores 5-HT3	Sonolência, depressão, agitação	Náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia, radioterapia e enxaqueca aguda
Droperidol <sup>20</sup>	Antipsicótico	Inibidor dos recetores dopaminérgicos	Sonolência, hipotensão arterial, ansiedade	Náuseas e vômitos pós-operatórios e induzidos por opióides
Dimenidrinato <sup>23</sup>	Antiemético e Antivertiginoso	Anticolinérgico	Sonolência, xerostomia	Náuseas, vômitos, tonturas e vertigens causadas por "enjoo de movimento"
Dexametasona <sup>21</sup>	Glucocorticoides	Ação anti-inflamatória através da atuação nos recetores de corticoides	Retenção de líquidos, aumento de peso, desequilíbrios eletrolíticos	Necessidade de efeitos anti-inflamatórios e imunossupressores (também apresenta eficácia no tratamento de náuseas e vômitos secundários à quimioterapia emetogénica)
Tetrahydrocannabinol <sup>24</sup>	Sistema Nervoso central. Analgésicos e antipiréticos	Agonista parcial a nível dos recetores canabinóides	Alucinações, pensamentos suicidas, sensação de depressão ou confusão, sensação de hiperexcitação	Ação analgésica, diminuição da pressão intraocular, estimulação do apetite, atividade ansiolítica e antiemética

# OBSTIPAÇÃO

## Introdução e Causas

A obstipação refere-se a uma condição persistente caracterizada por uma evacuação difícil, pouco frequente ou aparentemente incompleta. Devido à grande variedade de hábitos intestinais “normais”, a obstipação é difícil de definir com precisão. A maioria das pessoas tem pelo menos três evacuações por semana, no entanto, a baixa frequência de evacuações por si só não é o único critério para o diagnóstico de obstipação. Muitos doentes obstipados têm uma frequência normal de defecação, mas queixam-se da necessidade de excesso de esforço, fezes endurecidas, sensação de plenitude abdominal baixa ou sensação de evacuação incompleta. Por isso, para o correto diagnóstico de obstipação, os sintomas do doente devem ser analisados individualmente.<sup>25,26,27</sup> O diagnóstico de obstipação pode ser feito recorrendo aos critérios de Roma IV ilustrados na Tabela 2.

Tabela 1 - Critérios de Roma IV<sup>28</sup>

Critérios de diagnóstico de Obstipação Funcional segundo Roma IV	
Deverá cumprir dois ou mais dos seguintes critérios:	
a. Esforço defecatório durante mais de 25% dos movimentos intestinais	
b. Fezes granuladas ou em caroços (Escala de Fezes de Bristol 1-2) em mais de 25% dos movimentos intestinais	
c. Sensação de evacuação incompleta em mais de 25% dos movimentos intestinais	
d. Sensação de bloqueio/obstrução anorrectal em mais de 25% dos movimentos intestinais	
e. Manobras manuais para facilitar mais de 25% dos movimentos intestinais (manobras digitais, suporte manual do pavimento pélvico)	
f. Menos de 3 movimentos intestinais espontâneos por semana	
2. Fezes moldadas raramente presentes sem recurso a laxantes	
3. Ausência de critérios suficientes para o diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável	
(O diagnóstico de Obstipação funcional requer o cumprimento dos critérios nos 3 meses prévios, com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.)	

Uma das ferramentas incluídas nestes critérios (alínea b) é a escala de Bristol que tem por objetivo fazer a caracterização macroscópica das fezes e está representada na Figura 1<sup>28</sup>.

Os sintomas da obstipação são vários e incluem: Anorexia, vômitos e/ou náuseas, desconforto ou dor abdominal, diarreia (devido a impaction fecal), confusão, ansiedade, obstrução intestinal e dor.<sup>3,29</sup>

As causas da obstipação podem ser divididas em obstipação relacionada com o estilo de vida, relacionada com alterações mecânico-anatómicas e induzida por fármacos.<sup>29</sup>



Figura 1 - Escala de Bristol<sup>28</sup>

As causas relacionadas com o estilo de vida incluem uma dieta pobre em fibras e uma baixa ingestão de líquidos ou desidratação por outras causas como vômitos ou hipersudorese. Outra causa possível é a inatividade física, que pode trazer uma redução na atividade muscular abdominal e na estimulação intestinal, tornando a atividade intestinal mais lenta. O stress pode ser também um fator determinante para um mau funcionamento intestinal, principalmente em doentes a serem tratados em ambiente hospitalar, onde a falta de privacidade, menor número de horas de sono ou outros fatores ambientais podem predispor à obstipação. Todos estes fatores têm de ser tidos em conta nos doentes em cuidados paliativos.<sup>3,14,29</sup>

As causas relacionadas com alterações mecânico-anatómicas, podem estar associadas a casos de fissura anal, colite, doença diverticular, hemorroidas, hérnias e retocelo. Nos cancros comuns, particularmente no cancro do intestino e do ovário, os sintomas gastrointestinais são uma complicação frequente. Há também várias outras condições que aumentam a tendência à obstipação, incluindo hipercalcemia paraneoplásica, hipocaliemia, fluxo venoso obstruído com insuficiência cardíaca direita e linfedema intestinal, hipotireoidismo ou neuropatia autonómica do trato gastrointestinal.<sup>3,14,29</sup>

No caso de obstipação induzida por fármacos, existem várias classes terapêuticas que podem provocar este efeito secundário:

*Tabela 2 - Exemplos de fármacos que podem causar obstipação*<sup>3,14,25,29,30</sup>

<b>Fármacos potencialmente causadores de obstipação</b>
Agentes quimioterápicos (citotóxicos podem dar neuropatias entéricas)
Opioides (via recetores do trato gastrointestinal e recetores do SNC)
Antidiarreicos
Antiespasmódicos
Anticolinérgicos (Antidepressivos tricíclicos, Antipsicóticos, Antiparkinsonianos)
Antiácidos à base de alumínio e cálcio
Anti-histamínicos
Anticonvulsivantes
Bloqueadores dos canais de cálcio
Ferro
AINES
Diuréticos
Outros

É muito importante, particularmente se estivermos a estudar doentes em cuidados paliativos, verificar a possibilidade de obstipação induzida por fármacos. O controlo da dor, extremamente importante nestes doentes, é feito normalmente com recurso a opioides. Os dados atuais indicam que 72% a 87% dos doentes a fazer opioides acabam por ter obstipação. Este valor ascende para valores próximos de 95% no caso particular da morfina.<sup>3,29</sup>

## Tratamento

Uma história clínica cuidada e detalhada é extremamente importante para o diagnóstico. A comparação com o trânsito intestinal habitual e o uso comum de laxantes são alguns dos aspetos a ponderar aquando do estudo de uma obstipação.<sup>25</sup>

Caso se encontre a causa para o aparecimento deste sintoma, a remoção desta é crucial para a resolução do quadro, no entanto, em doentes em cuidados paliativos este é um ponto sensível, visto que a causa é na grande parte dos casos o tratamento para a patologia “principal”. Uma vez estudada, e caso seja excluída uma obstipação orgânica ou secundária, a maioria dos casos podem ser geridos adequadamente com uma abordagem centrada no tratamento dos sintomas.<sup>25</sup>

A abordagem que deve ser utilizada para o tratamento destes sintomas é a abordagem gradativa. Esta é baseada na recomendação de modificar o estilo de vida e a dieta, interromper ou reduzir fármacos que predispõem à obstipação, quando possível, e acrescentar suplementos com fibra e suplementos líquidos, com a finalidade de aumentar a frequência das evacuações e diminuir a necessidade de laxantes. É de salientar que quando existe dilatação do cólon as fibras não são aconselhadas.<sup>25</sup> Como já referido estes doentes, são doentes frágeis, que requerem uma alimentação especializada, tornando-se grande parte das vezes difícil mudar os hábitos e estilo de vida como se de uma pessoa saudável se tratasse. Posto isso é necessário recorrer a outros meios, os meios farmacológicos, nomeadamente fármacos laxantes.<sup>29</sup>

Existem várias classes de laxantes, que funcionam através do amolecimento das fezes, estimulação direta do peristaltismo, ou ambos. Os laxantes são geralmente classificados de acordo com o seu modo de ação: laxantes osmóticos, laxantes expansores de volume fecal, laxantes de contacto, emolientes e lubrificantes.<sup>29,31</sup>

Os laxantes de primeira linha são os osmóticos. Estes aumentam o teor de água, tornando assim as fezes mais macias e volumosas. Além da lactulose os laxantes osmóticos incluem o polietilenoglicol e o sorbitol.<sup>29</sup>

Os laxantes expansores do volume fecal envolvem a absorção de grande quantidade de fluídos, desencadeando um reflexo de estiramento da parede intestinal, e consequentemente uma atividade propulsora. Estes laxantes não são a melhor opção em cuidados paliativos, visto que os doentes podem não ter um adequado consumo de líquidos, suficiente para evitar a obstrução intestinal ou a impactação fecal.<sup>29</sup>

Os laxantes de contacto, por sua vez, induzem a motilidade propulsiva e podem ser administrados por via oral ou retal no caso da necessidade de estimulação da região colorretal.<sup>25,29</sup> Dentro deste grupo os laxantes atuam de formas diferentes. O bisacodilo é um laxante de ação local do grupo dos derivados do difenilmetano. Enquanto laxante de contacto para o qual também se encontra descrito efeito hidragogo anti-absorção, o bisacodilo estimula, após hidrólise no intestino grosso, os movimentos peristálticos ao nível do cólon e promove a acumulação de água e eletrólitos no lúmen cólico. Isto resulta na estimulação da defecação, redução do tempo de trânsito e amolecimento das fezes.<sup>29,32</sup> Relativamente ao sene, para além das mucinas e dos flavonoides da sua constituição, possui também compostos derivados do antraceno que possuem um efeito laxante. Os senosidos, quantitativamente predominantes, têm influência na motilidade do cólon com inibição das contrações estacionárias e estimulação das contrações propulsivas. Deste efeito resulta uma aceleração da passagem através dos intestinos e, devido a uma diminuição no tempo de contacto, uma redução da absorção de líquidos.<sup>29,33</sup> O picossulfato de sódio é também um laxante com ação local. Após sofrer clivagem bacteriana no cólon, estimula a mucosa do intestino grosso, provocando o peristaltismo e promovendo a acumulação de água e, conseqüentemente, de eletrólitos no lúmen. Isto pode resultar na estimulação da defecação, redução do tempo de trânsito e amolecimento das fezes.<sup>29,34</sup> No caso de a obstipação estar já instalada recomenda-se a administração de um supositório de bisacodilo e um supositório de glicerina, que acresce ao efeito dos laxantes de contacto a lubrificação, facilitando assim a evacuação.<sup>3</sup>

O último destes passos caracteriza-se pela introdução de fármacos procinéticos. Os fármacos procinéticos também procuram aumentar a atividade propulsiva do cólon, mas, ao contrário dos laxantes de contacto, que devem ser tomados ocasionalmente, estes estão desenhados para ser administrados de forma diária.<sup>25</sup> A prucaloprida é outro fármaco modificador do trânsito intestinal que está aprovado em muitos países, incluindo Portugal.<sup>25,35</sup>

Laxantes de contacto e laxantes osmóticos podem causar dor abdominal e eliminação de fezes aquosas seguidas de vários dias sem evacuação, o que pode ser mal interpretado como obstipação, resultando em doses adicionais e laxação excessiva.<sup>25</sup>

Aquando da prescrição de opioides, uma das principais causas de obstipação em doentes em cuidados paliativos, é necessário ter em conta vários pontos importantes: Prevenir a obstipação e prescrever um emoliente fecal, com um laxante de contacto, por exemplo, docusato com sene ou bisacodilo que podem prevenir a necessidade de intervenção retal mais tarde. Os antagonistas de opioides de baixa dose, como a naloxona, são eficazes na

obstipação induzida por opioides sem afetar a analgesia.<sup>3</sup> A naloxona é um derivado semissintético da morfina (N-alil-noroximorfona), antagonista específico, que atua por um mecanismo de competição direta nos recetores opioides.<sup>36</sup>

É necessário salientar que há vários pontos que são variáveis dependendo de cada doente, razão pela qual cada um deva ser tratado de forma individual e especializada. Aquando uma obstrução gastrointestinal, devem ser evitados os laxantes de contacto. Já no caso do doente apresentar uma compressão da medula espinhal, que leve a uma evacuação difícil, deve manter-se o movimento do intestino usando estes laxantes. Se um doente a tomar laxantes não tiver movimentos intestinais durante dois dias, devem ser dados laxantes adicionais e, se apropriado, kiwis ou sumo de ameixa. Caso as evacuações permaneçam ausentes, depois da terapêutica farmacológica, deve realizar-se um exame retal.<sup>3</sup>

Tabela 3 - Fármacos usados no tratamento da obstipação<sup>18,19,32,33,34,35,36,37</sup>

Fármaco	Classe farmacológica	Mecanismo de Ação	Efeitos adversos	Indicações terapêuticas
<b>Lactulose</b> <sup>37</sup>	Laxante osmótico	Diminuição do pH intestinal	Diarreia	Obstipação crónica
<b>Bisacodilo</b> <sup>32</sup>	Laxante de contacto	Estimulação do peristaltismo e acumulação de água e eletrólitos no lúmen	Diarreia, dor abdominal	Obstipação
<b>Sene</b> <sup>33</sup>	Laxante de contacto	Estimulação de contrações propulsivas e inibição das contrações estacionárias	Diarreia, dor abdominal	Obstipação
<b>Picosulfato de sódio</b> <sup>34</sup>	Laxante de contacto	Estimulação do peristaltismo e acumulação de água e eletrólitos no lúmen	Cólicas abdominais, dor abdominal e diarreia	Náuseas, vômitos, tonturas e vertigens causadas por "enjoo de movimento"
<b>Domperidona</b> <sup>18</sup>	Modificador da motilidade intestinal (Prócínético)	Antagonismo da Dopamina	Alterações gastrointestinais, aumento dos níveis plasmáticos de prolactina	Náuseas e vômitos
<b>Metoclopramida</b> <sup>19</sup>	Modificador da motilidade intestinal (Prócínético)	Antagonismo dos recetores dopaminérgicos D2 e recetores 5-HT3	Sonolência, depressão, agitação	Náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia, radioterapia e enxaqueca aguda
<b>Prucaloprida</b> <sup>35</sup>	"Outros medicamentos para obstipação"	Agonista 5-HT4	Cefaleias, dor abdominal, diarreia	Obstipação crónica
<b>Naloxona</b> <sup>36</sup>	Medicamentos usados no tratamento de intoxicações	Antagonista específico dos recetores dos opiáceos	Taquicardia, bradicardia, convulsões	Reverter os efeitos indesejáveis dos opiáceos



# DIARREIA

## Introdução e Causas

A diarreia é definida como a passagem de fezes com frequência aumentada, apresentando-se anormalmente líquidas ou não formadas e/ou associada a urgência defecatória.<sup>19,20</sup> De forma objetiva, é a passagem de mais de três dejeções com fezes não formadas em 24 horas.<sup>21</sup> A diarreia pode ainda ser definida como aguda se tiver uma duração inferior a 2 semanas, persistente se a duração oscilar entre 2 e 4 semanas e crónica se a duração for superior a 4 semanas.<sup>14,38</sup>

A classificação da diarreia crónica pelo seu mecanismo fisiopatológico facilita uma abordagem racional à gestão e tratamento do sintoma, embora muitas doenças causem diarreia por mais de um mecanismo.<sup>14</sup>

## Causas secretoras

As diarreias secretoras são resultantes de alterações no transporte de fluidos e eletrólitos através da mucosa entérica. São caracterizadas clinicamente por fezes aquosas, de grande volume, que persistem com o jejum, e com defecação tipicamente indolor. As causas mais comuns incluem utilização de laxantes de contacto, alcoolismo, utilização de fármacos com efeito laxante (por exemplo antibacterianos e citotóxicos) ou drogas, laxantes endógenos (ácidos biliares), algumas infeções bacterianas, ressecção intestinal, obstrução intestinal parcial ou impactação fecal.<sup>14</sup> Relativamente aos fármacos, os efeitos secundários da sua ingestão regular são das causas secretoras mais comuns da diarreia crónica. Isto tem uma importância especial em doentes que façam terapêuticas por intervalos de tempo prolongados, algo extremamente comum em doentes em cuidados paliativos. Centenas de medicamentos prescritos e de venda livre podem causar diarreia e incluem os antibióticos, AINES, antiarrítmicos, anti-hipertensores, antidepressivos, agentes quimioterápicos ou antiácidos.<sup>14</sup>

## Causas osmóticas

A diarreia osmótica ocorre quando solutos osmoticamente ativos são pouco absorvidos no TGI, levando à extração de fluidos para o lúmen intestinal, excedendo a capacidade de reabsorção do cólon. A diarreia osmótica cessa de forma característica com o jejum ou com a descontinuação do agente causal. As causas incluem utilização de laxantes osmóticos, deficiência em lactase e/ou outras deficiências de dissacarídeos, intolerâncias ao glúten e FODMAP. Este último grupo diz respeito aos hidratos de carbono de cadeia curta e polióis presentes em frutas, leite e derivados, leguminosas, cereais entre outros.<sup>14</sup>

### Causas esteatorreicas

A má absorção de gordura pode levar a dejeções de diarreia gordurosa, fétida, frequentemente associada a perda de peso e deficiências nutricionais devido à má absorção concomitante de aminoácidos e vitaminas. As causas mais comuns incluem má digestão intraluminal (insuficiência exócrina pancreática, supercrescimento bacteriano, cirurgia bariátrica, doença hepática) e má absorção da mucosa (doença celíaca, doença de Whipple, infecções, isquemia, enteropatia induzida por drogas).<sup>14</sup>

### Causas inflamatórias

As diarreias inflamatórias geralmente são acompanhadas de dor, febre, sangramento ou outras manifestações de inflamação. O mecanismo da diarreia pode não ser apenas a exsudação, mas, dependendo do local da lesão, pode incluir má absorção de gordura, absorção alterada de fluidos / eletrólitos e hipersecreção ou hipermotilidade pela liberação de citocinas e outros mediadores inflamatórios. As causas mais comuns incluem as doenças inflamatórias idiopáticas do intestino (Crohn, colite ulcerosa), colite linfocítica, doenças auto-imunes da mucosa, infecções, lesões por radiação ou neoplasias gastrointestinais.<sup>14</sup>

### Causas por dismotilidade

O trânsito rápido pode acompanhar muitas diarreias como um fenômeno secundário ou contribuinte, mas a dismotilidade primária é uma etiologia incomum de diarreia. Dentro das causas mais comuns o hipertiroidismo, alguns fármacos (por exemplo, prostaglandinas ou agentes procinéticos) ou síndromes carcinoídes podem produzir hipermotilidade com diarreia resultante. Os sintomas de frequência elevada de dejeções geralmente cessam à noite. Este tipo de diarreia pode ocorrer em alternância com períodos de obstipação e são acompanhados por dor abdominal que alivia com a defecação e raramente resultam em perda de peso.<sup>14</sup>

Apesar de a diarreia ser pouco frequente em doentes em cuidados paliativos por outras causas que não oncológicas, este sintoma é bastante mais frequente e especialmente relevante em doentes com este tipo de patologia. Nestes a diarreia tanto pode ser um sintoma da doença, como pode ser um sintoma iatrogénico, ou seja, induzido pelo tratamento. Assim, é um sintoma comum de apresentação de vários tipos de tumores malignos, sendo mais frequente nos tumores gastroenteropancreáticos, neuroendócrinos pulmonares e colorretais. Relativamente à diarreia enquanto sintoma iatrogénico, pode ser induzida por vários tipos de tratamento, incluindo a quimioterapia, RT, imunoterapia, hormonoterapia, assim como as terapêuticas direcionadas ao alvo. No entanto, outras causas também devem ser consideradas.

A diarreia é relatada como um problema com grande impacto na qualidade de vida também em indivíduos que já completaram tratamento contra o cancro, mesmo a longo prazo.<sup>3,38</sup>

Relativamente à diarreia induzida pela quimioterapia, sabe-se que a diarreia é um efeito secundário comum de muitos agentes quimioterápicos. A maioria dos fármacos induzem uma diarreia que não é grave, mas, em alguns casos, pode limitar a dose a administrar e até mesmo ameaçar a vida. Os citotóxicos mais frequentemente associados a diarreia incluem o 5-Fluorouracilo, irinotecano, capecitabina, taxanos, antraciclina e sais de platina.<sup>38</sup>

Na diarreia induzida por RT, é necessário ter em conta que o uso generalizado no tratamento de neoplasias pélvicas (por exemplo, ginecológicas e gastrointestinais) está relacionado com o aumento da incidência de efeitos colaterais induzidos pela radiação. A diminuição da área de superfície de absorção intestinal e redução do tempo de trânsito facilitam o desenvolvimento de diarreia aguda ou crónica. Diarreia aguda induzida por RT pode estar associada a náuseas, vômitos, cólicas abdominais ou tenesmos. Geralmente, 60% dos doentes têm uma experiência temporária de diarreia aguda leve durante o tratamento de RT pélvica. Apesar da prevalência exata de diarreia crónica induzida pela radiação ser difícil de determinar, pensa-se que cerca de 90% dos doentes que receberam este tratamento na zona pélvica podem desenvolver uma mudança permanente no hábito intestinal após o tratamento, 50% dos quais podem ter sua qualidade de vida afetada pelos sintomas gastrointestinais (efeito moderado ou grave em 20% a 40% dos casos).<sup>38</sup> A diarreia crónica grave está fortemente relacionada com as características da RT (dose total administrada e volume intestinal irradiado). Os sintomas associados à diarreia crónica induzida por esta causa são progressivos e caracterizados pela má absorção de nutrientes, propulsão anormal do conteúdo intestinal, sangramento intestinal recorrente, dor abdominal e, em casos limitados, estenose com tenesmo, úlceras e formação de fístula podem estar presentes. Em alguns doentes é comum ocorrerem sintomas depois de um período de latência de 20 a 30 anos após a RT pélvica.<sup>38</sup>

Obviamente que apesar de todas estas causas possíveis, é importante reconhecer que doentes tratados com fármacos sistémicos têm também diarreia devido a outros processos como a má absorção de sais biliares ou insuficiência pancreática. Assim, uma avaliação precisa e um tratamento tendo em conta todas as causas possíveis podem levar a melhorias nos sintomas.<sup>38</sup>

## Tratamento

O tratamento da diarreia depende da etiologia específica, sendo essencial, sempre que possível, tratar todas as causas potencialmente reversíveis. No caso de doentes em cuidados paliativos, é muito importante tentar balancear os efeitos secundários com o tratamento pretendido. Assim, em doentes com diarreia, deve-se procurar escolher, dentro da mesma classe de fármacos, aqueles em que diminui a probabilidade de se continuar a manifestar este efeito secundário, de forma a promover o bem-estar do doente. Apenas em casos de impossibilidade de remover a causa ou de promover a sua modificação por uma opção igualmente eficaz e mais tolerável para o doente, é necessário recorrer a medidas que atenuem os efeitos secundários. Nestes casos, assim como naqueles em que a causa ou mecanismo específico da diarreia escapa ao diagnóstico, a terapêutica empírica pode ser benéfica.<sup>14</sup>

Doentes com diarreia leve a moderada sem outros sinais ou sintomas de complicação podem ser classificados como “não complicados” e a gestão pode ser conservadora. Nestes casos a terapêutica baseia-se inicialmente na hidratação e modificações dietéticas que promovam uma melhoria do trânsito intestinal, como por exemplo, remover da dieta alimentos que aumentam a motilidade intestinal, como o café. Caso estas medidas não sejam suficientes procede-se à introdução de fármacos.<sup>26,39</sup>

Dentro das diarreias consideradas “complicadas”, estão as diarreias leves a moderadas com complicações como cólicas moderadas a graves, náuseas e/ou vômitos, febre, sépsis, neutropenia, sangramento ou desidratação, assim como diarreias graves. Nestes casos os doentes devem ser hospitalizados, acompanhados com atenção e tratados com medidas mais “agressivas”.<sup>26,38,39</sup>

A terapêutica mais importante no tratamento de uma diarreia é a re-hidratação com soluções que contêm água, sais e glucose. Esta medida terapêutica pode ser realizada por via oral ou, quando apropriado, por infusão endovenosa. Nos casos de diarreia de grande volume, existe o potencial de desidratação muito rápida com risco de comprometimento pré-renal ou mesmo, em casos extremos, de choque, assim como sofrer desequilíbrios eletrolíticos (principalmente hipocalemia).<sup>38</sup> A re-hidratação oral é geralmente apropriada para diarreias leves. Em doentes considerados capazes de fazer a hidratação de forma adequada, deve-se optar pelo consumo de água ou outros líquidos com adição de nutrientes e vitaminas essenciais. Outra opção passa pelas soluções de re-hidratação oral, especialmente importantes em doentes mais vulneráveis ou com diarreias mais graves. Durante a administração de fluídos, os doentes devem ser reavaliados frequentemente para garantir que os sinais de desidratação

não pioram.<sup>27,38</sup> A re-hidratação intravenosa deve ser utilizada nos casos de diarreia moderada a grave, ou quando há sinais de desidratação grave. A reposição deve ser contínua, com uma taxa alta até que os sinais clínicos de hipovolemia melhorem (por exemplo, pressão arterial baixa, baixo débito urinário e / ou estado mental alterado). Deve-se ter sempre em atenção a possibilidade de hiper-hidratação em muitos doentes em cuidados paliativos, especialmente quando há diagnósticos de insuficiência cardíaca ou doença renal crónica.<sup>27,39</sup>

Em muitos dos casos, estas medidas terapêuticas iniciais não são suficientes para tratar a diarreia, sendo nestes casos necessário recorrer a outras medidas farmacológicas.

Dentro dos fármacos utilizados incluem-se os opioides. Os opioides são fármacos cujo efeito secundário obstipante é largamente reconhecido. A loperamida é geralmente o opioide de eleição visto ter uma elevada afinidade para a parede intestinal e considerável metabolismo de primeira passagem, não atingindo praticamente a circulação sistémica. Ao ligar-se aos recetores opioides da parede intestinal inibe a libertação de acetilcolina e prostaglandinas, levando à redução do peristaltismo propulsivo, aumentando o tempo de trânsito intestinal. A loperamida aumenta o tónus do esfíncter anal, reduzindo a incontinência e a sensação de urgência, reduz o peso das fezes, e frequência de evacuações na diarreia aguda e crónica. Uma das grandes vantagens da loperamida em relação aos outros opioides prende-se pelo facto desta não atravessar a BHE, evitando os efeitos no SNC.<sup>39</sup> Outros opioides, como morfina ou codeína podem ser usados. Após 48 horas, em caso de ausência de eficácia dos opioides, a administração de outros fármacos deve ser considerada. É importante ter sempre em conta que a passagem de um opioide para outro pode facilitar o desenvolvimento de diarreia.<sup>3,38</sup>

Os análogos da somatostatina, como o octreótido devem ser considerados em casos graves ou persistentes de diarreia, mantendo associada a loperamida nas primeiras 48 horas. O octreótido, de forma semelhante à ação da somatostatina endógena, inibe a libertação de hormonas da hipófise anterior, incluindo a hormona estimulante da tiroide, a hormona do crescimento, assim como hormonas do sistema endócrino gastroenteropancreático, como a insulina e o glucagon. Este apresenta múltiplas ações antidiarreicas, incluindo: supressão da libertação de insulina e glucagon, acima referidas, supressão da libertação do peptídeo intestinal vasoativo e da secreção de ácido gástrico, redução da motilidade e função exócrina pancreática, e aumento da absorção de água, eletrólitos e nutrientes pelo trato gastrointestinal.<sup>38,40</sup>

Relativamente aos antibióticos, estão indicados apenas para doentes com febre, hipotensão, sinais peritoneais, neutropenia, supercrescimento bacteriano do intestino delgado, sépsis ou diarreia sanguinolenta sugestiva de enterocolite neutropénica, ou por causas infecciosas.<sup>38</sup>

Outros fármacos que podem ser utilizados são os sequestrantes de ácidos biliares. Os sais biliares não absorvidos causam diarreia ao estimularem a secreção e a motilidade do cólon. Uma dieta com baixo teor de gordura e o uso de sequestrantes de ácidos biliares (por exemplo, colestiramina) pode ser uma associação eficaz.<sup>38,41</sup>

O uso de probióticos, como *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* e *Saccharomyces* spp, para a prevenção da diarreia também é uma questão controversa: se por um lado, eles podem criar uma barreira protetora e repor a flora intestinal normal, reduzindo a diarreia e desconforto abdominal, por outro, podem colocar o doente imunocomprometido com maior risco de infeções graves.<sup>38,42,43</sup>

Em casos diarreia intensa, a integridade da pele pode ser alterada, originando fragilidades na zona perianal. Nestes casos é imprescindível o uso de cremes barreira com óxido de zinco para evitar erupções cutâneas e garantir a proteção da pele.<sup>3</sup>

Tabela 4 - Fármacos usados no tratamento da diarreia<sup>40,41,42,43,44,45</sup>

Fármaco	Classe farmacológica	Mecanismo de Ação	Efeitos adversos	Indicações terapêuticas
<b>Eletrólitos + Glucose</b> <sup>44</sup>	Correctivos das alterações hidroelectrolíticas	Estimulação da absorção de água e eletrólitos	Náuseas, vômitos	Correcção da perda de líquidos e electrólitos e tratamento de diarreia aquosa
<b>Loperamida (opióide)</b> <sup>45</sup>	Modificador da motilidade intestinal (Antidiarreico)	Redução do peristaltismo por ligação a recetores opiáceos da parede intestinal	Cefaleias, tonturas, obstipação, náuseas, flatulência	Diarreia aguda e crónica
<b>Octreótido</b> <sup>40</sup>	Antagonista hipofisário	Supressão da libertação de insulina, glucagon, da secreção de ácido gástrico, redução da motilidade e função exócrina pancreática	Cálculos biliares, aumento da glicémia plasmática, redução da atividade da tiroide	Para o alívio dos sintomas associados a tumores endócrinos gastroenteropancreáticos, e outros (uso off-label na diarreia)
<b>Colestiramina</b> <sup>41</sup>	Antidislipidémico	Sequestração dos ácidos biliares para as fezes	Obstipação, flatulência, desconforto abdominal	Redução dos níveis plasmáticos de colesterol, diarreia devido a má absorção dos ácidos biliares
<b><i>Lactobacillus</i> spp</b> <sup>42</sup>	Microorganismos Antidiarreicos	Permitem restabelecer flora láctea intestinal por acidificação do cólon	Flatulência	Prevenção das diarreias induzidas por antibióticos e tratamento sintomático das diarreias de origem não orgânica
<b><i>Saccharomyces</i> spp</b> <sup>43</sup>	Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos	Inibe crescimento de bactérias patogénicas para o cólon	Flatulência	Prevenção das diarreias induzidas por antibióticos e tratamento sintomático das diarreias de origem não orgânica

# OBSTRUÇÃO INTESTINAL

## Introdução e Causas

A obstrução intestinal é uma complicação diagnosticada clínica e radiologicamente, cuja fisiopatologia envolve um ciclo de secreções digestivas volumosas, passagem de fluidos do espaço intersticial para o interior do lúmen intestinal, hipovolémia, distensão do intestino e peristaltismo de alta frequência com lesão epitelial intestinal resultante, inflamação e alteração da motilidade (ou mesmo ausência desta).<sup>46</sup> Esta patologia é pouco frequente na população em geral, no entanto, em doentes em cuidados paliativos torna-se mais comum, principalmente em doentes com neoplasias do TGI. Em muitos casos esta é uma manifestação tardia e terminal de uma neoplasia ou carcinomatose peritoneal. É necessária uma gestão adequada, incisiva e o mais precoce possível destas patologias através de uma abordagem multimodal, de forma a evitar ou retardar o aparecimento deste problema. Tendo em conta a variação inter e intra - individual considerável, quer nos sintomas, quer no tratamento ideal, torna-se difícil gerir uma obstrução intestinal.<sup>3,46</sup>

A obstrução intestinal pode ser de origem mecânica ou parálitica e pode ocorrer a vários níveis. Dentro das causas mecânicas, as situações mais comuns incluem bloqueio do intestino por tumor ou metástase intraluminal ou extraluminal, inflamação e fibrose (por exemplo, por radiação).<sup>3</sup> Relativamente às causas funcionais, das mais comuns neste contexto é a infiltração tumoral dos plexos nervosos autonómicos ou o íleo parálitico induzido por fármacos, como pode ocorrer com o uso de altas doses de loperamida.<sup>46</sup>

Os sintomas incluem comumente dor abdominal com cólicas, anorexia, náuseas e vômitos, dependendo do nível e do grau de obstrução. Se a obstrução for completa, esperam-se sintomas de obstipação, sem passagem de fezes ou gases, enquanto que, caso os sintomas sejam diarreia paradoxal e incontinência fecal é mais sugestivo de uma obstrução parcial.<sup>47</sup>

## Tratamento

Aquando da decisão do tratamento, é muito importante ter em conta, não só a localização e mecanismo da obstrução, mas também as variáveis oncológicas dos doentes em questão (por exemplo, status de desempenho, resposta às terapêuticas prévias, prognóstico geral etc.) para otimizar o tratamento paliativo. O objetivo final é apoiar o doente através do controlo da doença ou pela paliação dos sintomas, que pode ou não incluir intervenções cirúrgicas ou médicas.<sup>46</sup>

Na abordagem inicial devem ser usadas medidas não farmacológicas para uma melhoria da sintomatologia e do trânsito intestinal, como o consumo de alimentos com menor resíduo possível e parar laxantes osmóticos/de contacto para minimizar cólicas.<sup>46</sup>

Não sendo suficientes estas medidas, passa-se à terapêutica farmacológica, mais conservadora, que se baseia na utilização de agentes anti-motilidade, anti-secretores e antieméticos. A resolução espontânea da obstrução ocorre no prazo de 7 dias para quase um terço dos doentes, mas a recaída de sintomas obstrutivos ocorre em cerca de 72% dos casos.<sup>46</sup> O tratamento clínico inicial deve incluir também um fármaco anticolinérgico para reduzir as secreções intestinais, motilidade e dor visceral associada. Dentro desta classe, a escopolamina é o mais comumente utilizado em doentes em cuidados paliativos com obstrução intestinal, porque pode ser administrado através de um adesivo transdérmico, embora a capacidade de atravessar a BHE aumente o risco de sonolência e confusão. A redução das secreções gastrointestinais envolve a supressão do ácido gástrico com inibidores da bomba de prótons, como o omeprazol, e antagonistas dos receptores de histamina (H<sub>2</sub>), como a ranitidina. Os análogos da somatostatina, como o octreótido inibem a libertação e ação de várias hormonas, reduzindo secreções, o peristaltismo e o fluxo sanguíneo esplâncnico enquanto melhora a absorção de água e eletrólitos.<sup>40</sup> Pode recorrer-se também ao uso de corticosteroides, mais comumente a dexametasona, para ajudar a reduzir a inflamação em torno da obstrução.<sup>3</sup>

Embora a abordagem cirúrgica possa ser necessária para complicações (por exemplo, vólvulo, isquemia e perfuração), não há evidências que descrevam uma abordagem ideal para a maioria dos doentes com obstrução intestinal. Para além de ser uma abordagem bastante agressiva, a abordagem cirúrgica apresenta uma taxa de sucesso entre os 27% a 68%, com taxas de re-obstrução, morbidade e mortalidade bastante elevadas. A abordagem cirúrgica ideal depende de vários fatores, incluindo a extensão e localização da doença, prognóstico geral, estado nutricional e uso recente de esteróides/quimioterapia.<sup>46</sup>

Em doentes com sintomas intratáveis, a colocação de sonda nasogástrica ou tubo de gastrostomia deve ser considerado para fornecer alívio, sendo necessário ter sempre em conta os efeitos adversos destas (pneumonias de aspirações, lesões mucosas etc.).<sup>46</sup>



Tabela 5 - Fármacos usados no tratamento da obstrução intestinal 48-50

Fármaco	Classe farmacológica	Mecanismo de Ação	Efeitos adversos	Indicações terapêuticas
Escopolamina <sup>48</sup>	Antiespasmódico	Ação espasmolítica sobre a musculatura lisa do aparelho gastrointestinal, das vias biliares e genito-urinárias	Xerostomia, taquicardia, dificuldade em urinar	Alívio de dor ou desconforto abdominal associado a espasmos transitórios e moderados do trato gastrointestinal.
Omeprazol <sup>49</sup>	Inibidores da bomba de prótons	Inibe a bomba prótons, inibindo a secreção ácida no estômago	Cefaleias, diarreia, flatulência	Tratamento da doença do refluxo gastroesofágico
Ranitidina <sup>50</sup>	Antiácidos e Antiulcerosos	Antagoniza os receptores H <sub>2</sub> e inibe a secreção gástrica ácida basal	Alterações da função hepática	Tratamento da úlcera duodenal e úlcera gástrica benigna, esofagite de refluxo e alívio sintomático do refluxo gastroesofágico

## DISFAGIA

### Introdução

A disfagia pode ser descrita como a dificuldade de iniciar a deglutição (geralmente denominada disfagia orofaríngea) ou a sensação de que alimentos sólidos e/ou líquidos estão retidos na transição da boca para o estômago (geralmente denominada disfagia esofágica). Disfagia, portanto, é a percepção de que há impossibilidade de passagem normal do material deglutido. Em termos fisiológicos, a deglutição orofaríngea é um processo controlado pelo centro de deglutição na medula espinhal e pelo esôfago médio e distal através de reflexo peristáltico praticamente autônomo e coordenado pelo sistema nervoso entérico.<sup>51</sup>

A importância da disfagia percebe-se pela sua incidência em algumas doenças bastante prevalentes na população, como é o caso do acidente vascular cerebral (AVC) e do Parkinson. Nos primeiros 3 dias após um AVC, 42 a 67% dos doentes apresenta disfagia orofaríngea, constituindo esta a principal causa de disfagia. Destes doentes, 50% são aspirados e um terço desenvolve pneumonia que requer tratamento. Até 50% dos doentes com Parkinson manifestam alguns sintomas de disfagia orofaríngea.<sup>51</sup> Para além de afetar significativamente a qualidade de vida dos doentes, a disfagia impede que o tratamento seja o mais adequado visto que a ingestão de todo o tipo de alimentos e líquidos, assim como de formulações orais de fármacos estão muitas vezes comprometidas em doentes em cuidados paliativos. A disfagia constitui assim um problema significativo com necessidade de tratamento precoce a fim de evitar outras complicações como pneumonias de aspiração, engasgamentos e necessidade de entubação nasogástrica.<sup>51</sup>

É fundamental para o tratamento determinar se a disfagia é orofaríngea ou esofágica. Este diagnóstico deve ser feito com segurança e baseado numa anamnese cuidadosa que inclua a localização, tipo de alimentos e/ou líquidos, carácter progressivo ou intermitente, duração do sintoma e fármacos utilizados pelo doente. Apesar da frequente ocorrência simultânea, é importante excluir a odinofagia (deglutição dolorosa).<sup>51</sup>

### **Disfagia orofaríngea**

Em doentes jovens, a disfagia orofaríngea é mais frequentemente causada por doenças musculares inflamatórias ou anéis esofágicos. Em doentes mais velhos, é geralmente causada por doenças do sistema nervoso central, que interferem com o mecanismo de deglutição, como é o caso da demência. É importante ter em conta que o envelhecimento normal pode provocar anomalias moderadas da motilidade esofágica, no entanto, no doente adulto, a disfagia não deve ser atribuída automaticamente ao processo normal de envelhecimento.<sup>51</sup>

Geralmente é útil fazer uma diferenciação entre distúrbios mecânicos e de motilidade neuromuscular, tendo em conta que a gestão e tratamento são substancialmente diferentes. As causas mecânicas ou obstrutivas incluem abscessos retrofaríngeos por infeção, bócio, linfadenopatias, neoplasias de cabeça e pescoço, entre outros. Os distúrbios neuromusculares incluem as doenças do SNC como doenças vasculares cerebrais, doenças do movimento, esclerose lateral amiotrófica, miastenia gravis, entre outras.<sup>51</sup>

Relativamente ao tratamento, o objetivo primordial é melhorar a passagem de alimentos e bebidas e evitar a aspiração. Este tratamento deve compreender sempre a reabilitação e reeducação da deglutição através da colaboração de profissionais especializados nesta área. Depois podem-se implementar algumas medidas simples, mas extremamente importantes para diminuir a sintomatologia, como o uso de prótese dentária para solucionar os problemas dentários, melhoria da postura aquando das refeições, assim como as modificações nutricionais e dietéticas. Estas compreendem a estimulação da alimentação oral sempre que possível, a introdução de mais alimentos moles na alimentação, espessamento de líquidos e a adição de ácido cítrico nos alimentos que parece melhorar os reflexos da deglutição. Outros aspetos a ter em conta são o cuidado no controlo das necessidades nutricionais e de líquidos, com atenção especial para o risco de desidratação. Se houver alto risco de aspiração, ou se a ingestão oral for insuficiente para manter um estado nutricional adequado, deve-se considerar a introdução de uma sonda de alimentação macia e tolerável guiada radiologicamente.<sup>51</sup>

## **Disfagia esofágica**

A impactação alimentar é a causa mais comum de disfagia esofágica nos adultos. Nestes casos o tratamento consiste na remoção do bolo alimentar impactado, observando-se uma melhoria imediata. É importante ter sempre em conta que pode haver um componente subjacente de obstrução mecânica ao tentar puxar o corpo estranho para baixo, para evitar perfuração. Outra causa comum é a estenose péptica, que é geralmente o resultado de refluxo gastroesofágico, mas que também pode ser causada por determinados fármacos, como os AINES ou antibióticos (especialmente tetraciclinas).<sup>52</sup> Caso se confirme o diagnóstico de estenose o tratamento deve ser realizado por via endoscópica, com dilatação progressiva. O tratamento anti-refluxo agressivo com inibidores da bomba de prótons como o omeprazol ou outro equivalente, é extremamente importante visto ser esta a causa da estenose, em primeira instância. Outros tipos de cirurgias estão indicados em casos refratários a estes tratamentos.<sup>51</sup>

## **ALTERAÇÕES NA CAVIDADE ORAL**

Os doentes em CP apresentam muitas vezes alterações na cavidade oral. Tratamentos como a RT e quimioterapia, por exemplo, podem, só por si, originar xerostomia, mucosite, alterações do paladar, algumas infeções, entre outros, o que mostra a importância desta temática para o tratamento adequado destes doentes. Assim, uma saúde oral deficiente pode compreender não só a falta de higiene oral, mas também a xerostomia, infeções e ainda a associação da dor, apresentando um grande impacto na qualidade de vida destes doentes. Estes problemas podem ser tão graves e incapacitantes que em alguns casos há a necessidade de recorrer ao uso de opioides sistémicos, agentes de revestimento, como sucralfato, analgesia tópica ou anti-inflamatórios tópicos.<sup>3</sup> Posto isto, a promoção da higiene oral deve ser tido em conta por todos as equipas envolvidas nos cuidados paliativos de forma a garantir a prevenção destes sintomas.<sup>3, 53, 54</sup>

### **Higiene oral**

A escassa higiene oral pode dever-se a incapacidades a nível físico ou mental que impeçam o doente da limpeza diária adequada, da escovagem dos dentes ou do uso de colutórios que garantam que toda a cavidade oral é limpa. Relativamente ao estado físico, por exemplo uma baixa hemoglobina pode aumentar a suscetibilidade a infeções e pode ser acompanhada por letargia, fraqueza e dispneia, que podem contribuir também para um menor cuidado na limpeza oral. Um estado mental fragilizado determinará uma incapacidade ou indisposição dos doentes em participarem e melhorarem os seus cuidados, o que é relevante em doentes em cuidados paliativos visto que em grande parte das vezes podem surgir sintomas

depressivos originados pelas circunstâncias causadas pela doença base e tudo o que a envolve.<sup>3,53</sup>

São várias as estratégias que permitem uma melhoria na higiene oral e incluem escovar os dentes duas vezes por dia usando uma pasta de dentes com flúor, não enxaguar após escovar, usar colutórios como a clorhexidina, utilizar escovas de bebé caso se torne difícil lavar os dentes com uma escova normal. Em caso de infeção deve mudar a escova de dentes. No caso de uso de dentaduras, estas devem ser removidas caso estejam desconfortáveis para o doente e devem ser removidas durante a noite e armazenadas em água.<sup>55</sup>

### Xerostomia

A xerostomia é caracterizada por uma diminuição da salivação que provoca consequentemente uma sensação de boca seca. Apresenta uma elevada prevalência em doentes numa fase avançada da doença e têm um impacto negativo significativo na capacidade diária de falar, comer e na degustação dos alimentos. Apresenta também interferência com as vias nasais, secura dos lábios, garganta, pode condicionar um mau hálito, e até interferir com o sono.<sup>56,57,58</sup> Para além do referido a saliva tem, por si só, uma função importante na limpeza, lubrificação, tamponamento, remineralização, ação antimicrobiana, digestão e manutenção da integridade da mucosa. Desta forma, uma redução na quantidade de saliva produzida pode levar a um desequilíbrio na saúde oral no geral.<sup>3</sup>

São muitos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de xerostomia e incluem consumo de fármacos como anti-histamínicos, antidepressivos (principalmente os tricíclicos, mas também os inibidores seletivos da recaptção de serotonina), anti-hipertensores ou opioides, ser diabético, ter realizado RT na cabeça e pescoço, desidratação, ansiedade ou infeções, como as candidíases orais.<sup>3,55</sup>

O tratamento da xerostomia pode realizar-se através de várias medidas farmacológicas e não farmacológicas. Dentro das não farmacológicas destacam-se a hidratação, através de goles frequentes de água, utilização de estimulantes salivares naturais como sumo de limão, melão ou abacaxi e manutenção dos lábios húmidos (se o doente está a fazer uso de oxigênio deve-se utilizar uma solução à base de água). Também é importante tentar remover com cuidado qualquer revestimento, detritos e placas dos lábios, mucosa e tecidos moles com o uso de gazes húmidas ou massagens com gel lubrificante oral de modo a evitar a dor, ulceração, sangramento e predisposição ao desenvolvimento de infeções. Dentro do tratamento farmacológico podem ser utilizados substitutos da saliva, gel oral ou parassimpaticomiméticos

colinérgicos, como a pilocarpina. Esta exerce um largo espectro de efeitos farmacológicos com ação muscarínica predominante. Na dose apropriada, pode aumentar a secreção através das glândulas exócrinas tais como as glândulas sudoríparas, salivares, lacrimais, gástricas, pancreáticas e intestinais e das células mucosas das vias respiratórias.<sup>3,59</sup>

### Candidíase oral

A Candidíase oral é uma infecção fúngica na mucosa oral por uma espécie de *candida spp* que se pode apresentar através de uma perda de paladar, vermelhidão, dor ou queilite angular (uma condição em que o lábio fica inflamado e irritado, especialmente nos cantos da boca). Pode ser causada por uma falta de higiene oral, por xerostomia, mas também pela toma de alguns fármacos como corticosteroides e antibióticos.<sup>3</sup>

O tratamento passa pela utilização de antifúngicos, como a nistatina (fungistático e fungicida) e caso este não resulte pode usar-se o gel de miconazol. Candidíases mais complicadas podem necessitar de fluconazol, um antifúngico oral.<sup>3</sup>. No caso do tratamento antifúngico por gel, este deve ser mantido na boca o maior tempo possível antes de engolir, deve-se evitar a ingestão de alimentos nos primeiros 30 minutos após cada dose e devem ser retiradas próteses. Nistatina e cloro-hexidina oral não devem ser usados ao mesmo tempo, mas sim com pelo menos uma hora de diferença, visto que estes apresentam tendência para se inativarem mutuamente.<sup>55</sup>

## CONCLUSÃO

Os CP têm apresentado nos últimos anos uma tendência de aumento da sua importância. Este facto deve-se ao envelhecimento da população e a algumas patologias a ele associadas, mas também ao aumento do número de doentes com doença oncológica. Estes doentes apresentam associados a estas doenças um conjunto de sintomas e distúrbios que têm manifestação em diversos sistemas, desde o sistema nervoso ao sistema cardiocirculatório, passando pelo trato gastrointestinal ou urinário, apresentando entre todos estes e os restantes não mencionados uma relação que complica comumente a sua perceção e identificação.

Os sintomas associados ao trato gastrointestinal para além de apresentarem uma elevada prevalência, são muito relevantes pois causam uma grande debilidade aos doentes. Destacam-se as náuseas e vómitos, muito comuns nos tratamentos com quimioterapia, a obstipação, causada por alguns fármacos, mas também a diarreia, obstrução, disfagia e xerostomia. Todos estes sintomas abordados anteriormente diminuem a qualidade de vida dos doentes, afetando em grande escala a sua estabilidade psicológica e física. Posto isto é essencial que nos CP, tendo estes como objetivo melhorar a qualidade de vida, se faça uma intervenção acertada e eficiente. O conhecimento das causas é muito importante para que se consigam evitar ou tratar os sintomas. As causas mais comuns são a quimioterapia, RT, toma de fármacos, a má hidratação, a dificuldade na alimentação, imobilidade entre outros. A intervenção deve ser o mais precoce possível passando pela prevenção, recorrendo a medidas não farmacológicas. Esta intervenção deve incluir o apoio psicológico por parte dos profissionais de saúde, promovendo a aderências às medidas não farmacológicas e um aumento no bem-estar do doente. Nas fases em que os sintomas já estão instalados e não conseguem ser controlados com medidas não farmacológicas, devem-se associar medidas farmacológicas. A gestão do uso dos fármacos deve ser realizada avaliando o doente de forma individual, averiguando qual a causa. O tratamento farmacológico passa pelo uso de antieméticos e procinéticos nas náuseas e vómitos, os laxantes na obstipação, assim como na diarreia são muito importantes os probióticos para garantir a reposição da flora intestinal. Apesar da existência de algumas opções terapêuticas esta área necessita de mais estudos e algumas melhorias. Tratar qualquer um dos sintomas abordados é mais difícil em CP, visto tratar-se de doentes “especiais” que requerem cuidados especializados, multidisciplinares, com a finalidade de aumentar tempo e qualidade de vida dos doentes.

## Bibliografia

1. **Decreto-Lei n.º52/2012 de 5 de setembro.** Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República 1ª Série.* 172, 2012. Acedido em: 15 de junho de 2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/174841>
2. MOENS, K.; HIGGINSON I.J., HARDING R. - **Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review.** *Journal of pain and symptom management.* 48, 4 (2014), 660-676.
3. MACLEOAD, R.; VELLA-BRINCAT, J.; MACLEOAD, S - **The Palliative Care Handbook.** 8ª Ed. Wellington: M. Schumacher, 2016.
4. COMISSÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (CNCP) - **Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2019-2020.** Acedido em: 5 de julho de 2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
5. COMISSÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - **Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2017-2018.** Acedido em: 5 de julho de 2019 Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrategico-CP\\_2017-2018-1.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrategico-CP_2017-2018-1.pdf)
6. WATSON M.; LUCAS C.; HOY A.; WELLS J. - **Oxford Handbook of Palliative Care.** 2ª Ed. Oxford University Press, 2009.
7. DUNLOP, G. - **A study of the relative frequency and importance of gastrointestinal symptoms, and weakness in patients with far advanced cancer: student paper.** *Palliative Medicine,* 4, 1(1990), 37-43.
8. TONG, H., ISENRING, E., & YATES, P. - **The prevalence of nutrition impact symptoms and their relationship to quality of life and clinical outcomes in medical oncology patients.** *Supportive Care in Cancer,* 17, 1(2008), 83-90.
9. QUIGLEY EM, HASLER WL, PARKMAN HP. **AGA technical review on nausea and vomiting.** *Gastroenterology.* 2001;120(1):263-86.
10. BECKER, D. E. - **Nausea, Vomiting, and Hiccups: A Review of Mechanisms and Treatment.** *Anesthesia Progress,* 57, 4(2010), 150-157.

11. SHINPO, K., HIRAI, Y., MAEZAWA, H., TOTSUKA, Y., FUNAHASHI, M. - **The role of area postrema neurons expressing H-channels in the induction mechanism of nausea and vomiting.** *Physiology & Behavior*, 107, 1(2012), 98–103.
12. MORTIMER, T. L., MABIN, T., ENGELBRECHT, A.M. - **Cannabinoids: the lows and the highs of chemotherapy-induced nausea and vomiting.** *Future Oncology*. 15, 9, (2019), 1035-1049
13. SINGH, P., YOON, S. S., & KUO, B. - **Nausea: a review of pathophysiology and therapeutics.** *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 9, 1(2015), 98–112.
14. KASPER, D. L., FAUCI, A. S., HAUSER, S. L., LONGO, D. L. I., JAMESON, J. L., LOSCALZO, J. - **Harrison's principles of internal medicine.** 19ª Ed. New York: McGraw Hill Education, 2015.
15. SHEIKHI M.A., EBADI A., TALAEIZADEH A., RAHMANI H. - **Alternative Methods to Treat Nausea and Vomiting from Cancer Chemotherapy.** *Chemotherapy Research and Practice*. 2015, 818759 (2015), 1-6.
16. Ondansetrom: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a: 25 de julho]. Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=626002&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=626002&tipo_doc=rcm)
17. Aprepitant: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a: 25 de julho]. Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=633122&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=633122&tipo_doc=rcm)
18. Domperidona: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a: 23 de julho]. Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=6216&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6216&tipo_doc=rcm)
19. Metoclopramida: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a: 24 de julho]. Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=5515&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=5515&tipo_doc=rcm)
20. Droperidol: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a: 25 de julho]. Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=605002&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=605002&tipo_doc=rcm)
21. Dexametasona: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a 22 de julho]. Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=2375&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2375&tipo_doc=rcm)
22. CHU, C.C., HSING, C.H., SHIEH, J.P., CHIEN, C.C., HO, C.M., WANG, J.J. **The cellular mechanisms of the antiemetic action of dexamethasone and related**



- glucocorticoids against vomiting.** European Journal of Pharmacology, 722 (2014), 48-54.
23. Dimenidrato: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a: 25 de julho. Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=2838&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2838&tipo_doc=rcm)
24. Tetrahidraacabinol: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a 15 de agosto]. Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=55492&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=55492&tipo_doc=rcm)
25. WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION - **Constipation: A Global Perspective.** World Health Organization Practice Guidelines. 2010, Milwaukee. [Acedido a: 10 de julho de 2019]. Disponível na internet: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/globalguidelines/constipation/constipation-english>
26. CHERNY N.I. - **Evaluation and management of treatment-related diarrhea in patients with advanced cancer: a review.** J Pain Symptom Manage 36 (2008), 413-423.
27. **Diarrheal Disease.** Fact sheet N330. World Health Organization. Updated May 2017. [Acedido a: 8 de julho de 2019]. Disponível na internet: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
28. AZEVEDO R., RIBEIRO H., PINTO J., LEITÃO C., CALDEIRA A., BANHUDO A. - **Modelo preditivo de obstipação: O que poderá ser útil para além do Roma IV?** Revista portuguesa de coloproctologia, 14, 2 (2017), 12-19
29. CANDY B., JONES L., LARKIN P.J., VICKERSTAFF V., TOOKMAN A., STONE P. - **Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care (Review).** Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, CD003448 (2015), 1-37.
30. WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION - **Coping with Common GI Symptoms in the Community: A Global Perspective on Heartburn, Constipation, Bloating, and Abdominal Pain/Discomfort.** World Health Organization Practice Guidelines. 2013, Milwaukee. [Acedido a: 10 de julho de 2019] Disponível na internet: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/common-gi-symptoms/common-gi-symptoms-english>
31. MENDES A.P. - **Aconselhamento farmacêutico na obstipação em adultos.** Ficha técnica do CIM, 107 (2013), 121-122

32. Bisacodilo: **Resumo das Características do Medicamento**. Infarmed. [Acedido a: 3 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=2863&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2863&tipo_doc=rcm)
33. Sene: **Resumo das Características do Medicamento**. Infarmed. [Acedido a: 3 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=860&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=860&tipo_doc=rcm)
34. Picossulfato de sódio: **Resumo das Características do Medicamento**. Infarmed. [Acedido a: 3 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=4083&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=4083&tipo_doc=rcm)
35. Prucalidoprida: **Resumo das Características do Medicamento**. EMA. [Acedido a: 1 de agosto] Disponível na internet: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/resolor-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/resolor-epar-product-information_pt.pdf)
36. Naloxona: **Resumo das Características do Medicamento**. Infarmed. [Acedido a: 1 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=609462&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=609462&tipo_doc=rcm)
37. Lactulose: **Resumo das Características do Medicamento**. Infarmed. [Acedido a: 1 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=2114&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2114&tipo_doc=rcm)
38. ESMO GUIDELINES COMMITTEE - **Diarrhea in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines**. *Annals of Oncology*. 29, 4(2018), 126-142.
39. BENSON A.B., AJANI J.A., CATALANO R.B., ENGELKING C., KORNBLAU S.M., MARTENSON J.A., MCCALLUM R., MITCHELL E.P., O'DORISIO T.M., VOKES E.E., WADLER S. - **Recommended guidelines for the treatment of cancer treatment-induced diarrhea**. *Journal of Clinical Oncology*. 22(2004), 2918–2926.
40. Octreotido: **Resumo das Características do Medicamento**. Infarmed. [Acedido a: 2 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=44371&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=44371&tipo_doc=rcm)
41. Colestiramina: **Resumo das Características do Medicamento**. Infarmed. [Acedido a: 2 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=7298&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=7298&tipo_doc=rcm)
42. Lactobacillus casei: **Resumo das Características do Medicamento**. Infarmed. [Acedido a: 2 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=484&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=484&tipo_doc=rcm)

43. Saccharomyces boulardii: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a: 2 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=607202&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=607202&tipo_doc=rcm)
44. Eletrólitos e glucose: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a: 2 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=2676&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2676&tipo_doc=rcm)
45. Loperamida: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a: 2 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=4442&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=4442&tipo_doc=rcm)
46. FRANKE, A.J., ISQBAL, A. STARR, J. S., RAJESH M. N., THOMAS J. G. - **Management of Malignant Bowel Obstruction Associated with GI Cancers.** Journal of Oncology Practice. 13, 7 (2017) 426-434.
47. KOO D.J., GORING T.N., PINARD K.A., EGAN B.C. - **Malignant bowel obstruction in advanced cancer.** Hosp Med Clin. 5(2016), 413-424.
48. Escopolamina: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed - [Acedido a: 5 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=1288&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=1288&tipo_doc=rcm)
49. Omeprazol: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a: 5 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=577500&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=577500&tipo_doc=rcm)
50. Ranitidina: **Resumo das Características do Medicamento.** Infarmed. [Acedido a: 5 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=6784&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6784&tipo_doc=rcm)
51. WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION - **Dysphagia.** World Health Organization Practice Guidelines. 2014. Milwaukee. [Acedido a: 19 de julho de 2019]. Disponível na internet: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/dysphagia>
52. DESAI J.P., MOUSTARAH F. - **Esophageal Stricture.** StatPearls Publishing. Treasure Island: Jan. 2019.
53. MILLIGAN, S., MCGILL, M., SWEENEY, M. P., & MALARKEY, C. - **Oral care for people with advanced cancer: an evidence-based protocol.** International Journal of Palliative Nursing, 7, 9(2001), 418-426.

54. PALMELA P. - **Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos**. 1ª Ed. (2010). [Acedido a: 9 de agosto de 2019]. Disponível na internet: <http://www.sppneumologia.pt/uploads/files/spp/PDF33.pdf>
55. RILEY E. - **The importance of oral health in palliative care patients**. Journal of community nursing. 32, 3 (2018), 57-61
56. FLEMING M., CRAIGS C. L., BENNETT M. I. - **Palliative care assessment of dry mouth: what matters most to patients with advanced disease?** Supportive Care in Cancer. (2019), 1-9. doi: 10.1007/s00520-019-04908-9
57. DAVIES A.N., BROADLEY K., BEIGHTON D. - **Xerostomia in patients with advanced cancer**. J Pain Symptom Management 22, 4 (2001), 820-825.
58. HANCHANALE S., ADKINSON L., DANIEL S., FLEMING M., OXBERRY S.G. - **Systematic literature review: xerostomia in advanced cancer patients**. Support Care Cancer 23, 3(2015), 881-888.
59. Pilocarpina: **Resumo das Características do Medicamento**. Infarmed. [Acedido a: 20 de agosto] Disponível na internet: [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=7708&tipo\\_doc=rcm](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=7708&tipo_doc=rcm)

## **CAPÍTULO II**

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA HOSPITALAR NO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO PORTO**

## **ABREVIATURAS**

AO - Assistentes operacionais

AT - Assistentes técnicos

CHUP - Centro Hospitalar e Universitário do Porto

CMIN - Centro Materno Infantil do Norte

DIDDU - Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

E.P.E - Entidade pública empresarial

GHAF - Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

LASA - *Look - Alike, Sound - Alike*

SF - Serviços Farmacêuticos

TDT - Técnicos de diagnóstico e terapêutica

UFO - Unidade de Farmácia Oncológica

## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade de Estágio Curricular, integrado no plano de estudos do 2º semestre do 5º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. O estágio é um elemento académico de elevada importância, e isso deve-se a vários fatores. Em primeiro permite que se consolidem e apliquem os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, para além disso dá-nos uma visão de alguns aspetos que a teoria, por si só, não nos permite ter, e por fim, oferece-nos a oportunidade de contactar com as tarefas profissionais diárias, permitindo a integração na atividade farmacêutica em Farmácia Hospitalar.

Farmácia hospitalar diz respeito ao conjunto de atividades farmacêuticas exercidas em unidades hospitalares ou serviços a elas ligados para colaborar nas funções de assistência que pertencem a esses organismos e serviços e promover a ação de investigação científica e de ensino que lhes couber. As atividades da farmácia hospitalar exercem-se através dos serviços farmacêuticos<sup>1</sup>, que dizem respeito a departamentos com autonomia técnica, sem prejuízo de estarem sujeitos à orientação geral dos órgãos da administração, perante os quais respondem pelos resultados das suas atividades<sup>2</sup>. A direção dos SF é obrigatoriamente assegurada por um Farmacêutico Hospitalar, no caso do CHUP pela Dra Patrocínia Maria Pinto de Castro Rocha. Os SF apresentam como colaboradores farmacêuticos, TDT, AO e AT.

Neste relatório constam as vivências no estágio efetuado no Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP), E.P.E., mais concretamente no Hospital de Santo António, que decorreu de 7 de janeiro a 28 de fevereiro de 2019, sob orientação da Doutora Bárbara Santos e restante equipa de farmacêuticos. Este relatório serve para descrever e relatar os conhecimentos adquiridos e a experiência vivida ao longo do estágio em forma de análise SWOT, do inglês *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças). Neste relatório consta também uma breve apresentação dos serviços prestados no Hospital de Santo António.

## O CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO PORTO

O CHUP é uma unidade de saúde integrada no SNS. O Decreto-Lei nº 326/2007, de 28 de setembro criou o Centro Hospitalar e Universitário do Porto, E.P.E., por fusão do Hospital Geral de Santo António, E.P.E., com o Hospital Central Especializado de Crianças

Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis. Atualmente, é constituído pelo Hospital de Santo António, pelo Centro Materno Infantil do Norte e pelo Instituto de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães. Este Centro Hospitalar está aberto vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, sem interregnos, e presta serviço a uma população que ultrapassa os três milhões de pessoas<sup>3</sup>.

## ANÁLISE SWOT

O balanço final do estágio no CHUP, mais concretamente no Hospital de Santo António, pode ser feito tendo por base uma análise dividida em quatro grandes grupos: pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças. São estes os itens que me permitem realizar uma avaliação do contributo que o estágio teve globalmente para o meu desenvolvimento e enriquecimento académico, profissional e até pessoal, tendo em conta fatores internos e externos que possam ter contribuído de forma mais ou menos positiva para este processo. Tendo este relatório um modelo de análise SWOT vou tentar também fazer o mesmo tipo de avaliação relativamente ao próprio Serviço Farmacêutico no CHUP.

Tabela 6 - Análise SWOT farmácia hospitalar

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receção dos estagiários e Plano de estágio</li> <li>• Certificação do serviço pela norma EN NP ISO 9001:2015 e acreditação pela CHKS</li> <li>• Rotatividade dos profissionais pelos serviços</li> <li>• Trabalho em equipa / coesão da equipa dos SF</li> <li>• Profissionais experientes</li> <li>• Cedência controlada de estupefacientes e psicotrópicos</li> <li>• Utilização de Sistemas Automatizados</li> <li>• Ensaio Clínicos</li> <li>• Identificação dos medicamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curta duração do estágio</li> <li>• Lacuna do Plano Curricular do MIF</li> <li>• Falta de recursos humanos</li> <li>• Dificuldade na gestão de recursos humanos</li> <li>• Localização da farmácia de ambulatório e da UFO</li> <li>• Dimensões demasiado pequenas do serviço</li> <li>• Falta de recursos monetários</li> </ul>
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescimento dos Ensaio Clínicos</li> <li>• Reconstituição terapêutica</li> <li>• Localização e dimensão do hospital</li> <li>• Contacto com a medicação de uso exclusivo hospitalar</li> <li>• Realização de estágios numa área que não apenas farmácia comunitária</li> <li>• Contacto com o hospital de dia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de Recursos Humanos</li> <li>• Legislação</li> <li>• Greves</li> <li>• Necessidade constante da presença de um TDT</li> <li>• Falta de recursos monetários</li> <li>• Grande envolvimento financeiro</li> </ul>

## PONTOS FORTES

### Receção dos estagiários e plano de estágio

O estágio no Hospital de Santo António principiou-se com uma receção extremamente afável e acolhedora. Inicialmente, foi-me feita uma apresentação global dos SF pela Diretora Técnica e depois uma apresentação dos diferentes setores pelos farmacêuticos responsáveis por cada um deles, onde os pontos principais e mais importantes foram explicados de forma a que a integração nos SF fosse mais fácil.



O Plano de Estágio elaborado englobou a passagem por todos os setores, com duração de uma semana em cada um. Comecei pelo ambulatório, de seguida na UFO, farmacotecnia, Ensaios Clínicos, Armazém e por fim na DIDDU. Este plano permitiu-me a familiarização com o trabalho de um farmacêutico em Farmácia Hospitalar, e obter a perceção de como a intervenção farmacêutica é fulcral na melhoria e monitorização da qualidade de vida dos doentes.

### **Certificação do serviço pela norma EN NP ISSO 9001:2015 e acreditação pela CHKS**

A garantia e gestão da qualidade é um dos aspetos mais importantes de cada serviço. “A adoção de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica de uma organização, que pode ajudar a melhorar o seu desempenho global e proporcionar uma base sólida para iniciativas de desenvolvimento sustentável.”<sup>4</sup>. Posto isto, a certificação pela EN NP ISSO 9002 permite criar a base que impulsiona de forma sustentada a qualidade do serviço. O Hospital de Santo António encontra-se também acreditado desde 2005 pelo CHKS, entidade Inglesa dedicada à acreditação de Hospitais.

### **Rotatividade dos profissionais pelos serviços**

Nos SF do CHUP os farmacêuticos têm uma atividade dinâmica pelos vários setores para os quais têm formação, ou seja, os horários são feitos de forma a que a permanência nos setores seja rotativa. Considero este um aspeto muito positivo pois é uma forma de tornar o trabalho menos monótono e de permitir a contribuição de vários farmacêuticos no trabalho desenvolvido em cada setor.

### **Trabalho em equipa / coesão da equipa dos SF**

O trabalho em equipa é fundamental na vida de qualquer profissional e pode-se tornar numa tarefa bastante exigente, sendo essencial ter capacidade de ouvir, respeitar e aceitar a opinião dos colegas. Este espírito possibilita a troca de ideias, a aquisição de conhecimentos, contribuindo tanto para crescimento profissional como para o crescimento pessoal. Nos SF trabalham diversos profissionais, incluindo farmacêuticos, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e assistentes operacionais. Ao longo de todo o estágio, para além de todo o conhecimento que me foi transmitido pelos farmacêuticos, também os outros trabalhadores já referidos foram imprescindíveis para uma melhor aprendizagem. Apesar de por vezes ser difícil a gestão de tanto pessoal e haver possibilidade de melhoria, os serviços mostram um bom trabalho em equipa. Toda esta envolvência permitiu o meu crescimento a

nível pessoal e profissional, algo que considero muito importante para o exercer da profissão no futuro.

### **Profissionais experientes**

Foi notório durante o meu estágio a presença de vários farmacêuticos com muita experiência e qualificação em Farmácia Hospitalar, constituindo uma mais valia importante que permite não só a execução de tarefas de forma sábia, com todos os conhecimentos e valências adquiridas com a formação e com a experiência profissional, mas também a transmissão e ensino aos novos farmacêuticos de todas as competências necessárias para a execução de todas as atividades farmacêuticas no Hospital.

### **Cedência controlada de estupefacientes e psicotrópicos**

O acesso e distribuição de estupefacientes e psicotrópicos é diferente de todos os outros medicamentos. A distribuição pode ser feita de duas formas: aos serviços de internamento via reposição de *stock*, ou através da cedência específica a um doente, individualmente, por intermédio de uma requisição específica para determinado período. É obrigatório o preenchimento de uma requisição destacável na qual tem de constar o nome do medicamento, a quantidade, data de consumo e identificação do doente e de quem fez a administração. Quando chegam as requisições estas também têm de ter descrito qual o serviço que pretende o envio da medicação. O facto de os medicamentos estarem armazenados numa “sala cofre” ao qual só os farmacêuticos têm acesso e o facto de ser obrigatório fazer o registo de saída de medicamentos desse cofre, permite que uma segurança acrescida da sua utilização esteja garantida. Esta segurança é crucial visto tratar-se de fármacos com características “especiais” que podem facilitar as tentativas de roubo ou de extravio. A cedências destes medicamentos é da responsabilidade da DIDDU, onde me foi dada a tarefa de conferir a validade dos estupefacientes e preparar a sua saída para os serviços que os requisitaram, com supervisão constante de um farmacêutico. Este foi sem dúvida um ponto forte, visto que me permitiu conhecer estes medicamentos, ter contacto com eles e também perceber o seu perigo e a importância do seu acesso ser restrito.

### **Utilização de sistemas automatizados**

No CHUP o sistema utilizado é o GHAF, sistema multifacetado que permite a organização, na mesma plataforma, de todas as atividades dos SF. Neste mesmo sistema, são elaboradas as encomendas, são validadas as prescrições e é feita a manutenção de *stocks*. Assim, este sistema funciona em rede, conjugando todas as atividades em tempo real, disponibilizando toda a informação relativa ao diagnóstico e à terapêutica do doente,

possibilitando o seu correto acompanhamento. Este sistema permite ainda o registo de observações no processo do doente que podem ser visíveis pelos elementos das diferentes equipas de saúde, nomeadamente, médicos e enfermeiros. Para além do GHAF, existe o *Pyxis*, que permite um maior controlo dos medicamentos, bem como um armazenamento mais seguro. No CHUP, e de forma exclusiva em Portugal, existe o *pharmapick*, um dispensador automático de medicamentos sofisticado, rápido e seguro. Este apresenta a grande vantagem da possibilidade de abertura de apenas uma gaveta de cada vez o que evita erros na medicação, pois só permite a abertura de uma gaveta quando a anterior se encontra fechada. Todos estes sistemas automatizados permitem um trabalho mais seguro e eficiente.

### **Ensaio Clínico**

O setor dos ensaios clínicos foi o quarto por onde passei. Este é um setor que envolve muitas burocracias, sendo por isso muito completo a nível de documentação. Durante toda a semana estive com a Farmacêutica responsável que se encontra a par de todos os ensaios, como tal, transmitiu-me imensa informação importante e permitiu-me ter uma ideia abrangente deste setor. Tive também oportunidade de assistir a duas “visitas de início” neste setor. Nestas visitas o monitor do estudo reúne com a/as farmacêutica/as para explicar e disponibilizar todas as informações pormenorizadas do estudo, desde o número de doentes, a forma como é preparado o fármaco, o armazenamento, a administração, entre muitos outros pontos necessários ao bom decorrer do estudo. Assisti também a uma “visita de qualificação” na qual um monitor reúne também com a/as farmacêutica/as de forma a dar informações sobre o estudo, mas também recolher informações sobre o centro de estudo, mais especificamente sobre o circuito do medicamento experimental nos SF. Depois das visitas de início tive a oportunidade de elaborar os procedimentos internos dos estudos em questão, onde consta a informação sobre o estudo.

Acho importante acrescentar que para este setor foi muito importante os conhecimentos que adquiri na cadeira de Farmacovigilância e Farmacoepidemiologia, lecionada no 5º ano do MICEF, onde foram abordadas várias definições e ideias acerca de ensaios e estudos clínicos.

### **Identificação dos medicamentos**

A Norma nº020/2010 da DGS de 30/12/2014 propõe que as instituições hospitalares, através das direções clínicas, das comissões da qualidade e segurança e de todos os profissionais de saúde, implementem práticas seguras no que respeita aos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, conhecidos na literatura

internacional por medicamentos LASA (*Look - Alike, Sound - Alike*). Nos SF do CHUP foram implementadas estratégias a nível do armazenamento dos medicamentos LASA nos armazéns de medicamentos. Nos rótulos, o método da inserção de letras maiúsculas no meio dos nomes dos medicamentos ortograficamente semelhantes, permite facilitar a sua identificação e desta forma evitar os erros na seleção e utilização do fármaco.

## **PONTOS FRACOS**

### **Curta duração do estágio**

A duração do estágio é, sem dúvida, um ponto fraco. Apesar de considerar que me proporcionou uma oportunidade de aprendizagem sem igual nesta área, penso que com uma maior duração conseguiria adquirir mais informação e mais prática em muitos dos setores,

### **Lacuna do Plano Curricular do MICF**

No 5º ano do MICF tive a oportunidade de ter uma unidade curricular designada “Farmácia Hospitalar”. Inicialmente estava muito entusiasmada pois era uma área que me suscitava bastante interesse. No entanto, tendo em conta o pouco tempo de contacto com esta vertente da nossa formação, e considerando que o programa da cadeira isolada não seria o mais adequado à realidade hospitalar, fiquei um pouco desiludida visto que, apesar de ter ficado com algumas ideias desta área, senti que foram muito vagas e abstratas. Este estágio curricular veio corroborar as ideias que tinha previamente. Como aluna do MICF gostava que fosse dada mais importância à “Farmácia Hospitalar” durante o curso de forma a percebermos realmente a elevada importância que os farmacêuticos e os respetivos serviços têm num Hospital.

### **Falta de recursos humanos**

Durante todo o meu estágio verifiquei que o ponto mais fraco a nível do CHUP é a falta de recursos humanos. Este é um centro hospitalar de grandes dimensões, dá assistência a um grande número de doentes, e por isso todos os serviços deveriam ter profissionais que permitissem satisfazer as necessidades. Isto não acontece nos SF, pois é um serviço que desempenha diversas funções, funções essas que deveriam ser divididas por um maior número de profissionais, nomeadamente de farmacêuticos. O setor onde mais se verifica esta fraqueza é na DIDDU. Todos os dias são imensas as prescrições que chagam a este setor, e mesmo assim na maioria do tempo apenas dispõe de um farmacêutico. Para colmatar esta falta de pessoal, está diariamente destacado um farmacêutico para cobrir as lacunas que possam surgir nos vários serviços, mais comumente na DIDDU e Ambulatório. Segundo os profissionais,

este setor deveria dispor de, no mínimo, quatro farmacêuticos para assim se conseguirem realizar as tarefas da melhor forma possível, permitindo que o tempo para validação seja o necessário para verificar e evitar erros por parte dos prescritores e assim assegurar a segurança e eficácia adequadas.

O ambulatório é outro dos departamentos em que também se verifica a falta de recursos humanos. Alguns dos dias foram prestados serviços a mais de duzentos doentes por parte de, no máximo quatro farmacêuticos. Muitos dos fármacos aqui cedidos apresentam características “especiais” que acentuam ainda mais a necessidade de uma toma rigorosa para que se evitem erros na administração. Estes erros podem ter uma enorme influência em termos da eficácia e segurança do tratamento, influenciando diretamente o prognóstico da doença. Este setor apresenta ainda uma agravante relativamente à DIDDU de prestar diariamente assistência a muitos doentes de forma direta. Ou seja, apesar de considerar que a falta de pessoal é mais acentuada na DIDDU, no ambulatório estas lacunas podem ser mais aparentes para os doentes. Um maior número de farmacêuticos permitiria que se garantisse essa atenção e melhor informação prestadas.

Por último, é importante referir também os ensaios clínicos como outro serviço em que o número de farmacêuticos é insuficiente para as funções desempenhadas, dispondo diariamente de, apenas, um farmacêutico por dia. Os ensaios clínicos estão em crescimento e é uma sobrecarga de trabalho quase impossível de assegurar. Por essa razão há limitação dos mesmos por falta de profissionais.

Este déficit de recursos humanos, faz com que os farmacêuticos dos SF estejam sobrecarregados e cansados, isto leva a uma menor eficiência no desempenho das funções e a uma desmotivação crescente.

### **Dificuldade na gestão dos recursos humanos**

Por muito que se estimem valores diários, é impossível prever quantos doentes vão dar entrada diariamente no Hospital. O mesmo se passa com os doentes no ambulatório, um dia pode ter uma afluência de mais de duzentos doentes e no seguinte podem apenas ser metade. Os doentes tratados no hospital de dia são monitorizados antes da administração dos fármacos e algumas vezes os parâmetros podem não estar conformes para que se possa realizar o tratamento, ou seja, por muito que se tenham previsto determinado número de doentes para um dia, esse número pode variar. Por todos os motivos antes referidos é difícil

a gestão eficiente dos recursos humanos, pois não se consegue prever onde serão mais ou menos precisos os trabalhadores.

### **Localização da farmácia de ambulatório e da UFO**

A farmácia de Ambulatório localiza-se nos SF, no Hospital de Santo António, no piso - I. Esta localização é inapropriada visto que os doentes saem da consulta externa, cuja espaço físico é o CICAP, fora do edifício principal do Hospital, e têm de se deslocar até à farmácia, ficando “fora de mão”. Por este motivo penso que a melhor localização de forma a facilitar o acesso aos doentes seria no CICAP.

A UFO localiza-se no piso I, dentro do hospital de dia, no edifício Dr. Luís de Carvalho. Esta localização é inapropriada pois os fármacos são rececionados no Armazém e têm de ser transportados até lá, passando pelo hospital de dia, local onde se encontram doentes debilitados, e onde, na minha opinião é incomoda a existência de confusão, e infelizmente esta é a única forma de aceder à UFO. Não é fisicamente conveniente e fica demasiado deslocada dos SF “gerais”.

### **Dimensões demasiado pequenas do serviço**

Como referi anteriormente, o Ambulatório é um local com necessidade de mais recursos humanos, porém nas condições atuais esse acréscimo de recursos não seria possível tendo em conta as dimensões deste espaço que são extremamente reduzidas. Existem 3 balcões e uma sala individual onde se pode encontrar um quarto farmacêutico, não havendo espaço para um quinto. Estas dimensões não permitem que se guarde o espaço de privacidade que os doentes deveriam usufruir, impossibilitando o sigilo das informações que os doentes transmitem e que lhe são transmitidas. Para além disso era importante que todos os medicamentos pertencentes a este setor se encontrassem no mesmo, mas por falta de espaço existe medicação armazenada no Armazém.

Além do Ambulatório, outros setores deveriam apresentar umas maiores dimensões, como a UFO, Armazém e Ensaio Clínicos.

A UFO também apresenta dimensões bastante reduzidas, que impossibilitam espaço para armazenamento de medicamentos, impossibilitam que estes estejam armazenados de uma forma mais organizada. Para além disso torna-se difícil a permanência nesta zona de mais de dois profissionais. Neste setor estão dois farmacêuticos, dois TSD (que ainda assim estão grande parte do dia no interior da câmara), auxiliares, e muitas vezes enfermeiros e médicos que se dirigem ao local para esclarecimento de dúvidas à cerca da medicação e do doente.

Como tal, este espaço torna-se muito apertado para a quantidade de pessoas e medicação necessária neste setor.

Tratando-se de um hospital com necessidades muito grandes, o espaço no Armazém para armazenamento deveria ser maior de forma a permitir que tudo se mantivesse organizado e de fácil acesso para os profissionais.

Por fim, quanto aos Ensaio Clínicos, tendo em conta a previsão de aumento dos estudos a serem levados a cabo e sabendo que cada estudo tem um ou mais dossiês, acaba por se acumular neste serviço uma imensidão de documentos. Como tal, o espaço para tal quantidade de documentos torna-se escasso, acabando por ser guardados no gabinete onde o Farmacêutico trabalha e onde se dão todas as reuniões. Uma maiores instalações seriam necessárias para proporcionar melhores condições de trabalho.

### **Falta de recursos monetários**

A grande parte dos pontos fracos descritos em cima devem-se à falta de recursos monetários. Os SF são um serviço do CHUP e está dependente da administração e gestão deste, ou seja, todas as limitações, seja de recursos humanos, de equipamento de espaços físicos melhores, não podem ser facilmente ultrapassados através dos SF, pois apenas é possível quando órgãos superiores aceitam propostas e disponibilizam os meios para que se resolvam as limitações do serviço.

## **OPORTUNIDADES**

### **Crescimento dos Ensaio Clínicos**

Quanto ao setor dos ensaios clínicos, é notório o seu crescimento nos últimos anos, e o esperado é que este crescimento seja contínuo. Felizmente o CHUP e mais concretamente os SF têm-se mantido a par deste crescimento com um número crescente de ensaios clínicos a ocorrerem nas suas instalações. As potencialidades dos ensaios clínicos são enormes não só para a instituição que os recebe como para os profissionais de saúde que com eles contactam. Isto porque permite o contacto com medicamentos em estudo e o acompanhamento próximo dos doentes que fazem a medicação. Tudo isto permite uma atualização constante relativamente aos objetos de estudo e conseqüentemente sobre o seu alvo terapêutico e toda a envolvimento da doença em causa.

Assim, e crescendo o número de ensaios clínicos a decorrer no CHUP, serão obrigatoriamente necessários mais recursos para os levar a cabo, o que significará uma

oportunidade de novos postos de trabalho e também um aumento do número de farmacêuticos a trabalhar nesta vertente.

Mais concretamente para mim constituiu uma forma de aprendizagem interessante porque me permitiu contactar com este mundo dos ensaios clínicos, que apesar de abordado nas aulas, não me tinha elucidado tolamente de como seria na prática, para além de ter conseguido contactar com novos medicamentos que de outra forma nunca teria tido oportunidade de conhecer.

### **Reconciliação da Terapêutica**

A reconciliação da terapêutica é um “processo de análise da medicação de um doente, sempre que nesta são feitas alterações com o objetivo de evitar discrepâncias (diferença entre a medicação habitual do doente e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados), nomeadamente omissões, duplicações, doses inadequadas promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação.”

A implementação da reconstituição da medicação é fundamental para garantir a segurança, evitando incidentes que resultam do mau uso dos medicamentos e uma gestão da medicação de forma sustentada. Esta gestão envolve a seleção dos medicamentos, aquisição, armazenamento, passando pela prescrição, validação, dispensa, preparação, administração e posterior monitorização. Com a análise dos passos pelos quais os fármacos passam concluiu que é de extrema urgência a formação de equipas multidisciplinares, com a integração de médicos, enfermeiros e farmacêuticos de forma a garantir que todo o acompanhamento do doente é feito da forma mais completa possível, tendo sempre como objetivo final a sua segurança e bem-estar. Com a formação destas equipas surge a oportunidade de mais contratações e da prática de farmácia clínica por parte do farmacêutico. Surge também a oportunidade para os doentes de um acompanhamento que integre todas as vertentes necessárias, acrescentando uma maior segurança no que diz respeito ao uso do medicamento com a presença de “profissionais do medicamento”. A implementação desta medida levaria a que no futuro os hospitais beneficiassem a nível económico e a nível de prestação de serviços, diminuindo os erros e aumentando a eficácia terapêutica. Usufruindo destes cuidados de saúde, a generalidade da sociedade apresentaria tratamentos mais favoráveis e uma melhor qualidade de vida<sup>6</sup>.



### **Localização e dimensão do Hospital**

O CHUP situa-se no centro da cidade do Porto, tendo então uma localização privilegiada. Além da localização e tendo em conta as fusões sofridas, o CHUP constitui um grande centro, quer em termos de dimensões quer em termos do número de utentes que serve. Estes fatores juntamente com o facto de o centro hospitalar prestar ainda serviços a hospitais periféricos faz com que o trabalho de um farmacêutico nos SF do CHUP seja quase uma garantia de contacto com as mais variadas doenças e casos clínicos devido ao elevado espetros de doentes e serviços prestados. Um exemplo ilustrativo da concentração de atividades que ocorreram nos SF após a formação do centro hospitalar é o da preparação das bolsas de nutrição parentérica, que na sua maioria são para uso neonatal e pediátrico desde que houve a fusão da maternidade Júlio Dinis com o CMIN.

### **Contacto com a medicação de uso exclusivo hospitalar**

O estágio em Farmácia Hospitalar deu-me a oportunidade de contactar com medicação que não existe em farmácia comunitária, ou seja, medicação de dispensa exclusiva hospitalar. São exemplos os medicamentos biológicos, como anticorpos monoclonais, os antirretrovirais, fármacos para o tratamento de fibrose quística, esclerose múltipla, insuficiências renais, hepatite, fármacos anti tumorais, imunossuppressores, entre outros. Este contacto mostrou ser uma mais valia para complementar conhecimentos sobre os fármacos e respetivas patologias com os previamente adquiridos em unidades curriculares lecionadas durante o curso, como biotecnologia, virologia, farmacologia entre outras.

Relativamente a muitos doentes a quem são prestados estes serviços, o seu tratamento apresenta a maioria das vezes custos muito elevados. Por falta de informação, irresponsabilidade ou qualquer outro motivo esses doentes podem estar a usar de forma incorreta e a desperdiçar medicação. Assim, as medidas de controlo da correta toma dos fármacos, a elucidação dos doentes relativamente a todas as informações relacionadas com o medicamento, assim como a própria consciencialização relativa ao valor da terapêutica que estão a fazer é importante.

### **Realização de estágios numa área que não apenas farmácia comunitária**

Os farmacêuticos podem desempenhar diversas atividades no ramo da saúde, são profissionais multifacetados, e por isso não estão focalizados apenas para a farmácia comunitária. Por este motivo, a oferta dada pela FFUC para a realização de estágios em várias vertentes, como Farmácia Hospitalar, que no meu caso foi a que me suscitou maior interesse, indústria, assuntos regulamentares do medicamento, análises clínicas e investigação, é uma

oportunidade para a aquisição de nova informação, enriquecimento profissional e conhecimento de outras áreas do mercado.

### **Contacto com o Hospital de Dia**

Durante o estágio na UFO tive a oportunidade de contactar com a realidade do Hospital de Dia, pois como referido anteriormente a farmácia oncológica localiza-se no mesmo. Este fator permitiu-me observar a dura realidade de muitos doentes e das suas famílias. A maioria dos doentes de forma periódica desloca-se para realizar os tratamentos, que na sua maioria são intensivos. Na minha opinião esta experiência demonstrou-me, em pequena escala, o que várias pessoas vivem diariamente, o quão debilitantes fisicamente e psicologicamente são certas doenças, nomeadamente os cancros, mas acima de tudo esta vivência deu-me a oportunidade de perceber mais uma vez, a importância dos profissionais de saúde e o quanto estes e as suas atividades podem melhorar circunstancialmente a vida dos doentes.

## **AMEAÇAS**

### **Falta de recursos Humanos**

Como já referido, a falta de recursos humanos é notória nos SF, o que representa, na minha opinião, uma ameaça no que concerne ao bom funcionamento dos serviços. Assim, um trabalho com este nível de exigência requer tempo, tempo esse que só existiria com um aumento de mão de obra qualificada. Não existindo profissionais suficientes a sobrecarga de trabalho é demasiado elevada, podendo levar, ainda que involuntariamente, ao aparecimento de erros que podem interferir na correta monitorização e cuidados dos doentes.

### **Legislação**

Tal como é expectável, a legislação em vigor está sujeita a constantes modificações sempre que haja novos dados e novos conhecimentos que assim o justifiquem. É um procedimento essencial para o desenvolvimento das mais vastas áreas da saúde, e não só. No entanto, estas alterações exigem uma constante atualização e adaptação imediata dos SF às novas diretivas, não sendo muitas vezes alicerçadas como deveriam para satisfazer os prazos, podendo representar uma ameaça no que diz respeito ao seu normal funcionamento.

### **Greves**

Apesar de raras por parte dos farmacêuticos, as greves são uma constante em vários serviços dos hospitais. No decorrer do estágio presenciei a greves por parte dos TDS,

auxiliares, enfermeiros, médicos e também dos farmacêuticos. Mesmo garantindo sempre os serviços mínimos, a existência de anomalias e falhas nos serviços é difícil de evitar, levando a uma possível lacuna na segurança e bem-estar dos doentes.

### **Necessidade constante de presença de um TDT**

Nos SF do CHUP, o número de TDT é semelhante ao número de farmacêuticos. Estão presentes na maioria dos setores dos serviços e demonstram cada vez mais aptidões para tal, desempenhando funções que antes eram exclusivas dos farmacêuticos. Posto isto, e numa vertente farmacêutica cujo acesso já é difícil, com a concorrência aumentada por parte dos TDT, a probabilidade de contratação de profissionais farmacêuticos diminuem ainda mais.

### **Falta de recursos monetários**

Além de um ponto fraco dos SF, a falta de recursos monetários representa uma ameaça. A melhoria de equipamentos, como a câmara de citostáticos, a contratação de pessoal, a melhoria dos espaços físicos dos setores são tudo necessidades dos SF que poderiam ser ultrapassadas com recursos monetários, no entanto, todos sabemos que eles são escassos. Um exemplo relevante é o mau funcionamento de uma câmara de citostáticos que representa um risco na segurança dos profissionais e de todos os envolvidos, constituindo um caso de necessidade absoluta de investimento.

### **Grande envolvimento financeiro**

A área farmacêutica envolve um grande valor económico, e tem um grande impacto financeiro. Para isto muito contribui a necessidade de investigação e inovação contínuas e os novos fármacos, nomeadamente biológicos, que são muito caros. Por esses motivos existe interesse nesta área por parte de várias classes profissionais, podendo constituir assim uma ameaça para os Farmacêuticos. Sendo assim é fulcral que esta profissão, especificamente na Farmácia Hospitalar demonstre todas as valências que permitam a distinção, ou seja desempenhar todas as funções com a maior entrega, profissionalismo e responsabilidade, aplicando todos os conhecimentos que só os Farmacêuticos têm, para que assim o Farmacêutico não perca a importância e continue a ser imprescindível na saúde e bem estar dos doente e da sociedade em geral.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Findo o tempo de estágio no CHUP, chego à conclusão de que apesar de curto para tanta informação inerente ao trabalho nos serviços farmacêuticos, foi tempo suficiente para perceber quão importante é o trabalho dos farmacêuticos nesta vertente e como a garantia

do acesso aos tratamentos por parte dos doentes e respetiva monitorização com qualidade e segurança devidas são pontos essenciais para o funcionamento de qualquer unidade hospitalar. Para que seja possível um tratamento otimizado para os utentes do hospital, é necessária organização e eficiência na multiplicidade de tarefas que ocorrem diariamente nos SF, ainda mais quando a falta de pessoal é notória em vários departamentos. Considero que este é um dos maiores problemas a que os SF no CHUP estão sujeitos, e que pode afetar seriamente o seu bom funcionamento. Apesar desta lacuna, os farmacêuticos do CHUP tentam desempenhar da melhor forma as tarefas que lhes estão destinadas, com uma boa organização e sentido de grupo.

Sendo o estágio um dos momentos mais importantes do percurso académico avalio de uma forma positiva a experiência em Farmácia Hospitalar, tendo agora uma maior certeza que no MICF deveria constar de uma forma mais aprofundada, não só uma vertente teórica da unidade de Farmácia Hospitalar como também uma vertente prática. Os SF do CHUP enriqueceram-me a vários níveis e complementaram fortemente o meu percurso académico, oferecendo-me conhecimentos e competências para o futuro profissional.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Decreto-Lei n.º 44, 204, de 2 de fevereiro - Artigo1º.** Regulamento geral da Farmácia hospitalar. Infarmed, 1962. [Acedido a 2 de fevereiro de 2019]. Disponível na internet: [https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/decreto\\_lei\\_44204-1962.pdf](https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/decreto_lei_44204-1962.pdf)
2. **Decreto-Lei n.º 44, 204, de 2 de fevereiro – Artigo2º.** Regulamento geral da Farmácia hospitalar. Infarmed, 1962. [Acedido a 2 de fevereiro de 2019]. Disponível na internet: [https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/decreto\\_lei\\_44204-1962.pdf](https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/decreto_lei_44204-1962.pdf)
3. **Relatório e contas anual do CHUP.** SNS – CHUP, 2017. [Acedido a 20 de janeiro de 2019]. Disponível na internet: [https://www.chporto.pt/pdf/princ\\_bom\\_gov/Relatorio\\_e\\_Contas\\_2017.pdf](https://www.chporto.pt/pdf/princ_bom_gov/Relatorio_e_Contas_2017.pdf)
4. **EN NP ISO 9002-2015.** Sistemas de Gestão da Qualidade. *Instituto Português da Qualidade*, 2015. [Acedido a: 15 de fevereiro de 2019]. Disponível na internet: <http://www.lipq.pt/PT/site/clientes/pages/documentViewer.aspx?ctx=&local=Internet&documentId=IPQINTER-380-156960&tipoSubscricao=I>
5. **Norma nº 018/2016 de 30 de dezembro.** Reconciliação da medicação, *Direção-Geral da Saúde (DGS)*, 2016. [Acedido a: 23 de fevereiro]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016-pdf.aspx>

## **CAPÍTULO III**

### **RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA NA FARMÁCIA MODERNA**

## **ABREVIATURAS**

DCI- Denominação comum internacional

MICF- Mestrado integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM- Medicamentos não sujeitos a receita médica

MSRM- Medicamentos sujeitos a receita médica

PVP- Preço de venda ao Público

## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade de Estágio Curricular, integrado no plano de estudos do 2º semestre do 5º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. O estágio é um elemento académico de elevada importância, o que se deve a inúmeros fatores. Em primeiro permite que se consolidem e apliquem os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, para além disso dá-nos uma visão de alguns aspetos que a teoria, por si só, não nos permite ter, e por fim, oferece-nos a oportunidade de contactar com as tarefas profissionais diárias de forma a permitir a integração na atividade farmacêutica em Farmácia Comunitária.

“A Farmácia Comunitária é a face mais visível da profissão. É o primeiro local em que os portugueses recorrem em questões de saúde. É por isso um setor com uma importância estratégica no sistema de saúde, com integração e articulação na rede de cuidados de saúde primários; são unidades de saúde modernas que sempre apostaram na inovação e pessoal qualificado. Os utentes reconhecem proximidade, disponibilidade, confiança e, acima de tudo, dedicação e competência profissional, numa relação secular, que muito valoriza o papel que o farmacêutico comunitário hoje assume na nossa sociedade.”<sup>1</sup>

Neste relatório constam as vivências no estágio efetuado na farmácia Moderna de Castro Daire, distrito de Viseu, do grupo BRfarma que decorreu de 4 de março a 4 de julho de 2019, sob orientação da Dra Ana Xavier, diretora técnica da mesma. Este relatório serve para descrever e relatar os conhecimentos adquiridos e a experiência vivida ao longo do estágio em forma de análise SWOT, do inglês *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças).



## FARMÁCIA MODERNA

A farmácia moderna encontra-se situada na vila de Castro Daire e presta serviço à população de todo o concelho. Tem como objetivo não só fazer a cedência de medicamentos para a população em geral, assim como várias instituições de apoio ao idoso, mas também realizar um seguimento e aconselhamento que abranja todas as faixas etárias, de forma a contribuir para uma melhoria nos cuidados primários e na saúde pública no concelho. Por este motivo é considerada cada vez mais uma farmácia “familiar”, de várias gerações, com um grande número de clientes fidelizados. É composta por 5 profissionais, duas farmacêuticas, dois técnicos de farmácia e uma técnica auxiliar de farmácia, que em conjunto desenvolvem com toda a competência os serviços ali prestados. A Farmácia Moderna está integrada no grupo BRfarma, grupo que é constituído essencialmente por farmácias localizadas no interior do país, Farmácia Misericórdia e Farmácia Gastão Fonseca, também localizadas em Castro Daire, a Farmácias Grão Vasco localizada na cidade de Viseu e a Farmácia Coelho localizada em Seia.

## ANÁLISE SWOT

Tabela 7 - Análise SWOT farmácia comunitária

<b>Pontos Fortes</b>	<b>Pontos Fracos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipa técnica da farmácia e integração na mesma</li><li>• Organização da farmácia</li><li>• Serviços prestados pela farmácia</li><li>• Localização da farmácia</li><li>• Winphar</li><li>• Profissionais experientes</li><li>• Cedência controlada de estupefacientes e psicotrópicos</li><li>• Dermocosmética</li><li>• Distribuidores por grosso</li><li>• Grupo Brfarma</li><li>• Inovação na promoção do bem-estar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificuldade em associar nomes comerciais à nomenclatura DCI</li><li>• Receitas manuais</li><li>• Dimensões da farmácia</li><li>• Lacunas no MICEF</li><li>• Falta de confiança dos utentes nos estagiários</li><li>• Insegurança dos estagiários</li></ul>
<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Integração e consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo do curso</li><li>• Formação contínua</li><li>• Rotação nas várias farmácias do grupo</li><li>• Uteses fidelizados</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Parafarmácias e outros locais de venda de MNSRM</li><li>• Mudanças de preços dos medicamentos</li><li>• Falta de medicamentos</li><li>• Requisição indevida de MSRM</li><li>• Profissionais de saúde das farmácias comunitárias</li></ul>

## **PONTOS FORTES**

### **Equipa técnica da farmácia e integração na mesma**

A equipa técnica da farmácia Moderna é caracterizada pela boa disposição no trabalho e pelo cuidado e afabilidade na receção aos estagiários, aspeto que se fez sentir a partir do primeiro dia, e que muito contribuiu para que o ambiente durante o estágio fosse perfeito para a minha aprendizagem. A cultura de não penalização do erro, mas de aprender com o mesmo, a cultura de entreajuda que existe entre todos eles no seu dia a dia é também continuado para com os estagiários, o que facilita o à-vontade para perguntar, tirar dúvidas e procurar ajuda em qualquer situação.

### **Organização da farmácia**

O início do estágio caracterizou-se pela receção de encomendas, dar entrada das mesmas e arrumar devidamente os medicamentos e/ou outros produtos, tarefa que foi facilitada pelo facto da farmácia Moderna estar organizada de uma forma simples e intuitiva. A farmácia dispõe de um espaço que funciona como armazém para os produtos excedentes no que diz respeito a dermocosmética, produtos de uso dentário e higiene bucal, fraldas e outros acessórios de bebé, em suma, todos os produtos vendidos na farmácia que não sejam medicamentos. Este armazém permitiu aumentar a organização na cave da farmácia, passando a ser arrumados neste local apenas medicamentos e alguns dispositivos médicos. O armazenamento dos medicamentos é separado entre MSRM e MNSRM. Dentro dos MSRM há separação entre genéricos, encontrando-se estes por ordem alfabética, e medicamentos de marca, que igualmente são armazenados por ordem alfabética. Para além desta distinção ainda é feita a separação tendo em conta a forma farmacêutica: comprimidos, soluções orais, injetáveis, pomadas, pós e granulados, uso retal, uso vaginal, transdérmicos. Na cave estas formas farmacêuticas estão dispostas na mesma ordem das gavetas do *back-office*, para que assim a procura seja rápida e eficiente quando necessário repor *stocks*, poupando tempo aos profissionais da farmácia. No espaço de atendimento os medicamentos de venda livre e outros produtos encontram-se armazenados por categorias também, facilitando o seu acesso. A organização descrita permite uma gestão mais eficiente do tempo e dos *stocks*. A receção e organização dos medicamentos foi crucial para a familiarização com estes, os seus nomes, princípios ativos e também com os restantes produtos disponíveis na farmácia.

### **Serviços prestados pela farmácia**

Tal como referido acima, a farmácia comunitária apresenta uma multiplicidade de serviços que oferece à comunidade, desde cedência controlada de medicação, aconselhamento personalizado e adequado à situação clínica inerente, monitorização de parâmetros biológicos, entre outros. Na farmácia Moderna, todos estes serviços são prestados diariamente a um número considerável de doentes, permitindo-me contactar regularmente com todas estas vertentes tão importantes para o enriquecimento profissional de qualquer estagiário. Para além de todos estes aspetos fundamentais de ação comunitária de uma farmácia, na Farmácia Moderna pude ainda acompanhar outra vertente que está inerente à nossa profissão, que é o apoio social. Estando inserida no contexto de um concelho localizado no interior do país, onde a desertificação se faz notar cada vez mais, é frequente na população idosa as situações de solidão. Assim, esta farmácia acaba por ter um papel de acompanhamento social fulcral para a população em geral, mas principalmente para indivíduos mais fragilizados, apenas conseguido pelo esforço diário dos profissionais em garantir o conforto e acessibilidade dos utentes.

### **Localização da farmácia**

A farmácia Moderna, como já referido anteriormente, localiza-se no centro da vila de Castro Daire. Como tal, tem a vantagem de ter a maioria do comércio e serviços a curta distância desta. Assim, com esta grande afluência, foi-me possível realizar muitos atendimentos diariamente e desta forma contactar com inúmeros casos diferentes.

### **Winphar**

O *Winphar* é um dos programas utilizados nas farmácias comunitárias no nosso país. Este programa é o utilizado na farmácia Moderna e tem como características a simplicidade e praticidade, facilitando a rápida aprendizagem e adaptação para os estagiários nas várias vertentes, desde a receção de encomendas até à cedência de medicamentos pelo receituário.

### **Profissionais experientes**

Apesar de ser impossível o acompanhamento a tempo integral dos estagiários, é-nos transmitida ao longo do estágio uma grande quantidade de conhecimentos, permitindo uma melhoria exponencial na preparação para a prática futura. Isto só é possível pelo facto de maior parte da equipa profissional apresentar uma vasta experiência em farmácia comunitária. Este desenvolvimento é extremamente importante visto que no MICE a preparação para a indicação farmacêutica e para a farmácia clínica é insuficiente para a independência e confiança aquando o aconselhamento. Nos vários casos clínicos que me foram expostos a ajuda e esclarecimento da orientadora de estágio, a Dra. Ana, foi essencial para a aplicação presente

e para casos futuros nas variadas questões clínicas, permitindo assim uma evolução na maturidade profissional.

### **Cedência controlada de estupefacientes e psicotrópicos**

A cedência de medicamentos que contêm substâncias ativas classificadas como estupefacientes e psicotrópicos<sup>2</sup> têm uma responsabilidade acrescida e necessita de um maior controlo e cuidado. Estes medicamentos só podem ser cedidos obrigatoriamente com receita eletrónica, sendo impossível a venda suspensa para futura regularização. Para além disso, quando prescrito e fornecido um medicamento deste tipo, o profissional terá de registar informaticamente a informação do doente ou seu representante, que terá obrigatoriamente de ter idade superior a dezoito anos, identificação da prescrição, identificação da farmácia, dose e quantidade dispensada e data da dispensa.

### **Dermocosmética**

A dermocosmética é uma área muito importante em farmácia comunitária que contribui não só para a melhoria estética, mas também, sendo de especial importância, para uma melhoria substancial na saúde da pele, que é o maior órgão do corpo humano. Estas melhorias acabam por se refletir numa melhor saúde geral tendo em conta que a pele está em interação com vários outros sistemas e que a saúde tem de ser vista sempre como um todo. Dentro desta área destacam-se os cuidados de pele no geral, desde a promoção da hidratação e do uso diário de proteção solar, tratamento de várias patologias da pele, muitas vezes com atingimento sistémico, atuando assim na prevenção primária, secundária e terciária da saúde dermatológica. Na Farmácia Moderna é dada muita importância e há bastantes vendas nesta área de atuação da farmácia comunitária. Pela frequência de contacto com a área e pela grande quantidade de conhecimentos da Dra. Ana sobre este assunto, senti uma evolução muito grande a este respeito, tendo agora maior aptidão para interpretar a situação clínica (contactei com casos de acne, dermatites, desidratação, pele seca e desnutrida, alterações da pigmentação, etc.) e indicar o melhor tratamento adequando-o ao tipo e estado da pele em questão.

### **Distribuidores por grosso**

Os distribuidores diários da Farmácia Moderna são maioritariamente a OCP e a Empifarma, que realizam as entregas no início da manhã e no início da tarde (a OCP ainda ao fim da tarde). Este período de entregas alargado garante que, caso haja um medicamento indisponível num determinado momento, o utente consiga ter acesso a ele muito rapidamente.

## **Grupo Brfarma**

Como já referido, a Farmácia Moderna pertence a um grupo de farmácias, o grupo Brfarma, o que é muito vantajoso na gestão de *stocks*, visto que o acesso aos produtos, no caso de esgotar numa das farmácias é muito facilitado, ao poderem ser mobilizados diretamente das outras farmácias do grupo, tendo em conta a distância reduzida entre a maioria das farmácias do mesmo.

## **Inovação na promoção do bem-estar**

A promoção do bem-estar e a criatividade na promoção de diversas atividades são dois componentes que caracterizam a farmácia Moderna e que é impulsionado também para outras farmácias do grupo, como a farmácia Grão Vasco. Foram imensas as iniciativas realizadas durante o tempo de estágio, desde atividades dedicadas ao dia do pai, dia da mulher, dia da criança a outras como a realização de mini-faciais e aconselhamento prático de maquilhagem, a ida à escola primária dar uma pequena formação sobre proteção solar e pediculose, a referência ao mês do coração e o incentivo ao uso de proteção. Achei excelente a forma de atuação da farmácia Moderna em várias vertentes, como as descritas acima. Desta forma é garantida a relação mais próxima, do profissional de saúde e dos utentes assegurando um acompanhamento próximo e contínuo que acaba por levar a uma maior preocupação com a saúde por parte dos utentes e uma maior facilidade para os profissionais de incentivo da procura de uma vida mais saudável, com especial cuidado em começar mesmo pelas crianças, inculcando-lhes vários hábitos que serão essenciais para a sua saúde e bem-estar.

## **PONTOS FRACOS**

### **Dificuldade em associar nomes comerciais a nomenclatura DCI**

A associação de nomes comerciais à nomenclatura DCI constituiu ao longo do meu estágio uma das maiores dificuldades, principalmente na fase inicial de atendimento. Na sua maioria, os utentes referem-se aos fármacos pelos seus nomes comerciais e, por consequência, todos estes pedidos, questões ou dúvidas levantadas eram realizadas com referência ao nome comercial, podendo haver a agravante destes não pronunciarem corretamente o seu nome. Como tal, para um estagiário ainda não habituado à associação entre o princípio ativo e nome comercial, acabava por resultar em algum constrangimento e dificuldade de resposta. Era necessária nestes casos recorrer a uma pesquisa rápida do princípio ativo para que a insegurança e o nervosismo não passassem para o utente. Não obstante, com o decorrer do estágio esta dificuldade foi sendo ultrapassada graças ao apoio

da equipa técnica da farmácia e à experiência adquirida durante os atendimentos e à familiarização com os medicamentos durante as atividades de receção de encomendas e armazenamento.

### **Receitas Manuais**

As receitas manuais constituem um ponto fraco não individualizado para a Farmácia Moderna, mas para a globalidade das farmácias do país. Estas condicionam um risco de erro bastante maior do que as receitas eletrónicas, visto que, ao ser escrito à mão, dificulta a leitura e interpretação no nome do medicamento, dosagem, posologia, etc. Tudo isto gera maior facilidade em erros quer por parte do prescriptor quer por parte dos farmacêuticos aquando da cedência dos medicamentos. Para além disto está sujeita a mais burocracias, acabando por consumir bastante tempo por parte dos farmacêuticos.

### **Dimensões da farmácia**

A Farmácia Moderna tem uma variedade muito grande de produtos em *stock* para venda, desde os medicamentos, produtos de dermocosmética, de conforto ortopédico, etc. Sendo uma farmácia que presta serviços a um número muito grande de utentes, necessita de ter uma grande quantidade de produtos armazenada. Como tal, seria necessária uma quantidade de espaço adequado para armazenamento, apesar da melhoria referida acima.

### **Lacunas no MICF**

No MICF, apesar de haver uma cadeira de dermocosmética, considero que o programa e a abordagem não são as mais adequadas para a aplicação prática na atividade profissional, e é quando surgem determinados casos clínicos durante o estágio que nos apercebemos que os conhecimentos que nos foram transmitidos não são suficientes nem apropriadamente aplicados à realidade para abordarmos adequadamente estas situações e fazer um aconselhamento devido.

Outra lacuna do programa do MICF que fui notando ao longo do estágio foi na área da veterinária. Os produtos veterinários são frequentemente dispensados nas farmácias comunitárias, principalmente no caso da Farmácia Moderna que se situa numa vila com muitas aldeias à volta, nas quais o trabalho rural tem uma preponderância grande, assim como a pecuária e a pastorícia. Estes fatores fazem com que o conhecimento sobre este tipo de produtos seja alargado e necessário de colocar em prática frequentemente. Assim, fui sentindo ao longo do estágio, que o conhecimento que o curso dá relativamente a este tema é

insuficiente para que um estagiário se sinta minimamente à-vontade para atuar e aconselhar perante casos desta índole.

### **Falta de confiança dos utentes nos estagiários**

Em variadas situações ao longo do estágio, presenciei alguma falta de confiança dos utentes nos estagiários, sendo que era comum mencionarem que preferiam ser atendidos por um dos profissionais mais experientes. Apesar de totalmente legítimo, este fator dificulta a aprendizagem e não permite uma abrangência de casos tão grande para o estagiário contactar.

### **Insegurança dos estagiários**

Apesar do MICF dar oportunidade de fazer estágios de verão, este estágio é o único em que cada aluno pode realmente atuar de forma quase autónoma, ou seja, constitui o primeiro contacto para a maioria de nós com a atividade profissional real. Assim, é notória alguma falta de confiança e até dificuldade aquando do contacto com os utentes, tendo em conta que todo o processo de atendimento, aconselhamento, tem de ser realizado de forma célere e correta, deixando os estagiários numa posição mais complicada para quem pouca prática teve. Assim, seria importante que no MICF houvesse uma maior componente prática de atendimento.

## **OPORTUNIDADES**

### **Integração e consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo do curso**

Tal como previamente referido, o estágio curricular dá-nos a oportunidade de pôr em todo o conhecimento e abordagem multidisciplinar que é feita durante o MICF. É neste primeiro contacto com a atividade profissional que nos apercebemos da importância das matérias lecionadas, do quão necessários são os conhecimentos que nos são transmitidos durante o curso.

### **Formação contínua**

Para além da integração dos conhecimentos adquiridos no MICF, o estágio proporciona uma formação contínua através de várias vertentes. Primeiro pela partilha de casos, de conhecimentos, de experiências das mais variadas situações que surgem no atendimento. Quando iniciei o atendimento foram surgindo variadas situações às quais não sabia dar resposta, a ajuda dos profissionais da farmácia nesses casos permitiu que adquirisse competências que até então não tinha. Isto aconteceu consecutivamente, permitindo uma aprendizagem dia após dia. Para além disso tive a oportunidade de assistir a várias formações

de dermocosmética e também uma formação sobre pré e probióticos. As formações permitem um conhecimento pormenorizado dos vários produtos, das suas características e dos benefícios para quem os usa ou toma.

### **Rotação nas várias farmácias do grupo**

Desde cedo que na farmácia Moderna me deram confiança e liberdade para desempenhar as tarefas exigidas de forma autónoma. Durante alguns dias de estágio, quando necessário, foi-me pedido que ajudasse os profissionais de outras farmácias do Grupo Brfarma (farmácia Misericórdia, Gastão Fonseca e Grão Vasco). Esta solicitação revelou ser uma oportunidade de crescimento importante, o que se deveu a vários fatores: as diferentes instalações, formas de trabalhar, organização das farmácias, diferenças na população afluente, enfim, diversos fatores que me proporcionaram realidades de trabalho distintas e que me permitiram alargar o espectro das mais variadas abordagens nas farmácias comunitárias.

### **Utentes fidelizados**

A farmácia Moderna dispõe atualmente de uma enorme lista de utentes fidelizados, constituindo assim uma oportunidade de seguimento e acompanhamento contínuo dos doentes. Isto apresenta uma elevada importância, com especial ênfase nas doenças crónicas, visto que desta forma é possibilitada uma monitorização eficaz, tendo em conta que os profissionais já conhecem a sua história e evolução clínica permitindo maior eficiência na promoção da adesão e do bom uso das terapêuticas.

## **AMEAÇAS**

### **Parafarmácias e outros locais de venda de MNSRM**

As parafarmácias, assim como outros estabelecimentos, que incluem certos hipermercados, estão habilitados em Portugal a vender MNSRM. Isto é uma ameaça muito importante à saúde da população, porque apesar de não necessitarem de receita médica, estes fármacos podem ter efeitos prejudiciais quando ingeridos na indicação ou posologia inadequadas. Mesmo que tomados com a posologia adequada, podem ter efeitos danosos para a saúde, visto que qualquer MNSRM pode facilmente interagir com outros fármacos que o utente tome ou interferir e agravar patologias de base que este possa ter. Assim, é muito importante refletir sobre este tema tendo em conta que qualquer medicamento deve ser cedido por um profissional com conhecimento dos seus efeitos terapêuticos, efeitos secundários, e que consiga integrar estes medicamentos na individualidade de cada utente.



### **Mudanças de preço dos medicamentos**

Os PVP dos medicamentos nas farmácias comunitárias são definidos por uma entidade reguladora, o Infarmed. Estas alterações que são bem conhecidas dos farmacêuticos, que conhecem todo este processo, não são assim tão bem conhecidas e aceites pelos utentes em geral. Estes consideram muitas vezes que as alterações dos preços são promovidas pela farmácia para benefício próprio e acaba por ser difícil contextualizar a situação e explicar a razão correta. Este problema pode constituir uma ameaça à credibilidade da farmácia e dos farmacêuticos e dificultar a relação com os utentes.

### **Falta de medicamentos**

A falta de medicamentos começa a ser algo rotineiro no dia a dia das farmácias comunitárias. Isto representa uma grande ameaça para a saúde dos utentes, que podem não conseguir atempadamente a medicação necessária, sendo longos os períodos de espera para os conseguir. Como tal, muitos doentes veem-se obrigados a recorrer aos seus médicos para mudar a medicação, ajustar doses ou posologia ou alterar mesmo outros fármacos devido às interações. Para além disso, esta falta de medicamentos é muitas vezes interpretada pelos utentes como uma medida tomada pela farmácia para vender mais outros medicamentos com o mesmo objetivo terapêutico, o que pode contribuir para os mesmos efeitos referidos acima.

### **Requisição indevida de MSRM**

A requisição de MSRM sem a respetiva receita é uma realidade diária na atividade dos farmacêuticos em farmácia comunitária. As razões são várias e no caso da medicação crónica e em que há alguma urgência em obter os medicamentos, a farmácia facilita o levantamento dos medicamentos fazendo uma venda suspensa para entrega posterior da receita. O problema é que muitas vezes os utentes querem o mesmo tipo de abordagem para outros fármacos, como por exemplo, os antibióticos. Nestes casos, como estamos a falar de uma cedência que depende de avaliação prévia por um médico, é necessário rejeitar estes pedidos, o que nem sempre é compreendido. O que ocorre em variadas ocasiões é que os utentes recorrem a outras farmácias e acabam por conseguir os medicamentos sem receita acabando por colocar a nossa profissão em causa e principalmente a saúde individual e global da população, contribuindo para alguns problemas com que nos deparamos atualmente, como a resistência aos antibióticos e a utilização banal e incorreta de vários outros medicamentos.

## **Profissionais de saúde das farmácias comunitárias**

Em seguimento ao ponto descrito anteriormente, considero uma ameaça a falta de conhecimento por parte de alguns profissionais que trabalham nas farmácias comunitárias. Desde há vários anos que está implementada como prática comum em todo o país o exercício da profissão do farmacêutico por profissionais que não são tão qualificados para realizar uma atividade que interfere diretamente com a saúde da população. Estes profissionais foram ao longo do tempo adquirindo conhecimento dos seus antecessores assim como do empirismo, tratando na maioria dos casos os doentes de forma adequada às suas necessidades, mas sem ter em conta outros fatores como os riscos de uso de determinados fármacos ou os efeitos secundários destes. Assim, no exercício desta profissão, é necessário ter conhecimentos muito vastos no que diz respeito a efeitos do uso de determinados fármacos a longo prazo, contraindicações, interações, efeitos secundários, etc. A abordagem holística do doente só é possível com vários anos de estudo e com um ensino adequado, algo que estes profissionais não tiveram oportunidade de ter. Como tal, é necessária a profissionalização de todo o staff das farmácias comunitárias, para que estas consigam fornecer os melhores serviços para a saúde dos cidadãos, com uma prática baseada nos princípios básicos das ciências farmacêuticas e na evidência científica mais atualizada.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estágio em farmácia comunitária é dos elementos mais importantes da formação de um farmacêutico pois representa o contacto mais direto com todas as atividades desempenhadas na farmácia comunitária. Deste estágio retiro algumas conclusões que certamente vão estar presentes na minha vida profissional futura, entre elas: a grande importância e valor que o farmacêutico comunitário tem na saúde da população, que a proximidade é das características que permite uma maior procura e confiança por parte dos doentes, e que garante, desta forma, o auxílio dos mesmos em todas as vertentes da sua saúde e no correto uso dos medicamentos. Este tópico adquire especial importância, tendo em conta que a falta de adesão à terapêutica é notória em grande parte da população, e por isso os farmacêuticos podem distinguir-se de outros profissionais de saúde da área dos medicamentos no incentivo à adesão à terapêutica, garantido que toda a informação é corretamente transmitida ao doente de forma a que os benefícios e a necessidade da medicação se sobreponham aos custos desta e esquecimento da toma. Pelo referido percebe-se a grande responsabilidade desta profissão, essencialmente na garantia da eficiência, eficácia e segurança

das terapêuticas tendo sempre como objetivo final a saúde e qualidade de vida de cada doente, contribuindo assim para a melhoria da saúde em geral, constituindo desta forma um trabalho de caráter comunitário de extrema importância.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Farmácia Comunitária.** Ordem dos Farmacêuticos. [Acedido a: 1 de maio de 2019]. Disponível na internet: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/>
2. **Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro.** Estupefacientes. *Diário da República eletrónico*, 1993. [Acedido a 4 de maio de 2019]. Disponível na internet: <https://dre.pt/application/conteudo/585178>