



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Descongestionantes Nasais - Perfil de utilização, efeitos adversos e interações medicamentosas

Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária e Investigação

Ana Rita Ferreira Santos

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

Orientador: Prof. Doutor Samuel Martins Silvestre
Coorientador: Mestre Cristina Sofia de Jesus Monteiro

Covilhã, junho de 2014

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.
(Marthin Luther King)

Dedicatória

Aos meus pais com profunda gratidão, pelo suporte e apoio incondicional neste percurso, por tornarem possível a realização dos meus sonhos, por me ajudarem a superar todos os obstáculos, por todos valores e princípios transmitidos que fazem de mim a pessoa que sou hoje e por dedicarem a sua vida em prol de mim e do meu bem-estar. Sem vocês a concretização deste sonho não seria possível.

Agradecimentos

A realização desta dissertação não seria possível sem o precioso contributo de vários intervenientes os quais gostaria de deixar um especial agradecimento:

Ao orientador Professor Doutor Samuel Martins Silvestre, expresso a minha gratidão por todo o apoio, paciência, incentivo e conhecimentos transmitidos.

À coorientadora Dra Cristina Sofia de Jesus Monteiro, o meu sincero agradecimento pelo contributo neste projeto.

Ao Eng^o Filipe Costa, pelo fundamental auxílio na componente de estatística, por toda a disponibilidade, amizade, conselhos e conhecimentos transmitidos.

A todos os que contribuíram de forma positiva para a realização desta investigação desde os farmacêuticos que se disponibilizaram a colaborar na realização dos inquéritos e a todos os voluntários que se prontificaram a integrar este estudo.

Ao Dr Carlos Tavares, e toda a restante equipa da farmácia São Cosme (Dra Ana Dulce Aleixo, Dra Marina Nogueira, Dra Alexandrina Tavares, D^a Ilda Dias e Sr António Querido), expresso a minha imensa gratidão pela forma como fui acolhida, pelo estágio de excelência que me proporcionaram, pelos conhecimentos transmitidos, por toda a compreensão, paciência e disponibilidade demonstradas.

Aos meus amigos e colegas que de alguma forma me acompanharam ao longo deste percurso mostrando-se solidários, compreensivos e disponíveis. Em especial à Tânia Correia, pela partilha de mais esta experiência, pela ajuda e estímulo nas alturas de desânimo.

Ao Leonel um especial agradecimento pelo companheirismo demonstrado, pela presença fundamental, pelo carinho, pelo amor, pela força e pela confiança transmitidas durante todo este tempo.

À minha família, obrigada por todo o apoio, carinho, incentivo e orgulho que têm em mim. Agradeço especialmente aos meus pais João e Fernanda, aos padrinhos Álvaro e Vina, à prima (irmã) Joana, à minha afilhada Matilde, à tia Guida e aos queridos Avós. Obrigada por nunca duvidarem das minhas capacidades e por acreditarem sempre em mim.

À minha estrelinha que acredito que onde quer que eu esteja está sempre comigo.

A todos o meu eterno agradecimento!

Resumo

Este trabalho encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro refere-se ao relatório de estágio decorrente da experiência em farmácia comunitária e o segundo capítulo resulta do trabalho de investigação relacionado com a utilização de descongestionantes nasais.

Capítulo I: O estágio em farmácia comunitária foi realizado na Farmácia São Cosme, na Covilhã, desde o dia 3 de fevereiro de 2014 até ao dia 20 de junho de 2014. O estágio contou com a supervisão do Dr. Carlos Tavares e da sua restante equipa. Tratou-se de uma experiência bastante enriquecedora onde tive a oportunidade de colocar em prática muitos dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos ao longo deste percurso académico. Durante este período tive a oportunidade de acompanhar todas as atividades desenvolvidas no quotidiano de uma farmácia comunitária, e tomar consciência do importante papel do farmacêutico enquanto promotor de saúde. Através deste relatório pretendi descrever as atividades desenvolvidas numa farmácia desde o ato farmacêutico, até às normas e regulamentos que regem a prática farmacêutica, bem como os conhecimentos adquiridos.

Capítulo II: Apesar da escassa exploração nesta temática, estima-se que cerca de 17,9% dos portugueses sofram de congestão nasal, com maior incidência no sexo feminino. Os descongestionantes nasais permitem a obtenção do alívio deste sintoma de forma rápida e eficaz. No entanto, o uso indevido e/ou prolongado destes produtos poderá trazer graves consequências para a saúde. Neste sentido, pretendeu-se obter um perfil de utilização de descongestionantes nasais por parte da população da Cova da Beira, bem como avaliar a possível ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas.

Assim, esta investigação foi realizada com base na informação recolhida de 161 inquiridos e procedeu-se a um tratamento estatístico e inferencial dos dados. Da análise dos resultados verificou-se que a maioria dos inquiridos pertence à faixa etária dos 18 aos 28 anos (29,19%) e obteve-se uma média de idades de 40,73 anos em que a maioria pertence ao sexo feminino (55,28%). Os inquiridos mencionaram utilizar maioritariamente descongestionantes tópicos (87,58%) e os medicamentos mais referidos foram o *Vibrocil*[®] (29,08%) e o *Nasex*[®] (23,40%). O fator mais apontado pelos participantes para a sua utilização foi a obstrução nasal (50,31%) e, na maioria dos casos, o descongestionante foi indicado pelo médico (39,1%). Dos 161 indivíduos, 70 (43,5%) referiram sentir efeitos adversos e 11 participantes (6,83%) admitiram fazer uso dependente dos descongestionantes nasais. Cerca de 103 doentes utilizaram outros medicamentos juntamente com os descongestionantes no entanto nada de significativo se concluiu quanto à ocorrência de interações medicamentosas pois não foram mencionados efeitos adversos decorrentes desta coadministração.

Assim, conclui-se que, quer os descongestionantes tópicos quer os sistémicos, não são desprovidos de efeitos adversos, pelo que, fatores como um correto modo de

aplicação/administração e a sua utilização durante um curto período, são fundamentais para obter benefícios esperados destes medicamentos. Para isso, um adequado aconselhamento no momento da aquisição destes medicamentos e o esclarecimento dos doentes acerca dos riscos do seu uso indevido ou continuado, podem contribuir para reduzir os riscos provenientes da sua utilização.

Palavras-chave

Farmácia Comunitária, Congestão nasal, Descongestionantes nasais, Efeitos adversos, Dependência.

Abstract

This work is divided in two chapters. The first one involves to the internship report, resulting from the Community Pharmacy experience, and the second chapter results from the research work related with the usage of nasal decongestants.

Chapter I: The internship in Community Pharmacy was held in “Farmácia São Cosme”, Covilhã, from February, 3rd until June, 20th, 2014. The internship was supervised by Dr. Carlos Tavares and his team. It was an enriching experience where I had the opportunity to put in place my academic knowledge acquired along my Degree. In this period, I had the chance to follow all the developed activities during the daily basis standard activity of a Community Pharmacy, and be aware of the outstanding role held by a Pharmaceutical as Health promoter. Through this report, I planned to describe the main tasks developed by a Pharmacy, starting with the pharmaceutical act, until the regulations and standards governing the pharmaceutical practice as well as the acquired knowledge.

Chapter II: Despite the limited available knowledge in this area, it is estimated that near 17.9% of the Portuguese population suffers from nasal congestion, with more incidence in the female sex. The nasal decongestants allow obtaining symptoms mitigation in a fast and efficient way. However, the inappropriate or longstanding usage of these drugs can bring serious healthy consequences. Therefore, it was intended to draw a usage profile of nasal decongestants in Cova da Beira population, and also to evaluate the occurrence of adverse effects and drug interaction.

This research was based on the collected data in 161 inquiries. The data was subjected to a descriptive and inferential statistical processing and it has been found that the majority of the respondents belongs to the 18-28 age group (29,19%). The average age is 40,73 years old, where the majority were female users (55,28%). The respondents mainly referred the use of topical decongestants (87,58%) and the mainly used drugs were *Vibrocil*[®] (29,08%) and *Nasex*[®] (23,40%). The reason mainly described by the respondents to use nasal decongestants was nasal obstruction (50,31%) and, in the majority of cases, they were recommended by their physician (39,1%). From the 161 individuals, 70 (43,5%) mentioned adverse effects and 11 (6,83%) admitted dependent usage of nasal decongestants. Near 103 patients used other drugs jointly with decongestants. However, no clear conclusions were taken regarding the drug interaction occurrence because there were not mentioned any adverse effects, resulting from this usage.

Therefore, the conclusion is that both, topical and systemic decongestants are not devoid of adverse effects, whereby adverse factors such as the correct usage/administration and usage during a short period of time, are critical to obtain maximal benefits from those drugs. To accomplish such results, the proper counseling and clarification of the patients about the risks of the inappropriate and long term usage during the purchase of these drugs seems to contribute to the risk mitigation from this usage.

Keywords

Community Pharmacy, Nasal congestion, Nasal decongestants, Adverse effects, Dependency.

Índice

Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Acrónimos	xix
Capítulo I - Farmácia Comunitária	1
1. Introdução	1
2. Organização da Farmácia	1
2.1. Recursos Humanos	1
2.2. Espaço físico da farmácia e divisões funcionais	3
2.3. Sistema Informático	6
2.4. Realização de tarefas sem apoio informático	6
3. Informação e documentação científica	7
3.1. Fontes de informação obrigatórias e acessórias	7
3.2. Centro de Documentação e Informação	7
4. Medicamentos e Outros produtos de saúde	8
4.1. Regime jurídico dos medicamentos	8
4.2. Sistema de classificação mais usados em Farmácia Comunitária	9
4.3. Tipos de produtos de saúde disponíveis na Farmácia	10
5. Aprovisionamento e Armazenamento	11
5.1. Critérios para a seleção de um fornecedor	11
5.2. Critérios para a aquisição dos diferentes medicamentos e produtos de saúde	12
5.3. Determinação do ponto de encomenda	12
5.4. Elaboração, transmissão, receção e conferência de uma encomenda	12
5.5. Critérios de armazenamento	14
5.6. Motivos que justificam uma devolução e seu processamento	15
5.7. Controlo de prazos de validade	15
6. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento	16
6.1. Princípios éticos e características inerentes à interação	16
6.2. Farmacovigilância	17
6.3. Reencaminhamento de medicamentos fora de uso	18
7. Dispensa de medicamentos	18
7.1. Prescrições médicas - leitura, receção administrativa e confirmação da validade/autenticidade	18
7.2. Avaliação e interpretação da prescrição médica e dispensa de medicamentos prescritos	20

7.3.Verificação farmacêutica da receita médica (após a dispensa)	21
7.4.Símbolos médicos mais comuns nas prescrições	21
7.5.Utilização da aplicação informática na dispensa de medicamentos	22
7.6.Regimes de comparticipação	22
7.7.Dispensa de estupefacientes/psicotrópicos	23
7.8.Enquadramento legislativo relativo à dispensa de genéricos	24
8. Automedicação	24
9. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	27
9.1.Produtos de dermofarmacia, cosmética e higiene	27
9.2.Produtos dietéticos para alimentação especial	28
9.3.Produtos dietéticos infantis	29
9.4.Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	30
9.5.Medicamentos de uso veterinário	30
9.6.Dispositivos médicos	31
10. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia	32
11. Preparação de medicamentos	33
11.1. Enquadramento legal, ético e farmacêutico relativo à preparação de manipulados	33
11.2. Matérias-primas, material de laboratório e receitas	33
11.3. Cálculo do preço de medicamentos preparados pelo regime geral de preços	35
11.4. Rotulagem e enquadramento legal	35
11.5. Validades, estabilidade e conservação	36
11.6. Água purificada	37
11.7. Bibliografia necessária a preparação de manipulados	37
11.8. Enquadramento de medicamentos manipulados no regime de comparticipação em vigor com o SNS e as diversas entidades	37
12. Contabilidade e gestão	37
12.1. Gestão de recursos humanos	37
12.2. Faturação e receituário	38
12.3. Aspetos funcionais e legais de documentos contabilísticos no âmbito da farmácia comunitária	39
13. Conclusões	40
14. Referências Bibliográficas	42
Capítulo II - Descongestionantes nasais: perfil de utilização, efeitos adversos e interações medicamentosas	45
1. Introdução	45
1.1.Epidemiologia	45
1.2.Congestão nasal e seu impacto no dia-a-dia	46
1.3.Fatores etiológicos e mecanismo fisiopatológico	49

1.4.Descongestionantes Nasais	52
1.4.1.Mecanismo de ação	54
1.4.2.Farmacocinética	55
1.4.3.Efeitos adversos, contraindicações e precauções	56
14.4. Interações medicamentosas	57
1.5. Compostos aromáticos	57
1.6. Rinite medicamentosa	58
1.6.1. Características da rinite medicamentosa	58
1.6.2. Fisiopatologia	59
1.6.3. Rinite medicamentosa e cloreto de benzalcônio	60
1.6.4. Tratamento da rinite medicamentosa	61
2. Contextualização da investigação e objetivo de estudo	62
3. Materiais e métodos	63
3.1. Tipo de estudo e critérios de seleção da amostra	63
3.2. Análise de dados	64
4. Resultados	64
4.1.Análise estatística descritiva	64
4.2.Análise estatística inferencial	78
5. Discussão dos resultados	81
6. Limitações do estudo	87
7. Conclusões e sugestões futuras	88
8. Referências Bibliográficas	90
ANEXOS	95

Lista de Figuras

Figura 1 - Gravidade da congestão nasal na rinite alérgica expressa em percentagem por doentes que a avaliaram como um sintoma grave (foram atribuídas pontuações de 9 e 10 numa escala de 10 pontos).	47
Figura 2 - Ritmo circadiano da congestão nasal, demonstrando um agravamento noturno com um pico no início da manhã.	48
Figura 3 - Relação entre a resistência nasal e as posições entre 0°C e 90°C em indivíduos com RA (◇), rinite infecciosa (◆), indivíduos saudáveis (o) e indivíduos com rinite infecciosa 3 meses após recuperação (●).	48
Figura 4 - Representação do “efeito rebound” causado por isquemia da mucosa.	59
Figura 5 - Representação do “efeito rebound” causado por um mecanismo de feedback negativo.	60
Figura 6 - Distribuição da amostra de acordo com as idades.	65
Figura 7 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo.	65
Figura 8 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo e faixa etária.	66
Figura 9 - Representação da amostra relativamente ao tipo de descongestionante administrado.	67
Figura 10 - Representação da porção da amostra que utilizou descongestionantes tópicos. NSX: <i>Nasex</i> [®] ; VB: <i>Vibrocil</i> [®] ; NAX: <i>Nasarox</i> [®] ; NRH: <i>Nasorhinathiol</i> [®] ; NS: <i>Neo-sinefrina</i> [®] ; BS: <i>Bisolspray</i> [®] ; VVS: <i>Vicks Vapospray</i> [®] ; OTV: <i>Otrivina</i> [®] ; EBMC: Essências á base mentol e cânfora (<i>Vicks Inalador</i> [®] e <i>Vicks Vaporub</i> [®]).	67
Figura 11 - Representação da parte da amostra que tomou associações medicamentosas que contêm descongestionantes na sua composição.	68
Figura 12 - Representação gráfica da existência ou ausência de doenças crónicas dos indivíduos incluídos no estudo. HTA: Hipertensão Arterial; DM: Diabetes Mellitus; DT: Doenças da Tireoide; HPB: Hiperplasia Benigna da Próstata; DCV: Doenças Cardiovasculares.	68
Figura 13 - Motivo que conduziu cada indivíduo à indicação/ procura do descongestionante nasal.	69
Figura 14 - Representação da amostra relativamente à questão: “houve algum aconselhamento no momento da aquisição?”	71
Figura 15 - Representação da existência ou não de efeitos adversos de acordo com o descongestionante tópico utilizado. NSX: <i>Nasex</i> [®] ; VB: <i>Vibrocil</i> [®] ; NAX: <i>Nasarox</i> [®] ; NRH: <i>Nasorhinathiol</i> [®] ; NS: <i>Neo-Sinefrina</i> [®] ; BS: <i>Bisolspray</i> [®] ; VVS: <i>Vicks Vapospray</i> [®] ; OTV: <i>Otrivina</i> [®] ; EBMC: Essências à base de mentol e cânfora (<i>Vicks Inalador</i> [®] e <i>Vicks Vaporub</i> [®]).	75
Figura 16 - Representação da amostra em termos de uso dependente ou não.	76
Figura 17 - Representação da amostra em termos de relação entre uso dependente e nível de escolaridade.	76

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Prevalência da automedicação por grupo terapêutico e automedicação proporcional.	46
Tabela 2 - Prevalência de rinite alérgica clinicamente confirmada na Europa.	46
Tabela 3 - Diferentes etiologias da congestão nasal.	52
Tabela 4 - Comparação em termos de período de latência, duração de ação e efeitos adversos entre descongestionantes nasais de amins simpaticomiméticas e derivados imidazolínicos.	54
Tabela 5 - Nível de escolaridade da população amostra.	66
Tabela 6 - Representação da amostra de acordo com a indicação para a utilização do descongestionante nasal.	70
Tabela 7 - Relação entre a indicação de utilização e o nível de escolaridade.	70
Tabela 8 - Relação entre a indicação de utilização e a existência de patologias crônicas.	70
Tabela 9 - Tempo de utilização dos descongestionantes nasais.	72
Tabela 10 - Frequência de utilização dos descongestionantes nasais.	72
Tabela 11 - Relação entre a duração de utilização e a existência ou não de aconselhamento no momento da aquisição.	73
Tabela 12 - Cuidados associados à utilização dos descongestionantes tópicos.	73
Tabela 13 - Efeitos adversos ocorridos.	74
Tabela 14 - Efeitos adversos experimentados apenas pelos indivíduos que tomaram associações com descongestionantes na sua composição.	74
Tabela 15 - Especificação do tipo de efeitos adversos relativamente aos descongestionantes tópicos que revelaram estar mais relacionados com a sua ocorrência.	75
Tabela 16 - Relação entre o uso dependente e o tipo de descongestionante tópico.	77
Tabela 17 - Relação entre o desenvolvimento de dependência e a idade.	77
Tabela 18 - Uso dependente ou não vs duração do tratamento e respetivo teste do Qui-quadrado.	78
Tabela 19 - Uso dependente vs uso de descongestionantes de longa duração de ação (DLDA) e respetivo teste do Qui-quadrado.	79
Tabela 20 - Existência de efeitos adversos vs aconselhamento no momento da aquisição e respetivo teste do Qui-quadrado.	79
Tabela 21 - Existência de doenças crônicas vs ocorrência ou não de efeitos adversos e respetivo teste do Qui-quadrado.	80
Tabela 22 - Existência ou não de aconselhamento vs duração do tratamento e respetivo teste do Qui-quadrado.	80
Tabela 23 - Cuidados de utilização na aplicação de descongestionantes tópicos vs ocorrência ou não de efeitos adversos e respetivo teste do Qui-quadrado.	81

Lista de Acrónimos

ANF	Associação Nacional de Farmácias
ARS	Administração Regional de saúde
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Code
BD	Biodisponibilidade
BKC	Cloreto de benzalcónio
CCF	Centro de Conferência de Faturas
CEDIME	Centro de Documentação e Informação do Medicamento
CEFAR	Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia
CETMED	Centro de Estudos do Medicamento
CIM	Centro de Informação Científica
COMT	Catecol- <i>O</i> -metil transferase
DAG	Diacilglicerol
DCI	Designação Comum Internacional
DLDA	Descongestionantes de longa duração de ação
DT	Diretor Técnico
FSC	Farmácia São Cosme
GI	Gastrointestinal
Infarmed	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.
IMAO	Inibidores da monoamina oxidase
IP ₃	Inositol-trifosfato
IVA	Imposto de Valor Acrescentado
LEF	Laboratório de Estudos Farmacêuticos
MAO	Monoamina oxidase
MNSRM	Medicamentos não sujeitos a receita médica
MSRM	Medicamentos sujeitos a receita médica
NA	Noradrenalina
NANC	Mediadores neuronais para além de noradrenalina e norepinefrina
OMS	Organização Mundial de Saúde
PiP ₂	Fosfatidilinositol-4-5-bifosfato
PSA	Antigénio Específico Prostático
PT	Prontuário Terapêutico
PVF	Preço de venda á farmácia
PVP	Preço de venda ao público
RAM	Reação adversa medicamentosa
RCM	Resumo das Características do Medicamento
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

TCA	Antidepressivos tricíclicos
Vd	Volume de distribuição

Capítulo I - Farmácia Comunitária

1. Introdução

A farmácia comunitária é, hoje em dia, um espaço acessível aos utentes que tem como objetivo disponibilizar-lhes cuidados de saúde de elevada diferenciação técnico-científica, servindo a comunidade com a maior qualidade.¹

O papel do farmacêutico assume uma grande importância na comunicação com o utente e na promoção da saúde. O aconselhamento farmacêutico deve ir no sentido de fomentar o uso seguro e racional do medicamento. O farmacêutico deve estar apto a realizar todas as atividades do quotidiano da farmácia, tornando-se desta forma um profissional de excelência.

A capacidade de adaptação a qualquer nível sociocultural, é um ponto fundamental para estabelecer um elo de ligação com os utentes.

Com este relatório pretendo relatar a minha primeira experiência resultante do contacto direto com a profissão. Irei caracterizar o dia-a-dia na farmácia, as experiências e conhecimentos adquiridos bem como, as atividades postas em prática.

O estágio decorreu na Farmácia São Cosme (FSC) de 3 de fevereiro de 2014 a 21 de junho de 2014, sob supervisão do Dr. Carlos Tavares e restante equipa de profissionais.

2. Organização da Farmácia

2.1. Recursos humanos

A equipa de trabalho da farmácia S. Cosme é composta por 6 colaboradores:

Diretor técnico (DT)/ farmacêutico: Dr. Carlos Tavares

Farmacêutica Substituta: Dra. Ana Dulce Soares Aleixo

Farmacêutica Adjunta: Dra. Alexandrina Tavares

Farmacêutica Adjunta: Dra. Marina Nogueira

Técnico de farmácia: Sr. António Redondo Querido

Técnica de farmácia: Sra. Ilda Pereira Dias

Diretor técnico

A eficácia do sistema de gestão da qualidade e a demonstração da conformidade das atividades farmacêuticas e dos serviços prestados, são uma preocupação principal da direção técnica da farmácia.¹

Cabe ao diretor técnico a responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia. Este deve garantir, a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o modo de utilização dos medicamentos e promover o seu uso racional, assegurando que os medicamentos sujeitos a receita médica só são dispensados aos utentes que a não apresentem em casos de força maior, devidamente justificados. Deve garantir que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança e, que os medicamentos e demais produtos são mantidos em bom estado de conservação. Outra das suas funções é assegurar que a

farmácia dispõe de aprovisionamento suficiente de medicamentos e zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene. É também importante que verifique o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica e assegure o cumprimento dos princípios da sua legislação reguladora. Assume ainda, a responsabilidade pela identificação, interação e controlo dos processos do sistema de gestão da qualidade da farmácia.

Dada a diversidade e complexidade de tarefas, o diretor técnico pode delegar nos seus colaboradores determinadas funções, sob a sua direção e responsabilidade.^{1,2}

Farmacêutico

O papel do farmacêutico consiste na articulação e integração de todos os serviços, funções e responsabilidades centradas no bem-estar do doente, que vão de encontro às necessidades relacionadas com o medicamento. Ou seja, o farmacêutico, como prestador de cuidados de saúde intervém num conjunto de processos tais como a cedência, indicação, revisão, educação para a saúde, farmacovigilância, seguimento farmacoterapêutico e ainda promoção do uso racional de medicamentos, melhorando assim a qualidade de vida da população.^{1,3}

O farmacêutico deve manter-se informado e atualizado a todos os níveis de modo a conseguir prestar cuidados de saúde de forma competente e eficiente. Deve portanto, frequentar cursos de formação científica e técnica, simpósios, congressos, encontros profissionais e científicos, sessões clínicas internas da farmácia, e ainda a leitura de publicações que contribuam para a sua atualização profissional e reforço das suas competências. O seu *curriculum vitae* deve ser constantemente atualizado à medida que vai adquirindo novas competências profissionais.¹

Ao exercer a profissão, o farmacêutico deve colaborar com os restantes profissionais de saúde, assegurando que a utilização dos medicamentos pelo doente é feita de forma segura, eficaz e racional.³

Para além da dispensa e aconselhamento, na farmácia comunitária, o farmacêutico deve estar apto a realizar todas as restantes atividades inerentes à farmácia tais como realização e receção de encomendas, verificação de *stocks*, verificação de validades, conferência do receituário, medição de parâmetros bioquímicos entre outras atividades. Este tem também o dever de supervisionar, verificar e avaliar as atividades delegadas ao pessoal de apoio, intervindo sempre que considerar necessário. O farmacêutico está apto à realização das funções do diretor técnico aquando da sua ausência.^{1,3}

Técnicos de farmácia

O papel destes profissionais é também de grande relevância, um técnico de farmácia está apto a auxiliar ou realizar as diversas tarefas associadas ao medicamento sempre sob supervisão. As suas funções na farmácia comunitária vão desde a receção de encomendas até

ao atendimento ao público, passando pela verificação de *stock* e validades, armazenamento, acondicionamento, etiquetagem de medicamentos/ produtos entre outras atividades.

De salientar que na farmácia deve ser criado um organigrama e uma descrição de funções com os requisitos mínimos de competência exigidos, englobando todos os colaboradores da farmácia.¹

2.2. Espaço físico da farmácia e divisões funcionais

A FSC situa-se na Avenida Alameda da Europa, Lote 15, Fração D e E, na freguesia de Santa Maria, da cidade da Covilhã, distrito de Castelo Branco. Local onde se estabeleceram no ano de 2008, sendo a sua localização antiga na Avenida 25 de abril, também na cidade da Covilhã. A permuta de instalações permitiu um melhor e mais facilitado acesso dos utentes, bem como um espaço mais alargado que permitiu uma melhoria significativa das condições necessárias à prestação dos diferentes serviços.

Tal como mencionam as normas gerais das “Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária”, a farmácia garante acessibilidade a todos os seus utentes (crianças, idosos e indivíduos portadores de deficiência). A entrada principal é constituída por duas portas (uma exterior e outra mais interna), o que possibilita resguardar os utentes do contacto direto com o exterior enquanto aguardam a sua vez para serem atendidos.

No exterior pode observar-se uma cruz verde iluminada contendo informação rotativa acerca da temperatura, data, serviços prestados pela farmácia, horário de funcionamento e data em que a farmácia estará em serviço permanente. A farmácia contém três letreiros luminosos com o símbolo (cruz verde), e nome da farmácia quer na parte frontal e perpendicular, quer na retaguarda do edifício. Ainda no exterior pode-se observar uma placa com o nome da farmácia e do diretor técnico, um papel afixado onde consta o horário de funcionamento da mesma, uma folha informativa que assinala as farmácias de serviço permanente na cidade da Covilhã (sendo esta informação renovada semanalmente), a indicação de adesão ao cartão das “Farmácias Portuguesas”, informação acerca dos serviços prestados pela farmácia bem como o seu respetivo preço. Ao lado da porta de entrada existe também um dispositivo automático de venda de preservativos. A farmácia possui várias montras onde se encontram publicitados alguns dos produtos, que os utentes podem encontrar no interior desta. Estas montras são periodicamente atualizadas quer por profissionais externos á farmácia quer pelos colaboradores da farmácia.

O horário da farmácia nos dias úteis é das 9h às 19h30 sem interrupção para almoço, aos sábados funciona das 9h às 13h. Um dia por semana faz serviço permanente, estando aberta durante 24 horas (das 9h às 9h do dia seguinte) cumprindo-se assim o período de funcionamento semanal legalmente exigido.⁴

Relativamente ao interior da farmácia, este cumpre o exigido no Decreto de lei 307/2007 de 31 de Agosto e o estabelecido pelo *Manual de Boas Práticas Farmacêuticas*^{1,2}, encontrando-se devidamente limpo, iluminado, ventilado e organizado, permitindo uma ótima comunicação entre os profissionais e os utentes.

Ao entrarem na farmácia os utentes podem facilmente observar um letreiro, com o nome do diretor técnico e, uma lista de alguns dos serviços prestados na farmácia.

O interior da farmácia encontra-se organizado da seguinte forma:

Área de atendimento ao público - Esta é composta por uma zona de espera que se encontra estrategicamente distanciada dos balcões de atendimento, estando equipada com sofás destinados aos utentes e/ou acompanhantes, existindo também uma área destinada ao entretenimento de crianças. Os utentes têm ao seu dispor um expositor com revistas, brochuras e panfletos relacionados com a saúde.

A zona de atendimento é constituída por cinco balcões. Estes encontram-se devidamente distanciados de modo a proporcionar uma privacidade adequada aos utentes. Na área de atendimento, encontram-se expostos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), suplementos alimentares, produtos de alimentação infantil, produtos de puericultura, dermocosméticos, anti-celulíticos, produtos ortopédicos, de higiene íntima, produtos capilares, calçado, dispositivos médicos, entre outros. Estes produtos encontram-se dispostos de forma a permitir ao utente uma fácil e rápida identificação. Existem também, expositores em pontos de destaque, destinados a produtos em promoção. Atrás dos balcões de atendimento existem ainda blocos de gavetas onde se encontram outros produtos de grande rotação como pílulas, analgésicos, antipiréticos, compressas, ligaduras, seringas, sabonetes, entre outros.

Sala de apoio - permite a prestação de serviços que requerem maior privacidade (p ex. quando um utente tem necessidade de experimentar algum produto que implique a exposição de uma zona mais íntima do corpo, etc.). É nesta sala que também decorrem algumas das formações destinadas ao pessoal que trabalha na farmácia; esta possui ainda uma cama extensível servindo de apoio aos serviços de atendimento permanente.

Gabinete de atendimento personalizado - repartição destinada exclusivamente a determinações de parâmetros bioquímicos nomeadamente, colesterol total, triglicéridos, glicémia, ácido úrico e antigénio específico prostático (PSA), administração de vacinas e testes de gravidez.

Área de armazenamento - zona mais resguardada ao público onde são armazenados os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), estes estão organizados por ordem alfabética e distribuídos de acordo com a sua forma farmacêutica ou fim a que se destinam (colírios, pomadas oftálmicas, gotas, medicamentos de uso veterinário, medicamentos ginecológicos, injetáveis, transdérmicos, carteiras, comprimidos, supositórios, pomadas, produtos ortopédicos) num módulo com gavetas deslizantes. No interior das gavetas e sempre que aplicável, os medicamentos encontram-se organizados por ordem alfabética, por ordem crescente de dosagem e de tamanho de embalagem. Nesta área existe também um armário de portas basculantes onde estão armazenados outros produtos tais como xaropes, ampolas,

loções, pós, produtos para autovigilância da *diabetes mellitus*, soros, elixires, entre outros) e ainda um sistema de refrigeração onde são acondicionados os medicamentos e dispositivos médicos que exigem condições especiais de conservação (entre 2 e 8 °C).

Espaço de conferência de encomendas - tal como o nome indica nesta área procede-se à receção e conferência de encomendas, dispõe de uma bancada, um computador que se destina à receção de encomendas entre outras tarefas, um dispositivo de leitura ótica, duas impressoras (uma delas exclusiva á impressão de etiquetas) e uma fotocopiadora.

Laboratório - A farmácia dispõe de um laboratório devidamente equipado, limpo e organizado onde se preparam medicamentos manipulados, preparações extemporâneas e onde se armazenam as matérias-primas. Ainda neste espaço existe um armário onde encontram *dossiers* com as fichas de preparação de manipulados, registos de movimento de matérias-primas, fichas de segurança das matérias-primas, boletins analíticos, registos de calibração dos aparelhos e ainda, livros de consulta.

Gabinete de Direção Técnica - destinado a tarefas administrativas, contabilísticas e de gestão. Neste espaço encontra-se também uma vasta biblioteca acessível ao pessoal da farmácia.

Armazém - onde se acondicionam os produtos remanescentes.

Instalações Sanitárias - Na farmácia, existem duas casas de banho, uma delas acessível ao público e a outra situada numa zona mais reservada, acessível apenas aos elementos que trabalham na farmácia.

Outros - Os trabalhadores dispõem também de um repartimento com cinco armários onde podem guardar os seus pertences.

As condições de iluminação, temperatura, humidade e ventilação das zonas de armazenamento que os produtos exigem devem ser respeitadas e verificadas periodicamente para isso a farmácia dispõem de termohigrómetros digitais onde se pode monitorizar a temperatura e humidade. Estas condições devem ser registadas periodicamente.¹

A farmácia também está equipada com câmaras de vigilância com gravação de imagem, sistema de alarme e também um postigo de acesso ao exterior de forma a tornar o atendimento noturno mais seguro. Nas instalações encontram-se também extintores de incêndio, sinalizadores de saída, sinalizadores de quadro elétrico, informação acerca da existência de livro de reclamações e proibição de fumar.

Equipamentos específicos - Para além dos elementos mencionados ao longo do ponto anterior, a farmácia dispõe ainda de outros equipamentos nomeadamente: material específico de laboratório (balança, homogeneizador, espátulas, recipientes de acondicionamento, material diverso de vidro, porcelana e plástico), material informático, e ainda documentação oficial de acordo com a legislação vigente.¹

2.3. Sistema informático

A aplicação informática disponível na farmácia é o *Sifarma 2000*. Trata-se de um programa informático que auxilia a atividade farmacêutica, respondendo às necessidades crescentes da farmácia.

Através deste programa o farmacêutico consegue efetuar todo o tipo de vendas (com participação, sem participação e venda suspensa), tendo ao seu dispor informação científica detalhada sobre cada produto (interações medicamentosas, posologia, indicação terapêutica) para que este transmita todas as informações necessárias ao utente. Para além de informação sobre o *stock* existente de cada produto, é possível consultar o histórico de compras e vendas, informações sobre preços, fornecedores, prazos de validade e ainda *stock* mínimo e máximo. Dispõe ainda de um dicionário onde constam todos os medicamentos/ produtos farmacêuticos comercializados. Com este programa, é também possível aprovar encomendas, enviá-las aos diferentes fornecedores, processar a sua receção e ainda gerir devoluções a fornecedores e a respetiva regularização de *stocks*. Com este programa é possível criar fichas de utentes, de forma a aceder facilmente aos seus dados pessoais aquando da emissão de faturas, sendo também possível aceder ao histórico de compras de cada cliente.

O *Sifarma 2000* faz uma organização automática do receituário por lotes, sendo possível a sua gestão corrigindo eventuais erros que ocorram durante o atendimento.

Cada operador possui um código de identificação, que permite reconhecer facilmente o autor de cada operação realizada no sistema. O operador pode ainda consultar a opção “fim de dia” onde consegue aceder ao somatório de vendas para que possa conferir o dinheiro que tem em caixa. Ainda nesta opção, é possível consultar todas as vendas efetuadas ao longo do dia, o que facilita a identificação de hipotéticos erros cometidos.

2.4. Realização de tarefas sem apoio informático

O pedido direto de produtos via telefone é, um dos exemplos de tarefas realizadas sem apoio informático. Para além disso, dispensaram-se medicamentos prescritos e consultaram-

se catálogos de produtos inexistentes na farmácia, a fim de calcular preços de produtos solicitados pelos utentes.

3. Informação e Documentação Científica

O acesso a informação e documentação científica atualizada e organizada, é de extrema importância no quotidiano da farmácia. Toda a equipa deve ter à sua disposição fontes de informação necessárias a uma correta dispensa e um adequado aconselhamento.

3.1. Fontes de informação Obrigatórias e Acessórias

A farmácia São Cosme dispõe de toda a bibliografia obrigatória nomeadamente o Prontuário Terapêutico (PT), Farmacopeia Portuguesa, o Resumo das Características dos Medicamentos (RCM) e ainda o Livro de registo de Manipulados/Fichas de Preparação.^{1,2}

Para além da bibliografia obrigatória a farmácia dispõe ainda do Índice Nacional Terapêutico, Manual de Antibióticos, Formulário Galénico Português, Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, Estatutos da Ordem dos Farmacêuticos, Noções Fundamentais de Farmacologia, Manual de medicamentos não prescritos, Guia Derm 2012/2013, Atlas de Dermatologia, Martindale, entre muitas outras fontes de informação.

3.2. Centro de Documentação e Informação

Os Centros de Documentação e Informação promovem o uso responsável do medicamento, permitindo aceder a informação adequada, para o exercício da atividade do farmacêutico no que diz respeito à dispensa.^{1,5}

Assim, de forma a auxiliar a sua prática, o farmacêutico dispõe ainda dos seguintes centros de documentação e informação⁶⁻⁸:

- **CEFAR:** desenvolve regularmente, com a participação das Farmácias, estudos sobre várias temáticas em torno do medicamento;
- **CEDIME:** presta apoio científico aos Farmacêuticos no seu relacionamento com os utentes. Permite, no ato de atendimento, o acesso a dicionários informáticos de medicamentos e para a farmácia, bem como o esclarecimento de questões relacionadas com o medicamento;
- **CIM (Centro de Informação do Medicamento):** responde a pedidos de informação acerca dos medicamentos, abrangendo todas as vertentes do mesmo;
- **CETMED (Centro de Estudos do Medicamento):** departamento técnico-científico criado pela Associação Nacional das Farmácias para dar apoio às Farmácias na preparação de medicamentos manipulados;
- **LEF (Laboratórios de Estudos Farmacêuticos):** realiza estudos de qualidade sobre medicamentos e divulga-os junto de médicos e Farmacêuticos. Presta ainda apoio aos

Farmacêuticos sobre eventuais reclamações relacionadas a qualidade dos medicamentos dispensados.

4. Medicamentos e outros produtos de saúde

4.1. Regime jurídico dos medicamentos

O estatuto do medicamento está disponível para consulta, no Decreto-Lei 176/2006 de 30 de Agosto. Este estabelece o regime jurídico a que obedece, a autorização de introdução no mercado e suas alterações, o fabrico, a importação, a exportação, a comercialização, a rotulagem e informação, a publicidade, a farmacovigilância e a utilização dos medicamentos para uso humano e respetiva inspeção, onde se inclui, designadamente, os medicamentos homeopáticos, os medicamentos radiofarmacêuticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas.⁹

O principal objetivo de toda a legislação envolvente é a correta proteção e promoção da saúde pública.

De referir também que no Decreto-Lei 95/2004 de 22 de Abril se encontra regulada a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados. Já o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos está patente no Decreto-Lei 15/93 de 22 de Janeiro, considerando-se estupefacientes as substâncias compreendidas nas tabelas I-A e III e psicotrópicos as substâncias compreendidas nas tabelas II-A, II-B, II-C e IV.^{10,11}

- Importa agora mencionar alguns conceitos existentes no estatuto do medicamento:

Medicamento - *“toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”*; ⁹

Medicamento genérico - *“medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados”*; ⁹

Medicamento manipulado - *“qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”*; ¹⁰

Preparado oficial - *“qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia de oficina ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço”*; ¹⁰

Fórmula magistral - “qualquer medicamento preparado numa farmácia de oficina ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um doente determinado”;¹⁰

Substância psicotrópica - “toda a substância que atua sobre as funções e comportamentos psíquicos, qualquer que seja o tipo de efeito exercido. Atua principalmente no sistema nervoso central, onde pode alterar a função cerebral e temporariamente mudar a percepção, o humor, o comportamento e a consciência”;

Estupefaciente - “Substância suscetível de originar dependência, com funções narcóticas e cujos efeitos podem ser a supressão da dor e alterações no sistema nervoso, podendo haver consequências nocivas para a saúde a nível físico e mental, aquando do seu mau uso”.

4.2 Sistemas de classificação mais utilizados em Farmácia Comunitária

• **Classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code):** classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Consiste em classificar os fármacos em diferentes grupos e subgrupos (níveis), de acordo com o órgão ou sistema sobre o qual atuam e segundo as suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas, podendo os subgrupos chegar até ao quinto nível.

- O grupo principal é representado por uma letra e corresponde ao grupo anatómico
- O 1º subgrupo é representado por dois números e corresponde ao grupo terapêutico
- O 2º subgrupo é representado por uma letra e corresponde ao grupo farmacológico
- O 3º subgrupo é representado por uma letra e corresponde ao grupo químico
- O 4º subgrupo é representado por dois números e corresponde à substância química

Os grupos principais da classificação ATC são¹²:

A - Aparelho digestivo e metabolismo

B - Sangue e órgãos hematopoiéticos

C - Aparelho cardiovascular

D - Medicamentos dermatológicos

G - Aparelho génito-urinário e hormonas sexuais

H - Preparações hormonais sistémicas, excluindo hormonas sexuais e insulinas

J - Anti-infecciosos gerais para uso sistémico

L - Agentes antineoplásicos

M - Sistema músculo-esquelético

N - Sistema nervoso

P - Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes

Q - Uso veterinário

R - Aparelho respiratório

S - Órgãos dos sentidos

V - Vários

• **Classificação farmacoterapêutica**

Os fármacos são classificados de acordo com a sua ação terapêutica por grupos¹³:

Grupo 1 – Medicamentos anti-infecciosos;

Grupo 2 – Sistema nervoso central;

Grupo 3 – Aparelho cardiovascular;

Grupo 4 – Sangue;

Grupo 5 – Aparelho respiratório;

Grupo 6 – Aparelho digestivo;

Grupo 7 – Aparelho geniturinário;

Grupo 8 – Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas;

Grupo 9 – Aparelho locomotor;

Grupo 10 – Medicação antialérgica;

Grupo 11 – Nutrição;

Grupo 12 – Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas;

Grupo 13 – Medicamentos usados em afeções cutâneas;

Grupo 14 – Medicamentos usados em afeções otorrinolaringológicas;

Grupo 15 – Medicamentos usados em afeções oculares;

Grupo 16 – Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores;

Grupo 17 – Medicamentos usados no tratamento de intoxicações;

Grupo 18 – Vacinas e imunoglobulinas;

Grupo 19 – Meios de diagnóstico;

Grupo 20 – Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos.

Classificação pela forma farmacêutica - tal como o nome indica, é o estado final que as substâncias ativas ou excipientes apresentam depois de submetidas às operações farmacêuticas necessárias, a fim de facilitar a sua administração e/ obter o maior efeito terapêutico desejado⁹. Esta classificação é efetuada segundo as diferentes formas farmacêuticas disponíveis. Quanto ao estado físico podem encontrar-se no estado sólido, semissólido ou líquido e quanto ao seu uso pode ser interno ou externo.

4.3. Tipos de produtos de saúde disponíveis na farmácia

Na farmácia São Cosme existe uma ampla gama de produtos de saúde:

- a) Medicamentos em geral;
- b) Medicamentos genéricos;
- c) Psicotrópicos e estupefacientes;

- d) Medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos;
- e) Produtos fitoterapêuticos;
- f) Produtos para alimentação especial e dietéticos;
- g) Produtos cosméticos e dermofarmacêuticos;
- h) Dispositivos médicos;
- i) Medicamentos e produtos de uso veterinário.

Na farmácia os produtos são facilmente identificáveis, sendo possível confirmar a existência de qualquer produto com ou sem suporte informático. A verificação informática realiza-se através do *Sifarma 2000*, onde é possível procurar um produto específico e de seguida consultar a ficha do mesmo obtendo-se informação acerca do *stock* e da sua localização. Devido à possibilidade de ocorrência de erros ao nível da informação patente no sistema informático, no que respeita o *stock*, o profissional de saúde deve deslocar-se ao local de armazenamento do mesmo a fim de verificar a existência ou ausência do produto. Caso o produto pretendido pelo utente não se encontre disponível nas instalações da farmácia, o profissional de saúde pode fazer um pedido direto aos seus fornecedores via telefone ou forçar uma encomenda recorrendo ao sistema informático.

5. Aprovisionamento e Armazenamento

5.1. Critérios para a seleção de um fornecedor

A escolha de fornecedores que mais se adequem às necessidades das farmácia e dos utentes, tornou-se nos dias de hoje uma prática fundamental para a sustentabilidade da farmácia. Assim, para esta seleção, os critérios a ter em conta têm que ver com o tempo e frequência de entrega, condições financeiras e vantagens oferecidas à farmácia nomeadamente as bonificações, proximidade dos fornecedores à farmácia, possibilidade de adequar as quantidades encomendadas aos níveis de *stock* previamente definidos e ainda o cumprimento dos prazos e condições de entrega. A FSC tem um armazenista/fornecedor principal, a *Plural*, trata-se do fornecedor que oferece as melhores condições inerentes à compra dos produtos. Por vezes, há necessidade de recorrer a outros fornecedores quando por exemplo um determinado produto se encontra esgotado na *Plural*, ou quando surgem melhores oportunidades de compra. Assim, a farmácia faz também encomendas diárias à *Alliance HealthCare* e *Udifar*. Por norma, as encomendas da *Plural* e da *Alliance HealthCare* são recebidas com uma periodicidade de duas vezes ao dia, já as da *Udifar* são recebidas uma vez ao dia.

A responsabilidade de decisão sobre a realização de encomendas cabe ao diretor técnico ou a um farmacêutico responsável, estes devem definir e documentar procedimentos de avaliação e seleção de fornecedores dos produtos de saúde.¹

5.2. Critérios de aquisição dos diferentes medicamentos e produtos de saúde

Para a seleção dos medicamentos e outros produtos, o diretor técnico ou o farmacêutico deve avaliar os dados estatísticos relativos às vendas dos produtos. De forma a evitar produtos em excesso ou ruturas de *stock*, é definido um nível de *stock* mínimo e máximo. O sistema informático constitui uma ferramenta de grande utilidade, pois assim que um produto se encontra abaixo do *stock* máximo previamente definido, gera automaticamente uma proposta de encomenda. Esta funcionalidade contribui assim, para uma gestão sustentável da farmácia, de forma a retomar o *stock* máximo, evitando ao mesmo tempo a acumulação desnecessária de produtos. Evidentemente que ao encomendar produtos, o diretor técnico tem que ter em consideração as necessidades dos utentes que frequentam a farmácia, deve também avaliar fatores como a sazonalidade, o perfil dos utentes, os hábitos de prescrição praticados pelos clínicos e até o destaque dado a certos produtos através da comunicação social.

5.3. Determinação do ponto de encomenda

O ponto de encomenda corresponde ao ponto a partir do qual, um determinado produto é automaticamente proposto para ser encomendado. Obviamente que este ponto de encomenda é previamente definido pelo diretor técnico, este deve-se basear em fatores como: consumo prévio de cada produto, preço unitário e também dados estatísticos relativos ao movimento do produto por um período mais alargado a fim de obter um historial de consumo do mesmo.

5.4. Elaboração, transmissão, receção e conferência de uma encomenda

Na FSC as encomendas são feitas diariamente aos fornecedores habituais, de forma a repor faltas. Assim consegue-se colmatar necessidades da farmácia. Neste caso em particular, o *Sifarma 2000* constitui uma ajuda essencial, na medida em que, disponibiliza automaticamente uma proposta de encomenda à qual se juntam as faltas das encomendas anteriores. Cabe ao diretor técnico ou a um farmacêutico responsável avaliar (podendo ou não fazer alterações) e aprovar essa proposta. Por vezes, há necessidade de alterar as propostas feitas pelo sistema informático, pois as quantidades encomendadas podem não corresponder ao desejado na realidade, ou por outro lado, no caso de haver oportunidade de encomendar determinados produtos a um outro fornecedor que pontualmente pratique preços mais vantajosos, ou quando um determinado produto se encontra esgotado no fornecedor habitual.

Podem ainda ser feitos pedidos via telefone, isto acontece quando um determinado produto inexistente na farmácia está a ser solicitado no momento. Este contacto telefónico, permite em tempo útil facultar informações junto dos utentes acerca do tempo de entrega do produto e de quanto este lhe irá custar. Os profissionais contam também com a ajuda de um

software da *Plural* (“*Stock Checker*”) onde é possível verificar a disponibilidade do produto, bastando para isso introduzir o seu código.

A farmácia também realiza encomendas diretamente a laboratórios farmacêuticos. Neste caso, o pedido é feito por norma aos delegados de informação médica que visitam periodicamente a farmácia. Quando o DT decide o que encomendar, é emitida uma nota de encomenda em duplicado a qual é arquivada para uma posterior verificação, aquando da receção.

As encomendas chegam às farmácias em caixas acompanhadas da correspondente fatura ou guia de remessa em duplicado. O responsável pela receção verifica de imediato o fornecedor, o estado dos produtos e a existência de produtos que requerem condições especiais de armazenamento, nomeadamente os produtos que necessitam de refrigeração e neste caso são os primeiros a serem rececionados e imediatamente armazenados.

Nas faturas encontra-se o nome, morada, número de contribuinte da Farmácia e do fornecedor, a data, o nome do produto, o respetivo código ATC, bem como as quantidades encomendadas e quantidades fornecidas, o preço total da fatura, o IVA e o PVP de cada produto, à exceção dos casos em que se tratam de produtos para etiquetagem cuja margem de lucro é definida pela farmácia de acordo com o respetivo IVA aplicado. Por vezes, há produtos que são encomendados mas que não são fornecidos, isto acontece quando os produtos se encontram esgotados ou indisponíveis e a fatura é acompanhada de uma lista onde vêm discriminados esses produtos, juntamente com a justificação da não entrega.

Através do *Sifarma 2000*, ao aceder ao ecrã “Receção de Encomendas” obtemos as encomendas que foram enviadas e que aguardam receção. Após ser selecionada a encomenda que se pretende rececionar, introduz-se o código de identificação que consta na fatura e inicia-se a leitura ótica dos produtos, confirmando-se em simultâneo se as quantidades enviadas correspondem às encomendadas. A entrada dos produtos implica a respetiva verificação das quantidades, das validades e dos preços que no caso dos MSRMs se encontram impressos na embalagem do produto e devem coincidir com o que consta na fatura. No caso dos MNSRMs, produtos de dermocosmética, puericultura, suplementos alimentares, entre outros, o PVP tem que ser calculado com base no PVF (preço de venda a farmácia), na margem de lucro definida pela farmácia e no IVA. Para isso basta introduzir o PVF e a margem de lucro, e automaticamente é calculado o PVP.

De acordo com o Decreto-Lei 112/2011, de 29 de novembro, o preço atribuído aos medicamentos é dependente do preço de venda ao armazenista, da margem de comercialização do distribuidor grossista e do retalhista, da taxa sobre a comercialização dos medicamentos e do IVA.¹⁴

Uma vez rececionada, a encomenda é aprovada, e dá-se início à impressão de etiquetas (à exceção dos MSRMs) e do documento que comprova a receção, o qual é de seguida arquivado.

Os produtos que embora encomendados não forem recebidos, são posteriormente encomendados a outros fornecedores, gerando-se uma nova encomenda que é transferida para o novo fornecedor.

Relativamente a medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, estes são acompanhados de um documento adicional em duplicado, que confirma a sua requisição. Estes documentos são posteriormente carimbados e assinados pelo DT, sendo o original arquivado na farmácia por um período não inferior a 3 anos. O duplicado é enviado ao fornecedor.

Por vezes, encomendas urgentes feitas por via telefónica ou pessoalmente, não se encontram no sistema informático, desta feita é necessário criar primeiramente essa encomenda e logo depois rececioná-la.

5.5. Critérios de armazenamento

No armazenamento dos produtos deve ter-se em consideração, fatores que comprometam a sua viabilidade e segurança. Assim, a temperatura e a humidade são parâmetros que devem ser periodicamente controlados de forma a garantir que os produtos estão em condições ótimas de conservação. Para isso, a farmácia conta com o auxílio de termohigrometros que registam de forma contínua os referidos parâmetros. Repetidamente, estes dados são descarregados para o computador e posteriormente são impressos sob forma de gráficos e arquivados em *dossiers*. Caso seja detetada alguma anomalia, deve proceder-se à procura de uma solução.

O armazenamento é feito sempre que aplicável, por ordem alfabética do nome comercial ou princípio ativo, ordem crescente de dosagem e de tamanho da embalagem. No caso particular dos medicamentos genéricos, os princípios ativos são ordenados por ordem alfabética do laboratório.

Deve-se respeitar a regra do “*First in, first out*”, de forma a garantir que saem primeiro os produtos que têm um prazo de validade mais curto. Para isso, estes produtos são colocados de forma mais acessível para que sejam dispensados em primeiro lugar.

Para minimizar erros de armazenamento, cada produto tem uma localização específica definida na ficha do produto, o que permite facilitar o armazenamento e a dispensa.

Os produtos em excesso são colocados em armazém, onde se tentam organizar os produtos igualmente por ordem alfabética.

No caso das matérias-primas, estas são armazenadas no laboratório. Vacinas, insulinas, alguns colírios e outros produtos são armazenados no frigorífico.

5.6. Motivos que justificam uma devolução e seu processamento

Durante a receção de encomendas, o responsável consegue facilmente detetar potenciais anomalias:

- Produtos debitados mas não fornecidos: neste caso tem que se contactar o distribuidor o qual procede ao seu envio ou ao envio de uma nota de crédito.
- Produtos fornecidos em excesso ou equivocadamente;
- Produtos em mau estado;
- Prazo de validade demasiado curto;

Nestas ultimas situações, procede-se a uma reclamação via telefone, de forma a encontrar a melhor solução. Geralmente dá-se entrada do produto no *stock*, para de seguida se proceder à emissão de uma nota de devolução e reenviar ao fornecedor.

Para criar notas de devolução no programa informático, acede-se ao ecrã “Gestão de Devoluções” e, seguidamente, são introduzidos no sistema informático os produtos que se pretende devolver bem como a respetiva quantidade, motivo da devolução, fornecedor, número da guia de devolução, a identificação da farmácia e data. A nota de devolução é impressa em triplicado.

Ao armazenista é entregue o original e o duplicado devidamente assinado e carimbado e, o triplicado fica arquivado na farmácia. A regularização da nota de devolução pode ser realizada por nota de crédito, por troca dos produtos com um prazo de validade maior ou por produtos diferentes no mesmo valor da nota de devolução. Os produtos regularizados vêm acompanhados por uma nota de devolução do fornecedor, a qual a farmácia assina e reenvia o duplicado ao fornecedor.

5.7. Controlo de prazos de validade

Para assegurar que os medicamentos e outros produtos de saúde são dispensados em condições de segurança aos doentes, o controlo de prazos de validade é um procedimento crucial, pois é este fator que atesta a estabilidade e a manutenção das características dos produtos.

Desta forma, o controlo inicial dos prazos de validade ocorre ao se dar entrada de um produto no *stock*. Nesse momento, o responsável verifica o prazo de validade do produto que está a ser rececionado. Caso esse mesmo produto exista em *stock*, comparam-se as validades e mantém-se no sistema a que corresponder ao período de tempo mais curto. Caso o produto que está a ser introduzido não existir em *stock*, o prazo de validade é atualizado de acordo com o que está impresso na embalagem do produto.

Adicionalmente, há um controlo mensal de validades cujo procedimento implica a impressão de uma listagem de produtos com uma validade inferior a 2 meses, de seguida há

uma verificação individual desses mesmos prazos. Os produtos cuja validade irá expirar num período máximo de 2 meses, são recolhidos. Os que constam na listagem mas que ainda não estão nestas condições permanecem no local onde se encontram armazenados e deve proceder-se a uma atualização da validade na respetiva ficha do produto.

Posteriormente, verifica-se qual o fornecedor responsável pelos produtos que foram recolhidos e procede-se à sua devolução. Se a devolução for aceite, a farmácia recebe mais tarde uma nota de crédito ou recebe novos produtos com prazos de validade mais alargados. Há no entanto, situações cujas devoluções não são aceites e, neste caso a farmácia não consegue recuperar o valor dos produtos em causa, tendo que se efetuar uma quebra dos mesmos para corrigir o *stock*.

6. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento

6.1. Princípios éticos e características inerentes à interação

De acordo com o código deontológico o exercício da atividade farmacêutica tem como principal objetivo a pessoa do doente.¹⁵

Desta forma, esta relação deve ser o mais correta possível, pois trata-se da última abordagem antes do doente iniciar uma terapêutica.

Durante o estágio, pude constatar que um correto atendimento é um dos aspetos de maior importância na atividade farmacêutica. Os utentes procuram junto do farmacêutico satisfazer as suas necessidades, através dos vários serviços por eles fornecidos. Este por sua vez deve ter a distinta capacidade de fazer transparecer a confiança, e o profissionalismo no exercício da sua atividade. Um utente satisfeito, que considere a farmácia um local em que deposita inteira confiança e onde possa obter ajuda para melhorar a sua qualidade de vida é um utente fiel à farmácia portanto, o farmacêutico deve primar por um atendimento personalizado, procurando da melhor forma ajudar os utentes sempre de acordo com os princípios éticos que constam no seu código deontológico.

O perfil de utentes que frequentam a farmácia é muito vasto, o que significa que não pode haver um atendimento padronizado, mas sim adaptado às necessidades de cada doente. Refiro-me por exemplo à adequação da comunicação verbal, particularmente nos idosos cujo nível socioeconómico por vezes não lhes permite um correto entendimento de uma linguagem mais técnica.

O farmacêutico deve promover o uso seguro, racional e eficaz do medicamento. Para isso, este deve assegurar que o doente entende todas as indicações necessárias à correta toma dos medicamentos. Para que a posologia e modo de administração sejam devidamente compreendidas, há necessidade de fornecer informação escrita como complemento da informação oral. Há situações em que se recorre a pictogramas, para que se consiga uma melhor compreensão, particularmente no caso de idosos que não sabem ler.

O farmacêutico tem o dever de promover a *compliance* da terapêutica, de forma a evitar possíveis reações adversas, interações medicamentosas ou insucesso da terapêutica. A população idosa em particular, caracteriza-se por estar normalmente polimedicada, pelo que potenciais indícios de erros na toma da medicação não devem ser ignorados ou menosprezados. Por isso, mesmo quando se tratam de terapêuticas crónicas, o farmacêutico deve assegurar que o doente conhece o esquema terapêutico.

As condições de conservação devem também ser comunicadas sobretudo se se tratarem de produtos que necessitam ser conservados no frigorífico (insulinas, vacinas, colírios, anéis vaginais) ou cujo prazo de validade é reduzido aquando da sua abertura (colírios, xaropes preparados etc.).

Sempre que aplicável, o farmacêutico deve ainda facultar medidas não farmacológicas e promoção de estilos de vida saudáveis que ajudem a complementar e incrementar o sucesso das medidas farmacológicas.

O ato farmacêutico vai muito para além de dispensar medicamentos. Os farmacêuticos devem ser sobretudo bons ouvintes de forma a poderem identificar corretamente os problemas dos doentes, nunca esquecendo o dever do sigilo profissional. No momento da decisão sobre o que aconselhar a um doente, o farmacêutico nunca deve sobrepor hipotéticos interesses comerciais ao bem-estar do doente. O farmacêutico deve prontificar-se a esclarecer possíveis dúvidas que ainda restem após o atendimento e a repetir qualquer informação caso seja necessário.

6.2. Farmacovigilância

Por farmacovigilância entende-se a deteção, avaliação e prevenção de reações adversas a medicamentos, visando melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos, em defesa do utente e da Saúde Pública.¹⁶

Os profissionais de saúde devem ter a sensibilidade para detetar e notificar potenciais reações adversas graves, inesperadas ou qualquer outra reação adversa medicamentosa (RAM) que suscite a sua preocupação. A identificação de uma potencial RAM passa pela avaliação de sinais e sintomas, início e suspensão do medicamento em causa, indicação terapêutica e possíveis interações com outros medicamentos.¹⁶

Durante o meu estágio a FSC recebeu duas circulares de alerta de monitorização adicional relativas às substâncias Tiocolquicosido (Relmus® e Adalgur®) e Ralenato de estrôncio (Protelos® e Osseor®). Ambas as circulares pretendiam informar os profissionais de saúde, acerca de novas descobertas sobre reações adversas aos mesmos (genotoxicidade e problemas cardiovasculares respetivamente). Perante isto os profissionais ficaram mais alerta sobre os possíveis riscos da administração destas substâncias.

Quando se pretende fazer uma notificação de uma RAM o profissional pode fazê-lo por via eletrónica, bastando para isso aceder ao portal RAM no *site* do Infarmed. Para submeter a

notificação, o profissional deve preencher um formulário onde deve constar: a descrição da reação adversa, descrição do medicamento que terá dado origem à mesma, informação sobre a pessoa que sofreu a reação adversa e contacto do notificador.¹⁶ (ANEXO I)

6.3. Reencaminhamento dos medicamentos fora de uso

Quando um medicamento ultrapassa o prazo de validade ou quando um doente interrompe uma determinada terapêutica é de todo o interesse recolher e tratar os resíduos resultantes destes medicamentos, pois desta forma contribui-se para uma preservação do ambiente e da saúde pública. Para isso as farmácias aderentes contam com o apoio do programa VALORMED, sociedade responsável pela gestão de resíduos de embalagens vazias e de medicamentos fora de uso.¹⁷

Ao farmacêutico cabe informar e incentivar a adesão a este programa e proceder ao correto encaminhamento dos resíduos.

Na FSC verifica-se uma forte adesão e sensibilidade por parte dos utentes a esta campanha. O contentor da VALORMED encontra-se num local visível e perfeitamente acessível aos utentes. Quando o contentor se encontra completo é recolhido, selado e pesado. É necessário o preenchimento de uma ficha, em triplicado, onde deve constar o número de identificação da farmácia, o peso e a assinatura do responsável pela selagem. (ANEXO II) Posteriormente aguarda-se a recolha do contentor que é assegurada por um distribuidor, este completa o preenchimento da ficha (número de armazenista, data da recolha e assinatura) e destaca o duplicado que fica arquivado na farmácia.

7. Dispensa de Medicamentos

7.1. Prescrições médicas - leitura, receção administrativa e confirmação da validade/autenticidade

Quando o utente se dirige à farmácia fazendo-se acompanhar de uma receita médica, o farmacêutico deve verificar de imediato a autenticidade da mesma de forma a poder validá-la.

Os medicamentos devem ser prescritos por via eletrónica excetuando as situações que constam no artigo 8º da Portaria nº 137-A/2012¹⁸:

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

Existem dois tipos de receitas, as renováveis que são constituídas por 3 vias e têm uma validade de 6 meses e as não renováveis cuja receita é única e válida por 30 dias.

Cada receita pode incluir no máximo 4 medicamentos distintos, ou seja, medicamentos que não tenham a mesma substância ativa, dosagem, forma farmacêutica ou agrupamento de forma farmacêutica. Por cada medicamento podem ser prescritas no máximo 2 embalagens.¹⁹

De acordo com a legislação, os medicamentos devem ser prescritos por DCI (designação comum internacional) do princípio ativo, forma farmacêutica, dose e apresentação. Salvo as seguintes exceções:

- Ausência de medicamentos de marca ou genéricos similares;
- Justificação técnica incluída na receita pelo prescritor, para isso o médico deve introduzir a palavra “Exceção” e a respetiva alínea:

a) - Medicamentos com margem terapêutica estreita (é o caso da ciclosporina, tacrolimus e levotiroxina sódica)

b) - Reações adversas prévias (que têm que ser comunicadas previamente ao Infarmed)

c) - Continuidade de tratamento superior a 28 dias

Os parâmetros a verificar nas receitas são:

- Data da prescrição (prazo de validade);
- Assinatura do médico;
- Número de identificação da receita e respetivo código de barras perfeitamente visíveis;

- Identificação do local de prescrição e respetivo código de barras;
- Identificação do médico prescritor: nome, contacto, especialidade clínica e respetivo código de barras;

- Identificação do utente (nome e número de utente),
- Identificação da entidade responsável pela comparticipação;
- Identificação da entidade responsável pela comparticipação e respetivo regime especial de comparticipação (letra “R” para pensionistas e letra “O” para os outros subsistemas de comparticipação);

- Designação do medicamento por DCI ou por marca e respetiva dosagem, forma farmacêutica, número de embalagens, dimensão e posologia. (ANEXO III)

No caso das receitas manuais, deve haver uma verificação adicional, garantindo-se a não existência de rasuras e caso existam estas devem estar rubricadas pelo médico prescritor. Para além do mencionado anteriormente, neste tipo de receitas deve estar presente uma única vinheta (pelo que receitas renováveis não são passíveis de serem emitidas por via manual) e deve estar assinalada a exceção legal, que justifica a prescrição manual. Apesar deste último parâmetro não ser um motivo para o não pagamento da comparticipação do Estado à farmácia.¹⁹

Após validados os devidos parâmetros nas receitas, o profissional procede à dispensa propriamente dita. Posteriormente a receita é colocada na impressora, para que no seu verso constem informações como número de lote, da receita e de série, organismo responsável pela comparticipação, número da venda, informação relativa aos medicamentos comparticipados

(código de barras, número de embalagens dispensadas, dosagem, forma farmacêutica, preço total de cada medicamento compartilhado, valor correspondente à parte compartilhada e encargo pago pelo utente). É também impressa, uma linha destinada à assinatura do utente, que confirma a dispensa dos medicamentos pretendidos.

Seguidamente, o responsável pela dispensa coloca no verso da receita a data, o carimbo da farmácia e a sua assinatura. Este procedimento indica que a receita foi validada apesar de todo o receituário ser mais tarde conferido repetidamente. Na FSC, estas receitas são de seguida colocadas numa gaveta específica e guardadas por organismos.¹⁵

7.2. Avaliação e interpretação da prescrição médica e dispensa dos medicamentos prescritos

Durante a dispensa dos medicamentos os profissionais devem tentar perceber qual o grau de entendimento da terapêutica por parte do doente. Se o profissional sentir que algum aspeto inerente ao medicamento, não está totalmente esclarecido, quer se trate do modo de administração, da posologia, ou até da finalidade do tratamento, este deve ter a capacidade de através dos seus conhecimentos científicos ou, pesquisando informação junto de fontes bibliográficas, transmitir todas as recomendações que considere necessárias garantindo que o utente fica totalmente elucidado e em condições de um cumprimento seguro e eficaz da terapêutica.

Por vezes no decorrer desta fase, o farmacêutico pode detetar alguma inadequação ou incongruência na terapêutica, devendo nestas situações tentar contactar o médico ou encaminhar o doente à consulta médica.

No caso particular das receitas manuais, deve haver uma especial atenção pois as caligrafias por vezes são difíceis de decifrar, o que potencia a ocorrência de trocas na dispensa, resultantes de interpretações de doses ou vias de administração erradas. Nestas situações, o profissional deve abordar o utente acerca do problema de saúde que o levou ao médico para tentar clarificar as suas dúvidas. Caso não seja possível, deve estabelecer-se um contacto com o médico.

No momento da dispensa, o farmacêutico deve sempre questionar o utente se pretende o medicamento de marca comercial ou o genérico, exceto nos casos em que ainda não haja nenhum genérico disponível ou cuja prescrição venha acompanhada da exceção a) ou b). Quando vem mencionada a exceção c) o utente pode optar por um medicamento de PVP igual ou inferior ao prescrito.

O registo da receita através do sistema informático consiste em aceder ao ecrã “atendimento” no *Sifarma 2000*, seleccionar a opção “C/ Participação”, proceder à leitura ótica do código de barras dos medicamentos e aceder ao botão “Planos” e introduzir o organismo do qual o utente é beneficiário. Caso hajam portarias na receita, após este

procedimento surge um ecrã com uma listagem de portarias para que se possa seleccionar a que corresponde á que está presente na receita. Posteriormente, introduz-se a receita na impressora, o utente assina no verso e é emitida uma fatura que deve ser carimbada e rubricada pelo profissional antes de ser entregue ao doente.

Antes da entrega dos medicamentos, o farmacêutico deve assegurar-se de que o doente compreendeu todas as indicações acerca da terapêutica, escrevendo, de forma simplificada, a posologia nas embalagens dos medicamentos ou recorrendo a pictogramas caso os doentes não tenham a capacidade de interpretar a informação escrita. Adicionalmente, devem ainda facultar instruções que considere necessárias para evitar possíveis efeitos adversos ou interações medicamentosas.

7.3. Verificação farmacêutica da receita médica (após a dispensa)

Como referido anteriormente, na FSC o receituário é colocado numa gaveta específica para uma posterior verificação adicional. Os responsáveis por esta verificação, devem confirmar os mesmos parâmetros que foram verificados inicialmente no momento da dispensa. Assim, confirma-se novamente que foram dispensadas as quantidades, dosagens e formas farmacêuticas corretas dos medicamentos. Para além disso, verifica-se também se os medicamentos dispensados correspondem aos medicamentos prescritos ou correspondem ao seu grupo homogêneo. No caso de existirem exceções, deve-se garantir que estas foram devidamente introduzidas, que a dispensa decorreu dentro do prazo de validade da receita e que esta foi faturada no organismo de participação adequado. Atesta-se novamente a presença da assinatura do médico, do utente e do profissional que procedeu à dispensa, e o carimbo da farmácia.

Ainda assim, houve situações em que apenas na segunda conferência das receitas foram detetadas incongruências, o que ressalta a importância desta segunda verificação.

Após conferidas, as receitas são organizadas por organismos em lotes de 30 receitas para uma posterior impressão dos verbetes de identificação dos lotes.

7.4. Símbolos médicos mais comuns nas prescrições

Os símbolos que mais se observam nas prescrições médicas têm que ver com a posologia, por exemplo:

- SOS - tomar só quando necessário;
- 12/12 - 12 em 12 horas;
- Per os ou VO- via oral;
- IM. - via intramuscular;
- Inj. - injetável;
- IV. - via intravenosa;

- ID - uma vez por dia;
- BID - duas vezes por dia;
- TID- três vezes ao dia;
- FSA- faça segundo a arte

7.5 Utilização da aplicação informática na dispensa de medicamentos

O programa informático constitui uma ajuda fundamental na dispensa do medicamento. Para além do que foi referido anteriormente, o *Sifarma 2000* permite ainda consultar o *stock*, simular a comparticipação e informar o doente atempadamente de quanto irá pagar. Permite ainda, aceder à ficha do produto onde é possível confirmar a localização deste na farmácia. Em caso de dúvidas, no momento da dispensa o farmacêutico pode consultar a informação científica disponível sobre o produto estando esta dividida em: posologia, informação quantitativa e qualitativa, precauções de utilização, indicação terapêutica, contraindicações, interações medicamentosas e reações adversas. Por vezes, devido à dificuldade dos utentes em conseguir uma consulta médica em tempo útil, estes dirigem-se à farmácia solicitando a dispensa de medicamentos antecipadamente à obtenção da receita médica. Nestas situações, o profissional de saúde deve assegurar que se tratam de medicamentos pertencentes a uma terapêutica crónica, pelo que este deve conhecer o historial farmacoterapêutico do doente.

Para dispensar MSRM em carácter de urgência, deve fazer-se uma venda suspensa, ou seja, uma venda que fica a aguardar a receita médica. Assim, no ecrã do atendimento seleciona-se a opção “Suspensa” e nesta fase não são introduzidos planos de comparticipação. Após leitura ótica do código de barras do medicamento, termina-se o atendimento e o utente paga a totalidade do medicamento sendo posteriormente reembolsado quando este apresentar a receita médica. Por outro lado, caso se trate de um cliente com ficha de crédito na farmácia, este pode optar por pagar o medicamento apenas no momento em que tiver na sua posse a receita médica. Para isso, em vez de selecionar a opção “Pagar” o profissional seleciona a opção “Crédito”. Nestas situações, é emitido um talão de crédito e no momento da regularização da situação imprime-se a fatura definitiva.

7.6. Regimes de comparticipação

Tal como mencionado anteriormente, no receituário os regimes de comparticipação são por norma representados pelas letras “R”, “O” ou no caso do organismo “01”, podem não apresentar qualquer letra.¹⁹

Os regimes de comparticipação dos MSRM permitem que o utente beneficie destes medicamentos sem que por vezes tenha que pagá-los ou que tenha que pagar apenas uma

percentagem, sendo a restante parte assegurada por uma entidade responsável (desde que este apresente receita médica).

A grande maioria dos medicamentos é comparticipada pelo sistema nacional de saúde (SNS) - 01 ou pelo regime de pensionistas - 48. O SNS contém outros planos de comparticipação destinados a doenças profissionais - 41, paramiloidose - 42, trabalhadores migrantes - 46, lúpus/hemofilia/hemoglobinopatias - 67 entre outros. Existem outras situações particulares em que o utente usufrui de uma dupla comparticipação, onde uma parte é comparticipada pelo SNS e a restante por um outro organismo. Nestas situações, o utente deve fazer-se acompanhar do respetivo cartão de beneficiário relativo ao referido organismo, o qual é depois associado à receita para se tirar uma fotocópia. Neste caso, tem que se verificar se o referido cartão se encontra dentro do prazo de validade e se o nome do beneficiário corresponde ao nome de utente presente na receita. São exemplos deste tipo de complementaridades os indivíduos beneficiários dos serviços de apoio médico social (SAMS), Edp sãvida, Caixa Geral de Depósitos, CTT-PT, entre outros.

Existem também vários diplomas que regem a comparticipação de medicamentos destinados ao tratamento de doenças como Alzheimer (que apenas podem ser prescritos por médicos especialistas - Psiquiatras ou Neurologistas) e Psoríase bastando que para isso o médico introduza logo abaixo do medicamento prescrito, a respetiva portaria ou despacho identificativo da doença. Nestas situações, o profissional introduz nos “Planos” o número 45 (SNS-diplomas) ou 49 no caso dos pensionistas (SNS - pensionistas/diplomas), seguidamente surge um ecrã com uma lista de despachos/portarias para que o profissional selecione o que coincidir com o que consta na receita.

Há também produtos abrangidos por protocolos específicos, como por exemplo o plano da diabetes - DS, em que o utente beneficia deste tipo de comparticipação quando na receita médica venham prescritas agulhas, seringas, tiras de teste de medição da glicémia ou lancetas. De salientar, que só podem constar nas receitas produtos exclusivamente abrangidos por este protocolo.

7.7. Dispensa de estupefacientes/psicotrópicos

De acordo com a legislação, medicamentos classificados como estupefacientes ou psicotrópicos, que podem em caso de utilização inadequada, originar riscos para a saúde, toxicodependência ou utilização para fins ilegais.⁹

Assim, a prescrição destes medicamentos é legislada pelo Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro (alterado pela Declaração de rectificação n.º 20/93, publicada na I Série-A do Diário da República n.º 43, de 20 de Fevereiro) e pelo Decreto-Regulamentar nº 6/94, de 12 de Outubro.^{20,21}

Estes medicamentos, são prescritos isoladamente (impedindo a prescrição na mesma receita de outros medicamentos) numa receita em tudo semelhante às receitas normais mas com a presença da sigla RE (receita especial). Quando se processa a leitura ótica do produto no sistema informático, surge a sigla “PSI” e após serem introduzidos os planos de comparticipação, para prosseguir surge uma questão, onde o profissional tem de confirmar se o utente aviado é o utente para o qual se destina a prescrição. De seguida, introduzem-se alguns dados referentes, ao médico prescriptor, dados do utente para o qual se destina o medicamento (nome, morada, código postal), e dados da pessoa que está a comprar o medicamento (nome, morada, código postal, idade, número e validade do documento de identificação). (ANEXO IV) Quando se termina a venda, são impressos 2 documentos adicionais onde se encontram os dados previamente introduzidos, os quais devem ser anexados a uma fotocópia da respetiva receita e posteriormente arquivados na farmácia, os quais devem ser mantidos num prazo não inferior a 3 anos.

Mensalmente, são impressas listas de saídas de Psicotrópicos e Estupefacientes onde se encontra toda a informação referente ao momento da dispensa (data e hora da dispensa, funcionário que a realizou, medicamento dispensado e dados do médico, do doente e do adquirente) as quais devem ser igualmente arquivadas.

7.8. Enquadramento legislativo relativo à dispensa de genéricos

De acordo com a legislação, a prescrição de medicamentos deve ser feita através da DCI, na qual o doente poderá exercer o seu direito de opção por um medicamento mais barato. Ou seja, se na receita estiver prescrito apenas por DCI, a farmácia deve dispensar o medicamento mais barato salvo se for outra a opção do doente. Caso, esteja prescrito na receita um medicamento por DCI mais nome comercial, o doente poderá da mesma forma usufruir do seu direito de opção, salvo a existência da exceção a) ou b). No caso da exceção c) o doente pode optar por um medicamento de PVP igual ou inferior ao prescrito.²²

Assim cabe ao farmacêutico, a competência de informar o doente sobre a existência de medicamentos genéricos ou medicamentos similares ao medicamento prescrito. As farmácias têm que ter em *stock*, no mínimo, 3 medicamentos de cada grupo homogéneo de entre os 5 medicamentos com preço mais baixo.^{1,19}

8. Automedicação

Automedicação significa, “a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde”.²³

Durante o estágio, tive a oportunidade de observar que a automedicação se trata de uma prática muito comum por parte da comunidade. Esta deve ser executada de forma responsável, para que se possa usufruir dos seus benefícios na autogestão da saúde.

Por vezes, o impacto dos anúncios publicitários e o crescente acesso à informação acerca de MNSRM pelo utente, torna-se um grande contributo para o aumento da automedicação. Para além disso, o doente vê a automedicação como uma modalidade cómoda na tentativa de resolução dos seus problemas de saúde, na medida em que, evita uma possível ida ao médico evitando também os encargos daí decorrentes.

Desta feita, a farmácia torna-se muitas vezes o primeiro local a que o doente recorre a fim de procurar aconselhamento acerca do produto por ele pretendido. Assim, cabe ao farmacêutico assegurar um aconselhamento e orientação para uma automedicação responsável, segura e racional.

De acordo com o Decreto de lei nº 176/2006, MSRMs são medicamentos que preencham qualquer uma das seguintes condições⁹:

- “Possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica”;
- “Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam”;
- “Contenham substâncias ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar”;
- “Destinem-se a ser administrados por via parentérica”

Os medicamentos que não preencham nenhum dos requisitos anteriores são considerados MNSRM, ou produtos de venda livre. O Decreto de lei nº 72/91, de 8 de Fevereiro, define-os como “todos os produtos que, destinando-se ao tratamento ou prevenção de certas doenças que não requerem cuidados médicos, podem ser adquiridos sem receita médica”.²⁴ Estes produtos têm que conter indicações terapêuticas que se incluam na lista de situações passíveis de automedicação.²⁵

Esta lista encontra-se disposta no anexo do Despacho 17690/2007 de 23 de Julho.²³

O farmacêutico deve diferenciar situações tratáveis com MNSRM de situações mais complexas que requerem um encaminhamento ao médico. Durante o estágio foram inúmeras as situações em que os doentes procuraram ajuda junto do farmacêutico apresentando queixas de sintomas como diarreia, obstipação, flatulência, pirose, febre, congestão nasal, tosse, rouquidão, queimaduras, irritações cutâneas, acne, dermatites da fralda, dores de cabeça, perturbações do sono, dores musculares, articulares e reumáticas, cansaço, problemas associados com o aparelho genito-urinário, entre muitos outros.

Nestas situações, o farmacêutico deve avaliar o utente fazendo para isso as questões que considere necessárias e que o conduzam a uma correta identificação do problema de saúde. O farmacêutico deve ponderar fatores como a idade, duração ou persistência dos sintomas,

identificação de outros problemas de saúde coexistentes e identificação de outros medicamentos tomados pelo doente devem ser ponderados quando um doente solicita um determinado medicamento. Após uma correta avaliação profissional, o farmacêutico está em condições de decidir se o problema apresentado pelo doente é suscetível de uma intervenção farmacêutica. Assim, este poderá intervir ao indicar um MNSRM e as respetivas recomendações da sua toma (posologia, modo de administração, duração do tratamento, reações adversas possíveis, etc). A comunicação é feita verbalmente e por escrito, não esquecendo a recomendação de que se os sintomas permanecerem, o utente deverá dirigir-se ao médico. Por vezes, o farmacêutico pode decidir recomendar apenas medidas não farmacológicas caso as considere suficientes. Quando o farmacêutico conclui que está perante um problema de saúde que não é passível de automedicação, este deve encaminhar de imediato o utente ao médico quer seja pela complexidade do problema, quer pela duração do mesmo, ou pela suspeita de interações medicamentosas ou efeitos adversos relacionados com a medicação do doente.

No decorrer do estágio observei diversas vezes a solicitação de MSRMs como antibióticos, benzodiazepinas entre outros. Nestas situações, a intervenção farmacêutica deve ir no sentido da educação para a saúde devendo para além de encaminhar o doente ao médico, alertar para os perigos associados com a toma destes medicamentos na ausência de uma avaliação clínica prévia.

Outras situações observadas decorreram durante a medição de parâmetros como a tensão arterial ou colesterol. Ao se deparar com doentes com estes valores acima dos valores de referência, o farmacêutico deve indagar o doente no sentido de perceber se existe um diagnóstico prévio de alguma patologia (neste caso de hipertensão arterial ou hipercolesterolemia). Deve reforçar sempre a importância do cumprimento de uma terapêutica eventualmente estabelecida e facultar medidas não farmacológicas como complemento desta. Ou por outro lado, na ausência de um diagnóstico previamente estabelecido, aconselhar o doente a uma consulta médica.

Na sequência do que foi mencionado anteriormente, nem todas as situações são passíveis de automedicação. O farmacêutico deve avaliar cada caso individualmente, ponderando todos os riscos que poderão advir da dispensa de MNSRM. Apesar de serem medicamentos de venda livre, não implica que não possam trazer consequências nefastas para o organismo, daí a importância da intervenção farmacêutica no sentido de promover o uso seguro e racional destes produtos. O farmacêutico deve transmitir de forma clara todos os riscos associados à automedicação, uma vez que estes medicamentos podem contribuir para mascarar sintomas de outras patologias passíveis de avaliação clínica, interações com outros medicamentos previamente prescritos, risco de reações adversas, de toxicidade, sobredosagem. A falta de aconselhamento adequado no momento da dispensa, juntamente com a falta de informação por parte do adquirente podem muitas vezes resultar em erros como os referidos.

Por outro lado, existem grupos de doentes que pela sua suscetibilidade ou fragilidade requerem uma atenção redobrada e a dispensa de MNSRM tem de ser muito bem ponderada, e muitas vezes não são passíveis de automedicação, refiro-me por exemplo a grávidas, crianças, idosos, diabéticos, insuficientes cardíacos, renais hepáticos, entre outros.

9. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

9.1. Produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene

Por definição, um produto Cosmético é “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com partes externas do corpo humano (epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos) ou com os dentes e as mucosas bucais, tendo em vista, exclusiva ou principalmente, limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais”.²⁶

Cabe ao Infarmed a missão de regular e de supervisionar o mercado de produtos cosméticos segundo os mais elevados padrões de proteção da saúde pública, garantindo o acesso dos profissionais de saúde e dos consumidores a produtos cosméticos de qualidade e seguros. Já o fabrico, controlo, segurança e cumprimento da legislação aplicável aos produtos cosméticos é da exclusiva garantia da entidade responsável pela sua produção. Os produtos cosméticos são regulados pelo Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de Setembro.^{26,27}

O público consumidor procura neste tipo de produtos complementar uma terapêutica instituída, promover a manutenção do bom estado de saúde corporal ou auxílio na obtenção da aparência física desejada. Apesar de se tratarem de produtos não exclusivos das farmácias, este é o local de excelência para a sua obtenção, uma vez que o utente tem ao seu dispor profissionais dotados dos conhecimentos e das ferramentas necessárias a um aconselhamento personalizado. O farmacêutico tem a capacidade de selecionar e indicar qual o produto mais adequado e que melhor satisfaz as necessidades do doente, face à diversa gama de produtos disponíveis.

Na farmácia são Cosme existe uma grande variedade de marcas de cosméticos ao dispor do utente: *Lierac, Vichy, Avène, Bioderma, Elancyl, La Roche Posay, Á-Derma, D’Aveia, Lutsine, Klorane, Ducray, Roc* entre outras. Tratam-se de marcas que se dividem em diversas linhas a fim satisfazer as necessidades de todo o tipo de público apresentando produtos que se dividem em categorias como: produtos capilares, produtos de maquilhagem, desmaquilhagem, perfumaria, produtos de higiene e hidratação, produtos de proteção solar, bronzamento, pós-solares, produtos para o cuidado de mãos e unhas, produtos para pés, produtos para aplicação bucal, depilatórios, desodorizantes e antitranspirantes.

Estas gamas apresentam produtos destinados aos diferentes tipos de pele: normal, seca, muito seca, desidratada, atópica, predisposta a irritações, vermelhidões, acne ou psoríase, etc. Cabe ao farmacêutico identificar qual o produto que mais se adequa ao utente, fazendo

para isso uma avaliação visual do problema e distinguindo o que é passível de ser corrigido com um dermocosmético ou que por outro lado necessita de uma avaliação e tratamento médico.

Durante o estágio verifiquei muitas as situações onde os utentes procuraram aconselhamento na área da dermocosmética, estando a maioria relacionadas com a área da maquilhagem, acne, vermelhidões, micoses, dermatites, alergias, peles secas e atópicas, queda de cabelo, caspa, pediculose, herpes labial, queimaduras de primeiro grau, verrugas, calosidades, entre outras. Cabe ao farmacêutico ter a capacidade de diferenciar este tipo de patologias e indicar o produto mais adequado, fornecendo também toda a informação necessária no que diz respeito ao modo de aplicação, duração do tratamento, posologia, precauções de utilização e efeitos adversos possíveis.

De salientar, que estes produtos permitem resolver problemas estéticos, não constituindo um verdadeiro tratamento de uma patologia. Assim o aconselhamento farmacêutico deve ir no sentido de complementar um tratamento médico, evitar o reaparecimento de uma patologia ou indicar medidas não farmacológicas que possam contribuir para a manutenção de uma boa aparência estética incentivando à execução de alguns cuidados rotineiros (como a limpeza de pele, proteção solar adequada, uma boa hidratação, entre outros).

9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Produtos dietéticos para alimentação especial são “uma categoria de géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais de pacientes e para consumo sob supervisão médica, destinando-se à alimentação exclusiva ou parcial de pacientes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabolitos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares que não géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial ou por uma combinação de ambos”.²⁸

Este tipo de alimentação destina-se a²⁹:

- Pessoas cujo processo de assimilação ou cujo metabolismo se encontrem perturbados;
- Pessoas que se encontram em condições fisiológicas especiais e que, por esse facto, podem retirar benefícios especiais de uma ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos;
- Lactentes ou crianças de pouca idade em bom estado de saúde.

De acordo com o instituído no Despacho nº4326/2008 de 19 de fevereiro, os produtos dietéticos destinados aos doentes com erros congénitos do metabolismo são comparticipados

na sua totalidade, tendo que para isso serem prescritos no Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães ou nos centros de tratamento dos hospitais protocolados com este instituto (Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.; o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.; o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.; o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, E.P.E.; o Hospital Central do Funchal, o Hospital do Divino Espírito Santo, de Ponta Delgada; o Hospital de Santa Maria, E.P.E.; o Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, o Hospital de S. João, E.P.E. e os Hospitais da Universidade de Coimbra).³⁰

9.3. Produtos dietéticos infantis

De acordo com a OMS, o leite materno adapta-se às necessidades dos lactentes fornecendo-lhes todos os nutrientes necessários ao normal desenvolvimento infantil ao mesmo tempo que respeita a imaturidade do seu organismo. Este recomenda-se como alimento exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses. Ou por um período mais alargado sendo complementado com outros alimentos como as papas, as sopas e as frutas.³¹

No entanto, há situações em que o leite materno não é produzido em quantidades que satisfaçam o bebé e por isso há necessidade de recorrer a fórmulas infantis disponíveis comercialmente. Existem leites adequados para a faixa dos 0-6 meses (leites para lactentes), para 6-12 meses (leites de fase de transição) e para mais de 12 meses (leites de crescimento).

Os leites podem ter várias características, existem leites hipoalergénicos (HA) que como o próprio nome indica destinam-se a crianças com suspeita ou diagnóstico de algum tipo de alergias ou que vão iniciar o primeiro leite nos casos em que o leite materno não é suficiente; leites anticólicas (AC); anti regurgitantes (AR); tratam-se de leites normalmente mais espessos para evitar o refluxo gástrico; antidiarreicos (AD) são por exemplo os leites à base de arroz que para além de serem indicados em casos de diarreias severas, são também indicados em casos de intolerância à lactose; anti obstipação (AO); e ainda fórmulas especiais que incluem os leites em pó sem lactose, sem glúten, sem proteína do leite de vaca entre outras.

Outro componente da alimentação infantil são as papas, que por norma são iniciadas aos 4 meses ou aos 6 meses de acordo com as necessidades individuais de cada criança. As papas de iniciação (a partir dos 4 meses) são isentas de glúten e, a partir dos 6 meses começam a ser introduzidas as papas com glúten (salvo eventuais alergias). Estas farinhas podem ser lácteas ou não lácteas consoante sejam preparadas com água ou com leite.

Por fim existem os boiões que podem conter fruta (maçã, pera, banana, laranja etc.), ou refeições à base de carne (carnes brancas ou vermelhas), peixe e legumes.

No Decreto-Lei n.º 217/2008, de 11 de novembro, está disponível o regime jurídico aplicável às fórmulas para lactentes e às fórmulas de transição para lactentes saudáveis.³²

Na sequência do que foi mencionado anteriormente, há situações e patologias que levam a necessidade de alteração do esquema de alimentação dos lactentes sendo elas:

- Alergias,
- Cólicas,

- Gases,
- Regurgitação,
- Obstipação,
- Diarreias.

O papel do farmacêutico na dispensa deste tipo de produtos é facultar todas as indicações necessárias a uma correta preparação da alimentação. No caso dos leites, estes devem ser preparados de acordo com as doses especificadas na embalagem (por norma a preparação exige uma medida rasa para 30 mL de água fervida), dando também indicações do modo de preparação ou reconstituição. O farmacêutico deve evidenciar a importância da esterilização dos objetos que contactam com o bebé (biberões, tetinas, chupetas) de forma a prevenir a transmissão de infeções, bem como informar acerca dos métodos disponíveis para a fazer.

9.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

A fitoterapia procura tirar partido das propriedades ativas das plantas para fins terapêuticos, já os nutracêuticos são alimentos ou parte deles que apresentam benefícios para a saúde. Durante o estágio foram muitos os utentes que procuraram este tipo de produtos. A atração por este tipo de produtos está relacionada com a sua componente natural face aos compostos químicos, e a sua menor incidência de efeitos adversos.

A farmácia são Cosme tem ao dispor do utente uma vasta gama destes tipo de produtos. Estes podem ser formulados sob forma de chás, ampolas, cápsulas e comprimidos.

De entre os produtos mais solicitados destaco:

- Chás de barbas de milho e suplementos à base de uva-ursina - infeções urinárias,
- Suplementos à base de valeriana ou passiflora - insónias e ansiedade,
- Complexos multivitamínicos - bem-estar geral, melhoria da memória,
- Ginko Biloba - melhoria de circulação cerebral,
- Suplementos à base de glucosamina e condroitina - redução de dores ao nível das articulações,
- Suplementos à base de castanheira da índia - melhoria da circulação sanguínea,
- Suplementos à base de magnésio - problemas neuromusculares (cãibras),
- Carvão ativado - flatulência.

No entanto cabe ao farmacêutico aconselhar devidamente os utentes face às suas necessidades, evidenciando o facto de este tipo de produtos não substituírem uma alimentação saudável, e que apesar da sua origem natural este deve estar atento à ocorrência de possíveis efeitos adversos.

Estas terapias ditas não convencionais são legisladas pela Lei 45/2003, de 22 de agosto.³³

9.5. Medicamentos de uso veterinário

Medicamento veterinário é "toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um

diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas".³⁴

Um produto de uso veterinário é "a substância ou mistura de substâncias, sem indicações terapêuticas ou profiláticas, destinada: aos animais, para promoção do bem-estar e estado higieno-sanitário, coadjuvando ações de tratamento, de profilaxia ou de manejo zootécnico, designadamente o da reprodução; ao diagnóstico médico -veterinário; ao ambiente que rodeia os animais, designadamente às suas instalações".³⁵

Os produtos disponíveis na farmácia São Cosme são: desparasitantes ectópicos de uso externo e internos, pílulas anticoncepcionais, antibióticos, as coleiras antiparasitárias e suplementos vitamínicos entre outros.

De acordo com o decreto de lei 184/97, de 26 de Julho, os medicamentos de uso veterinário que contenham na sua embalagem a citação "Só pode ser vendido mediante receita médica", ou outra equivalente, apenas podem ser dispensados mediante apresentação de receita passada pelo médico veterinário.³⁶ Apesar disso é de referir que este tipo de produto não são comparticipados.

Ambos os produtos são de grande importância para a saúde pública, uma vez que contribuem para a prevenção e tratamento de doenças nos animais e a consequente transmissão ao Ser humano.

Cabe ao farmacêutico aconselhar o uso seguro destes produtos, para isso deve facultar todas as informações necessárias quanto ao modo de administração, conservação, duração do tratamento e dosagem de acordo com a espécie animal a que se destina, o seu peso e idade. Este deve também alertar para o perigo associado à transmissão de doenças, para a importância da vacinação dos animais, e incentivar visitas periódicas ao veterinário.

9.6. Dispositivos médicos

Estes produtos são destinados, pelo seu fabricante, a serem utilizados para fins comuns aos dos medicamentos tais como prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença humana. Devem atingir os seus fins através de mecanismos que não se traduzem em ações farmacológicas, metabólicas ou imunológicas, distinguindo-se assim dos outros medicamentos.³⁷

De acordo com o Decreto-Lei 145/2009 de 17 de Junho, atendendo à vulnerabilidade do corpo humano e aos potenciais riscos decorrentes da conceção técnica e do fabrico, estes dispositivos são classificados em³⁸:

- Dispositivos médicos de classe I - baixo risco
- Dispositivos médicos de classe IIa - médio risco
- Dispositivos médicos classe IIb - médio risco
- Dispositivos médicos classe III - alto risco

Na farmácia São Cosme existe uma grande diversidade destes dispositivos médicos, colares cervicais, muletas, talas, meias de compressão, agulhas, seringas, pensos, gazes, compressas, coletores de urina, luvas, testes de gravidez, preservativos, medidores de tensão arterial e de glicémia, entre muitos outros.

O farmacêutico deve garantir que o utente sabe utilizar corretamente cada ipo de dispositivo, disponibilizando todas as instruções necessárias ao correto uso.

10. Outros cuidados de Saúde prestados na Farmácia

Para além do referido anteriormente, a FSC possibilita a determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos aos seus utentes, ajudando-os desta forma no controlo dos seus problemas de saúde ou na sua prevenção. Desta forma a FSC disponibiliza, a medição do colesterol total, triglicérideos, glicémia capilar, PSA, ácido úrico tensão arterial, medição antropométrica, percentagem de gordura corporal, testes de gravidez e ainda administração de vacinas.

Os aparelhos de medição devem estar em boas condições de funcionamento e higiene, e devidamente calibrados. Quando as medições implicam a utilização de tiras de teste, o profissional deve certificar-se que estas se encontram em boas condições e dentro do prazo de utilização.¹

Próximo da entrada da farmácia existe um aparelho onde é possível proceder à medição da tensão arterial, percentagem de gordura corporal e índice de massa corporal. Os restantes testes são realizados no gabinete de atendimento personalizado. Para a realização dos testes de gravidez, é apenas necessário que a utente recolha uma porção de urina para um recipiente coletor (procedimento que realiza nas instalações sanitárias da farmácia) e posteriormente o farmacêutico realiza e interpreta o teste.

A medição dos valores de colesterol total, triglicérideos, glicémia capilar, ácido úrico e PSA é feita através de um aparelho que trabalha com base no princípio da fotometria de refletância - o *Reflotron® plus*. Trata-se de um equipamento que possibilita a obtenção de medições fiáveis em tempo útil, bastando para isso recolher uma pequena amostra de sangue do doente para uma tira de teste que é específica para cada parâmetro, sendo seguidamente introduzida na câmara de leitura. Os resultados são obtidos 2 a 3 minutos mais tarde e registados num cartão que é facultado ao doente.³⁹

Quando um utente se dirige a farmácia solicitando a medição da tensão arterial, o farmacêutico deve solicitar que este repouse durante alguns minutos a fim de obter resultados mais fiáveis. No caso da medição da glicémia capilar e triglicérideos é recomendável que o utente se encontre em jejum há 12 horas. O farmacêutico deve estabelecer um diálogo com o doente no decorrer da medição de forma a perceber o que o levou a procurar este tipo de serviços, e qual o seu nível de preocupação com a sua saúde. Deve questionar o utente acerca de patologias diagnosticadas e reforçar a importância da frequente monitorização dos diferentes parâmetros. Quando os valores obtidos se encontram fora dos intervalos de referência, o farmacêutico deve tentar perceber se existe alguma terapêutica previamente estabelecida, promover a sua *compliance*, recomendar medidas não farmacológicas como complemento ou incentivar a ida ao médico no caso de desvios muito elevados.

Durante o estágio, foram muitas as pessoas que se dirigiram a farmácia procurando estes serviços, o que demonstra a preocupação dos utentes com a sua saúde e bem-estar. Tive a oportunidade de acompanhar por diversas vezes a medição da tensão arterial, realizei vários testes de colesterol, glicémia capilar e triglicéridos e procedi ao controlo de qualidade do equipamento *Reflotron® plus*.

11. Preparação de medicamentos

11.1. Enquadramento legal, ético e farmacêutico relativo à preparação de manipulados

A preparação de medicamentos manipulados é da inteira responsabilidade do farmacêutico, trata-se de uma prática importante no contexto da terapêutica medicamentosa, onde é possível colmatar as necessidades dos doentes perante lacunas existentes à escala industrial.

A legislação em vigor prima pelo fabrico de manipulados de acordo com as boas práticas, para isso o ministério da saúde emite despachos onde define as substâncias autorizadas e proibidas ao fabrico. Regula também a prescrição e preparação, bem como as condições de comparticipação dos manipulados, procurando reforçar a garantia da qualidade.

As matérias-primas devem ser adquiridas aos fornecedores que cumpram as condições exigidas pelo Infarmed. Ao proceder à realização de manipulados o farmacêutico, como entidade responsável, deve garantir a existência dos equipamentos mínimos legalmente exigidos para a preparação, acondicionamento e controlo de medicamentos manipulados.

A farmácia deve ainda estar munida de toda a bibliografia necessária ao fabrico dos preparados.

Durante o estágio tive a oportunidade de observar e realizar algumas das seguintes preparações:

- Pomada propriamente dita de *Dermovate®* pomada e vaselina sólida,
- Solução de álcool boricado à saturação,
- Pomada propriamente dita de ácido salicílico, *Dermovate®* pomada e vaselina,
- Pomada propriamente dita de carbonato de cálcio, *Elocom®* creme e *Effaclair Ai®*.

11.2. Matérias-primas, material de laboratório e receitas

As matérias-primas utilizadas na preparação de manipulados têm que satisfazer as exigências das respetivas monografias.¹

De acordo com a deliberação 1500/2004 a farmácia deve estar munida dos seguintes equipamentos obrigatórios⁴⁰:

- Alcoómetro;
- Almofarizes de vidro e de porcelana;

- Balança de precisão sensível ao miligrama;
- Banho de água termostaticado;
- Cápsulas de porcelana;
- Copos de várias capacidades;
- Espátulas metálicas e não metálicas;
- Funis de vidro;
- Matrises de várias capacidades;
- Papel de filtro;
- Papel indicador pH universal;
- Pedra para a preparação de pomadas;
- Pipetas graduadas de várias capacidades;
- Provetas graduadas de várias capacidades;
- Tamises FVII, com abertura de malha 180 μ m e 355 μ m (com fundo e tampa);
- Termómetro (escala mínima até 100°C);
- Vidros de relógio.

O local de armazenamento de matérias-primas deve permitir que estas estejam abrigadas da luz sob condições de temperatura e humidade controladas, através de equipamentos que permitam garantir as condições especiais de armazenamento exigidas pelos diferentes materiais. A disposição dos materiais deve ser estruturada de modo a evitar confusão ou trocas entre os produtos, deste modo deve haver diferentes áreas destinadas ao armazenamento dos materiais de acordo com as suas propriedades ou finalidades.

Na farmácia é possível saber a qualquer momento, a quantidade de matérias-primas disponíveis, bastando para isso consultar o registo de mobilidade das matérias-primas (ver exemplo, ANEXO V), onde o operador regista a quantidade gasta no momento da preparação do manipulado conseguindo assim saber a quantidade de produto remanescente para as preparações subsequentes, nesse mesmo registo, encontra-se ainda informação acerca da validade, nº de lote, fabricante e data de entrada e saída da matéria-prima. Desta forma garante-se o cumprimento da regra de que sai primeiro o que entra primeiro (“*first in first out*”).¹

Aquando da aquisição da matéria-prima esta é acompanhada do boletim de análise, onde constam os diferentes parâmetros analisados a suas correspondentes especificações, unidades e resultados comprovando assim o cumprimento das exigências da respetiva monografia. (ver exemplo, ANEXO VI) Os fornecedores são também obrigados ao envio conjunto de uma ficha de dados de segurança sobre o produto.⁴¹

Para a preparação do manipulado, o farmacêutico deve interpretar corretamente a receita médica (receita onde não podem constar outros medicamentos/produtos) e verificar que o produto prescrito não irá comprometer a ação do medicamento ou a segurança do doente. De seguida, deve pesquisar a técnica correspondente à preparação do manipulado, bem como os materiais e as matérias-primas necessárias, nas fontes bibliográficas disponíveis

na farmácia. Para além disso, antes de proceder à sua preparação deve ainda garantir que todos os produtos se encontram dentro do prazo de validade e em boas condições de conservação. Tanto os materiais de manipulação como os de embalagem devem estar corretamente higienizados.

Decorrida a preparação deve proceder-se ao controlo de qualidade, efetuando todas as verificações necessárias sendo que os caracteres organoléticos constituem o ensaio mínimo comum a todas as preparações, os restantes ensaios variam de acordo com a forma farmacêutica. Posteriormente os ensaios são registados na ficha de preparação do produto, juntamente com as condições de conservação (ver exemplo de uma ficha de preparação de medicamentos manipulados ANEXO VII). Desta forma garante-se a qualidade do produto final. De salientar que todos estes procedimentos devem ser feitos pelo farmacêutico ou sob sua supervisão.^{1,10}

11.3. Cálculo do preço de medicamentos preparados pelo regime geral de preços

Um procedimento inerente à preparação de manipulados é o cálculo do preço de venda do produto final. Ou seja, o farmacêutico terá de estimar o valor das matérias-primas utilizadas bem como honorários de manipulação e custo do material de embalagem. O referido cálculo obedece ao disposto na portaria 769/2004 de 1 de julho.^{42,43}

O valor das matérias-primas é calculado multiplicando o preço de aquisição (com dedução prévia do IVA), pela quantidade a usar e por um fator multiplicativo de acordo com a maior das unidades a utilizar.

O cálculo referente ao valor dos honorários depende de um fator (F) cuja unidade é o euro, atualizado anualmente na proporção do crescimento do índice de preços ao consumidor divulgado pelo INE, e depende também de um fator multiplicativo que varia consoante a quantidade e o tipo de técnica que o manipulado exige.

Relativamente ao valor dos materiais de embalagem, este é determinado multiplicando o preço de aquisição dos mesmos (sem IVA) e pelo fator multiplicativo 1,2. Finalmente, o preço de venda ao público determina-se somando os valores das matérias-primas, honorários e do material de embalagem com a posterior aplicação do fator multiplicativo 1,3, acrescentando o valor do IVA à taxa em vigor (ANEXO VIII).⁴²

11.4. Rotulagem e enquadramento legal

De acordo com a lei, nos rótulos dos manipulados devem constar informações necessárias a uma correta utilização do manipulado, sendo elas⁴⁴:

- Nome do doente (no caso de se tratar de uma fórmula magistral);
- Fórmula do medicamento manipulado prescrita pelo médico;
- Número do lote atribuído ao medicamento preparado;
- Prazo de utilização do medicamento preparado;
- Condições de conservação do medicamento preparado;
- Instruções especiais, eventualmente indispensáveis para a utilização do medicamento, como, por exemplo, «agite antes de usar», «uso externo», etc.;
- Via de administração;
- Posologia;
- Identificação da farmácia;
- Identificação do farmacêutico diretor técnico.

(No anexo IX, encontra-se o exemplo de um rótulo bem como de algumas advertências que podem ser colocados no recipiente do manipulado).

11.5. Validades, estabilidade e conservação

Os prazos de utilização atribuídos aos manipulados variam de acordo com a forma farmacêutica. Assim, de acordo com o formulário galénico português e na ausência de dados sobre a estabilidade de um determinado medicamento, recomendam-se os seguintes prazos de utilização para os medicamentos manipulados não estéreis, conservados em embalagens bem fechadas, ao abrigo da luz e à temperatura ambiente:

- Preparações líquidas não aquosas e preparações sólidas: quando a origem da substância ativa é um produto industrializado, o prazo de utilização do medicamento manipulado será 25% do tempo que resta para expirar o prazo de validade do produto industrializado, sem exceder os 6 meses. Quando a substância ativa consiste numa matéria-prima individualizada, isto é, não proveniente de um produto industrializado, o prazo de utilização do medicamento manipulado não deverá exceder 6 meses;
 - Preparações líquidas que contêm água (preparadas com substâncias ativas no estado sólido): o prazo de utilização do medicamento manipulado não deverá ser superior a 14 dias e deve ser conservado no frigorífico.
 - Restantes preparações: o prazo de utilização do medicamento manipulado deverá corresponder à duração do tratamento. No caso de este se prolongar por mais de 30 dias, deverá adotar-se um prazo de utilização máximo de 30 dias.⁴⁵

11.6. Água purificada

De acordo com a Farmacopeia Portuguesa, a água purificada destina-se à preparação de formas farmacêuticas com exceção das que são obrigatoriamente estéreis e isentas de pirogénios, exceto se justificado e autorizado.⁴⁶

11.7. Bibliografia necessária à preparação de manipulados

Segundo a deliberação n.º 1504/2004, de 7 de Dezembro, para a preparação de medicamentos manipulados, a bibliografia necessária é composta pelas Farmacopeias e formulários Portugueses e Europeus, Formulários oficiais dos Estados membros da União Europeia, United States Pharmacopeia/National Formulary, Formulário Galénico Português, Centro Tecnológico do Medicamento e Associação Nacional das Farmácias.⁴⁷

11.8. Enquadramento de medicamentos manipulados no regime de participações em vigor com o SNS e as diversas entidades

De acordo com o decreto de lei 48-A/2010 de 13 de Maio, os preparados officinais incluídos na Farmacopeia Portuguesa ou no Formulário Galénico Nacional e as fórmulas magistrais que constam da lista de medicamentos manipulados participáveis que constam de lista a aprovar anualmente por despacho do membro do Governo responsável pela área de saúde, mediante proposta do conselho diretivo do Infarmed, I. P., são participados em 30% do seu preço.^{48,49}

12. Contabilidade e Gestão

12.1. Gestão de Recursos Humanos

O regime jurídico respeitante às farmácias de oficina está presente no decreto de lei 307/2007 de 31 de Agosto. Hoje em dia, é necessária uma boa gestão dos recursos humanos para um bom funcionamento de uma farmácia. A gestão destes recursos implica uma adequada distribuição de funções e responsabilidades de acordo com as qualificações de cada elemento.

A farmácia deve dispor de um diretor técnico e pelo menos um outro farmacêutico. Os farmacêuticos devem ser maioritários podendo ser auxiliado por pessoal técnico.²

Estando a ciência em constante mudança e evolução, as ciências farmacêuticas não são exceção. Desta feita, é importante promover a atualização de conhecimentos incentivando à participação em ações de formação, estimulando-se assim a formação contínua e valorização

profissional dos colaboradores da farmácia. Durante o estágio tive a oportunidade de assistir a uma sessão de formação com o tema “Dor e febre - Saúde na criança” promovida pela empresa Bene Farmacêutica, Lda.

12.2. Faturação e Receituário

Tal como foi mencionado anteriormente neste relatório, todo o receituário é conferido cerca de duas vezes de forma a minimizar erros. No final de cada mês, todo o receituário é disposto de acordo com a entidade participadora, em lotes de 30 receitas as quais estão organizadas por ordem numérica. Esta verificação detalhada é de extrema importância uma vez que se as receitas forem devolvidas, a Farmácia perde o valor da participação das referidas receitas. Após realizada a segunda conferência, são emitidos os verbetes de identificação dos lotes que têm que ser posteriormente carimbados e anexados ao lote correspondente.

No verbete de identificação encontra-se o nome e código da Farmácia, organismo de participação e respetivo lote, mês e ano da fatura, quantidade de receitas, PVP total do lote, custo total para os utentes e valor participado pelo organismo.⁵⁰

Cada verbete é de seguida carimbado, e a este anexam-se as receitas correspondentes.

Aquando do fecho da faturação (no final do mês) emite-se a relação-resumo de lotes de cada organismo que contém os seguintes elementos⁵⁰:

- Nome e código da farmácia
- Mês e ano da respetiva fatura;
- Número da folha, relativo ao total de folhas da relação-resumo dos lotes;
- Dados informativos, discriminados por lotes e transcritos dos respetivos verbetes de

identificação:

- Tipo e número sequencial do lote;
- Importância total dos lotes correspondente ao PVP;
- Importância total dos lotes paga pelos utentes;
- Importância total dos lotes a pagar pelo Estado

Da mesma forma é emitida uma fatura mensal onde constam as seguintes informações:

• Identificação da entidade adquirente, nos termos do IVA, correspondente à ARS (Administração Regional de saúde) da área da farmácia;

- Indicação de que se trata de documento de original ou duplicado;
- Nome e código da farmácia (número de código atribuído pelo Infarmed);
- Número da fatura;
- Data da fatura, correspondente ao último dia do mês do fornecimento dos

medicamentos;

- Número fiscal;

- Total do número de lotes;
- Total do número de lotes, por tipo;
- Importância total, por tipo de lote, correspondente ao PVP;
- Importância total, por tipo de lote, paga pelos utentes;
- Importância total, por tipo de lote, a pagar pelo Estado;
- Importância total do PVP;
- Importância total paga pelos utentes;
- Importância total a pagar pelo Estado;
- Assinatura

Esta fatura é emitida em quadruplicado das quais três são enviadas à ANF e a restante fica para a farmácia para remeter posteriormente à contabilidade.

Todos os documentos referidos são até ao dia 5 do mês seguinte, enviados ao Centro de Conferência de Faturas da Maia (CCF). Após ter sido conferido todo o receituário e na ausência de irregularidades, o valor da comparticipação dos medicamentos é pago à farmácia pela ANF sendo esta posteriormente reembolsada pela ARS.⁵⁰

As receitas sujeitas a comparticipação por organismos que não pertençam ao SNS são tratadas de igual forma, à exceção de que neste caso toda a documentação é enviada até ao dia 10 do mês seguinte, à ANF. Esta paga à farmácia o valor correspondente das comparticipações sendo esta posteriormente reembolsada pelas respetivas entidades.

Apesar da minuciosa conferência do receituário antes do seu envio, por vezes são detetadas inconformidades nas receitas, cabe ao CCF enviar à farmácia uma relação-resumo onde identifica as receitas, o valor das desconformidades, a justificação destas desconformidades, as faturas e a relação-resumo do lote e os verbetes de identificação do lote a que correspondem as desconformidades. Não serão enviadas as receitas que, tenham sido em parte comparticipadas pelo SNS e cujo erro apurado seja inferior a 0,50€.⁵⁰

Depois de corrigidas as receitas devolvidas, estas podem ser integradas na faturação do mês seguinte. O prazo de reclamação das receitas devolvidas é no máximo de 40 dias após o envio das mesmas.⁵⁰

12.3. aspetos funcionais e legais, de documentos contabilísticos no âmbito da Farmácia Comunitária

Guia de remessa - documento que acompanha uma determinada mercadoria a ser enviada a um determinado destinatário.

Fatura - Documento emitido por um vendedor, indicativo de uma dívida a ser paga em que o destinatário deve confirmar se o valor a pagar, a taxa de IVA aplicada e os produtos fornecidos correspondem ao acordado.

Nota de devolução - documento que acompanha um determinado produto comprovando a sua devolução.

Nota de crédito - documento emitido por um vendedor na sequência de uma reclamação do comprador, onde constam preços ou formas de pagamento acordados com o comprador em detrimento do produto devolvido.

Inventário - enumeração dos produtos ou bens existentes na farmácia e suas taxas de IVA associadas.

Balancete - avalia a situação económica da empresa, comparando os movimentos a débito e a crédito.

IRS - imposto sobre o rendimento de pessoas singulares, pago relativamente ao ordenado dos funcionários.

IRC - imposto sobre o rendimento das pessoas coletivas, com base no apuramento dos lucros da farmácia num determinado ano fiscal.

IVA - imposto sobre o valor acrescentado, pago mensalmente dependendo do valor de compras e vendas de cada mês.

13. Conclusão

O estágio na FSC foi extremamente produtivo e enriquecedor. Tratou-se de um complemento fundamental de todo o meu percurso académico, pois foi durante o estágio que pus em prática muitos dos conhecimentos adquiridos previamente. Para além de que tive a oportunidade de adquirir novos conhecimentos e isso devo à excelente equipa de profissionais com que me deparei na FSC. Graças ao seu profissionalismo e espírito de equipa demonstrado tive uma melhor perceção do que significa ser um profissional de saúde de excelência e de elevada competência.

O contacto direto com a realidade permitiu-me constatar a importância de um correto diálogo com o utente. Verifiquei que um bom profissional é aquele que disponibiliza um bom aconselhamento e está sempre receptivo a esclarecer qualquer dúvida do utente nunca esquecendo o dever de sigilo profissional, pois é no farmacêutico que o doente deposita a sua inteira confiança.

Durante o estágio tive a oportunidade de participar em todas as atividades inerentes ao circuito do medicamento passando pelas encomendas, aprovisionamento e armazenamento até ao atendimento, dispensa e aconselhamento; efetuei determinações de parâmetros bioquímicos e fisiológicos; preparei medicamentos manipulados; realizei tarefas relacionadas com a faturação, gestão e administração; entre outras atividades.

Constatei ainda que a profissão de Farmacêutico é de extrema responsabilidade e exige uma constante atualização de conhecimentos. Os seus objetivos primordiais são a promoção de saúde e bem-estar e prevenção da doença, sendo para isso necessário estabelecer um bom relacionamento com o utente.

Com esta experiência tomei consciência de que ainda há muito que aprender e muito a melhorar para que futuramente possa exercer a minha atividade com toda a qualidade e rigor que ela exige.

14. Referências Bibliográficas

1. Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. Ordem dos Farmacêuticos, 3ª edição; 2009.
2. Decreto-Lei n.º 307/2007. Diário da República, 1.ª série – N.º 168 – 31 de Agosto de 2007.
3. Decreto-Lei n.º 288/2001. Diário da república, 1.ª série –N.º 261 – 10 de Novembro de 2001.
4. Portaria n.º 277/2012. Diário da República, 1.ª série – N.º 177 – 12 de Setembro de 2012.
5. Centro de Informação do Medicamento (CIM). Ordem dos Farmacêuticos. [cited 2014 Feb 15]; Available from: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=2015.
6. Centro de Informação sobre Medicamentos da Associação Nacional das Farmácias (CEDIME). Associação Nacional das Farmácias. [cited 2014 Feb 15]; Available from: http://www.anf.pt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=38.
7. Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde (CIMI). Infarmed. [cited 2014 Feb 15]; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/CONTACTOS/ATENDIMENTO_ESPECIALIZADO/CENTRO_DE_INFORMACAO.
8. Garantia de qualidade dos Medicamentos. [cited 2014 Feb 15]; Available from: <http://farmaceutico.com.sapo.pt/qualidade.html>.
9. Legislação Farmacêutica Compilada. Decreto-Lei n.º 176/2006, 30 de Agosto.
10. Legislação Farmacêutica Compilada. Decreto-Lei n.º 95/2004, 22 de Abril.
11. Legislação Farmacêutica Compilada. Decreto-lei n.º 15/93, 22 de Janeiro.
12. Classificação ATC. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/ATC>. Consultado a 18 de Março de 2014.
13. Legislação Farmacêutica Compilada. Despacho n.º 21 844/2004, de 12 de Outubro.
14. Decreto-Lei n.º 112/2011. Diário da República, 1.ª série – N.º 229 – 29 de Novembro de 2011.
15. Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos.
16. Infarmed. [cited 2014 Mar 19]; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/MUH_FARMACOVIGILANCIA#P2.
17. VALORMED. [cited 2014 Mar 19]; Available from: <http://www.valormed.pt/>
18. Portaria 137-A/2012. Diário da República, 1.ª série – N.º 92 – 11 de Maio de 2012.
19. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Infarmed. [cited 23 Mar 2014]; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_NOVIDADES/20130117_NORMAS_DISPENSA_vFinal.pdf

20. Legislação Farmacêutica Compilada. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro.
21. Lei n.º 11/2012. Diário da República, 1.ª série – N.º 49 – 8 de março de 2012.
22. Legislação Farmacêutica compilada. Despacho n.º 17690/2007, de 23 de Julho.
23. Legislação Farmacêutica Compilada. Despacho n.º 17690/2007, de 23 de Julho.
24. Legislação Farmacêutica Compilada. Decreto-Lei n.º 72/91, de 8 de Fevereiro.
25. Infarmed. [cited 2014 Apr 14]; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/CLASSIFICACAO_QUANTO_A_DISPENSA.
26. Infarmed. [cited 2014 Apr 14]; Available from: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/COSMETICOS / DL 189/2008>
27. Decreto-Lei n.º 189/2008. Diário da República, 1.ª série – N.º 185 – 24 de Setembro de 2008.
28. Decreto-Lei n.º 216/2008. Diário da República, 1.ª série – N.º 219 – 11 de Novembro de 2008.
29. Decreto-Lei n.º 227/99. Diário da República I Série-A, nº143, de 22 de Junho de 1999.
30. Decreto-Lei n.º 4326/2008. Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 19 de Fevereiro de 2008.
31. *Breastfeeding*. World Health Organization. [cited 2014 Apr 20]; Available from: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>.
32. Decreto-Lei n.º 217/2008. Diário da República, 1.ª série – N.º 219 – 11 de Novembro de 2008.
33. Lei n.º 45/2003. Diário da República – I série-A, N.º 193 – 22 de Agosto de 2003.
34. Decreto-Lei n.º 148/2008. Diário da República, 1.ª série – N.º 145 – 29 de Julho de 2008.
35. Portaria n.º 335/2009. Diário da República, 1.ª série – N.º 65 – 2 de Abril de 2009.
36. Legislação Farmacêutica Compilada. Decreto-Lei n.º 184/97, de 26 de Julho.
37. Infarmed. [cited 2014 Apr 20]; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS
38. Decreto-Lei n.º 145/2009. Diário da República, 1.ª série – N.º 115 – 17 de Junho de 2009.
39. Reflotron. [cited 25 Apr 2014]; Available from: <http://www.roche.pt/portugal/index.cfm/produtos/equipamentos-de-diagnostico/products/near-patient-testing/reflotron-plus/>
40. Legislação Farmacêutica Compilada. Deliberação n.º 1500/2004, 7 de Dezembro.
41. Legislação Farmacêutica Compilada Deliberação n.º 1497/2004, de 7 de Dezembro.
42. Legislação Farmacêutica Compilada Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho.
43. Infarmed. [cited 28 Apr 2014]; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/MEDICAMENTOS_MANIPULADOS/manipulados.pdf

44. Legislação Farmacêutica Compilada. Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho.
45. Formulário Galénico Português.
46. 29. 8ª Farmacopeia Portuguesa; 1º Volume; 2005.
47. Legislação Farmacêutica Compilada. Deliberação n.º 1504/2004, de 7 de Dezembro.
48. Decreto-Lei n.º 48-A/2010. Diário da República, 1.ª série – N.º 93 – 13 de Maio de 2010.
49. Despacho n.º 18694/2010. Despacho n.º 18694/2010, 18 de Novembro.
50. Portaria n.º 193/2011. Diário da República, 1.ª série – N.º 93 – 13 de Maio de 2011.

Capítulo II - Descongestionantes nasais: perfil de utilização, efeitos adversos e interações medicamentosas

1. Introdução

1.1. Epidemiologia

Nos dias de hoje, a automedicação é uma prática frequente pelo que a ida às farmácias com o intuito de procurar um medicamento que alivie rapidamente os sintomas apresentados pelos doentes tornou-se recorrente. Uma vez que a congestão nasal é um problema bastante incomodativo, a procura de um descongestionante que reverta estes sintomas não é exceção.¹

Um estudo realizado em farmácias nas cidades do Porto e Lisboa indica que os medicamentos nasais e sistémicos para a gripe e tosse estão entre os grupos terapêuticos mais procurados na automedicação (Tabela 1).¹

A congestão nasal é uma incómoda dificuldade de respiração através das fossas nasais e um desconforto resultante de uma sensação de redução ou restrição do fluxo aéreo que passa através do nariz. Esta redução ocorre devido ao aumento da resistência oferecida pela cavidade nasal, a este fluxo de ar. A congestão nasal continuada pode até culminar em bloqueio nasal ou obstrução nasal (irreversível).^{2,3}

Ao tratar-se de uma situação de intensidade variável, a definição de congestão nasal torna-se subjetiva e dificilmente mensurável, uma vez que as inflamações da mucosa nasal, independentemente da sua etiologia, podem originar congestão nasal. Para além disso, a perceção de congestão nasal é descrita, geralmente de um modo diferente por cada doente, o qual tenderá a relatar o quão desconfortável é a situação e o que é indicado pode não ser considerado relevante para se chegar a um diagnóstico. Este facto dificulta a obtenção de uma estimativa da prevalência da congestão nasal numa população. Ainda assim, sabe-se que a congestão nasal é um decurso comum de processos inflamatórios interferindo negativamente na qualidade de vida dos indivíduos.^{2,3}

Apesar da falta de conhecimento neste campo, um estudo recente desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica e pela Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia, concluiu que este sintoma é frequente e que mais de 450 mil portugueses com mais de 15 anos de idade sofrem de congestão nasal, com maior incidência nas mulheres. Isto equivale a uma percentagem de 17,9% de prevalência de congestão nasal, verificando-se que 4,6% é considerada grave. Nesse mesmo estudo concluiu-se também, que 9,5% dos inquiridos admitiu que os sintomas nasais interferiram negativamente com as atividades diárias.³ Um outro estudo posterior, que teve como objetivo avaliar a prevalência de congestão nasal em meio laboral hospitalar (em dois centros hospitalares em Coimbra) obteve um índice (prevalência) de congestão nasal de 21,2%.⁵

O desconforto e as repercussões que esta condição acarreta leva os doentes a procurarem soluções para o alívio da congestão nasal. Apesar do impacto económico da congestão nasal ter sido pouco aprofundado, estima-se que nos Estados Unidos se gasta cerca de 6 biliões de dólares em medicamentos destinados ao alívio desta situação.^{6,7,8}

Para além de poder ser um problema isolado, habitualmente a congestão nasal pode ser um sintoma primário várias patologias associadas ao trato respiratório superior tais como a rinite alérgica e a rinosinusite. Alguns dados indicam que a congestão nasal é um dos sintomas que mais incomoda os doentes na rinite alérgica e que mais leva à toma de medicamentos.^{2,9,10}

Tabela 1 - Prevalência da automedicação por grupo terapêutico e automedicação proporcional.¹

Grupo terapêutico	Automedicação	Não automedicação	Prevalência específica (%)	Automedicação proporcional (%)
Preparações para a orofaringe	60	15	80,0	4,5
Preparações nasais e sistêmicas para a gripe e tosse	308	226	57,7	23,0
Preparações estomatológicas	62	56	52,5	4,6
Laxantes	60	80	42,9	4,5
Analgésicos	217	438	33,1	16,2
Preparações dermatológicas	153	334	31,4	11,4
Vitaminas	104	383	21,4	7,8

Apesar de a congestão nasal não ter sido largamente estudada, admite-se que nas últimas décadas a prevalência de rinite alérgica e, conseqüentemente, de congestão nasal tenham aumentado e se tornado um problema em todo o mundo (Tabela 2).⁸

Tabela 2 - Prevalência de rinite alérgica clinicamente confirmada na Europa.⁸

País	Prevalência, % (intervalo de confiança 95%)
Bélgica	28.5(24.5-32.5)
França	24.5(21.0-28.0)
Alemanha	20.6(16.5-24.6)
Itália	16.9(12.9-20.9)
Espanha	21.5 (18.5-24.4)
Reino Unido	26.0 (20.3-31.7)
Todos os países	22.7 (21.1-24.2)

1.2. Congestão nasal e seu impacto no dia-a-dia

Apesar de a congestão nasal ser característica fundamental inerente à rinite alérgica, não se limita a esta, estando patente em patologias como rinosinusite, pólipos nasais, entre outras.¹¹

A congestão nasal é uma condição que interfere com uma respiração natural e constitui um proeminente e perturbador sintoma de patologias associadas ao trato respiratório superior, e sendo, por isso, provável que acarrete conseqüências nefastas no que toca à realização das atividades diárias dos indivíduos afetados.¹¹ Tal como atrás mencionado, na grande maioria das vezes, a congestão nasal surge associada à rinite alérgica.⁴ Ao avaliar o

impacto deste sintoma nesta patologia em termos de severidade, estudos demonstram que a congestão nasal é classificada como a mais severa relativamente a outros sintomas relevantes (Figura 1).¹¹

Uma frequente repercussão da congestão nasal e da consecutiva diminuição do fluxo aéreo nasal é o impacto negativo ao nível do sono, afetando, assim, indiretamente a capacidade de trabalho e a performance dos indivíduos. A perturbação do sono é explicada pelo facto de a congestão nasal geralmente sofrer um considerável agravamento durante a noite, atingindo um pico sobre a manhã (Figura 2).¹² A contribuir para este fenómeno sabe-se, que a resistência ao fluxo de ar e a consequente congestão da mucosa aumenta, à medida que se passa da posição vertical para a horizontal, sobretudo em doentes com diagnóstico de rinite, predispostos a esta condição. Este facto é explicado por uma alteração reflexa na atividade vasomotora nasal devido ao aumento do retorno venoso ao epitélio nasal altamente vascularizado e pelo consequente aumento da pressão venosa hidrostática no tecido eréctil, resultante da posição de decúbito (Figura 3).^{13, 14}

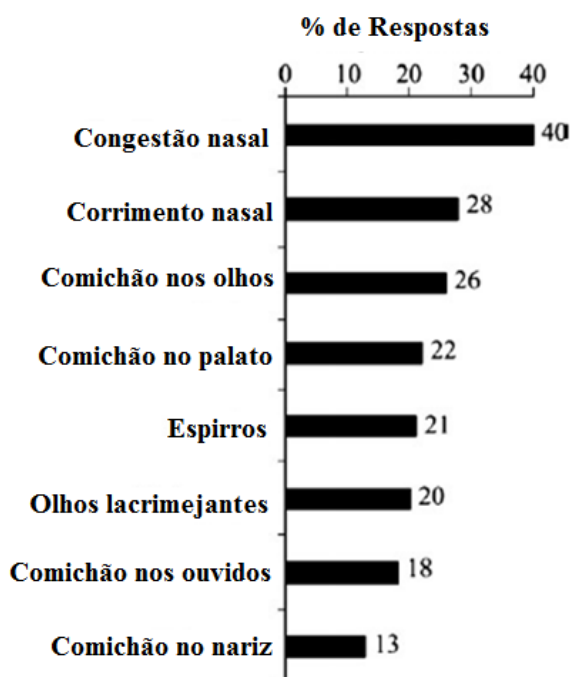


Figura 1 - Gravidade da congestão nasal na rinite alérgica expressa em percentagem por doentes que a avaliaram como um sintoma grave (foram atribuídas pontuações de 9 e 10 numa escala de 10 pontos).¹¹

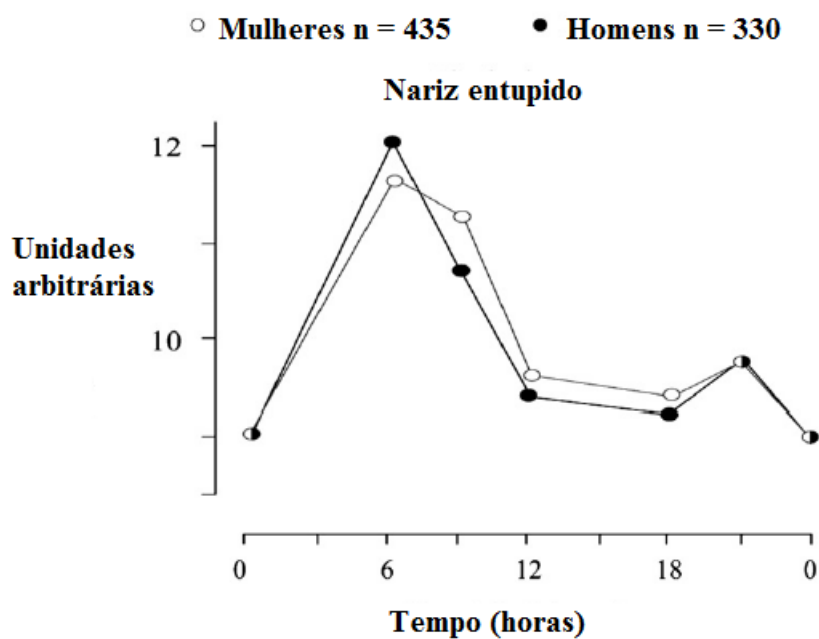


Figura 2 - Ritmo circadiano da congestão nasal, demonstrando um agravamento noturno com um pico no início da manhã.¹²

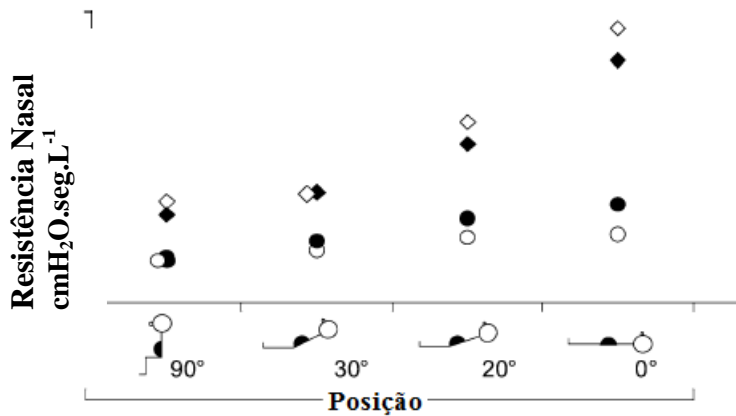


Figura 3 - Relação entre a resistência nasal e as posições entre 0°C e 90°C em indivíduos com RA (◇), rinite infecciosa (◆), indivíduos saudáveis (○) e indivíduos com rinite infecciosa 3 meses após recuperação (●).¹³

Assim, qualquer fenómeno que produza congestão nasal durante o dia terá, um efeito agravado durante a noite.⁶

O nariz deveria ser a via mais eficiente para a respiração durante o sono. No entanto, quando congestionado, a via oral toma o seu lugar. Como consequência, funções fisiológicas nasais como o aquecimento, a humidificação e a filtração do ar ficam comprometidas.^{3,6} Os doentes que sofrem de congestão nasal, ficam com uma maior predisposição para o desenvolvimento de irritações das vias respiratórias e até broncospasmos.¹⁵

A respiração através da cavidade oral durante o sono exige um maior esforço, o que leva a uma maior pressão negativa na faringe e a um aumento do risco de colapso desta. Alguns autores consideram que a congestão nasal pode ser por isso, um fator etiológico para o ressonar e o desencadeamento/agravamento de apneias e hipopneias.^{9,16,17} Para além disso, respirar através da cavidade oral, pode originar secura das mucosas e até dores de garganta.^{6,9}

Consequentemente, os distúrbios do sono causados pela congestão nasal, ainda que parciais, refletem-se em fadiga diária, decréscimo dos níveis de energia, sonolência, irritabilidade, mau humor, diminuição da performance e produtividade no trabalho e impacto negativo ao nível da vida social.^{11,16,18}

Adicionalmente aos distúrbios do sono, há estudos que dão uma particular atenção ao efeito da congestão nasal sobre o olfato e o paladar. No primeiro caso, apesar de não estar totalmente esclarecido, pensa-se que a obstrução nasal, ao contribuir para a diminuição do fluxo de ar que atinge o epitélio olfativo, diminui a capacidade olfativa. Já no segundo caso, a obstrução nasal aumenta o limiar de deteção do sabor com uma consequente diminuição do apetite.^{19,20}

Para além das consequências anteriormente mencionadas, a congestão nasal pode ainda estar direta ou indiretamente envolvida em fenómenos como cefaleias, coriza, espirros, prurido nasal, rinorreia purulenta, distúrbios auditivos, halitose, sangramento nasal entre outros.^{15,21}

1.3. Fatores etiológicos e mecanismo fisiopatológico

A cavidade nasal é parte integrante do sistema respiratório e a mucosa nasal constitui a primeira linha de defesa contra agentes externos em suspensão no fluxo de ar inalado. As fossas nasais têm um contributo significativo na homeostasia do organismo, pois, como já referido, são responsáveis por filtrar, humedecer e aquecer o ar que entra em contacto com a mucosa vascularizada, protegendo, assim, as estruturas subsequentes do trato respiratório de possíveis agressões. Para além disso, desempenha ainda funções de extrema importância tais como o olfato, a clearance mucociliar, bem como participam no sistema imunológico.^{22, 23}

A congestão nasal resulta de um conjunto de fenómenos fisiopatológicos complexos que envolvem a intervenção de elementos neurais, inflamatórios e vasculares, podendo culminar numa séria obstrução nasal. De uma forma geral, independentemente dos fenómenos causadores (agentes alergénios, irritantes etc.), o mecanismo de congestão resulta de uma distensão dos vasos sanguíneos (sobretudo de vasos de capacitância), que normalmente se encontram contraídos. Contudo, mediante condições de baixo tónus simpático, acaba por ocorrer tumefação e espessamento da mucosa nasal. Este edema localizado na zona de passagem do ar resulta, portanto, num aumento da resistência ao fluxo aéreo.^{9,10,14,24}

A congestão nasal pode resultar de simples alterações fisiológicas, de variações ambientais ou de condições clínicas. Sendo o epitélio nasal altamente vascularizado, o seu volume sanguíneo pode expandir-se num fenómeno designado de ciclo nasal. Este ciclo foi descrito pela primeira vez por Kayser em 1895 e consiste numa congestão e descongestão alternantes que ocorre nas fossas nasais, estando presente em cerca de 80% da população saudável. Ou seja, ocorre um congestionamento e descongestionamento assimétrico de cada narina de acordo com as mudanças de humidade e temperatura do ar inspirado. No ciclo nasal há alterações a cada 4 a 6 horas e, por vezes, passa despercebido pela maioria dos indivíduos. Contudo, enquanto uma das narinas está predominantemente mais congestionada, a corrente de ar passa mais facilmente através da outra narina que está por sua vez menos congestionada, oferecendo menos resistência à passagem do ar. Esta resposta assimétrica do tecido erétil proporciona um melhor fluxo aéreo durante a respiração. Durante o exercício físico intenso pode ocorrer uma resposta simétrica do tecido erétil, induzida pela inspiração de ar pelas duas narinas ocasionando congestão nasal.^{3,10,15,25}

Dados indicam que a congestão nasal também pode resultar de alterações do fluxo hormonal decorrentes da gravidez e do ciclo menstrual. Neste âmbito sabe-se que o aumento dos níveis de estrogénio e testosterona aumentam a reação vasomotora, por diminuição da atividade da acetilcolinesterase. Questões emocionais como stress, ansiedade ou fadiga podem também estar na base deste acontecimento e provocar reações vasomotoras intensas.^{6,9,15}

Para além dos fatores hormonais e emocionais, o congestionamento do nariz é regulado por fatores nervosos ou locais.

A rede vascular que compõe a cavidade nasal é constituída por vasos de resistência e vasos de capacitância. Esta rede é regulada maioritariamente por fibras simpáticas (através do nervo trigémio) do sistema nervoso autónomo e em menor grau por fibras parassimpáticas, fibras C sensitivas e mediadores neuronais para além da noradrenalina (NA) e da acetilcolina (NANC). As fibras simpáticas, quando estimuladas, libertam NA que, por sua vez, interage com os recetores *alfa-1* e *alfa-2* adrenérgicos, promovendo vasoconstrição e, em menor grau, com os recetores beta, causando vasodilatação. A estimulação das fibras parassimpáticas promove a libertação de acetilcolina e do péptido vasoativo intestinal (VIP) (agentes vasodilatadores). Por sua vez, as fibras C sensitivas e as NANC, quando estimuladas, originam os sintomas associados à congestão nasal por redução do tónus simpático.^{26,27,28} Os vasos de

capacitância respondem a estímulos simpáticos, levando à contração do músculo liso, no entanto o mecanismo específico pela qual surge o edema venoso não está totalmente esclarecido. Uma hipótese para o desencadeamento de congestão nasal, está relacionada com a diminuição da drenagem venosa levando, conseqüentemente, a um aumento do volume sanguíneo (vasodilatação). Assim, amentando o volume dos cornetos inferiores, o que leva ao aumento da resistência ao fluxo aéreo culminando em congestão e edema da mucosa por perda do tónus simpático. O fenómeno de congestão pode decorrer da simples exposição de um indivíduo ao ar frio ou seco.^{14,26,9}

A congestão nasal caracteriza-se pela inflamação da mucosa relacionada com a ação de mediadores inflamatórios que originam vasodilatação. A esta associam-se diversas situações, sendo, como já referido, a rinite alérgica e a rinosinusite, as mais frequentes. A congestão nasal é sintoma mais referenciado e mais incomodativo em doentes com inflamação da mucosa.^{5,10} A mucosa nasal, quando inflamada, resulta principalmente em ingurgitamento venoso, aumento das secreções nasais e edema dos tecidos, com uma resultante diminuição do fluxo nasal.^{3,26}

Quando a congestão nasal está associada a um mecanismo de resposta alérgica, esta ocorre pouco tempo após a exposição ao alergénio. Este ao contactar com a IgE dos mastócitos promove a sua desgranulação e a conseqüente libertação de histamina, leucotrienos e outros mediadores inflamatórios, induzindo alterações na rede vascular da mucosa nasal originando vasodilatação, aumento da permeabilidade dos vasos sanguíneos e secreção de fluidos culminado em rinorreia aquosa e congestão nasal. Esta vasodilatação pensa-se poder resultar da inibição da libertação de NA pela histamina e pelos restantes mediadores inflamatórios.^{9,26,14} Posteriormente a estes acontecimentos, surge uma resposta de fase tardia que consiste no recrutamento de outras células inflamatórias (neutrófilos, eosinófilos, basófilos, mastócitos, linfócitos) que se infiltram na mucosa nasal e vão exacerbar reações inflamatórias.²⁶

Na rinosinusite, uma inflamação da mucosa nasal e dos seios paranasais, tal como na rinite alérgica o mecanismo patofisiológico envolve a libertação de mediadores pró-inflamatórios. Esta resposta inflamatória pode dever-se a um agente físico, químico ou biológico, como vírus, bactérias e fungos.^{15,26}

Para além da rinite alérgica como causa da congestão nasal, também se associam outras formas de rinite: rinite infecciosa (provocada por vírus ou bactérias), a rinite vasomotora ou rinite não alérgica (resultante de alterações emocionais como stress, ansiedade cansaço ou de impurezas em suspensão no ar ou alterações de temperatura) e ainda a rinite medicamentosa que será desenvolvida posteriormente neste trabalho.¹⁵

Embora menos frequentes existem outros fatores etiológicos desencadeantes de congestão nasal^{3,6,15,26}:

- Pólipos nasais que constituem massas polipoides que podem surgir na mucosa nasal ou sinusal e cujo aparecimento, pode estar relacionado com fibrose quística, asma, sensibilidade à aspirina, rinosinusite crónica e rinite alérgica.

Descongestionantes nasais: perfil de utilização, efeitos adversos e interações medicamentosas

- Neoplasmas associados à cavidade nasal tais como: angiofibromas, adenocarcinomas, melanomas, entre outros.

- Alterações anatómicas, como desvio do septo nasal, hipertrofia dos adenoides, corpos estranhos e atresia das coanas.

- Condições inflamatórias incomuns como granuloma sarcoide ou granulomatose de Wegner, entre outras.

Na tabela seguinte encontram-se resumidas as possíveis etiologias da congestão nasal.

Tabela 3 - Diferentes etiologias da congestão nasal.^{3,6,10,15,26}

<u>Mudanças fisiológicas</u>
Exercício físico intenso
Gravidez
Ciclo menstrual
Alterações emocionais
Estímulos ambientais
<u>Rinites</u>
Rinite alérgica
Rinite infecciosa (vírus ou bactérias)
Rinosinusite
Rinite medicamentosa
Rinite idiopática (vasomotora)
Outras causas de rinite: stress, ansiedade cansaço, impurezas, alterações de temperatura, induzidas por fármacos
<u>Tumores</u>
Angiofibromas
Adenocarcinomas
Melanomas
<u>Problemas estruturais</u>
Desvio do septo nasal
Hipertrofia dos adenoides
Corpos estranhos
Atresia das coanas
<u>Granulomas</u>
Sarcoide
Granulomatose de Wegener

1.4. Descongestionantes nasais

Os medicamentos de aplicação nasal são utilizados desde o século XIX. O alcaloide efedrina foi a primeira destas substâncias a ser isolada em 1887 a partir de uma erva Chinesa, a *Ma-huang*. Anos mais tarde, Oliver e Schafer demonstraram as suas propriedades

vasoconstritoras. A partir desta época em anos subsequentes, outras substâncias foram sendo descobertas.^{29,30}

Os descongestionantes nasais, tal como o nome indica são medicamentos utilizados para o alívio da congestão nasal derivada de diversas etiologias (constipação, rinites, sinusite, pólipos nasais). Atuam genericamente através de um mecanismo de vasoconstricção e a particularidade de permitirem um alívio rápido da congestão nasal torna-os muito eficazes, ainda que durante um curto período de tempo.³¹ Os descongestionantes nasais são os medicamentos que apresentam maior eficácia no combate à congestão nasal quando comparados com outras alternativas existentes, no entanto não contribuem para a melhoria de outros sintomas que normalmente acompanham a congestão nasal tais como rinorreia, espirros ou prurido nasal.^{23,32}

Estes medicamentos estão disponíveis comercialmente sob a forma de soluções para inalação por nebulização ou por pulverização, géis nasais, gotas nasais, e também comprimidos. Os descongestionantes podem ser, portanto, tópicos ou sistémicos, e podem existir isoladamente ou em associação com outras substâncias como anti-histamínicos, antipiréticos e/ou analgésicos. É de salientar que estas associações embora contenham substâncias descongestionantes, por vezes são agrupadas noutras classes tais como, anti-histamínicos, antitússicos, analgésicos e antipiréticos.³³ Estas combinações são particularmente interessantes pois permitem uma atuação mais completa e eficaz, tanto na congestão nasal, como nos vários sintomas que por norma a acompanham, atuando assim, de forma mais completa na rinite alérgica, em estados gripais ou tosse.^{23,34} No entanto, estas associações estão relacionadas com uma maior probabilidade de ocorrência de efeitos adversos, pelo que muitas vezes não são recomendadas.³⁵

Em Portugal são comercializados dois grupos de descongestionantes nasais^{33,36}:

- Aminas simpaticomiméticas:

- Fenilefrina (ex: *Neo-sinefrina*[®]; *Vibrocil*[®] (Fenilefrina + dimetindeno));
- Efedrina (ex: *SEDOTUSSE*[®]);
- Pseudoedefrina (ex: *SUDAFED*[®]).

- Imidazolininas:

- Oximetazolina (EX: *Nasex*[®]; *Rinerge*[®]; *Vicks Vapospray*[®]; *Bisolspray*[®]; *Nasorhinathiol*[®]);
- Xilometazolina (*Otrivina*[®]);
- Tramazolina (*Rhinospray*[®]).

Trata-se de produtos de venda livre que estão disponíveis para aplicação tópica (fenilefrina, oximetazolina, xilometazolina e tramazolina) ou para administração oral (fenilefrina, efedrina e pseudoedefrina).³³

As aminas simpaticomiméticas e os derivados imidazolinínicos são muito diferentes em termos de início e duração de ação. Enquanto o início de ação das aminas simpaticomiméticas é mais rápido que o dos derivados imidazolinínicos, relativamente à duração de ação passa-se o

inverso. Este facto parece ser explicado devido à atuação simultânea dos derivados imidazolínicos quer nos vasos de capacitância quer nos vasos de resistência (Tabela 4).^{31,36,37}

Tabela 4 - Comparação em termos de período de latência, duração de ação e efeitos adversos entre amins simpaticomiméticas e derivados imidazolínicos.³⁷

Substância	Latência	Duração de ação	Efeitos adversos
Aminas simpaticomiméticas			
Adrenalina	5 - 6 s	20 - 30 min	++++
Efedrina	10 min	3 - 4 h	+++
Fenilefrina	15 min	1 - 2 h	+++
Tuaminoeptano	15 min	1,5 h	+++
Derivados imidazolínicos			
Nafazolina	15 min	2 - 6 h	++
Tetrisolina	15 min	4 - 6 h	++
Xilometazolina	20 min	10 - 11 h	++
Clonazolina	5 min	8 - 12 h	++
Oximetazolina	20 min	10 - 12 h	++
Tramazolina	5 min	11 -12 h	+

1.4.1. Mecanismo de ação

De um modo geral, estes fármacos são responsáveis por ativarem os recetores *alpha*-adrenérgicos existentes nos vasos de capacitância, regulando o tónus simpático e promovendo a constrição dos vasos sanguíneos. Os vasos sanguíneos que compõem a mucosa nasal são altamente sensíveis à ação destas substâncias, diminuindo, desta forma a congestão.^{38,39,40} Assim, esta vasoconstrição local vai reduzir o fluxo de sangue, o que permite reduzir o edema, a exsudação de plasma e as secreções nasais. Consequentemente ocorre uma diminuição da resistência ao fluxo aéreo decorrente deste mecanismo descongestivo.^{39,41,42,43}

A mucosa nasal é constituída por vasos de resistência pré-capilares (artérias e arteríolas) que drenam para vasos de capacitância (veias e grandes sinusóides venosos).^{24,42,44} Esta vasculatura encontra-se regulada maioritariamente por inervação simpática envolvendo libertação de neurotransmissores incluindo como a NA, que por sua vez, se ligam aos recetores *alfa-1* e *alfa-2* adrenérgicos levando à vasoconstrição e à consequente diminuição do edema.^{44,45} No entanto, o papel de cada recetor (*alfa-1* e *alfa-2*), bem como a sua localização específica nos vasos sanguíneos permanecem ainda inconclusivos.

Quanto à especificidade de ação da cada substância nos respetivos recetores, não há consenso entre diferentes autores. O mecanismo geralmente aceite, é que as amins simpaticomiméticas, nomeadamente a fenilefrina, atuam preferencialmente nos recetores *alfa-1* adrenérgicos, nomeadamente a fenilefrina. Já as imidazolínicas são responsáveis por estimular maioritariamente os recetores *alfa-2* adrenérgicos. No entanto, estes compostos têm também alguma ação sobre os recetores *alfa-1* ainda que em menor dimensão.

Adicionalmente, a pseudoefedrina, para além de estimular os recetores *alfa*, atua também promovendo a libertação de NA (a partir dos seus locais de armazenamento), provocando, desta forma, uma vasoconstrição indireta.^{24,30,39,45}

Alguns estudos *in vivo* referem predominância de recetores *alfa-1* apenas nos vasos de capacitância, já os recetores *alfa-2* regulam quer os vasos de resistência quer os vasos de capacitância.^{30,45} No entanto, esta informação não está totalmente esclarecida, e a predominância dos dois recetores em ambos os tipos de vasos sanguíneos permanece incerta. Assim, considerando o mecanismo aceite, um estudo de Johannssen et al. (1997), explorou a ação vasoconstritora de várias moléculas em vasos de resistência, verificou uma potente ação da NA e da fenilefrina e uma diminuída ação da oximetazolina, sobre estes vasos. Esta fraca (mas não nula) atividade da oximetazolina nestes vasos, foi justificada pelo facto de esta ter alguma capacidade de estimulação dos recetores *alfa-1*. Este estudo concluiu que o mecanismo de constrição dos vasos de resistência da mucosa nasal se deve à presença exclusiva de recetores *alfa-1*, não havendo dúvidas de que os *alfa-2* estão presentes nos vasos de capacitância.⁴⁵ Corboz e colaboradores, em 2003, ao estudar as respostas *in vivo* mediadas pelos *alfa* adrenoreceptores na mucosa nasal constatou que os subtipos predominantes de recetores *alfa-2* são o *alfa-2a* e *alfa-2c*. Neste estudo, verificou-se também que a oximetazolina tem afinidades diferentes para cada subtipo de recetor, sendo esta total para os *alfa-2b*, e fraca para os anteriormente mencionados, assim tal como no estudo anterior demonstrou-se que a sua ação deve-se à estimulação de recetores *alfa-1*.⁴⁴

Outros estudos (Corboz e colaboradores em 2006 e 2008) dão relevância ao mecanismo de descongestionamento exercido através dos recetores *alfa-2*, onde concluem que estes exercem maior efeito sobre os vasos de capacitância. Adicionalmente, verificou-se ainda que os recetores *alfa-2* são predominantes na mucosa nasal e, portanto, o mecanismo de descongestionamento ocorre preferencialmente devido à ativação destes recetores com a consequente ação sobre os vasos de capacitância.^{24,42}

Aquando da estimulação dos recetores *alfa-1* ocorre ativação da fosfolipase C via proteína G, que catalisa a hidrólise do fosfatidilinositol-4-5-bisfosfato (PIP₂) em inositol-1,4,5-trifosfato (IP₃) e 1,2 - diacilglicerol (DAG). O IP₃ por sua vez induz a libertação de iões cálcio a partir do retículo endoplasmático e o DAG ativa a proteína cinase C, originando contração do músculo liso.^{45,46}

Já a ação dos recetores *alfa-2*, também acoplada a proteína G, parece estar relacionada com a inibição da adenilciclase, resultando em vasoconstrição.⁴⁶

1.4.2. Farmacocinética

Os descongestionantes orais sofrem metabolização pela monoamina oxidase (MAO) e pela catecol-*O*-metil transferase (COMT) na mucosa GI, fígado e em outros tecidos. Os seus tempos de meia vida são considerados curtos e o volume de distribuição (Vd) é elevado. A

pseudoefedrina é bem absorvida por via oral, já a fenilefrina apresenta uma baixa biodisponibilidade (BD) oral.⁴⁷

1.4.3. Efeitos adversos, contraindicações e precauções

Os descongestionantes tópicos, uma vez aplicados ao nível da mucosa nasal deverão ter uma absorção sistémica diminuta. No entanto, o seu uso inadequado ou excessivo está associado à ocorrência de efeitos adversos. De todos, o que mais tem suscitado o interesse de alguns autores e que, conseqüentemente, levou à realização de vários estudos, é o desenvolvimento de um processo designado de rinite medicamentosa, que se pensa resultar do uso prolongado e/ou da presença de determinados conservantes neste tipo de medicamentos. Desta forma de acordo com a literatura, aconselha-se que a sua utilização decorra entre 3 a 5 dias, ou num máximo de 10 dias de acordo com as *guidelines* Europeias. Alguns estudos, contudo, preconizam que a sua utilização até cerca de 6 a 8 semanas não resulte neste efeito adverso.^{32,36,47,48} Para além da rinite medicamentosa, os utilizadores de descongestionantes nasais podem experimentar outros efeitos locais tais como espirros, secreta, ardor.^{23,31,47,49}

Alguns estudos relativamente recentes defendem, no entanto, que a presença de dexpanthenol nestas formulações nasais permite diminuir a irritação local e a probabilidade de desenvolver rinite medicamentosa. Este efeito tem sido atribuído às propriedades cicatrizantes e antioxidantes do dexpanthenol.⁵⁰

Para além dos efeitos secundários locais mencionados, o seu uso excessivo pode culminar noutros efeitos adversos sistémicos como: taquicardia, inquietação, insónia, elevação da pressão arterial, palpitações, arritmias, ansiedade, tremor, cefaleias, tonturas, distúrbios psicológicos e retenção urinária.^{23,31,51,52} É de referir que alguns estudos apontam que os efeitos adversos sistémicos são mais pronunciados na classe de aminas simpaticomiméticas, pelo que os derivados imidazolinicos têm sido considerados substâncias mais seguras principalmente no que toca a efeitos secundários cardiovasculares.^{29,42,37}

Neste âmbito, é de realçar que com o uso de descongestionantes orais, é possível evitar os efeitos adversos associados à mucosa nasal e a rinite medicamentosa. Apesar disso, todos os restantes efeitos adversos são mais suscetíveis de ocorrer quando comparados com os descongestionantes tópicos, o que se deve à diminuta ou quase inexistente absorção sistémica destes últimos.^{34,37,39,52} Estes efeitos adversos são mais pronunciados em crianças (especialmente as que têm idade inferior a 6 anos) e idosos pelo que deve haver um especial cuidado na utilização de descongestionantes nasais nestas faixas etárias.^{52,53,54}

Alguns autores apontam esta classe de medicamentos (descongestionantes nasais e sistémicos com ação nasal) como uma das mais associadas a intoxicações, sobretudo em crianças.⁵⁵

Os descongestionantes devem ainda ser evitados em pessoas que sofram de doenças como: glaucoma pois há um risco acrescido de aumento da pressão intraocular, hipertensão arterial, devido ao possível desencadeamento de uma crise hipertensiva; doença cardíaca, pois decorre um aumento do esforço cardíaco; doença da tiróide, uma vez que o risco de desenvolver efeitos adversos tais como insónia ou efeitos cardiovasculares sobretudo enquanto esta patologia não estiver tratada; diabetes *mellitus*, pois podem ocorrer alterações nos níveis de glicose no sangue; hipertrofia benigna da próstata, devido à possibilidade de ocorrer retenção urinária nestes doentes; epilepsia pois há um risco acrescido para o desencadeamento de convulsões ou em casos de gravidez, devido ao risco acrescido de malformações fetais. Pessoas nestas condições devem por isso, evitar a toma/aplicação destes produtos ou devem utilizá-los sob rigorosa monitorização.^{47,51,52,54}

1.4.4. Interações medicamentosas

Tal como acontece com outras classes de medicamentos, também os descongestionantes podem interagir com outros medicamentos. De facto, tem sido descrito que o uso destes produtos com inibidores de monoamina oxidase (IMAO), antidepressivos tricíclicos (TCA) ou antihipertensores como a metildopa resultando num aumento da pressão sanguínea. A toma administração com antiácidos resulta numa eliminação diminuída, particularmente, da pseudoefedrina. Estes medicamentos podem ainda afetar a ação de outros como por exemplo os *beta*-bloqueadores, antagonizando o seu efeito, o que pode originar bradicardia e edema pulmonar.^{9,10,39,37,47}

1.5. Compostos aromáticos

Para além das substâncias referidas anteriormente, existem outras associações disponíveis para o alívio da congestão nasal, que consistem numa mistura de compostos à base de cânfora e mentol. Alguns estudos indicam que a ação do mentol sobre o descongestionamento está relacionada com o seu efeito refrescante e com a sua ação sobre os recetores sensoriais nasais do nervo trigémio, o que proporciona um alívio e uma sensação de melhoria do fluxo de ar.^{56,57,58} No entanto, outros estudos apontam em sentido contrário, defendendo que a ação irritante do mentol contribui para o aumento da congestão nasal, apesar dos indivíduos não se sentirem mais congestionados. Conclui-se, portanto, que a inalação do mentol pode não alterar a resistência ao fluxo aéreo.^{59,60} O mentol, quando absorvido ou ingerido, é extremamente tóxico pelo que o Infarmed não aconselha a utilização deste tipo de associações.^{2,33} Para além disso a sua ação local irritante pode originar dermatites de contacto.¹⁴ Em Portugal encontram-se comercialmente disponíveis o *Vicks inalador*[®] e o *Vicks Vaporub*[®].³³

1.6. Rinite medicamentosa

A Rinite medicamentosa, também conhecida como rinite química, é definida como uma forma de rinite não alérgica persistente induzida por medicamentos, relacionada com o uso prolongado de descongestionantes nasais, caracterizando-se como uma inflamação crônica da mucosa nasal.^{61,62} Esta situação é mais comum em jovens e pessoas de meia-idade, não existindo diferenças em ambos os gêneros e os doentes tendem a apresentar mais sintomas nasais no verão ou quando frequentam locais quentes e húmidos. As pessoas que sofram de obstrução nasal prolongada tendem a abusar do uso de descongestionantes nasais e, portanto, estão mais predispostos a desenvolver rinite medicamentosa.³⁰

O uso continuado destes vasoconstritores tópicos, origina uma progressiva diminuição da eficácia destes produtos, pelo que o seu uso excessivo provoca uma maior congestão nasal. O desencadeamento desta condição pode no entanto ser mais incidente sobre os descongestionantes que atuam durante um longo período de tempo. No entanto, são necessários estudos mais aprofundados.^{41,43}

Os utilizadores deste tipo de produtos que excedem a dose recomendada e que portanto os utilizam indevidamente, podem experimentar o chamado “efeito rebound”, que consiste em congestão e hiper-reatividade da mucosa nasal.^{43,63} Nestas condições, estes doentes tendem a aumentar a frequência de aplicação destes produtos, pelo que é estabelecido um ciclo vicioso devido à tolerância causada possivelmente por doses cumulativas (taquifilaxia).⁴³

O tempo mínimo necessário para desencadear rinite medicamentosa, não está totalmente estabelecido. Neste âmbito, alguns estudos referem que o uso de descongestionantes tópicos até cerca de 8 semanas não desencadeia o “efeito rebound”, enquanto que outros referem a sua ocorrência após um período de 3 a 10 dias de uso de descongestionantes simpaticomiméticos. Outros estudos recomendam ainda que a utilização de oximetazolina não ultrapasse os 3 dias, momento a partir do qual aumenta a resistência ao fluxo de ar.²⁷

1.6.1. Características da rinite medicamentosa

Apesar de ser difícil diagnosticar devido à grande variedade de sinais e devido ao facto de não apresentar grandes diferenças com os outros tipos de rinite em termos de sintomatologia, a rinite medicamentosa tem contudo, características que podem levar à suspeita da sua existência. Apesar de controversos, há estudos que indicam que a destruição dos cílios do epitélio nasal e das mitocôndrias de células epiteliais, a metaplasia escamosa de células, o edema epitelial, a hiperplasia de células caliciformes, o aumento da expressão do recetor de fator de crescimento epidérmico e a infiltração de células inflamatórias são exemplos de alterações histológicas presentes num indivíduo com rinite medicamentosa. Os doentes com rinite medicamentosa têm habitualmente uma história prolongada de utilização de vasoconstritores tópicos e obstrução nasal constante.²⁷

Normalmente as pessoas que têm rinite medicamentosa, apresentam predominantemente bloqueio nasal sem rinorreia ou espirros, e, para além disso a mucosa nasal encontra-se tipicamente hiperémica, inflamada e granular, com áreas de friabilidade aumentada e com hemorragias puntiformes e com muco escasso.^{27,29, 61,62}

As alterações estruturais ocorridas comprometem o normal funcionamento fisiológico da cavidade nasal. A existência de rinite medicamentosa predispõe o indivíduo a doenças crónicas como sinusite, otite média, pólipos nasais ou rinite atrófica.^{27,29}

Alguns autores referem ainda que a rinite medicamentosa ao contribuir para o aumento da frequência de utilização de descongestionantes tópicos, leva ao desenvolvimento de tolerância ao descongestionante, culminando também em dependência psicológica e em síndrome de abstinência, cujas manifestações podem variar entre dores de cabeça, ansiedade, disforia ou inquietação.³⁰

1.6.2. Fisiopatologia

Apesar de não haver um mecanismo fisiopatológico consensual da rinite medicamentosa, várias teorias têm sido descritas.⁶² Os vasoconstritores exercem a sua ação nos recetores *alfa*-adrenérgicos, e há uma simultânea estimulação dos recetores *beta*-adrenérgicos (com as aminas simpaticomiméticas) que, embora não seja tão pronunciada, pode acabar por superar o efeito *alfa*-adrenérgico. Assim, uma possível “exaustão” do mecanismo de vasoconstrição e a presença de uma vasodilatação ativa podem culminar em congestão nasal.^{29,43,63}

Por outro lado, a efedrina atua também libertando NA a partir dos terminais nervosos. O abuso desta substância, origina tolerância devido a uma diminuição de libertação deste neurotransmissor.³⁰

No entanto há vasoconstritores que atuam seletivamente nos recetores *alfa*-2 (oximetazolina e xilometazolina) e que também estão associados ao “efeito rebound”.⁴³ Este fenómeno pode ser justificado com a ocorrência de uma isquemia submucosal dos tecidos, resultando numa hiperemia reativa, manifestando-se como vasodilatação (Figura 4).^{29,63,64}

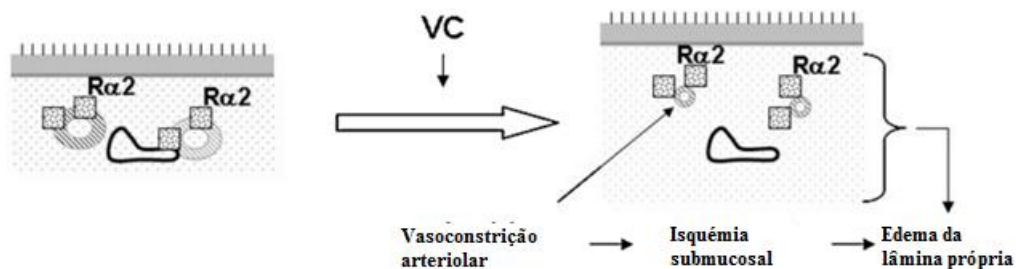


Figura 4 - Representação do “efeito rebound” causado por isquemia da mucosa.⁶⁴

Por outro lado, tem sido discutido que ocorre um mecanismo pré-sináptico de feedback negativo resultante da repetida estimulação de recetores *alfa-2* adrenérgicos com a consequente diminuição de produção de NA endógena. Assim, ocorre também uma diminuição do número de recetores *alfa* adrenérgicos da mucosa nasal. Estes, por sua vez, tornam-se também refratários aos vasoconstritores, fazendo com que os doentes aumentem a frequência de doses aplicadas, uma vez que a vasoconstrição apenas persiste enquanto os agonistas tópicos estão a ser usados. Desta forma a perda de dinâmica da mucosa nasal e a insuficiente NA endógena, induz uma congestão “*rebound*” por dilatação dos plexos venosos (Figura 5).^{28,43,64}

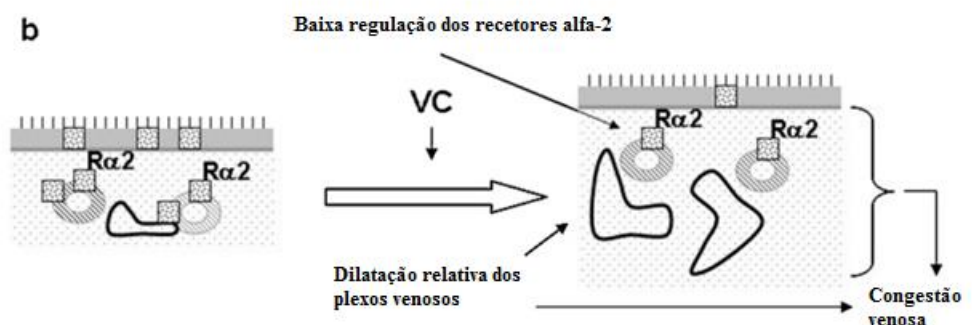


Figura 5 - Representação do “efeito rebound” causado por um mecanismo de feedback negativo.⁶⁴

Por fim, estudos apontam para o surgimento de uma alteração no tónus vasomotor como explicação deste “efeito rebound”, resultando num aumento da atividade parassimpática e consequente permeabilidade vascular levando à formação de edema.⁶³ Este excesso de atividade parassimpática é consequência do aumento da atividade da enzima colinesterase encontrada ao nível dos neurónios colinérgicos.⁴³

1.6.3. Rinite medicamentosa e cloreto de benzalcónio

O cloreto de benzalcónio (BKC) é um composto amónio quaternário que tem sido usado como conservante devido às suas propriedades antimicrobianas. A sua ação bactericida provoca dano celular nos microrganismos, o que permite manter a esterilidade dos medicamentos em que está inserido. Devido a esta propriedade, este composto tem sido incorporado numa grande variedade de produtos, incluindo em descongestionantes nasais.^{63,65}

Os efeitos dos descongestionantes nasais com e sem BKC na sua composição foram estudados em humanos e foi repostada, uma relação entre a presença deste composto nestes medicamentos e a ocorrência mais pronunciada do “efeito rebound”, apontando-se esta

substância como a responsável pelo prolongamento de utilização de descongestionantes nasais e o consequente desenvolvimento de rinite medicamentosa.^{27,43,65} Em estudos *in vitro* que este composto produz efeitos tóxicos ao nível da mucosa nasal de humanos e animais. Além disso, evidenciou-se, também, o desencadeamento de efeitos nefastos ao nível do sistema imunitário, interferindo em processos como a fagocitose, quimiotaxia ou em outras importantes funções de defesa mediadas por neutrófilos.^{43,63}

As revisões de literatura neste âmbito concluem que os dados existentes sobre esta temática são limitados e controversos. A maioria dos estudos que indiciam a toxicidade nas mucosas decorreram *in vitro*, pelo que é necessário desenvolver mais estudos *in vivo* que sejam mais representativos e que permitam tirar ilações mais concretas a partir deles. No entanto, o Infarmed, não aconselha a utilização de produtos que contenham este componente durante períodos longos e repetidos.^{65,66}

1.6.4. Tratamento da rinite medicamentosa

Para reverter a rinite medicamentosa, o doente deve estar consciencializado de que terá de parar de administrar o descongestionantes nasais, caso contrário não obterá sucesso. Assim os objetivos terapêuticos neste âmbito vão no sentido de diminuir gradualmente o uso do descongestionante, para que o epitélio nasal volte ao estado normal, e tratar o problema inicial que levou à utilização do descongestionante.^{29,64,67}

Assim, devem ser estabelecidas alternativas terapêuticas. As opções terapêuticas disponíveis e selecionadas de acordo com a avaliação individual de cada doente são:^{27,29,62,64,67}

- Soluções salinas hipertónicas: a sua ação permite a hidratação e a limpeza da mucosa e auxilia a nível psicológico quando o doente sente necessidade de aplicar um substituto do descongestionante.
- Outros medicamentos tópicos, nomeadamente corticosteróides, anti-histamínicos, cromoglicato de sódio ou anticolinérgicos: para além de auxiliarem no desmame do descongestionante permitem controlar sintomas alérgicos possivelmente subjacentes e permitem um efeito local minimizando efeitos adversos;
- Terapia sistémica com analgésicos, antihistamínicos, descongestionantes ou corticosteróides: Utiliza-se nos casos em que as alternativas anteriores não resultaram.
- Cirurgia ao nível dos cornetos: só em casos extremos de caráter permanente, pelo que, na maioria dos casos, não é recomendada.

O tratamento que parece surtir melhor efeito é o que resulta da combinação de corticosteróides tópicos e orais.⁴³

O doente deve ter noção que este tratamento pode levar algum tempo até que fique totalmente independente de descongestionantes tópicos, devendo, por isso, ser incentivado a não abandonar o tratamento. Por vezes, a congestão nasal pode ser muito severa e difícil de suportar, pelo que aumenta a tendência a retomar estes vasoconstritores após alguns dias de

abstinência. Nos dias iniciais, a congestão nasal é mais intensa mas, nos dias subsequentes, esta começa a melhorar à medida que os efeitos dos corticosteróides vão surtindo efeito.²⁷

O tratamento com corticosteróides pode durar até 6 semanas para que se obtenha a eficácia máxima, porém o tratamento só será eficaz se os descongestionantes nasais forem totalmente retirados.^{28,43}

2. Contextualização da investigação e objetivos do estudo

A congestão nasal, é um problema incomodativo e desconfortável que cujas dificuldades respiratórias que acarreta, leva muitas vezes à respiração pela boca. Este facto origina um aumento da suscetibilidade dos indivíduos para o desenvolvimento de outras complicações. A congestão nasal pode, no entanto, ser de fácil resolução, ou, por outro lado, pode ser um indício da presença de outras patologias.

O rápido alívio da congestão nasal conseguido pelo uso dos descongestionantes nasais, aliado ao seu fácil acesso, torna-os bastante procurados para o efeito. No entanto sabe-se que o uso abusivo e prolongado destas substâncias pode levar ao desenvolvimento de dependência. Logo, cabe à comunidade farmacêutica estar alerta pois a farmácia torna-se muitas vezes o primeiro local onde se estabelece o primeiro contacto com estes doentes, sendo de todo o interesse promover o uso correto e garantir o benefício desta utilização com um mínimo de risco para a sua saúde.

Deste modo é relevante estudar os motivos que levam as pessoas a adquirirem estes produtos, o que lhes foi referido no momento da aquisição e, dependência ou não da sua utilização. Também é importante perceber se os procedimentos recomendados relativamente à sua administração são cumpridos, entre outros aspetos. É de referir, que em Portugal esta temática se encontra pouco desenvolvida, não havendo estudos conhecidos que revelem os aspetos anteriormente mencionados.

Desta forma, com este estudo pretende-se avaliar o perfil de utilização dos descongestionantes nasais por parte da população da Cova da Beira, bem como possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas daí decorrentes. A investigação desenvolveu-se através de um questionário realizado a utentes de farmácias da região da Cova da Beira, e, à população em geral através da realização de inquéritos em locais públicos.

Neste propósito definiram-se os seguintes objetivos de estudo:

- Caracterizar o perfil de utilizadores de descongestionantes nasais de acordo com a idade, sexo, escolaridade e patologias existentes referidas;
- Verificar qual o motivo da utilização dos descongestionantes;
- Averiguar se no momento da aquisição foram mencionadas as devidas advertências de utilização;
- Investigar se existe correlação entre o uso prolongado e o desenvolvimento de dependência;
- Verificar se o uso correto de descongestionantes (tópicos) minimiza a ocorrência de efeitos adversos;

- Analisar efeitos adversos e interações medicamentosas

3. Materiais e métodos

3.1. Tipo de estudo e critérios de seleção da amostra

O presente estudo caracteriza-se como sendo observacional do tipo descritivo, transversal e também inferencial. A recolha dos dados decorreu entre os meses de Fevereiro e Maio de 2014, em 9 farmácias distribuídas pela Região da Cova da Beira que compreende três concelhos (Covilhã, Belmonte e Fundão) e também à população da mesma região cujos inquéritos foram feitos fora das farmácias através da abordagem de pessoas em locais públicos.

A recolha de dados efetuou-se através de um inquérito (ANEXO X), tendo como população alvo os habitantes com idade igual ou superior a 18 anos da região da Cova da Beira. Para efeitos do estudo propriamente dito foram incluídos todos os indivíduos que utilizaram descongestionantes tópicos ou orais nos últimos 12 meses. É de referir que, para além dos utilizadores de descongestionantes nasais, foram igualmente incluídos no estudo os utilizadores de associações de descongestionantes nasais com outras substâncias, que apesar de não serem classificadas como descongestionantes nasais, têm descongestionantes na sua composição.

Em conjunto com o inquérito encontra-se também uma nota informativa onde consta informação acerca da intenção do estudo, bem como da confidencialidade e do anonimato inerente à informação resultante do seu preenchimento.

Até a data não são conhecidos estudos que mencionem a prevalência de utilização de descongestionantes nasais em Portugal. No entanto, um estudo da sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica e da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia, aponta para uma prevalência de 17,9 % de congestão nasal.⁴ Como tal, para efeitos de cálculo do tamanho de amostra necessária utilizou-se esta estimativa como referência. Desta forma, considerando P como o número de indivíduos com congestão nasal em Portugal, a população como p e N o número de indivíduos que constituem a amostra, tem-se que:

$$(1) \quad P = p \pm z \frac{\sqrt{p(1-p)}}{N}$$

Considerando um Intervalo de Confiança de 95%, onde Z=1,96 verifica-se que:

$$(2) \quad \text{Erro (E)} \leq z \frac{\sqrt{p(1-p)}}{N}$$

Assim, como Z=1,96, p=1,179 e E=0,05:

$$(3) \quad N \geq \frac{z^2}{E^2} p(1-p)$$

Obtém-se $N \geq 225$

Conclui-se portanto que para a obtenção de resultados estatisticamente significativos, e considerando um intervalo de confiança de 95%, é necessária uma amostra igual ou superior a 225 indivíduos.

3.2. Análise de dados

A análise de dados foi efetuada recorrendo a um *software* de organização de dados e análise estatística - o “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS).

Neste estudo, todos os dados foram analisados e explorados de acordo com os objetivos da pesquisa e com o tipo de variável (quantitativa ou qualitativa). Assim, definiu-se como variável quantitativa a idade e, as restantes variáveis consideraram-se qualitativas. A variável quantitativa foi analisada com base na estatística descritiva (média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo). Para as variáveis qualitativas foram usadas tabelas de frequências e gráficos (de sectores e de barras).

Após a análise univariada procedeu-se à análise a duas variáveis (bivariada) que teve como objetivo verificar a existência ou não de correlação entre duas variáveis, usando o teste do Qui-quadrado, que se encontra dimensionado para um nível de significância de 5%. Utilizou-se também a medida de efeitos *Odds Ratio*, com um intervalo de confiança a 95%.

4. Resultados

4.1. Análise estatística descritiva

O total de pessoas abordadas para a participação no estudo foi de 537, sendo que destes foram excluídos 27 pois os indivíduos tinham respondido equivocadamente ao questionário onde consideraram como descongestionantes nasais outros produtos de aplicação nasal como corticosteróides e anti-histamínicos. Dos restantes 510, 13 já haviam utilizado descongestionantes há mais de 12 meses pelo que não se encontravam em condições de responder às questões subsequentes e 336 nunca tinham utilizado descongestionantes nasais, obtendo-se assim uma percentagem de 62,57% de não utilizadores de descongestionantes. Assim, os resultados que se seguem dizem respeito a um total de 161 inquiridos que correspondem aos indivíduos utilizadores de descongestionantes nasais (tópicos ou sistémicos) e associações sistémicas que contenham descongestionantes na sua composição nos últimos 12 meses.

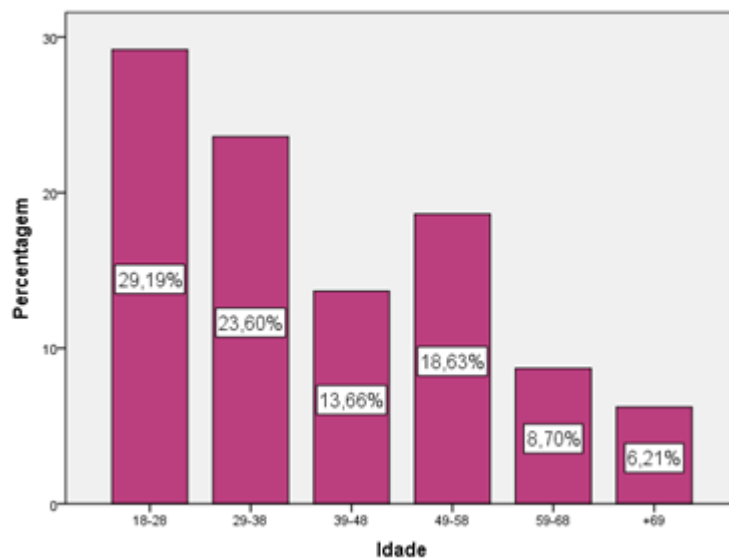


Figura 6 - Distribuição da amostra de acordo com as idades.

Os participantes do estudo encontram-se com idades entre os 18 e os 90 anos. A média de idades verificada foi de $40,73 \pm 16,035$ anos (média \pm desvio-padrão) e a mediana 37. A distribuição de idades da amostra encontra-se na figura 6, onde se verifica que a maior percentagem de inquiridos incidu sobre a faixa dos 18 aos 28 anos, seguindo-se a faixa dos 29 aos 38 anos.

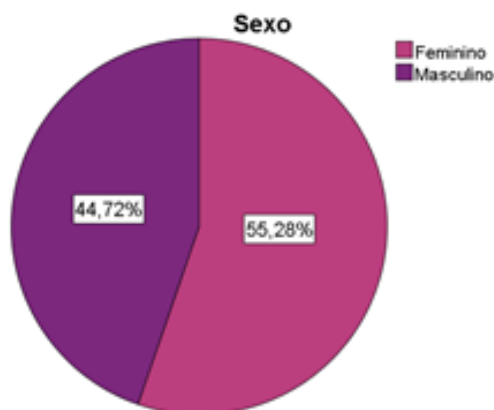


Figura 7 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo.

Dos 161 indivíduos que responderam aos inquéritos 44,72% eram homens e 55,28% foram mulheres. Ou seja, a amostra é constituída por 89 mulheres e 72 homens (Figura 7).

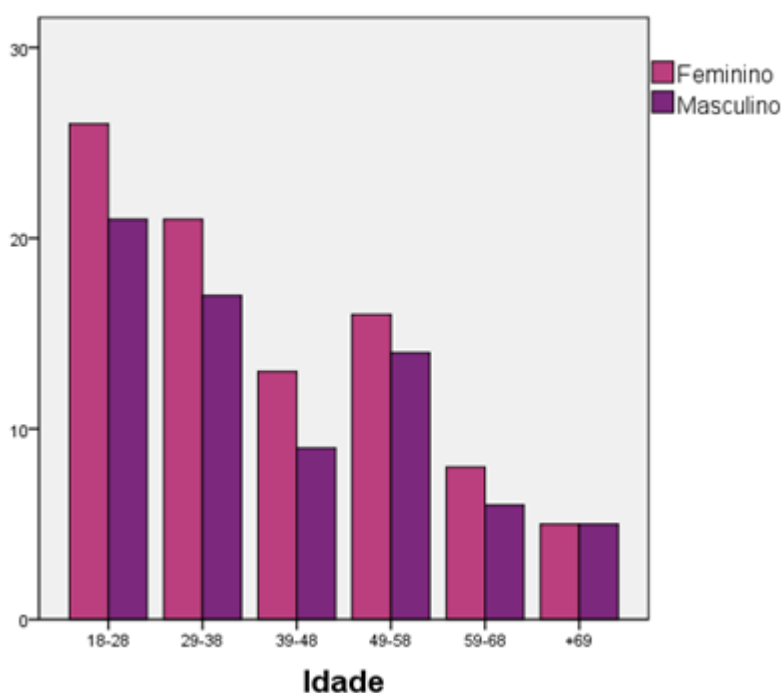


Figura 8 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo e faixa etária.

Através da figura 8 consegue-se observar que o sexo feminino predomina em cada faixa etária à exceção dos indivíduos com mais de 69 anos, em que neste caso a distribuição de sexos é igual.

Tabela 5 - Nível de escolaridade da população amostra.

Nível de escolaridade	Frequência	Percentagem (%)
Não frequentou a escola	3	1,9
1ºCiclo do Ensino Básico	21	13,0
2ºCiclo do Ensino Básico	9	5,6
3ºCiclo do Ensino Básico	21	13,0
Ensino Secundário	51	31,7
Ensino Superior	56	34,8
Total	161	100,0

A maioria dos inquiridos frequentou o ensino superior ou o ensino secundário, obtendo-se uma percentagem de 34,8% e 31,7% respetivamente (Tabela 5). Relativamente ao ensino básico verificou-se que 21 pessoas completaram o 3º ciclo (13,0%), 9 (5,6%) completaram o 2º ciclo e 21 (13,0%) completaram apenas o 1º ciclo. Já 1,9% dos inquiridos não frequentaram a escola.

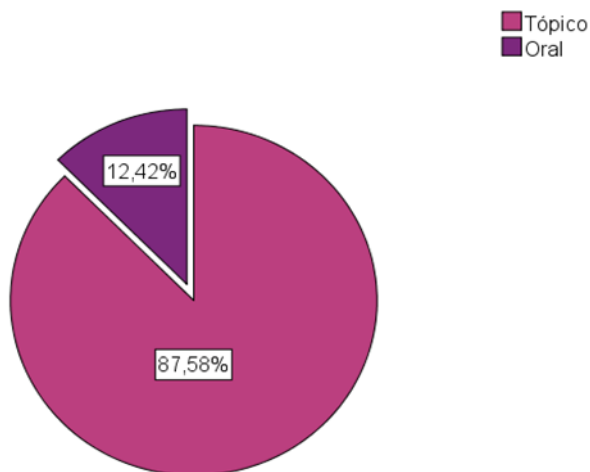


Figura 9 - Representação da amostra relativamente ao tipo de descongestionante administrado.

Através da figura 9 depreende-se que a grande maioria dos inquiridos utilizou descongestionantes tópicos, obtendo-se uma percentagem de 87,58% (141 pessoas), sendo que apenas 12,42% (20 pessoas) usaram associações medicamentosas com descongestionantes na sua composição.

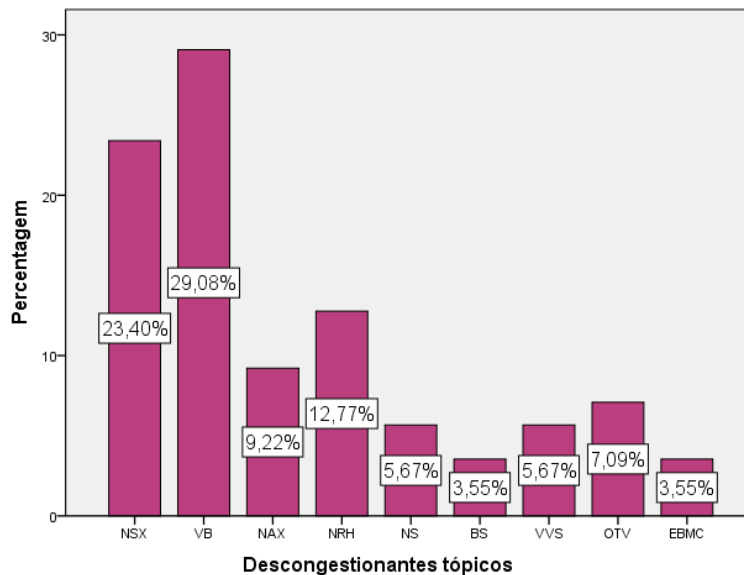


Figura 10 - Representação da porção da amostra que utilizou descongestionantes tópicos. NSX: *Nasex*[®]; VB: *Vibrocil*[®]; NAX: *Nasarox*[®]; NRH: *Nasorhinathiol*[®]; NS: *Neo-sinefrina*[®]; BS: *Bisolspray*[®]; VVS: *Vicks Vapospray*[®]; OTV: *Otrivina*[®]; EBMC: Essências à base mentol e cânfora (*Vicks Inalador*[®] e *Vicks Vaporub*[®]).

Das 141 pessoas que admitiram utilizar descongestionantes tópicos, os mais referidos no estudo foram o *Vibrocil*[®] e o *Nasex*[®] com 29,08% (41 pessoas) e 23,40% (33 pessoas) de utilização respetivamente. Já com o *Nasorhinathiol*[®] observou-se uma percentagem de

utilização de 12,77% (18 pessoas), seguindo-se o *Nasarox*[®] com 9,22% (13 pessoas), a *Otrivina*[®] com 7,09% (10 pessoas), e a *Neo-sinefrina*[®] e o *Vicks Vapospray*[®] apresentaram uma percentagem de utilização de 5,67% cada um (8 pessoas cada) (Figura 10). Com menor percentagem de utilização (3,55% cada) obteve-se o *Bisolspray*[®] e dos descongestionantes à base de cânfora e mentol (*Vicks Inalador*[®] e *Vicks Vaporub*[®]).

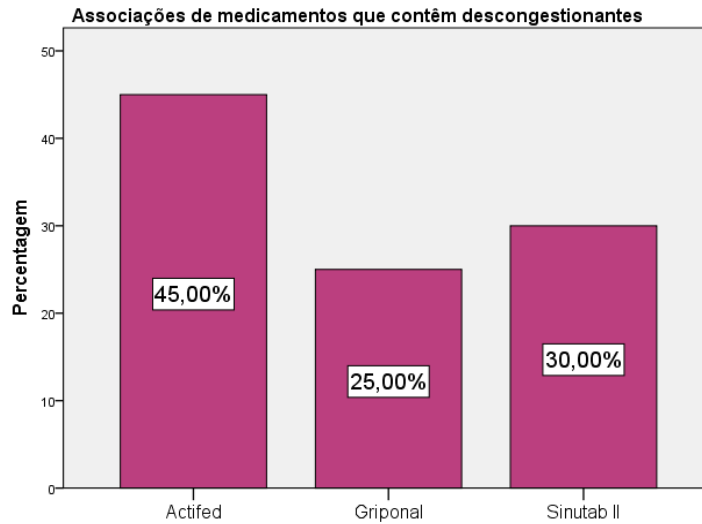


Figura 11 - Representação da parte da amostra que tomou associações medicamentosas que contêm descongestionantes na sua composição.

Do total de 161 inquiridos, 20 admitiram utilizar associações medicamentosas com ação descongestionante. A maioria (9 pessoas) referiu tomar *Actifed*[®] (45%), 6 pessoas tomaram o *Sinutab II*[®] (30%) e 5 pessoas tomaram *Griponal*[®] (25%). (Figura 11)

Doenças concomitantes

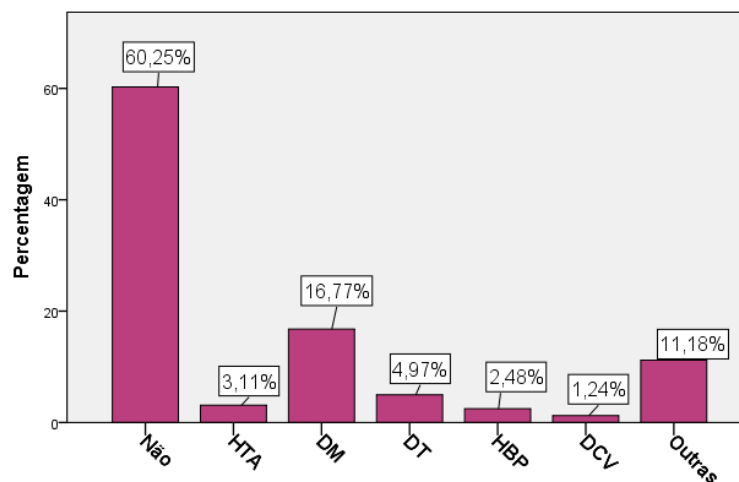


Figura 12 - Representação gráfica da existência ou ausência de doenças crónicas dos indivíduos incluídos no estudo. HTA: Hipertensão Arterial; DM: Diabetes Mellitus; DT: Doenças da Tireoide; HBP: Hiperplasia Benigna da Próstata; DCV: Doenças Cardiovasculares.

Aos participantes no estudo foi também questionado se possuem doenças crónicas e, em caso de resposta positiva, qual/quais. Através da figura 12 verifica-se que 60,25% das pessoas que utilizaram descongestionantes, referiu não ter qualquer doença crónica, 16,77% possuíam diagnóstico de diabetes *mellitus*, 4,97% tinham doenças da tiróide, 3,11% mencionaram hipertensão arterial, 2,48% possuíam hiperplasia benigna da próstata e 1,24% doenças cardiovasculares.

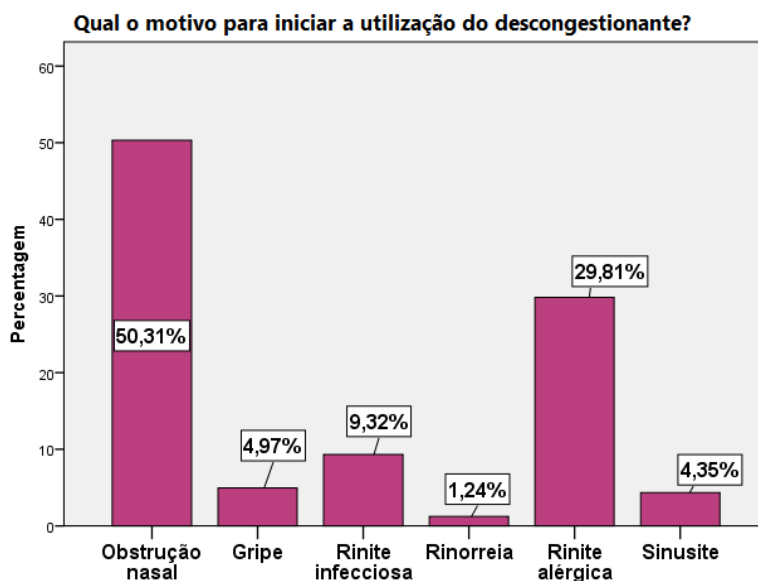


Figura 13 - Motivo que conduziu cada indivíduo à indicação/ procura do descongestionante nasal.

De acordo com a figura 13, a obstrução nasal foi o fator maioritariamente mencionado como motivo para a procura ou indicação do descongestionante, contando com um total de 81 dos inquiridos (50,31%). A rinite alérgica foi apontada por 48 pessoas (29,81%) como motivo, seguindo-se outros fatores como rinite infecciosa (9,32%), gripe (4,97%), sinusite (4,35%) e rinorreia (1,24%).

Descongestionantes nasais: perfil de utilização, efeitos adversos e interações medicamentosas

Tabela 6 - Representação da amostra de acordo com a indicação para a utilização do descongestionante nasal.

Indicação	Frequência	Porcentagem (%)
Médico	63	39,1
Farmacêutico	56	34,8
Publicidade	15	9,3
Outro	27	16,8
Total	161	100,0

Tabela 7 - Relação entre a indicação de utilização e o nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	Indicação				
	Médico	Farmacêutico	Publicidade	Outro	Total
Não frequentou a escola	1	2	0	0	3
1º Ciclo do Ensino Básico	8	4	3	6	21
2º Ciclo do Ensino Básico	3	4	1	1	9
3º Ciclo do Ensino Básico	8	9	2	2	21
Ensino Secundário	15	24	4	8	51
Ensino Superior	28	13	5	10	56
Total	63	56	15	27	161

Tabela 8 - Relação entre a indicação de utilização e a existência de patologias crônicas.

Indicação de utilização	Doenças Crônicas						Total
	HTA	DM	DT	HBP	DCV	Outras	
Médico	1	6	4	3	0	13	27
Farmacêutico	3	8	2	1	0	2	16
Publicidade	0	6	1	0	1	1	9
Outro	1	7	1	0	1	2	12
Total	5	27	8	4	2	18	64

Em 39,1% dos casos o descongestionante nasal foi indicado pelo médico, e em 34,8% pelo farmacêutico sendo que apenas em 9,3% dos casos a aquisição foi devida à publicidade ou outra indicação (16,8%) (Tabela 6). De entre os indivíduos que não utilizaram descongestionantes por indicação médica ou farmacêutica, os que apresentaram maior grau de automedicação (quer seja pela publicidade ou por outra indicação) foram os indivíduos

com maior nível de escolaridade (ensino superior ou secundário) (Tabela 7). Relativamente ao grupo de pessoas que apresentava doenças concomitantes, 14 tiveram indicação médica e noutras 14 houve indicação farmacêutica para a utilização de descongestionantes, sendo que em todas elas existe contra-indicação ao seu uso. Como referido anteriormente, doenças como hiperplasia benigna da próstata, hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, doenças da tiróide e doenças cardiovasculares são exemplos de patologias para as quais o uso de descongestionantes nasais deve ser evitado ou deve ser feito com especial cuidado (Tabela 8).^{47,51,52,54}

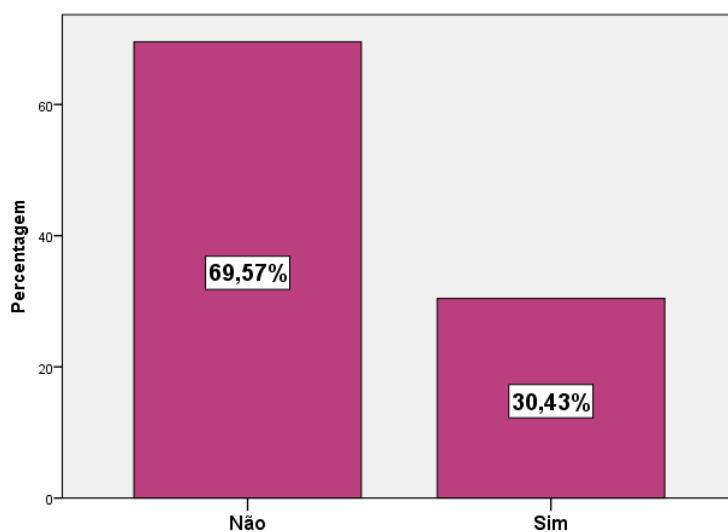


Figura 14 - Representação da amostra relativamente à questão: “houve algum aconselhamento no momento da aquisição?”

Quando questionados acerca do aconselhamento no momento da aquisição do descongestionante nasal 69,57% (112 pessoas) responderam “Não” e 30,43% (49 pessoas) responderam “Sim” (Figura 14). À pergunta “Se sim, qual?”, 40 pessoas referiram a posologia como aconselhamento.

Tabela 9 - Tempo de utilização dos descongestionantes nasais.

Tempo de utilização	Frequência	Porcentagem (%)
3 a 5 dias	94	58,4
5 a 10 dias	24	14,9
10 a 15 dias	18	11,2
15 dias a 1 mês	12	7,5
Vários meses	7	4,3
Sempre	6	3,7
Total	161	100,0

Tabela 10 -Frequência de utilização dos descongestionantes nasais.

Frequência de utilização	Frequência	Porcentagem (%)
1 vez ao dia	30	18,6
2 vezes ao dia	75	46,6
3 vezes ao dia	33	20,5
4 vezes ao dia	1	0,6
5 vezes ao dia	4	2,5
Só quando surgem os sintomas	18	11,2
Total	161	100,0

Relativamente à duração do tratamento, mais de metade (58,4 %) dos inquiridos refere uma utilização por um período de 3 a 5 dias, 14,9% admitiram utilizar durante cerca de 5 a 10 dias, 7 pessoas (4,3%) referiram ainda utilizar durante vários meses e 6 pessoas (3,7%) utilizam sempre (Tabela 9). Quanto à frequência do tratamento constatou-se ser mais significativa (46,6%) a opção 2 vezes ao dia, seguindo-se a opção 3 vezes ao dia (20,5%) e 30 pessoas afirmaram aplicar apenas uma vez ao dia (18,6%) (Tabela 10)

Tabela 11 - Relação entre a duração de utilização e a existência ou não de aconselhamento no momento da aquisição.

Tempo de utilização	Houve algum aconselhamento no momento da aquisição?	
	Sim	Não
3 a 5 dias	28	66
5 a 10 dias	7	17
10 a 15 dias	6	12
15 dias a 1 mês	4	8
Vários meses	3	4
Sempre	1	5
Total	49	112

Pela tabela 11 verifica-se que dos 112 inquiridos que mencionaram não ter recebido qualquer aconselhamento no momento da aquisição, 46 não utilizaram o descongestionante durante o período considerado seguro (3 a 5 dias). Relativamente aos 49 que tiveram aconselhamento, 28 utilizaram o descongestionante durante um período de 3 a 5 dias e as restantes 21 pessoas excederam esse período.

Tabela 12 - Cuidados associados à utilização dos descongestionantes tópicos.

Cuidados associados à aplicação dos descongestionantes tópicos	Frequência	Percentagem (%)
Não aplicável	20	12,4
Assoar o nariz	46	28,7
Limpar previamente o nariz com uma solução de lavagem	19	11,8
Inspirar levemente durante a aplicação	17	10,5
Inclinar ligeiramente a cabeça para trás	41	20,5
Tapar uma das narinas com o auxílio de um dos dedos	52	32,3
Não costumo ter nenhum cuidado	32	19,9
Total	227	136,1

Dos cuidados inerentes à utilização dos descongestionantes nasais tópicos, “Tapar uma das narinas com o auxílio de um dos dedos” parece ser o procedimento mais frequente entre os inquiridos com cerca de 32,3%, logo de seguida encontra-se “assoar o nariz” com 28,7 %, seguindo-se outros cuidados como: “Inclinar ligeiramente a cabeça para trás” (20,5%), “Limpar previamente o nariz com uma solução de lavagem” (11,8%) e “inspirar levemente durante a aplicação” (10,5%). Cerca de 32 pessoas (19,9%) admitiram não ter qualquer cuidado prévio à aplicação. A porção correspondente a 12,4% dos inquiridos corresponde aos

Descongestionantes nasais: perfil de utilização, efeitos adversos e interações medicamentosas

casos em que esta questão não pode ser aplicada por não se tratarem de descongestionantes nasais de aplicação tópica (Tabela 12).

Tabela 13 - Efeitos adversos ocorridos.

Efeitos adversos	Frequência	Porcentagem (%)
Ardor nasal	31	23,7
Secura da mucosa nasal	21	16,0
Espirros	20	15,1
Epistaxis	2	1,5
Mau gosto na boca	24	18,3
Náuseas	4	3,1
Dor de cabeça	4	3,1
Tremor	4	3,1
Taquicardia	6	4,6
Inquietação	4	3,1
Rinite medicamentosa	2	1,5
Sonolência	9	6,9
Total	131	100,0

Relativamente à eventual ocorrência de efeitos adversos, 91 pessoas (56,5%) negaram sentir qualquer efeito adverso decorrente da utilização de descongestionantes nasais. Os efeitos adversos mais mencionados pelos restantes 70 inquiridos (43,5%) foram, ardor nasal com 23,75%, seguindo-se o mau gosto na boca com uma percentagem de 18,3%, secura da mucosa nasal com 16,0% e espirros 15,1% (tabela 13).

Tabela 14 - Efeitos adversos experimentados apenas pelos indivíduos que utilizaram associações com descongestionantes na sua composição.

Durante a utilização sentiu algum efeito adverso?	Associações com descongestionantes na sua composição			Total
	<i>Actifed</i> [®]	<i>Griponal</i> [®]	<i>Sinutab II</i> [®]	
Não	2	1	4	7
Sonolência	9	0	0	9
Taquicardia e inquietação	0	4	0	4
Total	9	5	6	20

É de salientar, neste âmbito, que das 9 pessoas que referiram sentir sonolência (tabela 13), todas elas mencionaram tomar *Actifed*[®] que para além de descongestionante, tem

também ação anti-histamínica. Para além da sonolência, também foram mencionados outros efeitos adversos, como taquicardia e inquietação. É de referir também que estes efeitos foram apenas relacionados com o uso do *Griponal*[®] e que não foram mencionados efeitos adversos decorrentes da utilização do *Sinutab II*[®] (Tabela 14).

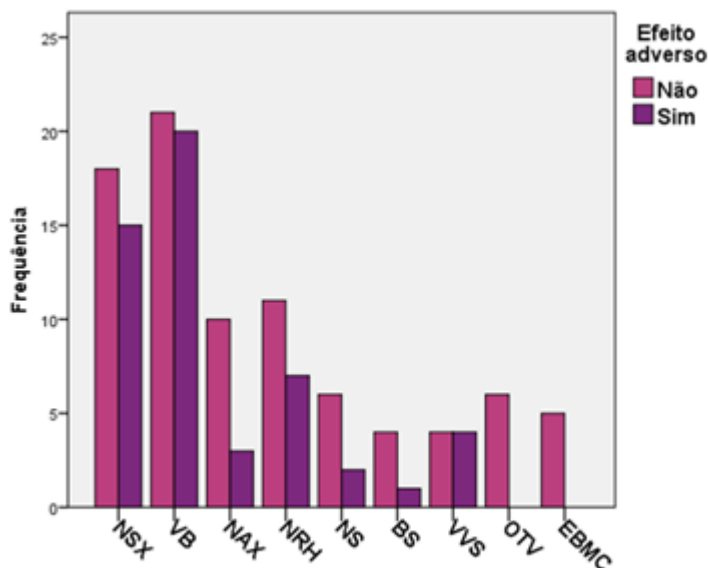


Figura 15 - Representação da existência ou não de efeitos adversos de acordo com o descongestionante tópico utilizado. NSX: *Nasex*[®]; VB: *Vibrocil*[®]; NAX: *Nasorox*[®]; NRH: *Nasorhinathiol*[®]; NS: *Neo-Sinefrina*[®]; BS: *Bisolspray*[®]; VVS: *Vicks Vapospray*[®]; OTV: *Otrivina*[®]; EBMC: Essências à base de mentol e cânfora (*Vicks Inalador*[®] e *Vicks Vaporub*[®]).

Através da figura 15, verifica-se que os descongestionantes nasais mais associados a efeitos adversos foram o *Nasex*[®], o *Vibrocil*[®], o *Vicks Vapospray*[®] e o *Nasorhinathiol*[®] tendo em conta a frequência de utilização de cada um.

Tabela 15 - Especificação do tipo de efeitos adversos relativamente aos descongestionantes tópicos que revelaram estar mais relacionados com a sua ocorrência.

Descongestionante tópico	Efeitos adversos							
	Espirros	Mau gosto na boca	Ardor nasal	Secura da mucosa nasal	Epistaxis	Tremor	Taquicardia	Rinite Medicamentosa
<i>Nasex</i> [®]	6	6	8	7	1	1	2	2
<i>Vibrocil</i> [®]	4	5	15	12	1	1	1	0
<i>Nasorhinathiol</i> [®]	1	4	2	0	0	0	1	0
<i>Vicks Vapospray</i> [®]	0	2	2	2	0	0	1	0
Total	11	17	27	21	2	2	5	2

Pela tabela 15 verifica-se que os efeitos adversos mais mencionados pelos inquiridos foram ardor e secura da mucosa nasal (27 e 21 pessoas respetivamente), seguindo-se mau gosto na boca (17 pessoas) e espirros (11 pessoas).

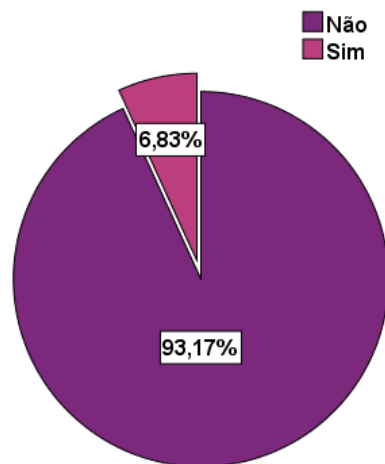


Figura 16 - Representação da amostra em termos de uso dependente ou não dependente.

Através da figura 16, conclui-se que dos 161 indivíduos 11 (6,83%) admitiram um uso dependente de descongestionantes nasais.

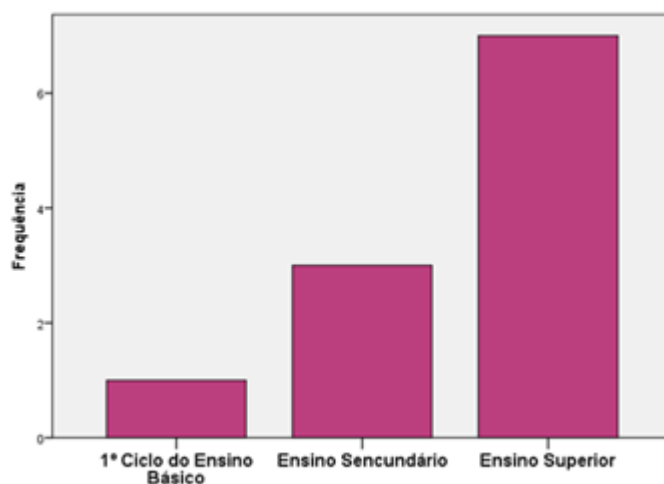


Figura 17 - Representação da amostra em termos de relação entre uso dependente e nível de escolaridade.

Descongestionantes nasais: perfil de utilização, efeitos adversos e interações medicamentosas

Pela figura 17 verifica-se que dos 11 indivíduos que admitiram fazer uso dependente dos descongestionantes nasais, 1 frequentou o 1º ciclo do ensino básico, 3 frequentaram o ensino secundário e 7 frequentaram o ensino superior.

Tabela 16 - Relação entre o uso dependente e o tipo de descongestionante tópico.

Nome do descongestionante nasal	Desenvolveu dependência?
	Sim
<i>Nasex</i> ®	5
<i>Vibrocil</i> ®	1
<i>Nasarox</i> ®	0
<i>Nasorhinathiol</i> ®	5
<i>Neo - Sinefrina</i> ®	0
<i>Bisolspray</i> ®	0
<i>Vicks Vapospray</i> ®	0
<i>Otrivina</i> ®	0
Total	11

Como se pode confirmar pela tabela 16, no presente trabalho verificou-se que este uso dependente está apenas relacionado com o uso de descongestionantes tópicos. Nestes 11 casos, 5 deles estão relacionados com o uso de *Nasex*®, 1 está relacionado com o uso de *Vibrocil*® e outros 5 com o uso de *Nasorhinathiol*®.

Tabela 17 - Relação entre o desenvolvimento de dependência e a idade.

Dependência	Idades						Total
	18-28 anos	29-38 anos	39-48 anos	49-58 anos	59-68 anos	+69 anos	
Sim	2	5	1	2	0	1	11

Através da tabela 17 pode verificar-se que, dos 11 indivíduos dependentes de descongestionantes tópicos, 5 tinham idades compreendidas entre os 29 e os 38 anos, 2 entre os 18 e os 28 anos, 2 entre os 49 e os 58 anos e 1 com mais de 69 anos.

Relativamente à toma conjunta de outros medicamentos, cerca de 63,98% (103 pessoas) afirmaram tomar outros medicamentos durante a utilização/administração do descongestionante. Os medicamentos mencionados pertencem às seguintes classes terapêuticas: analgésicos e antipiréticos (29 pessoas), antidiabéticos orais e insulinas (27 pessoas), anti-histamínicos (18 pessoas) antiasmáticos e broncodilatadores (12 pessoas), hormonas da tiroide e anti-tiroideus (8 pessoas), anti-hipertensores (5 pessoas) e medicamentos indicados em caso de hiperplasia benigna prostática (4 pessoas).

Quando questionados quanto à ocorrência de efeitos adversos, nenhum dos indivíduos afirmou sentir efeitos nefastos resultantes da administração conjunta de descongestionantes com os referidos medicamentos.

4.2. Análise estatística inferencial

De forma a verificar existência de relação entre variáveis efetuou-se o teste do Qui-quadrado. Quando se obtém um valor de $p < 0,05$, existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis. Para estes casos calculou-se ainda o *Odds Ratio*, uma medida que verifica o grau de associação entre as variáveis. Quando o *Odds Ratio* é > 1 significa que existe uma forte correlação e esta será tanto maior quanto maior for este valor.

Tabela 18 - Uso dependente ou não vs duração do tratamento e respetivo teste do Qui-quadrado.

			Dependência		Total
			Sim	Não	
Duração do tratamento	3 a 5 dias	Frequência	1	96	97
		% Duração do tratamento	1,0%	99,0%	100,0%
	+ de 3 a 5 dias	Frequência	10	54	64
		% Duração do tratamento	15,6%	84,4%	100,0%
	Total	Frequência	11	150	161
		% Total	6,8%	93,2%	100,0%

Teste do Qui-quadrado Sig. P=0,000328

Através da tabela 18 verifica-se uma relação significativa entre a duração do tratamento e o desenvolvimento de dependência, pois analisando o caso dos 11 indivíduos que desenvolveram dependência, verifica-se que apenas 1 teve um tempo de tratamento de 3 a 5 dias, e os restantes 10 indivíduos tiveram um tratamento superior a esse período (+ de 3 a 5 dias). Obteve-se um *Odds Ratio* de 0,056 (I.C.95% = [0,007;0,451]) para os indivíduos que desenvolveram dependência dos que utilizaram o descongestionante apenas durante 3 a 5 dias relativamente aos que utilizaram durante um período maior (+ de 3 a 5 dias).

Tabela 19 - Uso dependente vs uso de descongestionante de longa duração de ação (DLDA) e respectivo teste do Qui-quadrado.

			Dependência		Total
			Sim	Não	
DLDA	Sim	Frequência	10	76	86
		%DLDA	11,6%	88,4%	100,0%
	Não	Frequência	1	49	50
		% DLDA	2,0%	98,0%	100,0%
Total		Frequência	11	125	136
		% Total	8,1%	91,9%	100,0%

Teste do Qui-quadrado Sig. P=0,047

Através da tabela 19 verifica-se, existir também dependência entre as variáveis, pois dos 11 indivíduos que desenvolveram dependência, 10 de 86 utilizaram descongestionantes tópicos de longa duração de ação e 1 de 50 não utilizaram descongestionantes de longa ação. Obteve-se um *Odds Ratio* de 6,447 (I.C.95% = [0,800;51,958]) para os indivíduos que desenvolveram dependência dos que utilizaram descongestionante de longa duração de ação relativamente aos que não utilizaram.

Tabela 20 - Existência de efeitos adversos vs aconselhamento no momento da aquisição e respectivo teste do Qui-quadrado.

			Efeitos adversos		Total
			Sim	Não	
Houve aconselhamento no momento da aquisição?	Sim	Frequência	17	32	49
		% Efeitos adversos	24,3%	35,2%	30,4%
	Não	Frequência	53	59	112
		% Efeitos adversos	75,7%	64,8%	69,6%
Total		Frequência	70	91	161
		% Total	100,0%	100,0%	100,0%

Teste do Qui-quadrado Sig. P=0,137

No estudo da relação entre a ocorrência de efeitos adversos com a existência ou não de aconselhamento no momento da aquisição de descongestionantes nasais os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos. (Tabela 20).

Tabela 21 - Existência de doenças crônicas vs ocorrência ou não de efeitos adversos e respetivo teste do Qui-quadrado.

			Efeitos adversos		Total
			Sim	Não	
Doença crónica	Sim	Frequência	33	31	64
		% Efeitos adversos	47,1%	34,1%	39,8%
	Não	Frequência	37	60	97
		% Efeitos adversos	52,9%	65,9%	60,2%
Total	Frequência	70	91	161	
	% Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste do Qui-quadrado Sig. P=0,093

Os resultados obtidos também não foram estatisticamente significativos, para a hipotética correlação entre a existência de doenças crônicas e a ocorrência de efeitos adversos (Tabela 21).

Tabela 22 - Existência ou não de aconselhamento vs duração do tratamento e respetivo teste do Qui-quadrado.

			Duração do tratamento		Total
			3 a 5 dias	+ de 3 a 5 dias	
Houve aconselhamento no momento da aquisição?	Sim	Frequência	28	21	49
		% Duração do tratamento	29,5%	31,8%	30,4%
	Não	Frequência	67	45	112
		% Duração do tratamento	70,5%	68,2%	69,6%
Total	Frequência	95	66	161	
	% Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste do Qui-quadrado Sig. P=0,751

Ao relacionar a existência ou não de aconselhamento no momento da aquisição dos descongestionantes nasais com a sua utilização durante um período de 3 a 5 dias, os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos (Tabela 22).

Tabela 23 - Cuidados de utilização na aplicação de descongestionantes tópicos vs ocorrência ou não de efeitos adversos e respetivo teste do Qui-quadrado.

		Efeitos adversos		Total	
		Sim	Não		
Cuidados de utilização	Sim	Frequência	37	72	109
		% Efeitos adversos	63,8%	86,7%	77,3%
	Não	Frequência	21	11	32
		% Efeitos adversos	36,2%	13,3%	22,7%
Total	Frequência	58	83	141	
	% Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste do Qui-quadrado Sig. P=0,001

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre duas variáveis ao se relacionar o facto de o utilizador ter alguns cuidados de utilização do descongestionante tópico e a ocorrência ou não de efeitos adversos. Dos 32 indivíduos que admitiram não ter qualquer cuidado durante a utilização do descongestionante tópico, 21 (36,2%) referiram o aparecimento de efeitos adversos, enquanto dos 109 indivíduos que costumam ter cuidados de utilização, apenas 37 (63,8%) referiram o aparecimento de efeitos adversos. Obteve-se um *Odds Ratio* de 0,296 (I.C.95% = [0,117;0,617]) (Tabela 23).

5. Discussão dos resultados

A congestão nasal em Portugal é considerada uma situação frequente e desconfortável. Apesar da diminuta informação sobre este problema, um estudo avança para uma prevalência de 17,9% de congestão nasal em Portugal com superior incidência nas mulheres.⁴ Sendo a obstrução nasal um sintoma associado a uma variada gama de patologias, os descongestionantes nasais são uma das opções terapêuticas facilmente acessíveis aos doentes para o seu alívio. Quando usados devidamente, estes produtos podem permitir um rápido alívio da congestão nasal ou, caso se tratem de associações medicamentosas, possibilitam o tratamento mais completo de uma determinada patologia subjacente. Dada a escassez de informação sobre esta temática em Portugal, este estudo pretendeu traçar um perfil de utilização destes produtos na Região da Cova da Beira assim como os motivos da utilização destes produtos, efeitos secundários daí decorrentes e possíveis interações medicamentosas.

A amostra que compôs o estudo, foi constituída por um total de 161 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos (Figura 6), a média das idades rondou os 40,73 ± 16,035 anos e a maior percentagem obteve-se na faixa etária do 18 aos 28 anos. Dos 161 indivíduos, 89 eram mulheres (55,28%) e 72 eram homens (44,72%) (Figura 7). Adicionalmente, concluiu-se que em todas as faixas etárias, houve predominância do sexo feminino à exceção da faixa dos maiores de 69, cuja distribuição foi igual (Figura 8). Apesar

de no presente estudo a distribuição de géneros não ser igual, (fator que pode influenciar a conclusão anterior) um facto é que o estudo da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia aponta para uma incidência superior sobre as mulheres⁴. No entanto, sabe-se que sofrer de congestão nasal não implica necessariamente uso de descongestionantes nasais.

Quanto às habilitações literárias dos participantes, conclui-se que a maioria dos utilizadores de descongestionantes possui um nível de escolaridade elevado, pois 56 dos indivíduos frequentaram o ensino superior e 51 o ensino secundário (Tabela 5).

Em relação ao tipo de descongestionante utilizado, verifica-se que 141 pessoas usaram descongestionantes nasais tópicos e 20 pessoas utilizaram associações medicamentosas em que os descongestionantes estão presentes. De salientar que nenhum participante mencionou tomar um descongestionante nasal de ação sistémica isolado como por exemplo o *SUDAFED*[®]. As referidas associações não sendo classificadas como descongestionantes, têm uma ação sinérgica no tratamento de patologias cujas sintomatologias se associam por exemplo a estados gripais ou alérgicos em que se tira partido não só da sua ação descongestionante mas também antipirética, analgésica ou anti-histamínica ou antitússica.

Dos descongestionantes tópicos referidos o que obteve maior percentagem de utilização foi o *Vibrocil*[®] (41 pessoas) cujo princípio ativo é a fenilefrina com dimetindeno (anti-histamínico). O segundo mais utilizado foi o *Nasex*[®] (33 pessoas) em que a substância ativa é a oximetazolina (Figura 10). Das associações medicamentosas disponíveis no mercado, as mencionadas neste estudo foram o *Actifed*[®] (pseudoefedrina + tripolidina), o *Griponal*[®] (fenilefrina + paracetamol + clorofenamina) e o *Sinutab II*[®] (paracetamol + pseudoefedrina) (Figura 11).

De acordo com a Figura 12, observa-se que mais de metade (60,25%) dos entrevistados declara não possuir doenças crónicas. No entanto, os restantes participantes referiram sofrer de outras doenças de entre as quais se encontram patologias em que a administração de descongestionantes está contraindicada, esperando-se desta forma que o benefício tenha superado o risco pois através do teste do Qui-quadrado, conclui-se que a existência de doenças crónicas não foi uma condição direta para a ocorrência de efeitos adversos (Sig. $P=0,093$), ou seja, não se verificou dependência entre as duas variáveis (Tabela 21). Assim, 27 pessoas referiram sofrer diabetes *mellitus*, 8 pessoas sofrem de doenças da tiróide, 5 pessoas possuem hipertensão arterial, 4 pessoas possuem hiperplasia benigna de próstata e 2 possuem doenças cardiovasculares (Figura 12).

De entre as causas referidas para a administração destes produtos, a mais apontada foi a obstrução nasal (81 pessoas), seguindo-se a rinite alérgica (29,8%). No entanto, sabe-se que existem diversas causas que podem levar á utilização destes produtos. A obstrução nasal é muitas vezes, acompanhada de outras sintomatologias sobretudo se a pessoa sofrer de rinites, infeções das vias aéreas superiores, processos crónicos nasossinusais ou problemas estruturais nasais.^{5,10,15} Este número pode revelar que a maioria da população amostra não considera a obstrução nasal como um sintoma associado a um possível problema de saúde. Para além da

obstrução nasal, outras causas apresentadas foram rinite infecciosa (9,32%), gripe (4,97%), sinusite (4,35%) e rinorreia (1,24%) (Figura 13).

O uso inicial do descongestionante foi indicado em 39,1% (63 pessoas) dos casos pelo médico, em 34,8% (56 pessoas) pelo farmacêutico (Tabela 6). Assim, apesar da grande maioria ter recorrido ao aconselhamento médico, também a farmácia constituiu um dos locais privilegiados para a indicação de utilização destes produtos, corroborando as conclusões do estudo da prevalência de automedicação em Portugal (MENDES e colaboradores).¹ Nos restantes casos, os entrevistados mencionaram a influência de publicidade (9,3%) e 27 pessoas mencionaram outro meio de indicação para a utilização destes produtos como o aconselhamento de familiares e/ou amigos ou uso espontâneo (Tabela 6). A maioria dos 56 indivíduos que frequentaram o ensino superior teve indicação médica ou farmacêutica para a toma do medicamento, o mesmo aconteceu com os que frequentaram o ensino superior (Tabela 7). Daqui depreende-se que apesar do elevado nível de escolaridade da maior parte da população estudada, este não foi um fator contributivo para um maior nível de confiança para a procura do medicamento sem que tivesse havido indicação médica ou farmacêutica. Curiosamente, das que tiveram indicação médica para a toma dos descongestionantes, 14 pessoas possuíam doenças para as quais o uso de descongestionantes está contraindicado ou deve ser usado com especial precaução.^{47,51,52,54} O mesmo aconteceu com outras 14 pessoas que referiram ter recorrido a farmacêuticos (Tabela 8).

Quando questionados acerca do aconselhamento aquando da aquisição do descongestionante, 112 pessoas (69,57 %) responderam “Não” (Figura 14). Das restantes 49 pessoas que mencionaram ter tido aconselhamento, 9 não souberem reproduzi-lo e as restantes 40 afirmaram ter sido advertidas para que não utilizassem o descongestionantes por mais de 3 a 5 dias. Este dado demonstra que, genericamente, os farmacêuticos estão sensibilizados para os perigos de utilização deste tipo de produtos por um período superior ao recomendado. No entanto, muitos outros conselhos devem ser dados para que haja a máxima eficácia possível evitando ao máximo a ocorrência dos efeitos adversos. No caso dos descongestionantes nasais, o modo correto de aplicação é fundamental para minimizar os efeitos adversos e para tirar partido dos seus benefícios. Assim, o facto de estes produtos deverem ser aplicados sobre a mucosa nasal limpa, de não se dever aspirar de imediato o produto aplicado ou ter de se manter a cabeça inclinada durante a aplicação são indicações úteis que devem ser facultadas aos doentes. Também a frequência de administração é de toda a importância e não foi mencionada por nenhuma das pessoas inquiridas. É de referir, no entanto, que todos os descongestionantes deste estudo, à exceção do *Actifed*[®] e do *Sinutab II*[®] são de venda livre, pelo que, para além da farmácia, podem também ter sido adquiridos noutras áreas de saúde como parafarmácias e até hipermercados. Este facto pode contribuir para o deficiente aconselhamento relatado. Neste âmbito, teria sido benéfico inquirir também sobre o local de aquisição destes medicamentos.

Quanto ao tempo de utilização dos descongestionantes nasais, sabe-se que de acordo com a literatura, não deve ser superior a 3 a 5 dias, de forma a evitar o aparecimento do

designado “efeito *rebound*”.^{36,47,48} No presente estudo, cerca de 58,4% dos participantes utilizaram o descongestionante durante o período considerado seguro. É de salientar ainda que esta percentagem engloba não só os descongestionantes tópicos mas também todas as associações medicamentosas. As restantes percentagens da Tabela 9 dizem respeito apenas ao uso de descongestionantes tópicos, onde 3,7% (6 pessoas) admitem aplicar sempre o descongestionante. Assim observou-se um total de 67 pessoas que fazem uso do descongestionante tópico por um período superior ao recomendado.

Sobre a frequência de utilização, verifica-se que a opção 2 vezes ao dia parece ser a mais referida entre os participantes no estudo (Tabela 10).

Pela tabela 11 observa-se que, apesar dos 112 indivíduos que afirmaram não ter recebido qualquer orientação no momento da aquisição, ainda assim 66 utilizaram o descongestionante no período recomendado (3 a 5 dias), enquanto os restantes 46 utilizaram-no por períodos superiores, sendo que 5 deles fazem uso permanente. Verificou-se também que apesar de ter havido aconselhamento em 49 dos inquiridos, apenas 21 utilizaram o descongestionante durante o período recomendado. Desta forma, conclui-se que este fator não parece ter sido fundamental para que o descongestionante nasal fosse utilizado num período de tratamento adequado.

No que respeita aos cuidados associados à aplicação dos descongestionantes tópicos, constatou-se que 32 pessoas não costumam ter qualquer cuidado, de acordo com os resultados da tabela 12. O gesto “Tapar uma das narinas com o auxílio de um dos dedos” foi o cuidado mais apontado pelos inquiridos (52 pessoas), seguindo-se o “assoar o nariz” (46 pessoas) e “inclinhar a cabeça ligeiramente para trás” (41 pessoas). Todos estes procedimentos são importantes, de forma a permitir um melhor acesso deste tipo de medicamentos e minimizar a absorção sistémica.

Dos 161 participantes no estudo, 56,5% (91 pessoas) referiram não sentir efeitos adversos no decurso da utilização destes medicamentos. Dos restantes 70 indivíduos, 23,7% citaram ardor nasal, 18,3% mau gosto na boca, 16,0% secura da mucosa nasal e 15,1% espirros. Com menor incidência foram também relatadas náuseas, dores de cabeça, tremor, taquicardia, inquietação, sonolência e epistaxis (Tabela 13). Muitos destes indivíduos mencionaram experimentar mais do que uma reação adversa. Todos os inquiridos que sentiram sonolência correspondem aos indivíduos que utilizaram *Actifed*[®] (Tabela 14), uma associação entre pseudoefedrina e triprolidina, um anti-histamínico de primeira geração que pode ser responsável por provocar o referido sintoma.³³ Todos os efeitos locais relatados estão relacionados naturalmente com o uso de descongestionantes tópicos e são consequência da irritação da mucosa, provavelmente devido ao seu uso excessivo.^{37,52} O mau gosto na boca também referido poderá ser explicado com a aspiração exagerada do medicamento. Os efeitos sistémicos mencionados (náuseas, cefaleias, tremor, taquicardia, inquietação) revelam a potencial ocorrência de absorção sistémica indevida, provavelmente devido ao uso incorreto dos descongestionantes tópicos. Para verificar se o facto dos participantes no estudo que mencionaram não ter qualquer cuidado aquando da administração do

descongestionante tópico, foi um fator contributivo para a ocorrência de efeitos adversos, efetuou-se o teste do Qui-quadrado. Desta análise conclui-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis (Sig. $P=0,001$), obtendo-se também um *Odds Ratio* de 0,296 (Tabela 23). Os medicamentos mais associadas à ocorrência de efeitos adversos foram o *Nasex*[®], o *Nasorhinathiol*[®], o *Vicks Vapospray*[®] e o *Vibrocil*[®]. À exceção do *Vibrocil*[®] que contém fenilefrina, todas as restantes contêm na sua composição oximetazolina. A *Otrivina*[®] (xilometazolina) e os descongestionantes de mentol e cânfora (*Vicks Inalador*[®] e *Vicks Vapospray*[®]) parecem não ter causado efeitos adversos aos participantes deste estudo (Figura 15).

Relativamente à questão da dependência dos descongestionantes, 11 pessoas (6,83%) responderam “Sim” (Figura 14). Neste âmbito, através da figura 17 conclui-se também que ter um nível de escolaridade superior não evita o uso abusivo destas substâncias. De acordo com a tabela 16, verifica-se que, em nenhum dos casos, tal como apontam as referências bibliográficas⁴³, o descongestionante em causa é sistémico. Adicionalmente, verifica-se também que os descongestionantes relacionados com esta condição são o *Nasex*[®] (com 5 casos de dependência), o *Nasorhinathiol*[®] (com 5 casos de dependência) e o *Vibrocil*[®] (1 caso de dependência). As substâncias ativas em causa são a oximetazolina (*Nasex*[®] e *Nasorhinathiol*[®]) e a fenilefrina (*Vibrocil*[®]) (Tabela 16). Apesar da prevalência de rinite medicamentosa permanecer incerta, dados da literatura apontam que o aparecimento do “efeito rebound” e o conseqüente uso dependente são mais comuns em pessoas jovens ou de meia-idade.⁶¹ De facto, tal como já foi mencionado anteriormente a maior percentagem de utilizadores neste estudo foi a pertencente à faixa etária dos 18 aos 28 anos (Figura 6). Adicionalmente, através da tabela 17, verificamos que a maioria dos indivíduos que admitiram ser dependentes deste tipo de medicamentos rondam a idade jovem ou a meia-idade. Para além disso, uma vez que a rinite medicamentosa e o conseqüente uso dependente, é resultado do uso prolongado destes descongestionantes tópicos e considerando o período como seguro para a sua utilização os 3 a 5 dias, conclui-se também cerca de 67 pessoas estiveram sob risco de desenvolver rinite medicamentosa sendo que outras 2 desenvolveram efetivamente rinite medicamentosa (Tabela 9). De facto, ambas responderam tomar sempre o descongestionante na questão relativa à duração do tratamento. Na tentativa de estabelecer uma verdadeira relação entre o uso dependente e a duração do tratamento (3 a 5 dias ou mais de 3 a 5 dias) efetuou-se o teste do Qui-Quadrado e calculou-se o *Odds Ratio*, verificando-se uma relação significativa entre as variáveis (Sig. $P=0,000328$), com um *Odds Ratio* de 0,056 (Tabela 18). Uma vez que a maioria dos descongestionantes utilizados pelos participantes no estudo diz respeito a derivados imidazolinicos, considerados de longa duração de ação³⁷, particularmente a oximetazolina (Tabela 16), tentou-se verificar a dependência entre as variáveis, uso dependente e toma ou não de descongestionantes de longa duração de ação (Tabela 19). Desta análise conclui-se que existe alguma relação entre o uso desta classe em particular com o desencadeamento de uso dependente (Sig $P=0,047$) com um *Odds Ratio* de 6,447.

É de destacar que nada se pode concluir quanto ao contributo da presença do BKC nos descongestionantes nasais. Muitos autores consideram este composto como o responsável pelo desencadeamento de rinite medicamentosa e o conseqüente uso dependente.^{27,43,65} No entanto, devido ao facto de este composto estar presente em todas os descongestionantes tópicos mencionados neste estudo, não foi possível fazer uma comparação entre o desenvolvimento de dependência e a existência ou não desta substância. Pela mesma ordem de ideias também não foi possível investigar a influência do dexpantenol nos descongestionantes nasais. Alguns estudos mostram que esta substância permite diminuir a ocorrência de efeitos adversos locais bem como o desenvolvimento de rinite medicamentosa.⁵⁰ Como esta substância não está presente em nenhum dos descongestionantes nasais referidos pela população em estudo, não foi possível retirar conclusões sobre este assunto.

Através da tabela 20, conclui-se também que, apesar dos inquiridos neste estudo mencionarem não terem tido aconselhamento no momento de aquisição, não se verificou uma relação de dependência entre o não aconselhamento e a existência de efeitos adversos (Sig P=0,137). O mesmo se conclui, sobre a relação entre a não existência de aconselhamento com e o uso do descongestionante durante um período de 3 a 5 dias (Sig.P=0,751). É de referir que, apesar de não terem sido alertadas para isso, um elevado número de pessoas (67 em 112) administrou o descongestionante durante o período considerado correto (Tabela 22).

O questionário que serviu de base para este estudo, contava ainda com uma questão aberta destinada aos participantes que admitiram fazer uso dependente de descongestionantes nasais, que se pretendeu perceber se estes tentaram reverter esta situação e de que forma. Dos 11 indivíduos em causa, 8 referiram que tentaram abster-se da sua utilização durante alguns dias, mas como a obstrução nasal se manteve, retomaram a aplicação do descongestionante. Uma das restantes pessoas referiu tentar substituir a sua utilização por um anti-histamínico tópico e 2 tentaram a utilização de soluções salinas mas nenhuma delas teve sucesso, todos retomaram mais tarde o descongestionante nasal. Estes dados revelam que os inquiridos categorizados como dependentes têm consciência da necessidade de reverter esta situação, e que os métodos por eles experimentados para reverter este quadro vão de encontro ao mencionado na literatura.^{27,29,62,64,67} No entanto, devido provavelmente a um deficiente acompanhamento clínico, não obtiveram êxito.

É de referir também que, com este estudo se tentou perceber se durante a utilização de descongestionantes nasais, houve co-administração de outros medicamentos nomeadamente os que, de acordo com a literatura, estão contraindicados (IMAO, TCA, metildopa e β -bloqueadores).^{34,51,47} Várias pessoas mencionaram utilizar medicamentos associados a patologias para as quais os descongestionantes nasais estão desaconselhados nomeadamente anti-hipertensores, medicamentos indicados em casos de hiperplasia benigna da próstata, insulinas e antidiabéticos orais e anti-tiroideus.^{47,51,52,54} No entanto, das 103 pessoas que admitiram ter tomado outros medicamentos, nenhuma revelou ter sentido efeitos adversos,

pelo que nada se pode concluir relativamente a interações medicamentosas. Adicionalmente, nenhum dos inquiridos referiu tomar IMAO ou TCA.

6. Limitações do estudo

Tal como decorre noutras investigações, também este estudo foi alvo de limitações. O número de participantes inferior ao desejável acabou por reduzir um pouco a fiabilidade dos resultados. Esta situação, pode justificar-se, pelo menos parcialmente, com a escassez de tempo para desenvolver o trabalho de investigação. Um estudo mais demorado iria permitir a obtenção de uma dimensão superior de participantes e, assim, ter-se-ia obtido uma amostra mais representativa da região da Cova da Beira. Para além disso, muitos dos descongestionantes disponíveis no mercado não fizeram parte deste estudo (pois não foram mencionados pelos participantes), o que levou a que não fossem incluídas todas as substâncias descongestionantes utilizadas em Portugal.

A diminuta informação e os poucos estudos realizados nesta temática, apesar demonstrarem relevância neste trabalho, dificultaram a extrapolação dos dados obtidos e a comparação com dados de estudos mais alargados. Apesar de ser um assunto de grande relevância, não existem, de facto, muitos dados epidemiológicos disponíveis para se estabelecer um termo de comparação.^{4,5}

Relativamente ao inquérito aplicado, detetaram-se também algumas limitações. Na questão 5, relativa ao nome do descongestionante, houve uma dificuldade acrescida, pois muitas das pessoas abordadas não tinham a real noção do significado do termo descongestionante nasal, facto que levou a que por vezes respondessem ao inquérito considerando como descongestionantes, outros produtos de aplicação nasal, tais como anti-histamínicos ou corticosteróides. Desta forma, houve necessidade de excluir alguns inquéritos, inclusive alguns dos que foram recolhidos em farmácias.

A questão 9 devia ter sido mais explorada, na medida em que deviam ter sido apresentadas opções de resposta a quem referisse que tinha tido aconselhamento aquando da aquisição, de forma a obter uma melhor perceção do tipo de indicações dadas.

Teria sido também interessante explorar melhor a questão da rinite medicamentosa, tentando perceber de que forma terá sido diagnosticada ou que características teriam estes doentes. Para além disso, também seria um contributo importante para o estudo o aprofundamento da questão da dependência, tentando quantificá-la (em termos de duração) e verificando até que ponto esta constitui uma preocupação para o doente e de que forma esta teria impacto nas atividades diárias destes indivíduos.

7. Conclusões e perspectivas futuras

Devido às graves consequências decorrentes do uso excessivo de descongestionantes nasais, e aliando o facto de serem produtos de venda livre e, por isso, de fácil acesso, torna-se interessante traçar um perfil de utilização destes produtos bem como verificar a existência de efeitos adversos e de interações medicamentosas daí decorrentes. Tendo em conta estes fatores e a existência de poucos estudos neste sentido, surgiu esta investigação. É de salientar que os dados resultantes deste estudo podem não ser considerados representativos da população da Cova da Beira pois a amostra obtida torna-se diminuta para o efeito.

Neste estudo foram considerados 161 inquéritos respondidos por utilizadores de descongestionantes nasais ou associações medicamentosas com descongestionantes na sua composição, sendo que a maioria destes pertencem à faixa etária dos 18 aos 28 anos, a maioria eram do sexo feminino e frequentaram maioritariamente o ensino superior ou o ensino secundário. Os medicamentos mais referidos no estudo foram os descongestionantes tópicos. Além disso, mais de metade da amostra em estudo referiu não possuir doenças crónicas. O fator mais apontado pelos participantes para a sua utilização foi a obstrução nasal e, na maioria dos casos, o seu uso foi recomendado pelo médico/farmacêutico. Da análise efetuada, verificou-se que um maior nível de escolaridade não contribuiu para uma maior automedicação sem indicação prévia. Das pessoas que referiram possuir doenças crónicas, a maioria teve indicação médica para o uso de descongestionantes nasais. No entanto, não parece ter havido uma relação entre o facto de possuírem doenças crónicas e a ocorrência de efeitos adversos.

O estudo demonstrou ainda que muitos doentes não tiveram aconselhamento por um profissional de saúde no momento da aquisição. Dos que tiveram, o aconselhamento demonstrou ser bastante incompleto. Ainda assim, a maioria dos utilizadores fizeram um uso dentro do período seguro para minimizar a ocorrência de efeitos adversos. Os inquiridos revelaram também ter alguns cuidados de utilização, no entanto estes parecem ser insuficientes para evitar o surgimento de efeitos adversos que, na sua maioria, foram locais. Alguns dos doentes entrevistados foram considerados como dependentes, dos quais, apesar de já terem tentado, nenhum conseguiu até a data do questionário, reverter essa situação. O uso dependente parece estar relacionado com um tratamento com mais de 3 a 5 dias e com o uso de descongestionantes nasais considerados de longa duração de ação. Quase todos os indivíduos nesta condição são considerados jovens ou indivíduos de meia-idade.

Nada de significativo se pode concluir acerca das interações medicamentosas pois, apesar de nenhum doente ter mencionado consequências potencialmente associadas à sua ocorrência, estas podem ter existido, uma vez que foram mencionados medicamentos cujas classes terapêuticas podem ocasionar interações medicamentosas (anti-hipertensores, insulinas e antidiabéticos orais, medicamentos usados em casos de hiperplasia benigna da próstata, antitiroideos). O facto de não terem sido mencionados efeitos adversos neste

contexto pode dever-se ao facto do doente não ter relacionado devidamente a sua ocorrência com o uso conjunto dos descongestionantes com os medicamentos em questão.

Assim conclui-se que, ao serem produtos de fácil acesso, os descongestionantes nasais são facilmente adquiridos, o que leva, à sua utilização incorreta, de forma continuada e dependente. Um fator contributivo para esta situação pode ser a ausência de uma orientação adequada no momento da dispensa. Aliado a este fator, poderá estar a falta de educação da população para os riscos provenientes do seu uso a longo prazo e a sua elevada disponibilidade comercial, potenciando-se desta forma os riscos de utilização.

A promoção do uso correto destes vasoconstritores, o esclarecimento dos doentes acerca dos riscos da utilização indevida ou continuada devem ser tidos em conta. O papel do farmacêutico enquanto educador para a saúde assume, assim, toda a importância. Uma vez que muitas vezes é o único a estabelecer o contacto com o doente, este deve garantir uma utilização correta e sem perigos para a saúde. Este deve informar o doente no que toca ao tempo e precauções de uso. Desta forma, em investigações futuras seria interessante, verificar quais os locais onde os doentes adquirem estes produtos e tentar perceber a diferença entre o aconselhamento dado em farmácias ou noutras áreas de saúde.

Para além desta sugestão, seria da mesma forma interessante investigar outros campos como por exemplo, verificar o grau de intensidade de congestão nasal bem como do grau de influência nas atividades diárias; indagar os doentes que sofrem de congestão nasal acerca do ambiente que os rodeia, quer laboral, quer habitacional; apurar se há *compliance* das posologias; verificar até que ponto a terapêutica é eficaz para cada problema mencionado pelos doentes e quais as formulações preferidas por estes.

8. Referências Bibliográficas

1. Mendes Z, Martins AP, Miranda AC, Soares MA, Ferreira AP, Nogueira A. Prevalência da automedicação na população urbana portuguesa. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2004; 40(1):21-25.
2. Jessen M, Malm L. Definition, prevalence and development of nasal obstruction. *Allergy*. 1997; 52(40):3-6.
3. Mendes AI, Wandalsen GF, Solé D. Métodos objetivos e subjetivos de avaliação da obstrução nasal. *Revista Brasileira de Alergologia e Imunopatologia*. 2011; 34(6):234-240.
4. Ferreira M, Morais-Almeida M, Cardoso SM, Barros E, Monteiro L. Congestão nasal em Portugal-Epidemiologia e Implicações. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*. 2008; 46(3):151-160.
5. Gomez BF, Cardoso SM, Arrobas A, Dias JG. Prevalência da congestão nasal em meio laboral hospitalar. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*. 2010; 48(3):123-130.
6. Corey JP, Houser SM, Ng BA. Nasal congestion: a review of its etiology, evaluation, and treatment. *Ear Nose & Throat Journal*. 2000; 79(9):690-693.
7. Rhee JS, Book DT, Burzynski M, Smith TL. Quality of life assessment in nasal airway obstruction. *The Laryngoscope*. 2003;113(7):1118-1122.
8. Stewart M, Ferguson BJ, Fromer L. Epidemiology and burden of nasal congestion. *International Journal of General Medicine*. 2010; 3:37-45.
9. Nathan RA. The pathophysiology, clinical impact, and management of nasal congestion in allergic rhinitis. *Clinical Therapeutics*. 2008; 30(4):573-586.
10. Krouse J, Lund V, Fokkens W, Meltzer EO. Diagnostic strategies in nasal congestion. *International Journal of General Medicine*. 2010; 3:59-67.
11. Craig TJ1, Ferguson BJ, Krouse JH. Sleep impairment in allergic rhinitis, rhinosinusitis, and nasal polyposis. *American Journal of Otolaryngology*. 2008; 29(3):209-217.
12. Lunn M, Craig T. Rhinitis and sleep. *Sleep Medicine Reviews*. 2011; 15:293-299.
13. Ferguson BJ. Influences of allergic rhinitis on sleep. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 2004; 130(5):617-629.
14. Davis SS, Eccles R. Nasal congestion: mechanisms, measurement and medications. Core information for the clinician. *Clinical Otolaryngology*. 2004; 29(6):659-666.
15. Obstrução Nasal. [Cited 2014 Fev 25]; Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4227.
16. Craig TJ, Teets S, Lehman EB, Chinchilli VM, Zwillich C. Nasal congestion secondary to allergic rhinitis as a cause of sleep disturbance and daytime fatigue and the response to topical nasal corticosteroids. *Journal Allergy Clinical Immunology*. 1998;101(5):633-637.
17. Young T, Finn L, Kim H. Nasal obstruction as a risk factor for sleep-disordered breathing. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 1997; 99(2):S757-S762.

18. Solé D, Camelo NIC. Rinite alérgica: indicadores de qualidade de vida. *Jornal brasileiro de pneumologia*. 2010; 36(1):124-133.
19. Apter AJ, Gent JF, Frank ME. Fluctuating olfactory sensitivity and distorted odor perception in allergic rhinitis. *Archives of Otolaryngology: Head & Neck Surgery*. 1999; 125(9):1005-1010.
20. Pellegrini G, Veleiro RVB, Gomes ICD. A percepção do gosto salgado em indivíduos com e sem obstrução nasal. *Revista CEFAC*. 2005; 7(3):311-317.
21. Shedden A. Impact of nasal congestion on quality of life and work productivity in allergic rhinitis: findings from a large online survey. *Treatment in Respiratory Medicine*. 2005; 4(6):439-446.
22. Seeley R, Stephens D, Tate P. *Anatomia e Fisiologia*. 6ª ed. Lusociência, Loures: 2003.
23. Meltzer EO. An overview of current pharmacotherapy in perennial rhinitis. *Journal Allergy Clinical Immunology*. 1995; 95:1907-1110.
24. Corboz MR, Mutter JC, Rivelli MA, Mingo GG, McLeod RL, Varty L, Jia Y, Cartwright M, Hey JA. α 2-adrenoceptor agonists as nasal decongestants. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*. 2007; 20(2):149-156.
25. Djupesland PG. Nasal drug delivery devices: characteristics and performance in a clinical perspective-a review. *Drug Delivery Translational Research*. 2013; 3(1):42-62.
26. Naclerio RM, Bachert C, Baraniuk JN. Pathophysiology of nasal congestion. *International Journal of General Medicine*. 2010; 3: 47-57.
27. Ramey JT, Bailen E, Lockey RF. Rhinitis medicamentosa. *Journal of investigational allergology & clinical immunology*. 2006;16(3):148-155.
28. Doshi J. Rhinitis medicamentosa: what an otolaryngologist needs to know. *European archives of otorhinolaryngology*. 2009; 266(5):623-625.
29. Black MJ, Remsen KA. Rhinitis medicamentosa. *CMA Journal*. 1980;122:881-884.
30. Overuse of Oxy- and Xylometazoline nasal sprays. [cited 2014 Apr 20]; Available from: <http://www.nasalspray.com/pdf/overuse.pdf>.
31. Meltzer EO, Caballero F, Fromer LM, Krouse JH, Scadding G. Treatment of congestion in upper respiratory diseases. *International Journal of General Medicine*. 2010; 3:69-91.
32. Tran NP, Vickery J, Blaiss MS. Management of Rhinitis: Allergic and Non-Allergic. *Allergy Asthma and Immunology*. 2011; 3(3):148-156.
33. *Prontuário Terapêutico*. 2013. [cited 2014 Apr 27]; Available from: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/PRONTUARIO>.
34. Wicker AM, Recommendations for the Use of OTC Cough and cold Medications in Children. *US Pharmacist*. 2009; 34(3):33-36.
35. De Sutter AIM, van Driel ML, Kumar AA, Lesslar O, Skrt A. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;15(2).
36. Wells B, DiPiro JT, Schwinghammer TL, DiPiro CV. *Pharmacotherapy Handbook*. 7ª ed, Copyright: 2009.

37. Passàli D, Salerni L, Passàli GC, Passàli FM, Bellussi L. Nasal decongestants in the treatment of chronic nasal obstruction: efficacy and safety of use. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2006; 5(6):783-790.
38. Martin GF. Pharmacology of Nasal Medications: An Update. *Can Fam Physician*. 1988; 34:2706-2709.
39. van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, Bousquet J, Canonica GW, Durham SR, Fokkens WJ, Howarth PH, Lund V, Malling HJ, Mygind N, Passali D, Scadding GK, Wang DY. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy*. 2000; 55(2):116-134.
40. Eccles R, Voelker M. Analgesic and decongestant efficacy of the combination of aspirin with pseudoephedrine in patients with symptoms of upper respiratory tract infection. *Clinical Pharmacology in Drug Development*. 2013; 3(2):118-125.
41. Baroody FM, Brown D, Gavanescu L, DeTineo M, Naclerio RM. Oxymetazoline adds to the effectiveness of fluticasone furoate in the treatment of perennial allergic rhinitis. *Journal Allergy Clinical Immunology*. 2011; 127(4):927-934.
42. Corboz MR, Rivelli MA, Mingo GG, McLeod RL, Varty L, Jia Y, Hey JA. Mechanism of decongestant activity of alpha 2-adrenoceptor agonists. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*. 2008; 21(3):449-454.
43. Graf P. Rhinitis medicamentosa: aspects of pathophysiology and treatment. *Allergy*. 1997; 52(40):28-34.
44. Corboz MR, Varty LM, Rizzo CA, Mutter JC, Rivelli MA, Wan Y, Umland S, Qiu H, Jakway J, McCormick KD, Berlin M, Hey JA. Pharmacological characterization of α 2-adrenoceptor-mediated responses in pig nasal mucosa. *Autonomic & Autacoid Pharmacology*. 2003; 23(4):208-219.
45. Johannssen V, Maune S, Werner JA, Rudert H, Ziegler A. α 1-receptors at pre-capillary resistance vessels of the human nasal mucosa. *Rhinology*. 1997; 35(4):161-165.
46. Lemke T, Williams D, Roche V, Zito S. Foye's Principles of Medicinal Chemistry. 6^a ed, Lippincott Williams & Wilkins: 2008.
47. Berardi RR, Ferreri SP, Hume AL, Kroon LA, Newton GD, Popovich NG, Remington TL, Rollins CJ, Shimp LA, Tietze KJ. Nonprescription Drugs. An interactive Approach to Self-Care. 17^a ed, American Pharmacists Association: 2009.
48. Dipiro JT, Talbert RL, Yee GR, Wells BG, Posey LM. Pharmacotherapy a pathophysiologic approach. 7^a ed, Copyright: 2009.
49. Greenbaum J. Topical Treatment of Allergic Rhinitis. *Can Fam Physician*. 1982; 28:1813-1815.
50. Jagade MV, Langade DG, Pophale RR, Prabhu A. Oxymetazoline plus dexpanthenol in nasal congestion. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*. 2008; 60(4):393-407.
51. Pray WS, Pray JJ. Safe use of Nasal Decongestants. *U.S. Pharmacist*. 2004; 29(7):1-5.

52. Sur DK, Scandale S. Treatment of Allergic Rhinitis. *American Family Physician*. 2010; 81(12):1440-1446.
53. Nyenhuis SM, Mathur SK. Rhinitis in older adults. *Current Allergy and Asthma Reports*. 2013; 13(2):171-177.
54. Herberts RA, Herberts CRAC, Alexandre RF, Simões CMO, Zaninn M. Uso indiscriminado de descongestionantes nasais contendo nafazolina. *Revista brasileira de Toxicologia*: 2006; 19(2):103-108.
55. Balbani APS, Duarte JG, Júnior JFM, Sanchez TG, Butugan O. Intoxicação por medicamentos utilizados no tratamento de rinites. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*. 1997; 20:228-234.
56. Kenia P, Houghton T, Beardsmore C. Does Inhaling Menthol Affect Nasal Patency or Cough? *Pediatric Pulmonology*. 2008; 43(6):532-537.
57. Eccles R. Menthol: Effects on Nasal Sensation of Airflow and the Drive to Breathe. *Current Allergy and Asthma Reports*. 2003; 3(3):210-214.
58. Abanses JC, Arima S, Rubin BK. Vicks VapoRub Induces Mucin Secretion, Decreases Ciliary Beat Frequency, and Increases Tracheal Mucus Transport in the Ferret Trachea. *CHEST*. 2009; 135(1):143-148.
59. Eccles R. Menthol and Related Cooling Compounds. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 1994; 46(8):618-630.
60. Pereira EJ, Sim L, Driver H, Parker C, Fitzpatrick M. The effect of inhaled menthol on upper airway resistance in humans: a randomized controlled crossover study. *Canadian Respiratory Journal*. 2013; 20(1):e1-4.
61. Lockey RF. Rhinitis medicamentosa and the stuffy nose. *Journal Allergy Clinical Immunology*. 2006; 118: 1017-8.
62. Varghese M, Glaum MC, Lockey F. Drug-induced rhinitis. *Clinical & Experimental Allergy*. 2010; 40:381-384.
63. Graf P. Adverse effects of benzalkonium chloride on the nasal mucosa: allergic rhinitis and rhinitis medicamentosa. *Clinical Therapeutics*. 1999; 21(10):1749-1755.
64. Mortuaire G, de Gabory L, François M, Massé G, Bloch F, Brion N, Jankowski R, Serrano E. Rebound congestion and rhinitis medicamentosa: nasal decongestants in clinical practice. Critical review of the literature by a medical panel. *European Annals of Otorhinolaryngology*. 2013; 130(3):137-144.
65. Marple B, Roland P, Benninger M. Safety review of benzalkonium chloride used as a preservative in intranasal solutions: an overview of conflicting data and opinions. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 2004; 130(1):131-141.
66. Boletim de Farmacovigilância. INFARMED. [cited 2014 May 15]; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/BOLETIM_FARMACOVIGILANCIA/ANOS_ANTERIORES/fv10_Port.pdf.
67. Solé D, Júnior JFM, Weckx LLM, Filho NAR. II Consenso Brasileiro sobre Rinites 2006. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*. 2006; 29(1):29-58

ANEXOS

ANEXO I Notificação de reações adversas a enviar ao Departamento de Farmacovigilância do Infarmed

GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE		SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILÂNCIA Notificação de Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos Profissionais de Saúde		infarmed Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge	
Notifique sempre que suspeitar de uma reação adversa				CONFIDENCIAL	
A. Reação adversa a medicamento (RAM)					
Descrição	Data início ¹	Data fim	Duração RAM se < 1 dia		
			h	min	
			h	min	
			h	min	
			h	min	
Considera a reação adversa (ou o caso, se mais do que uma reação) ² grave? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Se sim, porque considera grave?					
<input type="checkbox"/> Resultou em morte		<input type="checkbox"/> Resultou em incapacidade significativa (especifique em F.)			
<input type="checkbox"/> Colocou a vida em risco		<input type="checkbox"/> Causou anomalias congénitas			
<input type="checkbox"/> Motivou ou prolongou internamento		<input type="checkbox"/> Outra ³ (especifique em F.)			
Tratamento da reação adversa:					
B. Medicamento(s) suspeito(s)					
Nome de marca	Lote	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início Data fim
#1					
#2					
O medicamento foi suspenso devido à reação <input type="checkbox"/>		A reação melhorou após suspensão <input type="checkbox"/>		Ou manteve-se <input type="checkbox"/>	
Houve redução da posologia (especifique em F.) <input type="checkbox"/>		Suspeita de interação ⁴ entre medicamentos (especifique em F.) <input type="checkbox"/>			
O mesmo fármaco foi reintroduzido <input type="checkbox"/>		Ocorreu reação adversa idêntica aquando da reintrodução <input type="checkbox"/>			
São conhecidas reações anteriores ao mesmo fármaco <input type="checkbox"/>		São conhecidas reações anteriores a outros fármacos <input type="checkbox"/>			
Considera a relação casual: <input type="checkbox"/> Definitiva (certa) <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Possível <input type="checkbox"/> Improvável					
C. Medicamentos concomitantes, incluindo automedicação (a outro tipo de produtos)					
Nome de marca	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
#3					
#4					
#5					
#6					
#7					
D. Doente					
Iniciais do nome <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		Peso	Kg	Altura	cm
Data de nascimento <input type="text"/>		Ou idade à data da ocorrência da(s) RAM(s) <input type="text"/>			
Como evoluiu o doente em relação à(s) RAM(s)?					
<input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Em recuperação <input type="checkbox"/> Persiste sem recuperação <input type="checkbox"/> Morte sem relação com a reação					
<input type="checkbox"/> Cura com sequelas <input type="checkbox"/> Desconhecida <input type="checkbox"/> Morte com possível relação com a reação					
E. Profissional de saúde					
Nome <input type="text"/>					
Profissão <input type="text"/>			Especialidade <input type="text"/>		
Local de trabalho <input type="text"/>					
Contactos ⁵ <input type="checkbox"/> Telefone/Telemóvel <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> e-mail <input type="text"/>			
Data <input type="text"/>		Assinatura <input type="text"/>			

MF-FV-07/03


v.s.f.f

Descongestionantes nasais: perfil de utilização, efeitos adversos e interações medicamentosas

ANEXO II - Ficha de preenchimento do contentor VALORMED


		FICHA DE CONTENTOR (Código VALORMED)	Ficha N.º
FARMÁCIA (nome):			
Farmácia n.º	Peso do contentor (Kg)	Rubrica do responsável pelo estgio	
ARMAZENISTA			
Armazenista n.º	Data de recetio	Rubrica do responsável pela receita	
Observações			

ANEXO III - Modelo de receitas informatizadas


		Receta Médica N.º (representação em código de barras e caracteres)	
Utilizador: (N.º do utente em código de barras e caracteres) Telefone: N.º: Estado responsável: N.º de Beneficiário: (representação em código de barras e caracteres)	(N.º da cédula profissional, em código de barras e caracteres ou viheteta de prescriptor) (Nome profissional) Função: Titulo: (Local de Prescrição) representação em código de barras e caracteres)		
R.º: (Código / nome, design, forma farmacéutica, embalagem, posologia) N.º externo Identificação crítica	N.º		
Guia de tratamento para o utente			
Receta Médica N.º: (representação em código de barras e caracteres)			
Local de Prescrição: Prescriptor: Utente:		Telefone: Código Acesso: Código Direto opção:	
(informação sobre prescrição de medicamentos controlados) (Código nome, design, forma farmacéutica, embalagem, posologia) N.º			
1 2 3 4			
Encargo para o utente de acordo com os medicamentos comercializados que cumprem a prescrição médica 1 () 2 () 3 () 4 ()			
Para obter mais informações sobre o preço dos medicamentos: • Consulte o Preço dos Medicamentos no site do INFARMED (www.infarmed.pt) • Contacte o Linha de Medicamentos 900 222 444 (Das 9h às 19h) e 14 00-17 00) • Peça com o seu número de identificação			
Data: aaaa-mm-dd			
Processado por computador - software, versão - empresa			
Validade: 30 dias Data: aaaa-mm-dd	Pretendo exercer o direito de cogito <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (assinatura do utente)		

Descongestionantes nasais: perfil de utilização, efeitos adversos e interações medicamentosas

Receita Médica Nº



GOVERNO DE PORTUGAL
REPUBLICA PORTUGUESA
www.governo.pt



*999999999999999999999999

Utilizador: Nº de Utilizador: Telefone: R.C.: Entidade Responsável: Nº de Beneficiário:		RECEITA MANUAL (Exceção legal): <input type="checkbox"/> a Falência farmacéutica <input type="checkbox"/> b) Inatividade do prescriptor <input type="checkbox"/> c) Prescrição no domicílio <input type="checkbox"/> d) Até 40 receitas/mês																											
Vinheta do Prescriptor	Especialidade: Telefone:	Vinheta do Local de Prescrição																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">R_x DCI/ Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem</th> <th style="width: 20%;">N.º</th> <th style="width: 20%;">Extensão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Fisiologia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Fisiologia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Fisiologia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Fisiologia</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			R _x DCI/ Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem	N.º	Extensão	1			Fisiologia			2			Fisiologia			3			Fisiologia			4			Fisiologia		
R _x DCI/ Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem	N.º	Extensão																											
1																													
Fisiologia																													
2																													
Fisiologia																													
3																													
Fisiologia																													
4																													
Fisiologia																													
Validade: 30 dias Data: ___/___/___ (aaaa/mm/aa)		Assinatura do Prescriptor Pretendo exercer o direito de opção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (assinatura do Utilizador)																											

Med. nº 1663 (alterado em 2006, 2008, 2010)

ANEXO IV - Quadro de registo de psicotrópicos gerados pelo Sifarma 2000

Registo de Psicotrópicos X

Nr.º da Rec.: Data da Receita:

Médico:

Utente dispensado

Nome:

Morada:

C. Post.:

Utente enviado

Nome:

Morada:

C. Postal:

Identificação: Data: Idade:

ANEXO VI - Exemplo de um boletim de análise

Udifer
23014858
17/2/2014



28

Certificado de Análise

Produto: Carbonato de cálcio

Lote: A0021

Código: LB0213

Data de Reanálise: 10/10/2016


Parâmetro	Especificação	Unidades	Resultado
Descrição	Pó branco microcristalino, livre de contaminação óbvia.		
Densidade aparente	0,45-0,56	gm/cm ³	0,54
Conteúdo em aragonite	>50	%	50/80
Perda por secagem	<2,0	%	0,45
Resíduo do Peneiro Padrão Britânico +75 µm	<0,3	%	0,03
Teor	98,5-100,5	%	99,1
Magnésio e outros metais alcalinos	<1,5	%	0,56
Substâncias insolúveis em ácido acético	<0,2	%	0,19
Cloretos	<330	ppm	<330
Sulfatos	<0,25	%	0,01
Ferro	<200	ppm	117
Arsénio	<3	ppm	0,26
Metais pesados (Pb)	<20	ppm	<20
Fluoretos	<50	ppm	28
Chumbo	<10	ppm	3
Cádmio	1	ppm	0,68
Alcalinidade residual	<0,5	mL de 1M HCl	0,1

Nota: dados técnicos do fornecedor

Direção Técnica

Laborspirit, Lda - Rua Professor Aires de Sousa, 6-A 1600-590 Lisboa, Portugal
Tel: 217 579 297; Fax: 217 550 792
Email: vendas@laborspirit.com

ANEXO VII - Exemplo de uma ficha de preparação de medicamentos manipulados



Farmácia São Cosme

Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados

Medicamento: Ácido Salicílico 3g + Dermovate pomada 60g + Vasolina q.s.p 100g

Teor em substância(s) activa(s): 100 g (ml ou unidades) contém 30 mg (ml) de Propionato de clobetazol

Forma farmacêutica: Pomada propriamente dita Data de preparação: 21/3/2014

Número do lote: 06/14 Quantidade a preparar: 100g

Matérias-primas	Lote n.º	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100 g (ou ml, ou unidades)	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Dermovate pomada	C662217 C648516	GBK		60g	60g	60g	21/3/2014 AS	
Vasolina sólida	931508	Vencitab		37g	37g	38,02g	21/3/2014 AS	
Ác. Salicílico	BAS 1219900	Labchem		3g	3g	3,023g	21/3/2014 AS	

Preparação

	Rubrica do Operador
1. <u>Técnica de manipulação nº 04</u>	AS
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

Embalagem

Tipo de embalagem: Unguentar 100/140 ml

Capacidade do recipiente: 140 mL

Material de embalagem	N.º do lote	Origem
<u>Unguentar (Plástico)</u>		<u>Plural</u>

Operador: _____

IMP.10.1

ANEXO VIII- Exemplo de um cálculo do preço de venda de um manipulado



Farmácia São Coema

Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados

Cálculo do preço de venda

MATÉRIAS-PRIMAS:							
matérias-primas	embalagem existente em armazém		preço de aquisição de uma dada quantidade unitária (s/IVA)		quantidade a usar	factor multiplicativo	valor da matéria-prima utilizada na preparação
	quantidade adquirida	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade unitária	preço			
Dermovate pomada			1	3,45	x 2	x	= 6,9
Ac salicilico	250g	5,46	1	0,02184	x 3	x 2,2	= 0,14414
	1000g	4,85	1	0,00485	x 37	x 1,9	= 0,34096
					x	x	=
					x	x	=
subtotal A							7,3851

HONORÁRIOS DE MANIPULAÇÃO:					
	forma farmacéutica	quantidade	F (€)	factor multiplicativo	valor
valor referente à quantidade base	Pomada propriamente dita	100g	4,57	x 3	= 13,71
valor adicional			x	x	=
subtotal B					13,71

MATERIAL DE EMBALAGEM:				
materiais de embalagem	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade	factor multiplicativo	valor
Vaquator	1,23	x 1	x 1,2	= 1,476
		x	x 1,2	=
subtotal C				1,476

PREÇO DE VENDÁ AO PÚBLICO DO MEDICAMENTO MANIPULADO:

(A + B + C) x 1,3 = 29,34243

+ IVA = 1,76

D = 31,10

DISPOSITIVOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO:			
dispositivo	preço unitário	quantidade	valor
E			

PREÇO FINAL: D + E

Operator: AS Supervisor: _____

Rubrica do Director Técnico	Data
-----------------------------	------

IMP.10.1

Anexo IX - Exemplo de um rótulo e respetivas mensagens que podem ser colocadas nos recipientes de conservação dos manipulados

FARMÁCIA SÃO COSME
Dir. Técnica: Dr. Carlos Alberto Gama Tavares
Alameda da Europa, Lote 11, Freguesia 8 e 9 • Tel: 251.11.60 • Fax: 251.11.477 • 6200-948 COVILHÃ

N.º _____ C. _____

Agite antes de usar

Uso externo

Para fricções

Não se bebe

ANEXO X - Informação aos voluntários e inquérito realizado no âmbito do trabalho de investigação

Informação aos Voluntários

O meu nome é Ana Rita Ferreira Santos, sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior.

No âmbito da dissertação de Mestrado, pretendo avaliar o perfil de utilização de descongestionantes nasais por parte da população da Cova da Beira, bem como possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas que daí possam decorrer.

Deste modo, caso tenha idade superior a 18 anos, venho desta forma solicitar a sua colaboração através do preenchimento do questionário que se segue.

Resta ainda salientar que o questionário é voluntário, anónimo e confidencial pelo que a informação que deste resultar se destina apenas para fins estatísticos.

Grata pela sua colaboração!



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

Inquérito – “Descongestionantes nasais: perfil de utilização, efeitos adversos e interações medicamentosas”

1. É ou foi utilizador de descongestionantes nasais ou associações medicamentosas contendo descongestionantes na sua composição nos últimos 12 meses?

- Sim
 Não, nunca utilizei
 Já utilizei, mas há mais de 12 meses

Nota: Caso tenha respondido “sim” à questão anterior, avance para as próximas questões, caso contrário, o inquérito terminou, obrigada pela colaboração!

2. Idade: _____

3. Sexo: Feminino Masculino

4. Habilitações literárias/escolaridade:

- Não frequentou a escola 3º Ciclo do Ensino Básico
 1º Ciclo do Ensino Básico Ensino Secundário
 2º Ciclo do Ensino Básico Ensino Superior

5. Qual o nome do descongestionante nasal ou associação medicamentosa contendo descongestionante na sua composição que utiliza ou utilizou (nos últimos 12 meses)?

6. Possui alguma das seguintes doenças crónicas?

- Diabetes Mellitus
 Hipertensão Arterial
 Doenças da tiróide
 Hiperplasia Benigna da Próstata
 Doenças cardiovasculares
 Glaucoma

Outra _____ Não

7. Qual o motivo de ter iniciado a utilização do descongestionante nasal?

- Obstrução nasal (nariz entupido)
- Gripe
- Rinite infecciosa (constipação)
- Rinorreia (corrimento nasal)
- Rinite alérgica (obstrução nasal, comichão nasal, espirros e rinorreia)
- Sinusite
- Tosse
- Outro _____

8. Quem ou o que o/a levou a utilizar o descongestionante nasal?

- Médico
- Farmacêutico
- Publicidade
- Outro _____

9. Houve algum aconselhamento no momento da aquisição?

- Sim
 - Não
- Se sim, qual? _____

10. Durante quanto tempo costuma utilizar o descongestionante?

- 3 a 5 dias
- 5 a 10 dias
- 10 a 15 dias
- 15 dias a 1 Mês
- Vários meses
- Sempre
- Não sabe

11. Com que frequência costuma utilizar o descongestionante?

- 1 vez ao dia
- 2 vezes ao dia
- 3 vezes ao dia
- 4 vezes ao dia
- 5 vezes ao dia
- Mais de 5 vezes ao dia
- Só quando surgem os sintomas

Nota: Caso o descongestionante em causa seja administrado por via oral por favor avance para a questão 13.

12. Qual ou quais os cuidados que costuma ter ao utilizar o descongestionante?

- Assoar o nariz
- Limpar previamente o nariz com uma solução de lavagem
- Inspirar levemente durante a aplicação
- Inclinar ligeiramente a cabeça para trás

- Tapar uma das narinas com o auxílio de um dos dedos
- Não costumo ter nenhum cuidado
- Outro _____

13. Durante a sua utilização sentiu algum efeito adverso?

- Sim
- Não

14. Se respondeu sim na questão anterior, de quais efeitos adversos se tratam?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Taquicardia ("coração acelerado") | <input type="checkbox"/> Espíritos |
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Mau gosto na boca |
| <input type="checkbox"/> Dor de cabeça | <input type="checkbox"/> Tremor |
| <input type="checkbox"/> Ardor nasal | <input type="checkbox"/> Inquietação |
| <input type="checkbox"/> Secura da mucosa nasal | <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| <input type="checkbox"/> Rinite medicamentosa | |

15. Durante a utilização, desenvolveu dependência do descongestionante nasal em causa?

- Sim
- Não

16. Caso tenha desenvolvido dependência, conseguiu reverter essa situação? De que forma?

17. Durante a utilização do descongestionante nasal, tomou mais algum medicamento?

- Sim
 - Não
- Se sim, qual? _____

18. Sentiu algum efeito adverso aquando do uso conjunto com o descongestionante nasal?

- Sim
 - Não
- Se sim, qual? _____