



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Corticosteróides tópicos: avaliação do  
conhecimento de utilização pela população  
Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia  
Comunitária e Investigação**

**Marlene Sofia Oliveira Castro**

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

Orientador: Prof. Doutor Samuel Martins Silvestre

**Covilhã, Outubro de 2014**



“Pedras no caminho?  
Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”  
Fernando Pessoa



# Agradecimentos

Ao Professor Doutor Samuel Silvestre, meu orientador, por todo o apoio que me deu durante este ano de trabalho, pela confiança que depositou em mim e pelos conhecimentos que me transmitiu sem os quais não teria sido possível a realização deste projeto.

À Dr.<sup>a</sup> Fátima Ferreira e à restante equipa da Farmácia Lopes Rodrigues, por tudo o que me ensinaram, pela forma como me integraram na equipa, pelo companheirismo, pela paciência e disponibilidade que sempre demonstraram.

Aos meus pais, pela força, pela dedicação, pela preocupação, pelas velinhas acesas em dia de frequência, pelo carinho, por acreditarem e por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu irmão, pelo exemplo, por estar sempre presente nos momentos bons e menos bons com um sorriso, pela motivação e por ser desde sempre o meu suporte forte que nunca me deixou cair.

Ao Carlos, por nunca me deixar desistir dos meus sonhos, por ser um grande pilar que me sustentou ao longo deste percurso e por ter partilhado comigo alguns dos melhores momentos da minha vida.

Aos meus amigos e colegas de curso, por percorrerem este longo percurso ao meu lado, por estarem sempre nos momentos menos bons e por partilharem comigo momentos únicos que certamente nunca esquecerei nesta belíssima cidade.



# Resumo

O presente documento é constituído por 2 capítulos representando duas realidades fundamentais no término do percurso académico do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, a vertente de investigação e o estágio em Farmácia Comunitária.

A vertente de investigação (Capítulo I) consistiu no projeto intitulado “Corticosteróides tópicos: avaliação do conhecimento de utilização pela população”. Este projeto surge da inexistência de estudos relacionados com esta temática em Portugal. Para realizar esta pesquisa, foi efetuado um estudo observacional, analítico e transversal que foi realizado mediante a aplicação de questionários anónimos e confidenciais a indivíduos. No estudo foram incluídas todas as pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos, e residentes em Portugal sem qualquer carência que impossibilite a compreensão do inquérito. Da análise dos resultados, conclui-se que são as mulheres e os indivíduos com maior escolaridade que utilizam mais estes fármacos. Para além disso, verificou-se ainda que são os corticosteróides de potência média baixa ou baixa que são mais frequentemente utilizados e que, com muita regularidade, são administrados por um longo período de tempo. Quanto ao conhecimento dos inquiridos sobre o uso de CT, verificou-se que são os homens, os indivíduos com maior escolaridade e os que administraram CT previamente que possuem um maior conhecimento acerca dos mesmos. Perante os resultados, pôde concluir-se que o conhecimento da população portuguesa acerca do uso de CT ainda se encontra com bastantes lacunas recaindo, naturalmente, sobre os profissionais de saúde a maior responsabilidade na inversão destes resultados.

O estágio em Farmácia Comunitária (Capítulo II) decorreu, no período de 3 de fevereiro a 13 de junho de 2014, na Farmácia Lopes Rodrigues, em Válega, Ovar sob a orientação da Dra. Maria Fátima Ferreira. No presente relatório encontram-se descritas todas as áreas com as quais contactei e nas quais adquiri conhecimentos e competências que um farmacêutico comunitário deverá possuir. Este estágio constituiu uma ótima preparação para os desafios esperados num mercado de trabalho cada vez mais competitivo e mais exigente.

## Palavras-chave

Conhecimento, corticosteróides tópicos, farmácia comunitária, população portuguesa.



# Abstract

The following document contains two chapters, representatives of the two fundamental realities, to the end of the academic follow of the Masters in Pharmaceutical Sciences.

Concerning the investigation (chapter I), it consisted on the project titled “Topical Corticosteroids: the evaluation of the knowledge in their use by the population”. This projects emerges from the inexistence of studies related to this thematic in Portugal. To make this search, it was used the observational studies, as well as analytics and transversal which was made through anonymous questionnaires to individuals. On this study, were included all people over the age of eighteen years old, from both genres, and all residents in Portugal without anything that they could not understand. From the analysis of the results, we conclude that the ones who use these drugs are women and people with more education. Moreover, it was noticed that the corticosteroids from medium/ low might, or low might are the ones with most common use and that, several times, used for a long period of time. As far as the knowledge of the inquiries on the use of the of the CT’s is concerned, it was noticed that men, with high degree of education and who take the CT, are the ones who have a prior knowledge in regards of this drugs. Finally, and regarding the results, it can be concluded that the knowledge from the Portuguese population about the use of the CT’s is still yet very low, being the duty of the health professionals to invert these results.

The training post in Community Pharmacy (Chapter II) happened during the period of the 3<sup>rd</sup> of February to the 13<sup>th</sup> of June 2014, on “Farmácia Lopes Rodrigues”, in Válega, Ovar, under the observation of Dr. Maria de Fátima Ferreira. Herewith, you will find the description from all the areas which I have contacted, took knowledge and the competencies gained needed to be a Community Pharmaceutical. Concluding, this training was an excellent way to prepare myself to all the challenges in a hardworking, competitive and exigent labor market.

## Keywords

Knowledge, Topical Corticosteroids, Community Pharmacy, Portuguese population



# Índice

<b>CAPÍTULO I - CORTICOSTERÓIDES TÓPICOS: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO - VERTENTE DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1. Introdução.....	1
1.1. Corticosteróides tópicos e a sua origem .....	1
1.2. Mecanismo de ação .....	2
1.3. Potência .....	4
1.4. Indicações terapêuticas .....	5
1.5. Efeitos adversos .....	6
1.6. Duração do tratamento/Modo de utilização e aplicação .....	8
1.7. Crescente aumento da utilização pela população .....	10
2. Objetivo .....	11
3. Materiais e métodos .....	11
3.1. Caracterização do estudo .....	11
3.2. Critérios de inclusão e exclusão .....	11
3.3. Amostra .....	12
3.4. Métodos de recolha de dados.....	12
3.5. Análise de dados .....	13
4. Resultados .....	13
5. Discussão .....	27
5. Limitações.....	34
6. Conclusão e Perspetivas Futuras .....	35
7. Bibliografia.....	37
<b>CAPÍTULO II - RELATÓRIO DE ESTÁGIO NA FARMÁCIA LOPES RODRIGUES - VERTENTE DE FARMÁCIA COMUNITÁRIA.....</b>	<b>42</b>
1. Introdução.....	42
2. Apresentação da Farmácia .....	42
2.1. Localização física e social .....	42

2.2 Organização da farmácia .....	43
2.2.1 Recursos humanos .....	43
2.2.1.1. Funções do Diretor Técnico e dos seus substitutos .....	43
2.2.2. Instalações e equipamentos .....	44
2.2.3. Horário de Funcionamento .....	47
2.2.4. Sistema Informático .....	47
3. Informação e documentação científica .....	48
4. Aprovisionamento e armazenamento .....	48
4.1. Fornecedores.....	49
4.2. Realização de encomendas.....	49
4.3. Receção de encomendas .....	50
4.4. Margens legais de comercialização na marcação de preços .....	52
4.5. Armazenamento .....	53
4.6. Controlo dos prazos de validade .....	53
4.7. Devoluções .....	54
5. VALORMED .....	54
6. Atendimento .....	55
6.1. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento .....	55
6.2. Dispensa de medicamentos .....	56
6.2.1. Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica .....	57
6.2.1.1. Regimes de comparticipação .....	59
6.2.2. Medicamentos sujeitos a receita médica especial .....	60
6.2.3. Produtos destinados ao autocontrolo da diabetes mellitus .....	61
6.2.4. Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) .....	61
6.3. Farmacovigilância .....	62
7. Automedicação e indicação farmacêutica .....	62
8. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde .....	64
8.1. Produtos cosméticos e de higiene corporal .....	64
8.2. Medicamentos de uso veterinário .....	64
8.3. Produtos dietéticos destinados a fins medicinais específicos .....	65

8.4. Produtos dietéticos infantis .....	65
8.5. Suplementos nutricionais .....	66
8.6. Dispositivos médicos .....	67
9. Outros cuidados de saúde prestados na Farmácia Lopes Rodrigues .....	68
9.1. Determinação do peso e altura .....	68
9.2. Medição tensão arterial .....	69
9.3. Medição da glicémia .....	70
9.4. Medição do colesterol total.....	70
9.5. Consultas de nutrição .....	70
10. Preparação de Medicamentos .....	71
11. Contabilidade e Gestão .....	72
11.1. Processamento do receituário e Faturação .....	72
11.2. Documentos contabilísticos .....	74
12. Conclusão .....	74
13. Bibliografia .....	75
Anexo I.....	77
Anexo II .....	79
Anexo III .....	82
Anexo IV .....	83
Anexo V .....	84
Anexo VI .....	85
Anexo VII .....	86
Anexo VIII.....	87
Anexo IX .....	89
Anexo X .....	91
Anexo XI .....	92



# Lista de Figuras

## Capítulo I

Figura 1: Esquematização do mecanismo de ação dos glucocorticoides	3
Figura 2: Distribuição da amostra de acordo com o sexo.	13
Figura 3: Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias.	14
Figura 4: Distribuição da porção da amostra que referiu possuir uma doença cutânea crónica, de acordo com o tipo de doença indicada.	14
Figura 5: Distribuição da amostra em estudo de acordo com a utilização prévia de CT.	15
Figura 6: Percentagem de CT utilizados pelos inquiridos (princípio ativo).	17
Figura 7: Distribuição da amostra de acordo com as patologias referidas para as quais se utilizaram CT.	17
Figura 8: Distribuição da amostra que mencionou utilizar/ter utilizado CT, tendo em conta a duração do tratamento.	18
Figura 9: Percentagem da amostra, que utilizou CT sem prescrição médica, tendo em conta a fonte de informação.	19
Figura 10: Distribuição da amostra de acordo com as respostas à pergunta “Se o médico lhe receitar um corticosteróide tóxico para o braço, pode administra-lo na face, na região vaginal ou anal?”.	21
Figura 11: Distribuição da amostra em relação à sua opinião quanto à Existência de risco no uso de CT durante vários meses.	22
Figura 12: Distribuição da amostra segundo o seu parecer sobre o uso de CT em crianças.	23
Figura 13: Distribuição da amostra de acordo com as respostas à pergunta “Se durante a toma destes fármacos possuir uma infeção, julga que estes poderão melhorá-la?”.	23
Figura 14: Distribuição da amostra em relação à sua convicção sobre a maior eficácia em aplicar CT várias vezes por dia ao invés de apenas uma vez.	24



# Lista de Tabelas

## Capítulo I

Tabela 1: Indicações terapêuticas dos CT de acordo com a sua potência.	6
Tabela 2: Quantidade de fármaco a utilizar, em adultos, nas diferentes áreas do corpo em FTU e em gramas.	9
Tabela 3: Quantidade de fármaco a utilizar, em crianças, nas diferentes áreas do corpo em FTU.	10
Tabela 4: Sexo vs uso de CT.	15
Tabela 5: Habilitações literárias vs uso de CT.	16
Tabela 6: Distribuição da amostra em relação a ter havido ou não prescrição médica dos CT.	19
Tabela 7: Sexo vs fonte de informação.	20
Tabela 8: Habilitações literárias vs fonte de informação.	21
Tabela 9: Distribuição da amostra em conformidade com os efeitos adversos que consideram que estão associados ao uso dos CT.	22
Tabela 10: Distribuição da amostra de acordo com a sua convicção de haver, ou não, necessidade de retirar os CT de forma lenta.	23
Tabela 11: Frequência e percentagem de indivíduos que afirmaram usar, ou não usar, CT no caso de se encontrarem com urticária.	24
Tabela 12: Distribuição da amostra de acordo com a crença acerca da capacidade dos CT provocarem resistência clínica ao tratamento.	24
Tabela 13: Sexo vs Número de respostas certas.	25
Tabela 14: Habilitações literárias vs Número de respostas certas.	26
Tabela 15: Uso prévio de CT vs Número de respostas certas.	27
Tabela 16: Classificação dos CT acordo com a sua potência.	77

## Capítulo II

Tabela 1: Valores de referência relativos à pressão arterial.	69
---	----



## Lista de Acrónimos

ADN	Ácido desoxirribonucleico
COX-2	Ciclooxigenase 2
C	Carbono
CT	Corticosteróide tópico
DCI	Denominação comum internacional
ERG	Elemento responsivo aos glucocorticóides
FT	Fatores de transcrição
FTU	“Finger tip unit”
IMC	Índice de massa corporal
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
MNSRM	Medicamento não sujeito a receita médica
MSRM	Medicamento sujeito a receita médica
PLA2	Fosfolipase A2
PVA	Preço de venda ao armazenista
PVF	Preço de venda à farmácia
PVP	Preço de venda ao público
RG	Recetor de glucocorticóides



# Capítulo I - Corticosteróides tópicos: avaliação do conhecimento de utilização pela população - Vertente de Investigação

## 1. Introdução

### 1.1. Corticosteróides tópicos e a sua origem

Os corticosteróides tópicos (CT) são os fármacos mais usados e mais antigos em dermatologia, sendo frequentemente utilizados para o tratamento de dermatoses inflamatórias. Estes fármacos foram os primeiros imunomoduladores disponíveis em formulações tópicas [1].

Em 1932 foram isoladas 6 hormonas com atividade pela primeira vez de glândulas supra-renais. Deste estudo surgiram vários compostos, que foram etiquetados de A-F e verificou-se que os compostos A-D eram ineficazes em ensaios clínicos em doentes com artrite, ao contrário do composto E, que foi mais tarde designado cortisona [2]. Os corticosteroides surgem, então, com o aparecimento da cortisona. No entanto, foi demonstrado que este composto não possui ação tópica, apesar da explicação para este facto não ter sido concluída nessa altura [3]. Perante a ausência de atividade tópica da cortisona, foi estudado o composto F, a hidrocortisona. Desta forma é introduzida em 1952 a hidrocortisona como o primeiro agente tópico, resultante da alteração do oxigénio 11 por um grupo -OH na estrutura base composta por 21 átomos de carbono (C) dispostos em 3 anéis com 6C e um de 5C [2,4]. Era expectável que a cortisona possuísse atividade tópica até porque a absorção desta é equivalente à da hidrocortisona e o organismo é capaz de converter a cortisona em hidrocortisona. No entanto, conclui-se que, apesar destes factos, a atividade não é suficiente para que este composto tenha importância clínica como corticóide tópico [3]. A partir da hidrocortisona, surgem principalmente durante as décadas de 60 e 70, muitos derivados, alguns deles halogenados, que conhecemos e utilizamos nos dias de hoje [5]. Estes compostos têm uma enorme importância pois possuem efeitos anti-inflamatórios, anti-proliferativos, imunossuppressores e vasoconstritores. Os efeitos anti-inflamatórios surgem de alterações nas proteínas pró e anti-inflamatórias e tanto os efeitos anti-inflamatórios como os anti-proliferativos estão relacionados com a inibição de linfócitos T e com o bloqueio de algumas citocinas [1,6]. Com o crescente número de compostos que possuem progressivamente uma potência aumentada, emergem também mais efeitos adversos tornando-se então imperativo o estudo mais aprofundado destes fármacos.

## 1.2. Mecanismo de ação

O cortisol (ou hidrocortisona) é o mais potente corticosteróide fisiológico. Este é sintetizado e libertado no córtex adrenal sob controlo do hipotálamo e possui, nomeadamente, um importante papel em situações de stress e protege o organismo em alterações imunológicas [7].

São diversos os mecanismos de ação pelos quais os CT exercem os seus efeitos. No entanto, para que estes possuam atividade, é necessário que ocorra a sua ligação com o recetor de glucocorticóides (RG). O RG possui uma estrutura modular com três domínios essenciais: o domínio de transativação, junto do N-terminal, o domínio de ligação ao ácido desoxirribonucleico (ADN) e o domínio de ligação do ligando, junto do C-terminal [8]. O domínio N-terminal possui uma maior variabilidade de tamanho e sequência de aminoácidos que os restantes domínios. O domínio C-terminal encontra-se em 3 camadas e consolida a interação do recetor com o elemento de resposta [9]. Por sua vez, o domínio de ligação ao ADN encontra-se entre os dois domínios anteriormente referidos e possui diversas vezes a denominação de “dedo de zinco” devido às duas repetições de uma proteína que ligará com os elementos responsivos aos glucocorticóides (ERG) [8]. As diferentes isoformas dos RG estão a ser estudadas não sendo ainda claro quais e quantas são. No entanto são bem conhecidas atualmente duas:  $\alpha$  e  $\beta$ . A isoforma  $\alpha$  encontra-se em maior abundância e é responsável pela ligação dos glucocorticóides aos RG. Em contrapartida, a isoforma  $\beta$  liga igualmente aos glucocorticóides mas não pode ser ativada por estes, sendo-lhe atribuído apenas um papel de regulação [10]. Quando não ocorre a ligação de nenhuma hormona com o recetor, este encontra-se no citoplasma ligado a proteínas chaperones (hsp 70 e hsp 90) e a co-fatores formando um complexo com um tamanho relativamente grande [11].

Tal como anteriormente mencionado, a ação dos CT é dependente da interação com o recetor. Quando ocorre esta interação, as proteínas chaperones e os co-fatores previamente ligados ao recetor dissociam-se e forma-se o complexo hormona-recetor. Este complexo atua por interação com sequências específicas de ADN através dos diferentes ERG ou atua através de interações proteína-proteína com fatores de transcrição [12]. Após a formação do complexo este desloca-se para o núcleo onde acontece a ligação com os ERG. No caso dos ERG serem positivos ocorre a transativação. Neste processo dá-se um aumento na expressão de proteínas anti-inflamatórias e reguladoras de processos metabólicos através do aumento da sua transcrição [13]. Em oposição, quando a ligação sucede com ERG negativos, dá-se a transrepressão, na qual ocorre uma diminuição da expressão de proteínas imunoreguladoras e pró-inflamatórias, tais como citocinas e prostaglandinas (estes processos estão representados na figura 1) [14].

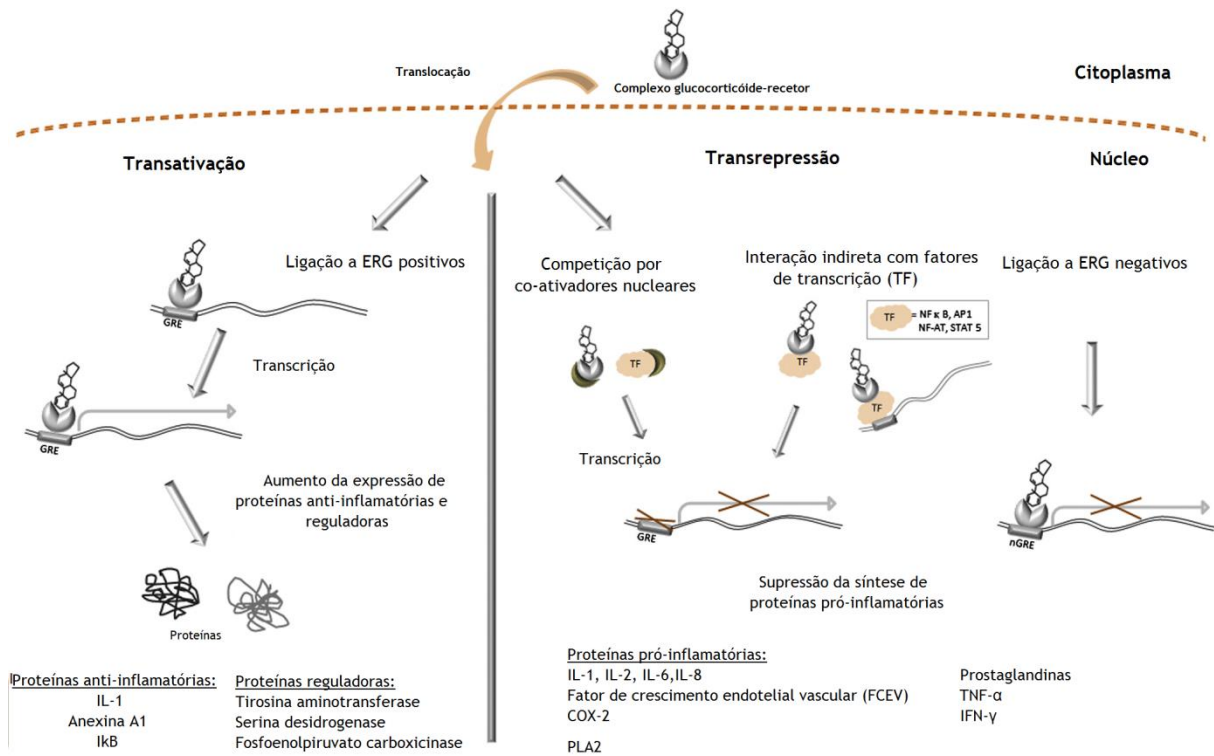


Figura 1 Esquemática do mecanismo de ação dos glucocorticóides (adaptado de [13]).

A repressão do fator nuclear-kB (NFκB) e o ativador de proteína-1 (AP-1) é um exemplo de mecanismo de repressão de genes pelo complexo hormona-recetor através de interações proteína-proteína com fatores de transcrição (FT). Estes são ambos FT de importantes genes do processo inflamatório, o que lhes permite regular a expressão das moléculas de adesão e citocinas inflamatórias [12]. O resultado final desta repressão é o bloqueio da transcrição de mediadores pró-inflamatórios [15]. Os CT suprimem ainda a atividade da fosfolipase A2 (PLA2) e da ciclooxigenase 2 (COX-2). Alguns estudos sugerem que a atividade da PLA2 é suprimida pela proteína anexina A1 (ou lipocortina-1), que inibe a fosforilação do PLA2, sendo esta essencial para a sua atividade. Este mecanismo é apresentado como o principal mecanismo de ação dos corticosteróides anti-inflamatórios. Quanto à inibição da atividade da COX-2, parece que esta enzima também é sensível ao tratamento com glucocorticóides, mas a expressão de COX-1 não o é. A atividade da COX-2 é inibida devido a uma diminuição na estabilização do mRNA em vez de ocorrer um efeito sobre a sua transcrição [16].

Para além dos mecanismos anteriormente explicitados, considera-se que existem mecanismos não genómicos envolvidos na acção destes fármacos. De facto, só assim se podem explicar alguns dos efeitos dos CT que ocorrem demasiado rapidamente para serem fruto de mecanismos genómicos. Os mecanismos não genómicos podem ser agrupados em 3 grupos de acordo com a interação que ocorre: interação não-específica de glucocorticóides com membranas celulares, efeitos não genómicos mediados pelo RG citosólico e interações específicas com um RG ligado à membrana [17].

Perante os vários mecanismos apresentados, pode concluir-se que os CT possuem efeitos anti-inflamatórios, anti-proliferativos, imunossupressores, vasoconstritores e, ainda, propriedades apoptóticas e anti-apoptóticas [18]. Os efeitos anti-inflamatórios surgem da inibição da dilatação capilar e do edema dérmico, do aumento da transcrição de genes anti-inflamatórios e diminuição dos inflamatórios assim como da supressão das funções dos linfócitos T. Quanto aos efeitos anti-proliferativos, não foram ainda claramente definidos os mecanismos pelo quais ocorrem, contudo pensa-se que inibem vários tipos de células, tais como linfócitos T, envolvem o bloqueio das citocinas bem como a supressão dos seus efeitos [1]. No que concerne às propriedades apoptóticas e anti-apoptóticas dos CT, estes provocam a apoptose dos eosinófilos por interferirem com as citocinas interleucina 5 (IL-5) e o fator de granulócito-macrófago estimulador de colónias (GM-CSF), essenciais para a sobrevivência dos eosinófilos. Em oposição, os CT podem ainda prolongar a sobrevivência dos neutrófilos [19].

### 1.3. Potência

O ensaio padrão atual para determinar a potência dos CT é o ensaio de branqueamento da pele. Inicialmente, este ensaio surge com o nome de ensaio de vasoconstrição, contudo, nenhuma análise específica é feita à vasoconstrição. A análise é efetuada ao branqueamento da pele, passando, então, a ser este o nome atribuído ao ensaio [20]. Este ensaio foi um dos primeiros testes *in vivo* realizados em humanos e surgiu no ano de 1962 por Mc Kenzie e Stoughton. Estes autores descreveram o branqueamento numa pele normal e saudável causado por este tipo de compostos [21,22]. Não está completamente estabelecido o mecanismo pelo qual ocorre o branqueamento da pele, contudo o mecanismo melhor aceite é a diminuição do fluxo de sangue devido à vasoconstrição [23].

A potência dos corticosteróides é influenciada fundamentalmente por três fatores: a capacidade do veículo do medicamento para entregar a molécula ativa através da barreira da pele, a capacidade do agente ativo para ativar os recetores e a *compliance* do doente [24]. O ensaio de branqueamento da pele tem em conta os dois primeiros fatores anteriormente descritos. Na prática clínica, o terceiro fator não é facilmente controlado embora seja fundamental para interpretar os resultados. Para além desta limitação, é vulgarmente descrita uma outra que assenta na subjetividade atribuída aos observadores. Uma vez que os resultados deste ensaio são interpretados de acordo com a análise de observadores devidamente treinados. Embora sejam poucos os estudos que reportem casos de elevada ambiguidade entre os observadores, a verdade é que este não é um método objetivo [25]. Como tal, atualmente, e com os crescentes avanços em bioengenharia, estão a ser desenvolvidos novos métodos para esta avaliação, tais como, a colorimetria, a espectroscopia de refletância, a termografia e as técnicas de velocimetria por laser Doppler [23].

A potência dos CT pode ser alterada através de substituições efetuadas na sua estrutura em pontos-chave. Estas alterações podem aumentar ou diminuir a potência de um determinado composto, influenciando também a sua atividade, o seu metabolismo, a sua lipofilicidade e a sua conseqüente penetração na pele e absorção [4,26].

Atualmente, em função da sua potência, estão aceites 7 classes de CT, como esquematizado no Anexo 1 [27]. Os CT de baixa potência são considerados mais seguros para aplicação em áreas superiores e com maior sensibilidade, em tratamentos mais prolongados e em doentes mais vulneráveis, como as crianças. Em contrapartida, os agentes mais potentes possuem uma importância acrescida em doenças mais severas e em zonas do corpo, como a palma dos pés e das mãos, onde a pele é mais grossa. Os CT de alta e ultra-alta potência não devem ser aplicados em zonas mais delicadas tais como as axilas, as virilhas e a face salvo se utilizados em tratamentos de curta duração [28].

#### 1.4. Indicações terapêuticas

Os CT são largamente utilizados para uma variedade de condições dermatológicas, sendo o seu uso eficaz em doenças de pele sobretudo caracterizadas por hiperproliferação, inflamação e nas quais ocorre um envolvimento imunológico. Estes possuem igualmente relevância no alívio de sintomas de ardor e lesões pruríticas [12,29].

Naturalmente, diferentes patologias podem exigir o uso de CT distintos, nomeadamente com graus de potência adequados. Algumas patologias requerem CT com uma potência mais elevada para garantir a eficácia necessária, mas em diferentes estadios podem ser usados CT com potências diferentes. Para algumas outras é apenas necessário um CT de baixa potência. Os CT de leve e moderada potência são preferidos em detrimento dos mais potentes, que deverão ser usados apenas em 2ª linha e pelo menor tempo possível. Na tabela 1 encontram-se as diferentes patologias para as quais os CT estão indicados, de acordo com a potência que possuem.

Tabela 1 Indicações terapêuticas dos CT de acordo com a sua potência [28].

Indicações terapêuticas	CT de alta potência (grupos I a III)	CT de média potência (grupos IV e V)	CT de baixa potência (grupos VI e VII)
	Alopecia areata	Inflamação anal (grave)	Dermatite (fralda)
	Dermatite atópica (resistente)	Eczema esteatótico	Dermatite (pálpebras)
	Lúpus discóide	Dermatite atópica	Dermatite (face)
	Eczema hiperqueratósico	Líquen escleroso (vulva)	Intertrigo
	Líquen plano	Eczema numular	Inflamação perianal
	Líquen escleroso (pele)	Sarna (após escabicida)	
	Líquen simples crónico	Dermatite seborreica	
	Eczema numular	Dermatite grave	
	Psoríase	Intertrigo grave (de curto prazo)	
	Eczema grave da mão	Dermatite de estase	

Os CT podem ser opção no tratamento de todas as patologias acima mencionadas, mas é imperativo que haja um especial cuidado com populações especiais. Crianças, grávidas ou mulheres a amamentar e idosos são populações mais vulneráveis e suscetíveis a manifestarem efeitos adversos com o uso de CT. De facto, a pele das crianças não se encontra no mesmo grau de maturação que a dos adultos e possui uma maior área de superfície em relação ao peso corporal. Por sua vez, a função de barreira da pele dos idosos também se encontra fragilizada. Estas circunstâncias podem precipitar um aumento na absorção sistémica do CT, aumentando a probabilidade de ocorrência e de agravamento de efeitos adversos [30,31].

Os CT na gravidez estão categorizados como classe C (risco fetal desconhecido, por falta de estudos alargados [32]) devido à ausência de estudos alargados e conclusivos. Como tal, é necessária uma atenção redobrada na aplicação destes fármacos. Os CT apenas deverão ser aplicados nos casos em que se verifique que os benefícios serão superiores aos riscos. Nesses casos, deve dar-se primazia ao uso de CT de leve e moderada potência [33].

### 1.5. Efeitos adversos

Considerando-se a ampla gama de interações entre os CT e os alvos moleculares específicos e inespecíficos no interior da célula, anteriormente descritos, é expectável que a administração de corticosteróides possa originar um vasto número de efeitos adversos indesejáveis. Os efeitos adversos associados aos corticosteróides tendem a ser mais graves com a aplicação sistémica do que com a aplicação tópica. Contudo, a aplicação tópica para além dos efeitos locais pode ter efeitos sistémicos subjacentes, embora menos frequentes [5,34].

A capacidade dos CT provocarem efeitos adversos é afetada por:

- Potência;
- Percentagem do corpo coberta em relação à área-de superfície do doente;
- Quantidade de fármaco usado;
- Duração do uso;
- Área da pele onde é aplicado;
- Veículo;
- Uso concomitante de roupas oclusivas;
- Integridade da pele [35].

Os efeitos adversos locais dos CT mais frequentes são a atrofia cutânea, as estrias e a perturbação da cicatrização de feridas. A atrofia cutânea surge como um importante e grave efeito adverso, uma vez que este pode comprometer uma das principais funções da pele, a proteção através da barreira existente entre o interior e o exterior do organismo humano. A atrofia surge devido à diminuição no tamanho dos queratinócitos e ao reduzido número de fibroblastos, o que irá provocar o afinamento da barreira da camada córnea, aumentando a sua permeabilidade e a perda de água. Alterações na síntese de colagénio I e III também poderão explicar a ocorrência deste efeito adverso [36]. As estrias ocorrem como bandas lineares ou pele enrugada que aparecem inicialmente com aspecto eritematoso e fibrótico, tornando-se mais tarde hipopigmentadas. O surgimento de estrias poderá dever-se à diminuição de colagénio e de fibras elásticas e à supressão da atividade fibroblástica [37]. Alterações na cicatrização da pele poderão ocorrer devido ao bloqueio da fase inflamatória inicial por parte dos CT, essencial para a reparação de feridas. No entanto, é atualmente aceite que os CT podem auxiliar no tratamento de feridas crónicas [38].

Para além dos efeitos adversos anteriormente descritos, pode ainda destacar-se um outro de importante relevo: o potencial agravamento de infeções cutâneas. Isto deve-se ao facto de que os CT, ao suprimirem a atividade inflamatória, vão provocar um estado de imunossupressão, criando as condições ideais para a ocorrência de infeções oportunistas. Os CT poderão, ainda, mascarar os sintomas da infeção, complicando e retardando o seu diagnóstico [39].

Alguns efeitos adversos locais adicionais dos CT são o acne, a hipertricose, a hipopigmentação, o eritema, a telangiectasia e a dermatite perioral. Estes ocorrem com muito menos frequência que os anteriores e, normalmente, têm consequências menos graves [26].

A utilização de CT numa extensa superfície corporal e o uso a longo prazo pode, naturalmente, conduzir a uma maior absorção e, por consequência, a uma maior concentração de corticosteróides no sangue, podendo levar a efeitos adversos sistémicos. O risco de efeitos adversos associados com a utilização crónica de CT aumenta também com formulações de elevada potência.

Alguns efeitos adversos sistémicos dos CT poderão estar relacionados com alguma atividade mineralocorticóide sendo os mais relevantes o síndrome de Cushing e a insuficiência adrenal. De facto, elevados níveis de corticosteróides na corrente sanguínea provocam um desequilíbrio no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) e suprimem os níveis da hormona adrenocorticotrófica (ACTH), como resultado de um efeito regulador negativo na sua libertação. Isso leva à atrofia do córtex adrenal e, posteriormente, a complicações como a inibição do crescimento das crianças ou a osteoporose [18]. A síndrome de Cushing devido ao uso de CT tem sido raramente relatada exceto em crianças com aplicação oclusiva. A oclusão pode ser feita com pensos oclusivos, que pode aumentar a penetração dos CT e pode ser utilizada em combinação com vários tipos de veículos [28].

Estudos recentes mostram que a Diabetes Mellitus é, igualmente, um efeito adverso dos CT usados em tratamentos intensivos e prolongados [40]. Os mecanismos pelos quais ocorre este efeito são vários e complexos, mas incluem o aumento da resistência à insulina com o aumento da produção de glicose e a inibição da produção e secreção de insulina pelas células pancreáticas  $\beta$ . De facto, os CT provocam um aumento na gliconeogénese pela ativação de vários genes envolvidos no metabolismo hepático de hidratos de carbono, interferindo com diversas enzimas (especialmente fosfoenolpiruvato carboxiquinase e glucose-6-fosfatase) e antagonizam as ações metabólicas da insulina [41].

Quanto à capacidade dos CT provocarem cataratas e glaucoma, não existe ainda consenso. Neste âmbito, há estudos que afirmam que estes efeitos ocorrem, mas em raríssimas situações devido ao aumento da pressão intraocular [42,43]. No entanto, surgem outros em que nenhum caso de glaucoma foi reportado com o uso de CT [44]. Este é um efeito que se encontra ainda em estudo e cujo mecanismo ainda não é bem compreendido.

## 1.6. Duração do tratamento/Modo de utilização e aplicação

Após o diagnóstico estar estabelecido, é necessário estabelecer o melhor regime de tratamento. Para tal, é necessário definir quais os fármacos a administrar. Aquando da decisão de administrar CT é necessário ter em conta importantes aspetos, tais como, a sua posologia, o modo de utilização e a duração do tratamento, para assegurar a eficácia e a segurança do tratamento e a *compliance* do doente.

A duração do tratamento com CT deverá ser a menor possível em doenças agudas, apesar de algumas poderem requerer um tratamento relativamente prolongado. Neste âmbito, está estabelecido que o tratamento não deverá exceder 3-4 semanas quando se aplica em todo o corpo, excetuando a face. No caso de aplicação na face, o tratamento não deverá prolongar-se mais do que 2 semanas. No caso de doenças que requeiram um tratamento mais prolongado, torna-se perentório que sejam tomadas medidas para garantir a eficácia, mas atenuar possíveis efeitos adversos. Como tal, podem ser usadas estratégias como a terapia intermitente, a aplicação apenas ao fim-de-semana ou por ciclos com um tempo de paragem entre os vários ciclos [45].

No que concerne à frequência de aplicação, diversos estudos têm revelado que, na maioria dos casos, é apenas necessária uma aplicação diária para garantir a eficácia do tratamento. No entanto, a aplicação em zonas cuja absorção é menor (como as palmas das mãos e as plantas dos pés) pode requerer um aumento na frequência de aplicação. Regra geral, com o aumento da frequência diária não é evidente um incremento na eficácia ou na rapidez da resposta aos CT [46].

Os CT não estão disponíveis em unidose, sendo portanto essencial transmitir ao doente a quantidade que deverá aplicar. Para facilitar a compreensão do doente, foi originalmente descrita por Long e Finlay, em 1991, a “fingertip unit” (FTU), que se tornou um guia prático para os profissionais de saúde e pacientes definirem quantidades de corticosteróides [47]. A FTU surge então como uma quantidade de creme ou pomada expelida de um bocal de 5mm de diâmetro, aplicado a partir da prega distal da pele até à ponta do dedo indicador. Uma FTU é de cerca de 0,5 g de creme ou pomada e é suficiente para cobrir a frente e o verso de uma mão de um adulto. Perante isto, é possível fazer a proporção de CT a utilizar para as diferentes áreas do corpo de adultos e crianças, tal como indicam as tabelas 2 e 3.

Tabela 2 Quantidade de fármaco a utilizar, em adultos, nas diferentes áreas do corpo em FTU e em gramas [48].

Área da pele a tratar	FTU por aplicação	Quantidade de CT em gramas
Mão (frente e verso) e dedos	1	0,5
Um pé	2	1
Frente do tórax e abdómen	7	3,5
Costas e nádegas	7	3,5
Rosto e pescoço	2,5	1,25
Braço e mão	4	2
Perna e pé	8	4

Tabela 3 Quantidade de fármaco a utilizar, em crianças, nas diferentes áreas do corpo em FTU [49].

Área da pele a tratar	FTU por aplicação										
	3 meses	6 meses	12 meses	18 meses	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos	7 anos	10 anos	12 anos
Frente do tórax e abdómen	1	1,5	1,75	2	2	2,5	2,75	3	3,5	4	5
Rosto e Pescoço	1	1	1,5	1,5	1,5	1,5	1,75	2	2	2,5	2,5
Braço e mão	1	1	1,25	1,5	1,5	1,75	2	2	2,5	3	4
Nádegas	0,5	0,5	0,5	0,75	1	1	1	1	1,5	1,5	2
Perna e pé	1,25	1,5	2	2	2	2,5	3,5	3,5	4,5	6	7
Corpo todo	8	9,5	12	13,25	13,5	16	19,25	20	24,5	30	65,5

### 1.7. Crescente aumento da utilização pela população

Os CT são uma família de fármacos com uma enorme importância na área da dermatologia. Contudo, o seu uso, em variadas situações, não está a ser o mais adequado. Neste contexto, tem havido um crescente aumento no seu uso por parte da população e para além de serem usados para o tratamento das diversas patologias acima mencionadas, também o estão a ser para outros fins que não as suas indicações terapêuticas aprovadas.

A urticária, o melasma e o acne, são alguns exemplos de situações, que mesmo não estando diagnosticadas pelo médico, se tem verificado um aumento na automedicação,. Este incremento na automedicação com CT poderá ter como possíveis causas a rapidez com que ocorre uma melhoria dos sintomas aquando da sua utilização, conselhos de amigos, vizinhos, esteticistas, cabeleireiros, entre outros, a disponibilidade a preços bastante acessíveis na farmácia e a propensão para recorrer a prescrições antigas próprias ou de um conhecido em que as situações são aparentemente semelhantes [50].

Um preocupante uso dado aos CT, atualmente, tem como base a sua capacidade de clarear a pele. Assim, alguns CT estão a ser usados em combinação com hidroquinona como agentes despigmentantes. Esta é uma prática que possui um maior significado em populações de raça negra na tentativa de mudar a cor da pele. Este hábito de clarear da pele tem sido impulsionado por vários fatores, tal como os *MEDIA* e as pessoas famosas, que enviam o sinal dominante para mentes sem discernimento de que as pessoas com pele clara são as mais belas e melhor sucedidas. Também a grande capacidade dos CT para diminuir a pigmentação em apenas algumas horas poderá ser responsável pela continuidade do uso destes fármacos no clareamento da pele. As mulheres jovens são as que mais utilizam os CT para este fim usando-o, por norma, em todo o corpo [51].

Algumas patologias crónicas descritas, como por exemplo a psoríase, podem também ser tratadas com CT. Contudo, o tratamento continuado com estes fármacos pode implicar o surgimento de taquifilaxia, o que pode levar ao crescente uso de CT e/ou ao uso de CT cada vez mais potentes [52].

## 2. Objetivo

Perante o descrito acima e por haver falta de informação pela população neste âmbito foi equacionado avaliar o conhecimento que a população tem sobre os CT e o seu uso. Para atingir este objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar quais os CT que são mais utilizados e para que indicações;
- Avaliar a percentagem de utilizadores de CT;
- Avaliar a correlação das habilitações literárias e do sexo e a predominância do uso de CT;
- Identificar os meios pelos quais os doentes que já usaram CT tomaram conhecimento destes fármacos;
- Identificar quais os efeitos adversos que os doentes consideram ser consequência do uso de CT;
- Avaliar o risco que os doentes consideram existir com a aplicação de CT;
- Avaliar o conhecimento dos doentes sobre a forma e a frequência de utilização destes fármacos;
- Correlacionar os fatores sociais (habilitações literárias e sexo) dos doentes com o conhecimento sobre os CT;
- Avaliar a relação entre o conhecimento sobre os CT e a sua utilização prévia.

## 3. Materiais e métodos

### 3.1. Caracterização do estudo

O presente estudo, que aplica uma metodologia quantitativa, caracteriza-se por ser um estudo observacional, analítico e transversal e foi realizado mediante a aplicação de questionários anónimos e confidenciais a indivíduos (Anexo II).

### 3.2. Critérios de inclusão e exclusão

No estudo foram incluídas todas as pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos, e residentes em Portugal. Em contrapartida, foram excluídos todos os indivíduos que não cumpriam um dos critérios acima referidos, doentes com qualquer carência que impossibilite a compreensão do inquérito e também os inquéritos mal preenchidos.

### 3.3. Amostra

O presente estudo, como já referido, destinou-se à população portuguesa com idade superior a 18 anos. Os dados dos Censos 2011 definem que o número de pessoas residentes em Portugal com mais de 18 anos é de 8.657.240 [53]. Esta passa, portanto, a ser a população em estudo. Tendo em conta que se trata de uma população muito vasta, foi necessário selecionar uma amostra representativa dessa população. Para determinar o tamanho da amostra representativa da população, recorreu-se ao programa estatístico Epi Info™ 7 [54]. Assumiu-se, então, uma população de 8.657.240 pessoas, com um intervalo de confiança de 95%, e uma frequência antecipada de 50%. Esta frequência de 50% estabelecida é aconselhada nos casos em que é desconhecida a frequência de ocorrência da situação em estudo por parte da população, o que também acontece neste caso, em que se verifica uma ausência de estudos e dados. Posto isto, o número de inquéritos necessários para obter uma amostra representativa e para que os dados possam ser extrapolados para a população portuguesa em idade adulta é de 385.

### 3.4. Métodos de recolha de dados

O estudo observacional foi efetuado através de um questionário anónimo, confidencial e voluntário aplicado a 420 indivíduos. Destes, foram excluídos 3 inquéritos devido ao seu mau preenchimento.

O inquérito foi elaborado com base em artigos científicos relacionados, sendo posteriormente revisto e corrigido pelo orientador deste estudo. Seguidamente, foi aplicado em cerca de 15 pessoas para detetar possíveis erros e dificuldades. Depois das diversas correções e de ter sido melhorado, o inquérito foi então aplicado na população em estudo.

Após o consentimento livre e informado, verbalmente, o presente inquérito foi preenchido pela própria pessoa, com o auxílio do autor, quando solicitado. O inquérito aplicado (Anexo II) é constituído por 13 questões principais, existindo mais 6 perguntas que se encontram dependentes de respostas anteriores dadas. O inquérito possui perguntas de resposta aberta, resposta múltipla e perguntas nas quais o inquirido tem apenas de responder “sim” ou “não”. Com o preenchimento dos inquéritos pretendeu-se, nomeadamente, obter informação relativa a dados sociodemográficos (sexo) e socioeconómicos (nível de escolaridade). Para além destes dados, procurou-se saber se o doente inquirido possuía alguma doença cutânea crónica e qual, se já usou um CT e, caso a resposta fosse afirmativa, saber para que indicação, durante quanto tempo e se foi por receita médica. Pretendeu-se, então, relacionar estes dados pessoais com as respostas dadas posteriormente em relação aos CT. As perguntas incidem fundamentalmente com as suas indicações terapêuticas, os seus efeitos adversos, o risco de utilização, o modo e frequência de aplicação e a necessidade de retirada de forma lenta.

Os inquéritos foram aplicados na comunidade de forma aleatória, em locais públicos. A recolha de dados decorreu durante um período de 6 meses, incluindo-se como referido, indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos.

### 3.5. Análise de dados

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo-se ao programa de tratamento estatístico *IBM SPSS Statistics* [55], versão 22 e Microsoft Excel 2010. No tratamento dos dados foi realizada uma análise estatística descritiva e inferencial. Na análise estatística descritiva, em que foram analisadas variáveis qualitativas, foram utilizados gráficos e tabelas de distribuição de frequências com contagens e percentagens. Na análise inferencial pretendeu-se relacionar variáveis e perceber qual a associação entre elas e a força da mesma. Para tal, realizaram-se os testes Qui-quadrado, assumindo-se um nível de significância de 5%, e Odds Ratio, com o respetivo intervalo de confiança a 95%. O teste do Qui-quadrado é um teste não paramétrico que se aplica quando se visa testar se duas variáveis qualitativas nominais, na população, são independentes. Este teste tem como base a análise da tabela de contingência que relaciona as duas características em questão. Para além deste foi ainda realizado o teste à medida de associação de V de Cramer que é um teste não paramétrico que se aplica quando se pretende testar se a relação entre duas variáveis qualitativas nominais (ou tratadas como tal) existe. É um teste baseado no qui-quadrado de independência pelo que a sua aplicação tem as condições deste teste [56].

## 4. Resultados

A amostra é constituída por 417 pessoas, das quais 157 (o que corresponde a 37,6%) são do sexo masculino e 260 (62,4%) do sexo feminino (Figura 2).

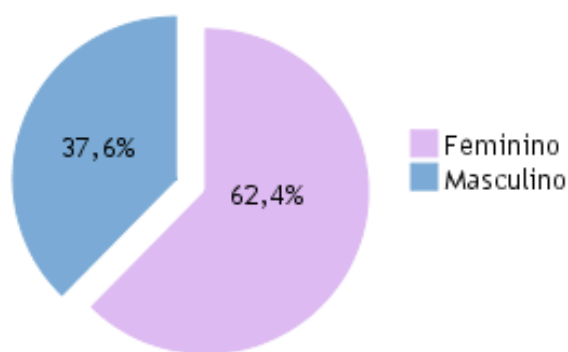


Figura 2 Distribuição da amostra de acordo com o sexo.

No que concerne às habilitações literárias, observou-se que a maioria dos inquiridos possui uma escolaridade com um nível elevado, sendo que 125 frequentam ou frequentaram o ensino superior, representado 30% da amostra, e que 94 concluíram o ensino secundário (22,5%). Em contrapartida, 82 (19,7%) dos inquiridos concluíram o 3º Ciclo de estudos, 70 (16,8%) possui o 2º Ciclo e apenas 46 (11%) dos inquiridos possui a escolaridade básica (Figura 3).

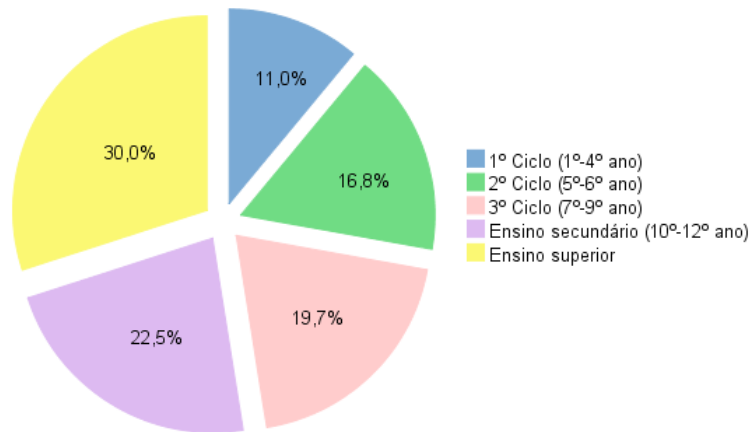


Figura 3 Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias.

De entre os inquiridos, apenas 64 (15,3%) referiram possuir uma doença cutânea crónica. Destes 64 doentes, 37 (57,8%) mencionaram eczema e 27 (42,2%) referem ter psoríase (Figura 4).

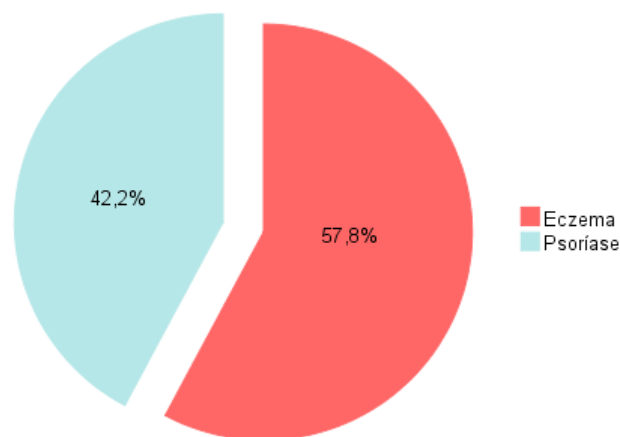


Figura 4 Distribuição da porção da amostra que referiu possuir uma doença cutânea crónica, de acordo com o tipo de doença indicada.

No inquérito pretendeu-se saber também quem, de entre os inquiridos, alguma vez usou CT. Em resposta a esta questão, observou-se que 228 (54,7%) dos inquiridos respondeu que ter utilizado e os restantes 189 (45,3%) afirmaram nunca ter aplicado CT (Figura 5).

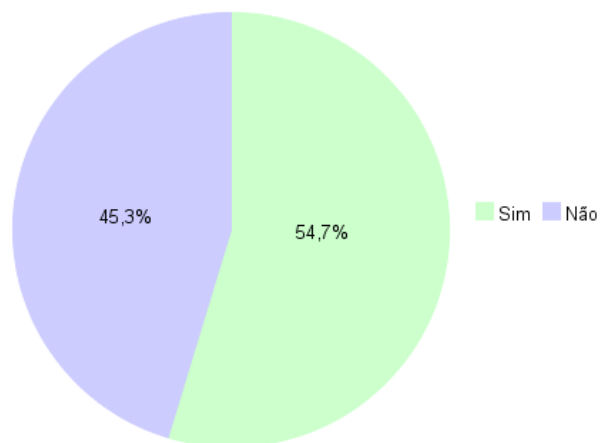


Figura 5 Distribuição da amostra em estudo de acordo com a utilização prévia de CT.

A relação entre o sexo e o uso de CT é estatisticamente significativa, verificando-se que, dos 228 indivíduos que já utilizou um CT, 75 (32,9%) é do sexo masculino e 153 (67,1%) é do sexo feminino (Tabela 4). Da realização do teste de qui-quadrado obtém-se que sig. = 0,028. O *odds ratio* para uso de CT dos homens relativamente às mulheres foi de 0,640 (I.C. 95%=[0,429;0,953]).

Tabela 4 Sexo vs uso de CT.

			Já usou um CT?		Total
			Sim	Não	
Sexo	Masculino	Frequência	75	82	157
		Porcentagem	32,9%	43,4%	37,6%
	Feminino	Frequência	153	107	260
		Porcentagem	67,1%	56,6%	100,0%
Total		Frequência	228	189	417
		Porcentagem	100,0%	100,0%	100,0%

No que diz respeito ao uso de CT em função das habilitações literárias, verifica-se que existe também uma relação estatisticamente significativa (Tabela 5). Neste caso, a sig. obtida é inferior a 0,001 e o *odds ratio* é de 0,360 (I.C. 95%=[0,144;0,900]). Do total da amostra, observa-se que quem utiliza mais CT são os indivíduos que frequentam ou frequentaram o ensino superior, que representam 39,0% do total de indivíduos que já administrou CT. Pôde ainda verificar-se que existe uma utilização progressivamente menor nos indivíduos com escolaridade mais baixa.

Tabela 5 Habilitações literárias vs uso de CT.

			Já usou um corticosteroide tópico?		Total
			Sim	Não	
Habilitações literárias	1º Ciclo (1º-4º ano)	Frequência	17	29	46
		Percentagem	7,5%	15,3%	11,0%
	2º Ciclo (5º-6º ano)	Frequência	33	37	70
		Percentagem	14,5%	19,6%	16,8%
	3º Ciclo (7º-9º ano)	Frequência	37	45	82
		Percentagem	16,2%	23,8%	19,7%
	Ensino secundário (10º-12º ano)	Frequência	52	42	94
		Percentagem	22,8%	22,2%	22,5%
	Ensino superior	Frequência	89	36	125
		Percentagem	39,0%	19,0%	30,0%

Relativamente aos indivíduos que afirmaram já ter usado CT, 18,4 % indicaram valerato de betametasona, sendo este o fármaco mais mencionado como sendo usado neste estudo. Foi igualmente comum a resposta “Não me lembro”, representando 13,6% da amostra que já usou CT. Com uma grande frequência de utilização, encontra-se também o acetato de metilprednisolona referido por 31 inquiridos (13,2%). Com uma percentagem superior aos 10% encontra-se ainda o dipropionato de betametasona (11%) e a hidrocortisona (11%). Abaixo dos 10% foi indicada a dexametasona (7,9%), o butirato de hidrocortisona (7%), a desonida (5,7%) e o butirato de clobetasol (5,3%). Com as percentagens de utilização mais baixas encontra-se o furoato de mometasona (4,8%) e o propionato de clobetasol (2,2%) (Figura 6).

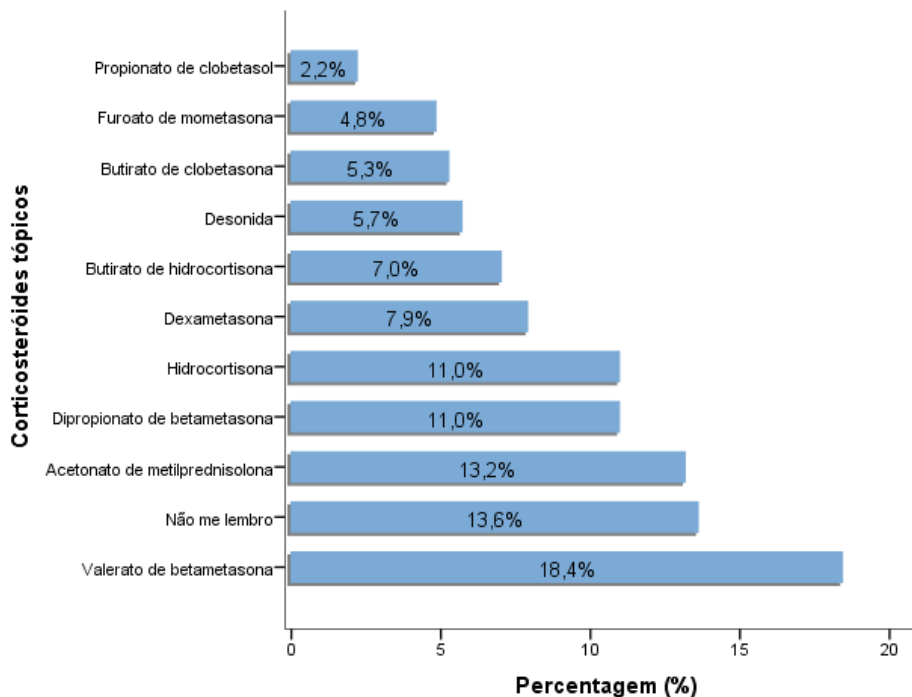


Figura 6 Porcentagem de CT utilizados pelos inquiridos (princípio ativo).

No que diz respeito às diversas situações em que os inquiridos recorreram ao uso de CT, as situações mais habitualmente indicadas foram as crises de psoríase (11,8%) e, principalmente, eczema (32,5%). Em contrapartida, as situações menos frequentemente referidas foram no tratamento da urticária e do acne, ambas com uma porcentagem de 1,8% (Figura 7).

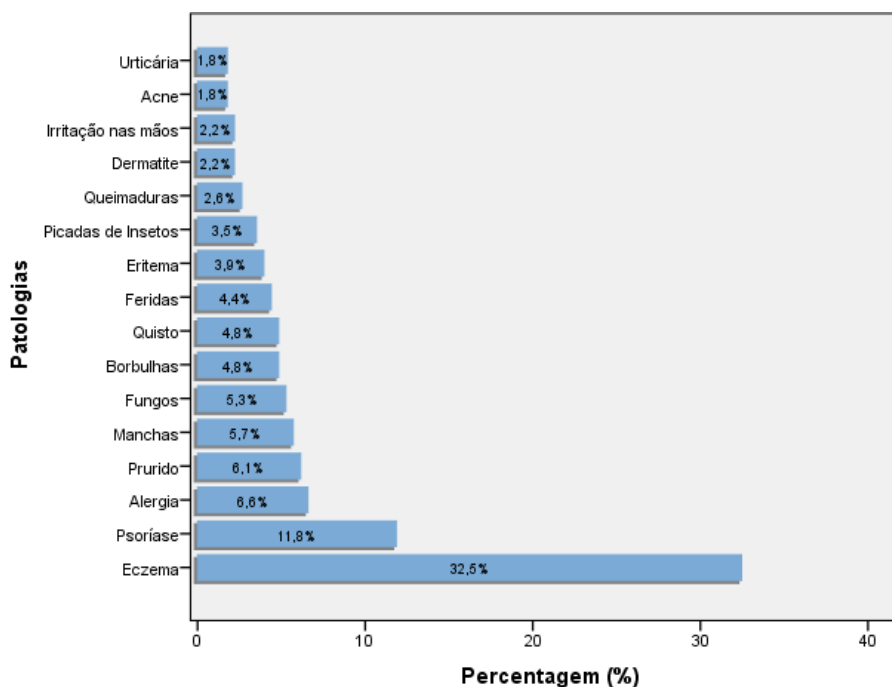


Figura 7. Distribuição da amostra de acordo com as patologias referidas para as quais se utilizaram CT.

Quanto à duração do tratamento das patologias que levaram os doentes a utilizar CT, pode verificar-se que 60 (26,3%) dos inquiridos administraram CT apenas durante uma semana. Nesta amostra, 47 (20,6%) inquiridos mencionaram o seu uso crónico. Para além destes, um total de 36 (15,8%) referiu utilizar durante 15 dias, 30 (13,2%) durante um mês, 19 (8,3%) durante dois meses, 13 (5,7%) durante um ano, 11 (4,8%) durante 2 dias, 7 (3,1%) durante 3 meses, 3 (1,3%) durante 4 meses e 2 (0,8%) durante meio ano (Figura 8).

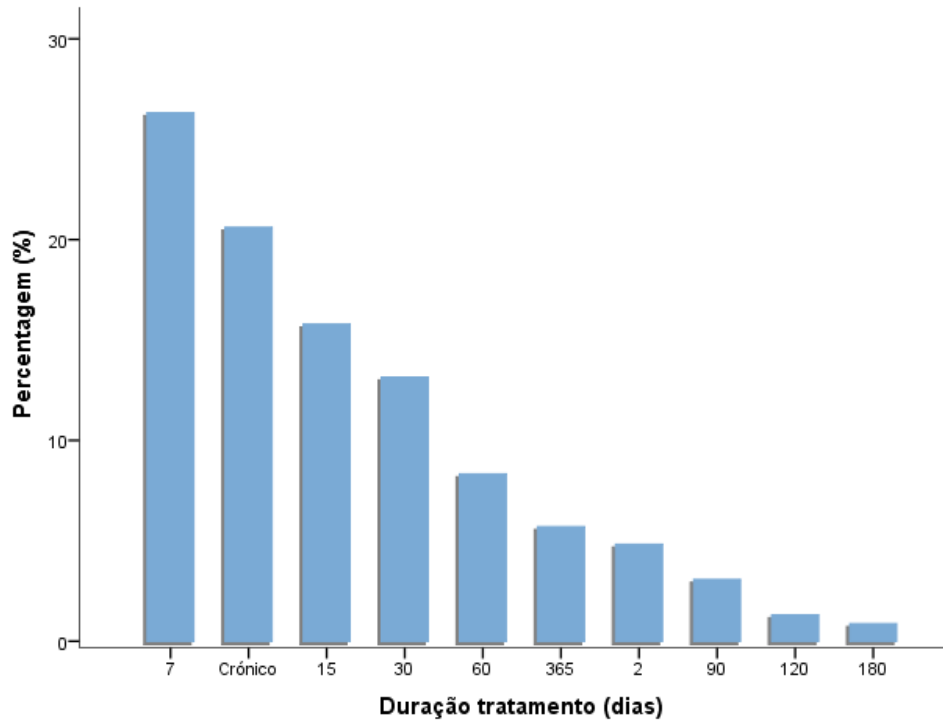


Figura 8 Distribuição da amostra que mencionou utilizar/ter utilizado CT, tendo em conta a duração do tratamento.

No que respeita à prescrição dos CT, do total de 228 inquiridos que atestaram já terem utilizado CT, 132 (57,9%) afirmaram ter sido após prescrição pelo médico. Verifica-se que ambos os sexos privilegiam o uso após prescrição médica em prol da indicação pela família/amigos ou pelo farmacêutico (Tabela 6).. Neste âmbito, as mulheres representam 64,4% dos indivíduos que obtiveram CT por prescrição médica. Em contrapartida, no que às habilitações literárias diz respeito, constatou-se que os indivíduos com maior escolaridade (ensino secundário e superior) recorrem menos ao médico do que à família/amigos e ao farmacêutico. É ainda importante salientar que, dos inquiridos que concluíram o 2º Ciclo, todos afirmaram ter administrado CT mediante prescrição médica

Tabela 6 Distribuição da amostra em relação a ter havido ou não prescrição médica dos CT.

	Frequência	Porcentagem (%)
Sim	132	57,9
Não	96	42,1
Total	228	100,0

Os restantes 96 (42,1%) que afirmaram já ter administrado CT, mas não por prescrição médica, utilizaram-nos por indicação de familiares/amigos (64) ou do farmacêutico (32) (Figura 9).

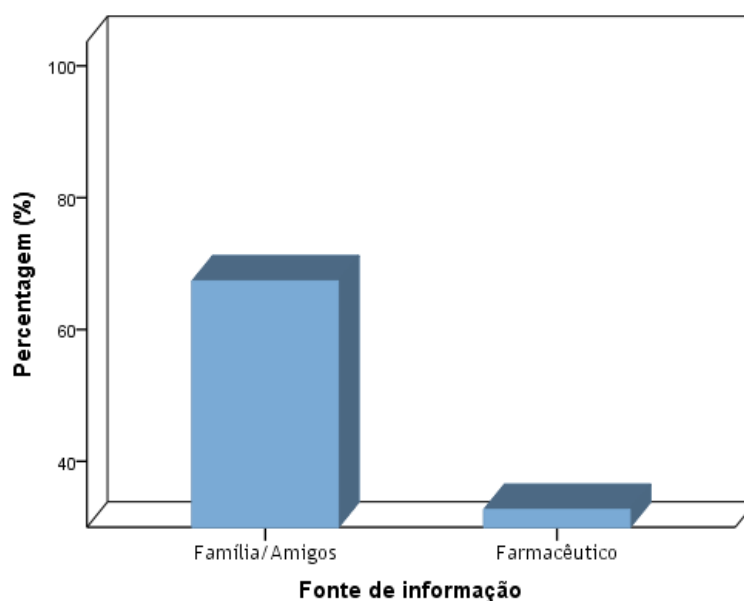


Figura 9. Porcentagem da amostra, que utilizou CT sem prescrição médica, tendo em conta a fonte de informação.

No que respeita à relação existente entre o sexo dos inquiridos que já utilizaram CT sem prescrição médica e a pessoa a quem recorreram para obterem informação sobre estes fármacos observa-se que é estatisticamente significativa. O sig. obtido através do teste de qui-quadrado foi de 0,026 e o *odds ratio* foi de 0,360 (I.C. 95%=[0,144;0,900]). Neste contexto, verificou-se que os homens confiaram igualmente na família/amigos (50,0%) e no farmacêutico (50,0%), e que as mulheres recorreram, na sua maioria, à família/amigos (73,5%) (Tabela 7).

Tabela 7 Sexo vs fonte de informação.

			Se não, o que o levou a usar?		Total
			Família/Amigos	Farmacêutico	
Sexo	Masculino	Frequência	14	14	28
		Porcentagem	50,0%	50,0%	100,0%
	Feminino	Frequência	50	18	68
		Porcentagem	73,5%	26,5%	100,0%
Total		Frequência	64	32	96
		Porcentagem	100,0%	100,0%	100,0%

Quanto à relação entre as habilitações literárias dos inquiridos que já utilizaram CT sem prescrição médica e a pessoa a quem recorreram para obterem informação sobre estes fármacos também se verificou ser estatisticamente significativa. Realizou-se o teste de qui-quadrado e obteve-se uma sig. inferior a 0,001. A totalidade dos inquiridos que concluíram o 1º Ciclo recorreu à família/amigos (100,0%). Com maior confiança na família e amigos observou-se, igualmente, os indivíduos que frequentam ou frequentaram o ensino superior (88,9%) e os que concluíram o 3º Ciclo (87,5%). Apenas os inquiridos que concluíram o ensino secundário recorreram com mais frequência ao farmacêutico (83,3%) quando utilizaram CT (Tabela 8).

Tabela 8 Habilitações literárias vs fonte de informação.

			Se não, o que o levou a usar?		Total
			Família/Amigos	Farmacêutico	
Habilitações literárias	1º Ciclo (1º-4º ano)	Frequência	4	0	4
		Porcentagem	100,0%	0,0%	100,0%
	2º Ciclo (5º-6º ano)	Frequência	0	0	0
		Porcentagem	0,0%	0,0%	0,0%
	3º Ciclo (7º-9º ano)	Frequência	7	1	8
		Porcentagem	87,5%	12,5%	100,0%
	Ensino secundário (10º-12º ano)	Frequência	5	25	30
		Porcentagem	16,7%	83,3%	100,0%
	Ensino superior	Frequência	48	6	54
		Porcentagem	88,9%	11,1%	100,0%
	Total	Frequência	64	32	96
		Porcentagem	66,7%	33,3%	100,0%

Em resposta à pergunta “Se o médico lhe receitar um corticosteróide tópico para o braço, pode administra-lo na face, na região vaginal ou anal?”, 134 (32,1%) inquiridos responderam afirmativamente, contrariamente aos 283 (67,9%) que consideram que não (Figura 10).

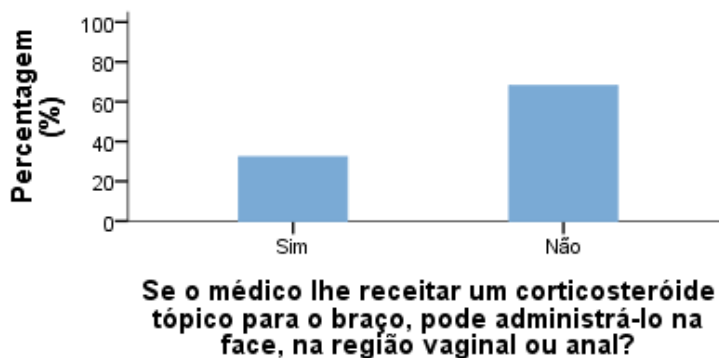


Figura 10 Distribuição da amostra de acordo com as respostas à pergunta “Se o médico lhe receitar um corticosteróide tópico para o braço, pode administra-lo na face, na região vaginal ou anal?”.

No que concerne aos efeitos adversos dos CT, 30,0% dos inquiridos considera que os CT provocam hiperpigmentação, 24,3% indica a atrofia cutânea como um efeito indesejável dos CT, 18% o acne e 12,6% a hipotensão. Em percentagens mais baixas, os inquiridos consideraram o atraso no crescimento das crianças (9,5%) e a diabetes (5,6%) (Tabela 9).

Tabela 9 Distribuição da amostra em conformidade com os efeitos adversos que consideram que estão associados ao uso dos CT.

		Frequência	Porcentagem (%)
Efeitos adversos	Atrofia cutânea	234	24,3%
	Acne	174	18,0%
	Hipotensão	121	12,6%
	Diabetes	54	5,6%
	Hiperpigmentação	289	30,0%
	Atraso no crescimento das crianças	92	9,5%
<b>Total</b>		<b>964</b>	<b>100,0%</b>

No que diz respeito ao risco existente na administração de CT durante vários meses, 222 (53,2% dos 417 indivíduos em estudo) consideram existir risco. Em contrapartida, 195 (46,8%) pensam que este não existe (Figura 11).

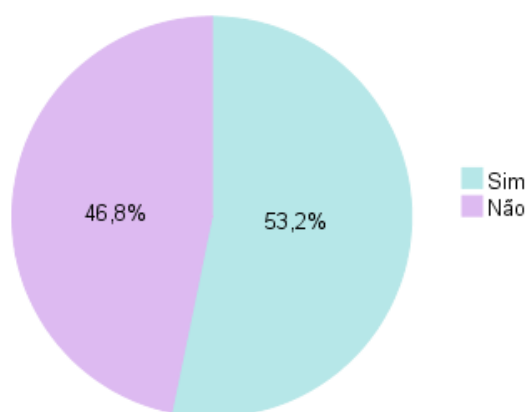


Figura 11 Distribuição da amostra em relação à sua opinião quanto à existência de risco no uso de CT durante vários meses.

Em análise à pergunta “É necessária a retirada dos corticosteróides de forma lenta?” observa-se que 172 (41,2%) considera ser necessária a retirada dos CT de forma lenta. Contudo, a maioria 245 (58,8%) possui a opinião contrária (Tabela 10).

Tabela 10 Distribuição da amostra de acordo com a sua convicção de haver, ou não, necessidade de retirar os CT de forma lenta.

	Frequência	Percentagem (%)
Sim	172	41,2
Não	245	58,8
Total	417	100

De acordo com a figura 12 verifica-se que 238 (57,1%) considera que as crianças podem utilizar CT. Em contrapartida, 179 (42,9%) responderam negativamente.

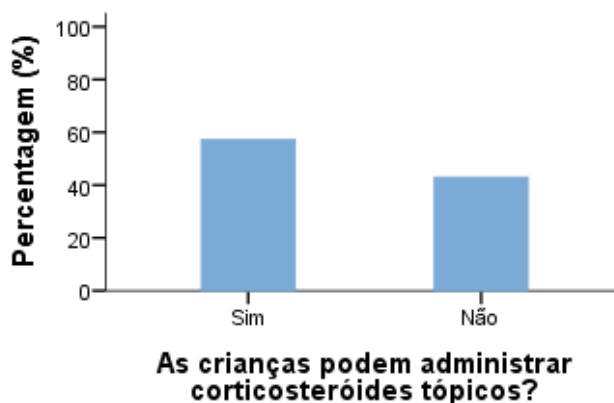


Figura 12 Distribuição da amostra segundo o seu parecer sobre o uso de CT em crianças.

No que respeita à possibilidade da toma de CT poder melhorar uma infeção pré-existente, dos 417 inquiridos, observou-se que 62,4% (a maioria) referiram que estes fármacos poderiam melhorá-la e 37,6% referiram não melhorar (Figura 13).

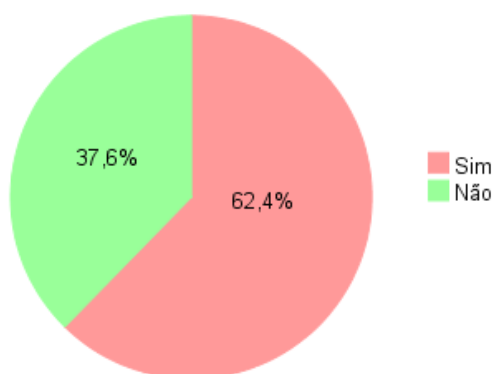


Figura 13 Distribuição da amostra de acordo com as respostas à pergunta “Se durante a toma destes fármacos possuir uma infeção, julga que estes poderão melhorá-la?”.

Quanto ao uso de CT no tratamento de urticária, 283 (67,9%) afirmaram que usariam CT no seu tratamento e 134 (32,1%) afirmaram que não usariam (Tabela 11).

Tabela 11 Frequência e percentagem de indivíduos que afirmaram usar, ou não usar, CT no caso de se encontrarem com urticária.

	Frequência	Percentagem (%)
<b>Sim</b>	283	67,9
<b>Não</b>	134	32,1
<b>Total</b>	417	100,0

No que concerne às aplicações diárias de CT, observou-se que 48,7% consideram ser mais eficaz administrar várias vezes por dia. Em oposição, 51,3% consideram ser mais eficaz administrar CT apenas uma vez por dia do que várias vezes (Figura 14).

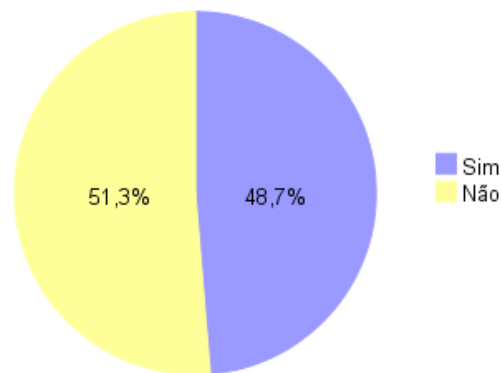


Figura 14 Distribuição da amostra em relação à sua convicção sobre a maior eficácia em aplicar CT várias vezes por dia ao invés de apenas uma vez.

Analisando as respostas à pergunta “O uso continuado de corticosteróides tópicos pode provocar resistência clínica ao tratamento?”, verifica-se que a grande maioria dos 417 indivíduos, 67,9% respondeu afirmativamente (Tabela 12).

Tabela 12 Distribuição da amostra de acordo com a crença acerca da capacidade dos CT provocarem resistência clínica ao tratamento.

	Frequência	Percentagem (%)
<b>Sim</b>	283	67,9
<b>Não</b>	134	32,1
<b>Total</b>	417	100,0

No que concerne à relação existente entre o sexo e o número de respostas certas no conjunto de nove questões colocadas sobre a utilização de CT, verifica-se que existe uma relação

estatisticamente significativa, dado que o valor de sig. (0,026) associado ao V de Cramer (0,204) é inferior a 0,05. Analisando a tabela 13 verifica-se que os inquiridos com maior número de respostas certas são apresentados maioritariamente por indivíduos do sexo masculino.

Tabela 13 Sexo vs Número de respostas certas.

			Número de respostas certas								Total	
			0	1	2	3	4	5	6	7		8
Sexo	Masculino	Frequência	0	6	9	33	22	31	22	24	10	157
		Percentagem sexo (%)	0	3,8	5,7	21,0	14,0	19,7	14,0	15,3	6,4	100
		Percentagem total (%)	0,0	1,4	2,2	7,9	5,3	7,4	5,3	5,8	2,4	37,6
	Feminino	Frequência	2	14	25	40	52	56	45	19	7	260
		Percentagem sexo (%)	0,8	5,4	9,6	15,4	20,0	21,5	17,3	7,3	2,7	100
		Percentagem total (%)	0,5	3,4	6,0	9,6	12,5	13,4	10,8	4,6	1,7	62,4
Total	Frequência	2	20	34	73	74	87	67	43	17	417	
	Percentagem sexo (%)	0,5	4,8	8,2	17,5	17,7	20,9	16,1	10,3	4,1	100	
	Percentagem total (%)	0,5	4,8	8,2	17,5	17,7	20,9	16,1	10,3	4,1	100	

Verificou-se ainda que existe uma relação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias dos indivíduos que responderam ao inquérito e o número de respostas certas, dado que o valor de sig. (inferior a 0,001) associado ao V de Cramer (0,270) é inferior a 0,05. Por análise da tabela 14 verifica-se que, com o aumento do nível académico dos indivíduos, os resultados obtidos no referido inquérito melhoram, isto é, o número de respostas corretas ao mesmo aumentam.

Tabela 14 Habilitações literárias vs Número de respostas certas.

			Número de respostas certas									Total
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	
<b>Habilitações literárias</b>	1º Ciclo (1º-4º ano)	Frequência	0	12	6	9	5	5	3	4	2	46
		Percentagem da amostra (%)	0,0	2,9	1,4	2,2	1,2	1,2	0,7	1,0	0,5	11,0
	2º Ciclo (5º-6º ano)	Frequência	0	4	11	20	8	7	14	4	2	70
		Percentagem da amostra (%)	0,0	1,0	2,6	4,8	1,9	1,7	3,4	1,0	0,5	16,8
	3º Ciclo (7º-9º ano)	Frequência	2	3	10	15	15	23	8	5	1	82
		Percentagem da amostra (%)	0,5	0,7	2,4	3,6	3,6	5,5	1,9	1,2	0,2	19,7
	Ensino secundário (10º-12º ano)	Frequência	0	0	0	16	24	22	20	9	3	94
		Percentagem da amostra (%)	0,0	0,0	0,0	3,8	5,8	5,3	4,8	2,2	0,7	22,5
	Ensino superior	Frequência	0	1	7	13	22	30	22	21	9	125
		Percentagem da amostra (%)	0,0	0,2	1,7	3,1	5,3	7,2	5,3	5,0	2,2	30,0
	<b>Total</b>	Frequência	2	20	34	73	74	87	67	43	17	417
		Percentagem da amostra (%)	0,5	4,8	8,2	17,5	17,7	20,9	16,1	10,3	4,1	100,0

Quanto à relação existente entre o uso prévio de CT pelos inquiridos e o número de respostas certas nos seus inquéritos, observou-se existir uma relação estatisticamente significativa. O valor de sig. (inferior a 0,001) associado ao V de Cramer (0,330) é inferior a 0,05. Da análise da tabela 15 depreende-se que os melhores resultados são apresentados, de forma geral, pelos indivíduos que nunca usaram CT.

Tabela 15 Uso prévio de CT vs Número de respostas certas.

			Número de respostas certas								Total	
			0	1	2	3	4	5	6	7		8
Já usou um corticosteroíde tópico?	Sim	Frequência	2	2	11	41	39	62	45	22	4	228
		Percentagem uso (%)	0,9	0,9	4,8	18,0	17,1	27,2	19,7	9,6	1,8	100,0
		Percentagem total (%)	0,5	0,5	2,6	9,8	9,4	14,9	10,8	5,3	1,0	54,7
	Não	Frequência	0	18	23	32	35	25	22	21	13	189
		Percentagem uso (%)	0,0	9,5	12,2	16,9	18,5	13,2	11,6	11,1	6,9	100,0
		Percentagem total (%)	0,0	4,3	5,5	7,7	8,4	6,0	5,3	5,0	3,1	45,3
Total	Frequência	2	20	34	73	74	87	67	43	17	417	
	Percentagem uso (%)	0,5	4,8	8,2	17,5	17,7	20,9	16,1	10,3	4,1	100,0	

## 5. Discussão

Perante a escassez de informação relativa ao uso de CT em Portugal, pretendeu-se, com este estudo, descrever o conhecimento da população portuguesa acerca da utilização de CT.

A amostra em estudo foi constituída por 417 indivíduos, de entre os quais 260 (62,4%) são mulheres. Foi notória uma maior disponibilidade, por parte das mulheres, em responder ao inquérito.

Em termos de habilitações literárias (figura 3), 30,0% da amostra possui o ensino superior, categoria que engloba licenciaturas, mestrados e doutoramentos. Adicionalmente, 22,5% dos inquiridos possui o ensino secundário e os restantes 47,5% distribuem-se pelas restantes categorias. As informações constantes no Censur 2011 indicam que 50% da população portuguesa com 15 anos ou mais concluiu pelo menos o 3º Ciclo do ensino básico [53]. A amostra do presente estudo diverge destes 50%, uma vez que a população com pelo menos o 3º Ciclo representa 72,2%. Esta diferença pode dever-se ao facto dos inquéritos terem sido aplicados aleatoriamente, por vezes num contexto em que a maioria dos inquiridos possuía um elevado grau de escolaridade. Além disso, foi evidente, também, a maior recetividade ao preenchimento dos inquéritos por parte de pessoas mais jovens e, naturalmente, com maior escolaridade.

No total da amostra em estudo encontram-se fracamente representadas as pessoas que referem possuir doenças cutâneas crónicas (15,3%). Desses 64 indivíduos, 37 indicam eczema e 27 psoríase. Os inquiridos com eczema, na totalidade da amostra, representam 8,9%. A prevalência desta doença na população pediátrica é de cerca de 10-20% [57], sendo que nos adultos não se encontra bem estabelecida, contudo pensa-se que afeta 2-10% dos adultos [58]. Perante estes dados, a prevalência de eczema na amostra em estudo encontra-se de

acordo com o intervalo referido. Quanto à psoríase, esta representa 6,5% dos inquiridos no presente estudo, sendo a sua prevalência um pouco mais elevada do que a prevalência em Portugal. De facto, segundo a Associação Portuguesa de Psoríase existem 250000 pessoas com psoríase em Portugal representando cerca de 2,5% da população portuguesa.

No que concerne ao uso de CT, observou-se que um pouco mais de metade dos inquiridos (54,7%) referiu já ter administrado CT. Dos 228 inquiridos que afirmaram já ter utilizado CT, as mulheres assumem uma maior predominância (67,1%). Este facto pode dever-se à maior preocupação, por parte das mulheres, com a saúde. Quanto às habilitações literárias dos utilizadores de CT da presente amostra, verificou-se um crescente aumento da sua utilização com o aumento do grau de escolaridade.

Em Portugal, de acordo com a pesquisa por nós efetuada, não são conhecidos estudos nem dados sobre a prevalência do uso destes fármacos, contudo, de acordo com a Estatística do Medicamento dos anos de 2003 a 2012 verificou-se uma diminuição do número de embalagens vendidas destes fármacos ao longo desses anos. No ano de 2012 foram vendidas em Portugal 635 610 embalagens de CT, num total de 140 023 459 embalagens de medicamentos vendidas, representando assim cerca de 0,5% do total de embalagens vendidas nesse ano[59].

Dos CT utilizados, o valerato de betametasona é o mais referido (18,4%), e o propionato de clobetasol é o menos mencionado (2,2%). Verificou-se, ainda, que um elevado número de inquiridos não soube indicar qual o CT que utilizou (13,6%). O esquecimento do nome do CT usado foi frequente em pessoas que possuem doenças cutâneas crónicas e que os usam de forma crónica. No que diz respeito à potência dos CT utilizados, 42,1% dos indicados possui uma potência considerada média baixa ou baixa. Em proporções significativamente inferiores, encontram-se os CT com potência média, representando 23,3% e os de alta e ultra-alta potência (21%). Estes resultados diferem bastante dos resultados obtidos num estudo realizado na Turquia em que 22,2% da amostra em estudo usou CT de potência baixa a média, 46,8% usou CT com potência elevada e 31% usou CT com potência muito elevada [60]. No presente estudo, pode verificar-se também que os inquiridos que já utilizaram CT, utilizam CT de potência mais baixa do que no estudo anteriormente referido. As razões para tal discordância podem advir do facto de mais de metade da amostra estudada utilizar os CT em situações esporádicas, não se tratando do tratamento de doenças crónicas.

Os inquiridos assinalaram 16 situações diferentes em que referiram utilizar CT. Destas, as mais frequentes estão associadas a exacerbações das doenças crónicas (eczema e psoríase) que, no seu conjunto, constituem 44,3% da amostra. Com menor representação, surgem diversas outras situações, tais como alergia (6,6%), prurido (6,1%), manchas (5,7%), fungos (5,3%), borbulhas (4,8%), quisto (4,8%), feridas (4,4%), eritema (3,9%), picadas de insetos (3,5%), queimaduras (2,6%), dermatite (2,2%), irritação nas mãos (2,2%), acne (1,8%) e urticária (1,8%). Existe uma diferença acentuada entre estes resultados e os resultados obtidos num estudo realizado em Inglaterra em que se verificou que 61% utilizou CT devido a casos de eczema, 21% devido a dermatite, 4% em virtude de picadas de insetos, igualmente 4% devido a erupção em consequência do suor, 3% devido a candidíase vaginal e também 3%

devido a psoríase, 1% devido ao pé de atleta, 1% devido a assaduras, também 1% em consequência de acne e 10% em outras condições [61]. Pelo menos 5 das utilizações referidas são coincidentes com as indicadas no presente estudo, embora com percentagens relativamente diferentes. Por exemplo, os casos de eczema referidos são em muito menor número no presente estudo, tal como os casos de dermatite. Por outro lado, é mais elevado o número de casos em que o uso de CT se deveu a acne, picadas de insetos e psoríase.

Quanto à duração da administração de CT, verificou-se que 26,3% dos indivíduos os aplicou durante 7 dias, sendo esta a duração mais referida pelo total dos 228 indivíduos que já utilizaram CT. Por outro lado, apenas 2 inquiridos afirmaram ter administrado CT durante meio ano (0,8%). Verificou-se, ainda, que 68,9% utilizou CT durante mais do que uma semana sendo que, desses, 29% utilizou CT durante um mês ou menos de um mês. Num estudo sobre o uso de CT obtidos sem prescrição médica, verificou-se que 9% dos inquiridos estavam a usá-los durante mais de 7 dias, sendo que, destes, 6% administraram durante mais de 2 semanas [61]. Comparando o presente estudo com este, é evidente uma enorme discrepância entre os resultados obtidos em ambos. De facto, seria expectável que, no presente estudo, a duração do uso de CT fosse inferior à observada, tendo em conta que o estudo foi realizado em indivíduos que administraram CT com e sem prescrição médica. Em oposição, no estudo anteriormente mencionado [61], apenas foram entrevistados os indivíduos que obtiveram CT sem prescrição médica. Assim, seria esperado que, com a intervenção médica, se verificasse um maior aconselhamento e acompanhamento e uma maior consciencialização para os riscos do uso de CT a longo prazo, de modo a existir um menor tempo de administração. No entanto, não foi esse o resultado obtido e, para tal, pode, eventualmente, ter contribuído uma possível falta de informação dada por parte dos profissionais de saúde que contactaram com os indivíduos que usaram CT ou meios de informação inadequados.

No que concerne à prescrição de CT, verificou-se que a maioria (57,9%) dos indivíduos que referiram já terem utilizado CT antes do estudo afirmaram ter sido por prescrição médica. Os demais inquiridos (42,1%) utilizaram-nos mais por indicação de familiares/amigos (66,7%) do que pelo farmacêutico (33,3%). Num estudo realizado em Portugal, mais precisamente em farmácias de Lisboa e Porto, constatou-se que a prevalência da automedicação foi de 26,2% da amostra em causa [62], num número bastante inferior ao verificado no presente estudo em relação ao caso particular dos CT. No referido estudo apurou-se ainda que, no decorrer de um problema de saúde leve ou moderado, 45,6% dos entrevistados procuraram os serviços de um médico e 27,6% os de um farmacêutico. No entanto, entre aqueles que consultaram um farmacêutico, a prevalência de automedicação foi significativamente maior (42,8%) [62]. Os resultados obtidos em ambos os estudos mostram alguma coerência, embora os resultados auferidos no presente estudo em relação à automedicação sejam superiores. A elevada prevalência de automedicação pode dever-se a diversos fatores, tais como, a venda de MNSRM fora das farmácias (no caso dos CT, a hidrocortisona) e o aumento da escolaridade da população, o que pode provocar nos doentes um aumento de autoconfiança excessiva nos seus conhecimentos. No presente estudo também parece constatar-se esta suposição pois, com o

aumento da escolaridade, verificou-se que existe uma diminuição da administração de CT mediante prescrição médica. No entanto, aquando do uso sem prescrição médica os indivíduos com escolaridade mais alta confiam mais na família/amigos do que no farmacêutico, excetuando os inquiridos com o ensino secundário. Quanto ao sexo, constata-se que são os homens que mais confiam no farmacêutico. Perante os resultados obtidos em ambos os estudos (presente estudo e ref. [51]), depreende-se que existe uma desconfiança nos profissionais de saúde, recaindo a confiança mais no conhecimento adquirido nas diversas experiências anteriores ou no conhecimento de pessoas mais próximas. Adicionalmente, a elevada percentagem de indivíduos a recorrer a familiares ou amigos ou ao farmacêutico pode dever-se ao crescente aumento do tempo de espera para as consultas médicas ou ao aumento das taxas moderadoras que, em tempo de crise, poderão impedir os doentes de serem rapidamente consultados por um médico.

Com o objetivo de perceber qual o conhecimento que a população possui sobre os CT foram também realizadas 9 perguntas que abordam diferentes características dos CT e diferentes situações em que se pretendia perceber qual a atitude que os indivíduos tomariam perante o seu uso.

A primeira dessas perguntas foi “Se o médico lhe receitar um corticosteróide tópico para o braço, pode administra-lo na face, na região vaginal ou anal?”. A absorção cutânea destes fármacos ocorre essencialmente pelas vias transepidermica e transfolicular. A penetração do CT na camada córnea ocorre principalmente por difusão passiva e depende do conteúdo lipídico e espessura dessa camada, sendo esta a principal barreira à absorção cutânea [63]. A espessura da camada córnea varia com a zona da pele e com a idade. No corpo humano existem locais onde a camada córnea é mais fina (face, axilas, virilhas e o escroto) e locais onde a camada córnea é mais espessa (palmas das mãos e plantas dos pés). Os locais em que a camada córnea é mais fina é, naturalmente, mais suscetível a efeitos adversos, tornando-se perentório usar preparações de fraca potência e, no caso de ser necessário o uso de CT de maior potência, este deve ser utilizado o menor tempo possível. Em contrapartida, os locais em que a camada córnea é mais espessa, a absorção das preparações encontra-se dificultada, o que exige habitualmente o uso de CT potentes ou muito potentes para se obter o efeito terapêutico desejado [64]. Perante isto, depreende-se que um médico, ao prescrever um CT para o braço, este deverá ter uma potência mais elevada do que a potência que deverá ser necessária para usar na face, na região vaginal ou anal. Ao utilizar o mesmo CT nessas zonas poderá advir um maior número de efeitos adversos e o efeito terapêutico poderá não ser o esperado. Na amostra em estudo observou-se que um total de 283 (67,9%) inquiridos parece possuir a consciência de que os CT devem ser adaptados a cada zona em que são aplicados, representando mais do dobro das pessoas que erraram a resposta à pergunta realizada. A percentagem de indivíduos que respondeu negativamente à questão (32,1%) poderá tê-lo feito devido ao habitual hábito de reutilizar prescrições anteriores em situações novas, tal como foi referido por alguns inquiridos.

Os CT possuem inúmeros efeitos adversos e as consequências podem ser graves, tal como já foi referido anteriormente. Com este estudo, pretendeu-se verificar também se a população tem consciência dos possíveis efeitos adversos dos CT. Neste âmbito, observou-se que o efeito adverso mais referido nos inquiridos foi a hiperpigmentação (30,0%). Este é um resultado bastante elevado para um efeito adverso que, na realidade, parece ser antagónico ao que os CT provocam e que caracteriza este grupo farmacológico, a hipopigmentação. Este efeito adverso poderá ter sido tão amplamente referenciado devido a uma eventual confusão com a rosácea que, esse sim, é um efeito adverso dos CT. Foi possível constatar a existência desta confusão aquando do esclarecimento de algumas dúvidas a alguns inquiridos posterior à realização do inquérito. Determinadas pessoas poderão, ainda, ter confundido o conceito e não perceber exatamente do que se tratava, uma vez que esta não é uma palavra de uso comum. A atrofia cutânea foi o principal efeito adverso que os inquiridos consideraram corretamente estar associado aos CT, representando 24,3% da amostra. Com uma menor percentagem surge o acne (18,0%) que possui uma representação muito baixa uma vez que é um efeito adverso associado aos CT. Esta percentagem baixa referente ao acne pode ainda dever-se a alguns indivíduos afirmarem ter utilizado CT para o tratamento do acne, sendo que poderão ter depreendido que este não seria um efeito adverso. Quanto à diabetes e ao atraso no crescimento das crianças, estes foram os efeitos adversos menos mencionados e este resultado poderá estar relacionado com o facto de que estes efeitos são sistémicos. Os inquiridos poderão não os relacionar aos CT por serem fármacos de aplicação tópica.

No cômputo geral, as opiniões dividem-se no que diz respeito ao risco proveniente do uso prolongado de CT. Apesar da maioria considerar que existe risco, a diferença é mínima pois quase metade dos inquiridos considera não haver risco (46,8%). As respostas à pergunta acerca da necessidade de retirar de forma lenta os CT foram igualmente divididas, em que a percentagem de indivíduos que considera ser necessária a retirada lenta é de 41,2%. Assim, verifica-se que a maioria dos indivíduos não está consciente da importância de retirar os CT de forma lenta. Na verdade, os corticosteróides (mesmo os de aplicação tópica) possuem potencial para provocar efeitos adversos sistémicos, de entre os quais a insuficiência adrenal. Perante isto, e atendendo também aos efeitos conhecidos no local de aplicação, depreende-se que a retirada dos CT de forma lenta possui três objetivos fundamentais: prevenir a reativação da doença subjacente do paciente, evitar a síndrome de retirada e dar mais tempo às glândulas supra-renais para recuperar [65]. De acordo com os resultados obtidos, constata-se que não existe uma consciencialização da população para as consequências do uso de CT. Uma explicação para esta situação pode prender-se com o facto de que, para muitos indivíduos, por se tratar de um produto que se aplica na pele, não os consideram medicamentos.

As crianças são um grupo de risco também neste contexto, tendo em conta que ainda não possuem o mesmo grau de maturação que os adultos. Todo o seu organismo é mais frágil e a pele não é exceção. Contudo, em inúmeras situações, o uso destes fármacos em crianças é indispensável. Assim, torna-se essencial o correto manuseio pelo cuidador e pelo utilizador

para que haja um uso seguro e efetivo com o menor risco possível [30]. Apenas cerca de metade da amostra em estudo parece saber que também podem ser usados CT em crianças (57,1%). O número de pessoas que afirmou existir risco no uso de CT (53,2%) é aproximado ao número de indivíduos que considera que as crianças não podem administrar CT (42,9%), sendo que estes valores podem estar, de certa forma, associados. A maioria da amostra respondeu corretamente à questão colocada, possivelmente porque existe uma maior preocupação em relação às crianças e à medicação usada na sua idade. Um fator que poderá ter tido alguma influência na resposta a esta pergunta poderá ser a possibilidade de indivíduos com filhos se encontrarem representados na amostra, o que poderá aumentar o conhecimento neste contexto.

Quanto à possibilidade da administração de CT poder ter efeitos positivos numa infeção pré-existente, já anteriormente foi referido que o efeito antagónico é o mais esperado, tendo em conta que os CT, ao possuírem um efeito imunossupressor, podem permitir uma eventual infeção oportunista. Adicionalmente, devido ao seu efeito anti-inflamatório, poderão mascarar os sintomas de infeções, dificultar a sua correta identificação e, conseqüentemente, a ausência de tratamento poderá levar ao seu agravamento [39]. No entanto, a amostra em estudo considera maioritariamente que os CT podem melhorar uma infeção pré-existente, existindo uma diferença muito acentuada entre o que responderam afirmativamente à questão (62,4%) e os que responderam negativamente (37,6%). Esta grande diferença pode dever-se ao facto de alguns indivíduos terem afirmado já ter administrado para este fim e às melhoras rápidas normalmente experienciadas com o uso de CT.

No que diz respeito ao uso de CT no tratamento de urticária, este é um tema que tem sido estudado nos últimos anos. No entanto, até agora os estudos ainda não foram conclusivos e, para já, o uso de CT ainda não se encontra indicado no tratamento da urticária [66]. Quando confrontados com esta questão, 67,9% dos inquiridos afirmaram que usariam CT no caso de ser encontrarem com urticária. Esta pode ser considerada uma percentagem muito elevada, tendo em conta que, como referido, ainda não é certa a eficácia dos CT no tratamento da urticária. No entanto, depreende-se que, em caso de dúvida, os indivíduos preferem arriscar usar, mesmo não estando certos dos efeitos que poderão advir.

A revisão da literatura mostrou que não houve diferença significativa na resposta ao tratamento com CT com uma ou duas aplicações diárias. As principais vantagens de aplicar CT apenas uma vez por dia são a diminuição do risco de desenvolvimento de efeitos colaterais, a redução do custo da terapia e a melhoria na adesão do paciente ao tratamento [67]. Neste âmbito, pouco mais de metade da amostra possui a mesma opinião (51,3%). O elevado número de indivíduos que considera ser mais eficaz aplicar CT várias vezes por dia do que apenas uma vez pode dever-se ao facto de possuírem elevadas expectativas em relação ao tratamento com CT e à ansia de obter resultados o mais rápido possível. Para tal, e desvalorizando ou desconhecendo as possíveis conseqüências negativas, pode haver um aumento da quantidade e da frequência de administração. Em oposição, quando os doentes se deparam com doenças crónicas e, conseqüentemente, a aplicação constante de CT, surge habitualmente um efeito

inverso - a taquifilaxia. A taquifilaxia pode ser definida como uma diminuição ou até mesmo esgotamento do efeito terapêutico de um medicamento pela repetição das doses [68]. Segundo um estudo realizado na Pensilvânia, 57% dos dermatologistas acreditam que a taquifilaxia ocorre, no entanto não é consensual o mecanismo pelo qual ocorre. É, portanto, um fenómeno que é facilmente reconhecido pelos clínicos mas difícil de caracterizar nos estudos clínicos. Na década de 70, foi demonstrado que, com o uso de CT, ocorria uma tolerância à sua ação vasoconstritora e às propriedades anti-proliferativas [18,68]. Contudo, em estudos mais recentes, não se tem verificado alterações nessas propriedades dos CT com o uso prolongado [69,70]. Perante isto, e sendo os médicos frequentemente confrontados com diversas situações de resistência ao tratamento com estes fármacos, admite-se, atualmente, que este efeito poderá dever-se à não adesão dos doentes ao tratamento [70]. A generalidade da amostra no presente estudo (67,9%) considera que o tratamento com CT pode provocar resistência. Esta relativamente elevada percentagem pode dever-se a experiências próprias ou a uma maior consciencialização ou informação por parte dos profissionais de saúde aquando da aquisição dos CT.

Com o intuito de aferir os fatores condicionantes do conhecimento da população sobre os CT, foi averiguada a relação existente entre o número de respostas certas acerca do uso dos CT e fatores pessoais tais como o sexo, as habilitações literárias, o facto de possuir ou não uma doença cutânea crónica e o uso prévio de CT. Da análise realizada, constatou-se existir uma relação estatisticamente significativa entre o número de respostas certas e o sexo, as habilitações literárias e o uso prévio de CT, não se verificando o mesmo com a existência ou não de uma doença cutânea crónica. Da relação existente entre o sexo e o número de respostas certas, constata-se que foram os homens que responderam corretamente ao máximo de respostas certas (8 respostas certas), não se verificando nenhum inquérito com a totalidade das respostas erradas, ao contrário do que se observa nas mulheres. Adicionalmente, constata-se que com mais de metade das respostas corretas no inquérito (5 ou mais) os homens possuem uma percentagem de 55,4%. Em oposição, da totalidade das mulheres, 48,8% respondeu corretamente a 5 ou mais questões. Perante isto, verifica-se que, neste estudo, no global, são os homens quem possui um maior conhecimento sobre os CT. Este maior conhecimento observado por parte dos homens pode estar relacionado com a maior percentagem em relação à mulheres de uso de CT mediante prescrição médica e percentagem superior também de recorrência ao farmacêutico em prol da família ou de amigos. Este maior contacto com os profissionais de saúde poderá ser um fator determinante para que exista esta diferença no número de respostas certas.

A relação existente entre as habilitações literárias e o número de respostas certas permite verificar um maior conhecimento sobre os CT com o aumento do grau de escolaridade. Num estudo efetuado sobre o conhecimento e a aceitabilidade dos pacientes em relação às preparações de CT, verificou-se que o conhecimento acerca dos CT diminui com o aumento da idade [71]. Dos dados disponíveis sobre a população portuguesa depreende-se que, regra

geral, a escolaridade diminui com o aumento da idade (acima dos 25 anos). Posto isto, pode concluir-se que poderá existir concordância entre os resultados obtidos em ambos os estudos. Por fim, da relação existente entre o número de respostas certas sobre CT e o uso prévio dos mesmos, verifica-se que é nos indivíduos que nunca administraram CT que existe uma maior percentagem em inquéritos com 8 respostas corretas. Apesar disto, observa-se que os inquéritos com mais de metade das respostas corretas (5 ou mais) correspondem a inquiridos que já utilizaram CT em situações anteriores (58,3%). Em contrapartida, apenas 42,8% dos inquiridos que nunca administraram CT é que respondeu corretamente a 5 ou mais questões. Observa-se, então, uma diferença ainda relevante, sendo que o uso, o possível maior contacto com os profissionais de saúde e alguma pesquisa, por exemplo na leitura das bulas dos medicamentos, acerca dos CT, poderão ser fatores responsáveis por um aumento no conhecimento sobre estes fármacos.

## 5. Limitações

No decorrer do estudo realizado foram detetadas diversas limitações. Na determinação do número de inquéritos necessários para que a fosse amostra representativa surgiu uma limitação que consistia na ausência de dados sobre o uso de CT em Portugal. Perante isto, foi necessário adaptar os cálculos e fazê-los sem o valor da frequência exata. Também a zona de aplicação dos inquéritos foi uma limitação encontrada uma vez que se pretendia realizar um estudo representativo da população portuguesa, no entanto não é possível chegar a toda gente. Perante isto, foi preciso limitar a aplicação dos inquéritos a determinadas zonas, não se abrangendo, naturalmente, todo o país. Este facto poderá por em causa a extrapolação dos resultados para toda a população portuguesa.

A principal limitação deste estudo assenta na dificuldade em comunicar com a população em termos apropriados de forma a que não existam confusões. O nome do grupo de fármacos estudados não é fácil e poucos, ou praticamente nenhum, dos inquiridos sabia do que se tratava sendo necessário utilizar termos como “cortisona” para ser mais fácil a perceção dos indivíduos. O método de aplicação utilizado pode ser considerado uma limitação deste estudo, pois a escolha dos utentes não é completamente aleatória, pois os indivíduos podem, mesmo que inconscientemente, ter sido escolhidos por serem mais simpáticos ou mais disponíveis a responder ao questionário. Desta possível limitação poderá resultar um viés de seleção.

No que diz respeito ao inquérito realizado foram ainda detetadas algumas limitações. Uma delas foi a ausência da questão acerca da idade dos inquiridos. Adicionalmente, as respostas à pergunta em que se procura saber se o inquirido já aplicou CT poderão não corresponder à realidade, uma vez que os inquiridos podem não se lembrar de um CT que administraram ou podem simplesmente não saber que um fármaco tópico que administraram anteriormente se trata de um corticosteróide. Na pergunta em que se pretende saber o que levou os inquiridos a usar CT sem prescrição médica, deveria ter sido colocada como hipótese o conhecimento

adquirido num uso prévio. Essa situação poderia ser indicada em “outro”, no entanto a ausência desta opção pode ter condicionado as respostas.

## 6. Conclusão e Perspetivas Futuras

Do presente estudo foram retiradas informações de interesse no que respeita ao uso de CT e ao conhecimento da população portuguesa sobre o seu uso. Da análise dos resultados, conclui-se que são as mulheres e os indivíduos com maior escolaridade que utilizam mais estes fármacos. Para além disso, verificou-se ainda que são os CT de potência média baixa ou baixa que são mais frequentemente utilizados e que, com muita regularidade, são administrados por um longo período de tempo.

Adicionalmente, é de realçar também a percentagem de inquiridos que consideram não existir qualquer risco na administração de CT (46,8%), que poderá estar relacionada com a baixa percentagem de inquiridos que referiu os efeitos adversos que efetivamente estão associados ao uso de CT e com o elevado número de indivíduos que afirma que várias aplicações diárias tratará mais benefícios para o tratamento do que apenas uma.

Na amostra em estudo verificou-se ainda que 15,3% refere possuir uma doença cutânea crónica. Além disso, constata-se que 20,6% dos inquiridos utiliza CT de forma crónica e 57,8% utilizou CT durante um mês ou mais. Assim, pode concluir-se que os CT são administrados durante mais tempo do que o ideal. É, portanto, importante que haja uma maior gestão dos tratamentos em que são utilizados CT, que poderá ser auxiliada por uma consciência das potenciais intervenções para melhorar a eficácia e a segurança do tratamento: a educação do doente, a adequação das dosagens aos horários, maior acesso e tempos de espera mais curtos na clínica, menor periodicidade entre consultas e uma melhor comunicação entre médicos e utentes.

Com o presente estudo, pôde concluir-se ainda que, dos utilizadores de CT, apenas pouco mais de metade recorreu ao médico para os usar e, dos 96 que não recorreram ao médico, apenas 32 recorreram aos conselhos de um farmacêutico. Neste contexto, são os homens quem recorre mais ao farmacêutico e, em contrapartida, as mulheres recorrem com mais frequência à família e aos amigos. Esta pode ser considerada uma percentagem muito baixa e pode demonstrar desconfiança nos profissionais de saúde, nomeadamente no farmacêutico. Assim, torna-se necessário que os profissionais de saúde alterem estratégias na prática clínica ao nível da qualidade da relação com os utentes. Neste sentido, será importante existir uma maior sensibilidade para a escuta e valorização da comunicação verbal e não verbal e à sua adequação às características pessoais e especificidades do seu utente. Para além disto, é importante que os profissionais de saúde assumam um papel decisivo na relação de cuidar, suportando a sua ação em conhecimentos éticos, científicos e técnicos e numa prática indispensável ao desenvolvimento da qualidade desta relação.

No cômputo geral acerca do conhecimento dos inquiridos sobre o uso de CT, verificou-se que, apesar de as mulheres serem as principais utilizadoras de CT, são os homens que possuem um maior conhecimento acerca dos mesmos. Para além disto, são igualmente os indivíduos com maior escolaridade que possuem os melhores conhecimentos sobre estes fármacos. Com elevada relevância, destaca-se ainda que, no geral, são os inquiridos que já utilizaram CT previamente que se encontram melhor instruídos neste contexto. Adicionalmente, verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa nas relações anteriormente mencionadas, não se verificando uma relação entre o número de respostas corretas e o facto do inquirido possuir ou não uma doença cutânea crónica.

Das 9 questões colocadas aos inquiridos sobre o seu conhecimento do uso de CT, apenas em 4 se observou uma maior percentagem de respostas erradas. No entanto, nas 5 questões que a maioria acertou, verifica-se que as opiniões se encontram muito divididas e que as percentagens são muito próximas dos 50%. As questões em que existe uma maior percentagem de respostas erradas encontram-se relacionadas com os efeitos adversos dos CT, a necessidade de retirada de forma lenta, o uso na urticária e a melhoria de infeções pré-existentes. Desta forma, pode concluir-se que o conhecimento da população portuguesa acerca do uso de CT ainda se encontra com bastantes lacunas recaindo, naturalmente, sobre os profissionais de saúde a maior responsabilidade na inversão destes resultados.

Em Portugal e, dada a inexistência de bibliografia sobre o tema, seria útil a realização de mais estudos que avaliassem o uso de CT e seguir o evoluir do conhecimento da população neste âmbito. Para isso, os estudos deveriam ser realizados durante um período de tempo mais alargado e envolvendo uma amostra ainda mais elevada e diversificada. Para além disso, seria importante compreender a que nível se encontra o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os CT e quais as estratégias de utilizam para transmitir esses conhecimentos. Estes dados podem ser úteis para avaliar também a informação fornecida pelos profissionais de saúde e compreender onde poderá ser necessário intervir de forma a que o serviço prestado e os seus consequentes resultados possam ser os melhores possível para a “pessoa do doente”.

## 7. Bibliografia

1. Norris DA: **Mechanisms of action of topical therapies and the rationale for combination therapy.** *Journal of the American Academy of Dermatology* (2005) **53**(1):S17-S25.
2. Steffen C: **The introduction of topical corticosteroids.** *Skinmed* (2003) **2**(5):304-305.
3. Lagos BR, Maibach HI: **Topical corticosteroids: Unapproved uses, dosages, or indications.** *Clin Dermatol* (2002) **20**(5):490-492.
4. Katz M, Gans EH: **Topical corticosteroids, structure-activity and the glucocorticoid receptor: Discovery and development—a process of “planned serendipity”.** *Journal of Pharmaceutical Sciences* (2008) **97**(8):2936-2947.
5. Schacke H, Docke WD, Asadullah K: **Mechanisms involved in the side effects of glucocorticoids.** *Pharmacology & therapeutics* (2002) **96**(1):23-43.
6. Burkholder B: **Topical corticosteroids: An update.** *Current Problems in Dermatology* (2000) **12**(5):222-225.
7. Schafer-Korting M, Kleuser B, Ahmed M, Holtje HD, Korting HC: **Glucocorticoids for human skin: New aspects of the mechanism of action.** *Skin pharmacology and physiology* (2005) **18**(3):103-114.
8. Ito K, Chung KF, Adcock IM: **Update on glucocorticoid action and resistance.** *The Journal of allergy and clinical immunology* (2006) **117**(3):522-543.
9. van der Laan S, Meijer OC: **Pharmacology of glucocorticoids: Beyond receptors.** *European journal of pharmacology* (2008) **585**(2-3):483-491.
10. Barnes PJ: **Corticosteroids: The drugs to beat.** *European journal of pharmacology* (2006) **533**(1-3):2-14.
11. Oakley RH, Cidlowski JA: **The biology of the glucocorticoid receptor: New signaling mechanisms in health and disease.** *The Journal of allergy and clinical immunology* (2013) **132**(5):1033-1044.
12. Barnes PJ: **How corticosteroids control inflammation: Quintiles prize lecture 2005.** *British journal of pharmacology* (2006) **148**(3):245-254.
13. Strehl C, Buttgereit F: **Optimized glucocorticoid therapy: Teaching old drugs new tricks.** *Molecular and cellular endocrinology* (2013) **380**(1-2):32-40.
14. Ratman D, Vanden Berghe W, Dejager L, Libert C, Tavernier J, Beck IM, De Bosscher K: **How glucocorticoid receptors modulate the activity of other transcription factors: A scope beyond tethering.** *Molecular and cellular endocrinology* (2013) **380**(1-2):41-54.
15. Newton R: **Anti-inflammatory glucocorticoids: Changing concepts.** *European journal of pharmacology* (2014) **724**(0):231-236.
16. Ahluwalia A: **Topical glucocorticoids and the skin-mechanisms of action: An update.** *Mediators of Inflammation* (1998) **7**(3):183-193.

17. Stahn C, Lowenberg M, Hommes DW, Buttgereit F: **Molecular mechanisms of glucocorticoid action and selective glucocorticoid receptor agonists.** *Molecular and cellular endocrinology* (2007) **275**(1-2):71-78.
18. Uva L, Miguel D, Pinheiro C, Antunes J, Cruz D, Ferreira J, Filipe P: **Mechanisms of action of topical corticosteroids in psoriasis.** *Int J Endocrinol* (2012).
19. Cosío BG, Torrego A, Adcock IM: **Molecular mechanisms of glucocorticoids.** *Archivos de Bronconeumología ((English Edition))* (2005) **41**(1):34-41.
20. Haigh JM, Meyer E, Smith EW, Kanfer I: **The human skin blanching assay for in vivo topical corticosteroid assessment: I. Reproducibility of the assay.** *International Journal of Pharmaceutics* (1997) **152**(2):179-183.
21. McKenzie A, Stoughton R: **Method for comparing percutaneous absorption of steroids.** *Archives of Dermatology* (1962) **86**(5):608-610.
22. Meyer E, Smith EW, Haigh JM: **Sensitivity of different areas of the flexor aspect of the human forearm to corticosteroid-induced skin blanching.** *The British journal of dermatology* (1992) **127**(4):379-381.
23. Smit P, Neumann HAM, Thio HB: **The skin-blanching assay.** *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* (2012) **26**(10):1197-1202.
24. Kirkland R, Pearce D, Balkrishnan R, Feldman S: **Critical factors determining the potency of topical corticosteroids.** *Journal of Dermatological Treatment* (2006) **17**(3):133-135.
25. Schwarb FP, W. Smith E, Haigh JM, Surber C: **Analysis of chromameter results obtained from corticosteroid-induced skin blanching assay: Comparison of visual and chromameter data.** *European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics* (1999) **47**(3):261-267.
26. Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, Cork MJ: **Adverse effects of topical glucocorticosteroids.** *Journal of the American Academy of Dermatology* (2006) **54**(1):1-15; quiz 16-18.
27. **Topical treatments for psoriasis:** (2013). Disponível em <http://www.psoriasis.org/about-psoriasis/treatments/topicals/steroids>. Consultado a 2 de agosto de 2014
28. Ference JD, Last AR: **Choosing topical corticosteroids.** *American family physician* (2009) **79**(2):135-140.
29. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hordinsky MK, Lewis CW, Pariser DM, Webster SB, Whitaker DC, Butler B *et al*: **Guidelines of care for the use of topical glucocorticosteroids.** *American academy of dermatology. Journal of the American Academy of Dermatology* (1996) **35**(4):615-619.
30. Saraswat A: **Topical corticosteroid use in children: Adverse effects and how to minimize them.** *Indian journal of dermatology, venereology and leprology* (2010) **76**(3):225-228.
31. Haruko H: **Topical use of steroids in the aged.** *A Journal of Medical Sciences of Japan and Other Asian Countries* (2001) **44**(3):142-147.
32. **Prontuário Terapêutico 11** (2013): 539.
33. Alabdulrazzaq F, Koren G: **Topical corticosteroid use during pregnancy.** *Can Fam Phys* (2012) **58**(6):643-644.

34. Nieman LK: **Consequences of systemic absorption of topical glucocorticoids.** *Journal of the American Academy of Dermatology* (2011) **65**(1):250-252.
35. Del Rosso J, Friedlander SF: **Corticosteroids: Options in the era of steroid-sparing therapy.** *Journal of the American Academy of Dermatology* (2005) **53**(1 Suppl 1):S50-58.
36. Schoepe S, Schäcke H, May E, Asadullah K: **Glucocorticoid therapy-induced skin atrophy.** *Experimental Dermatology* (2006) **15**(6):406-420.
37. Rogalski C, Haustein UF, Glander HJ, Paasch U: **Extensive striae distensae as a result of topical corticosteroid therapy in psoriasis vulgaris.** *Acta dermato-venereologica* (2003) **83**(1):54-55.
38. Guo S, DiPietro LA: **Factors affecting wound healing.** *Journal of dental research* (2010) **89**(3):219-229.
39. Cutolo M, Serio B, Pizzorni C, Secchi ME, Soldano S, Paolino S, Montagna P, Sulli A: **Use of glucocorticoids and risk of infections.** *Autoimmunity Reviews* (2008) **8**(2):153-155.
40. van der Linden MW, Penning-van Beest FJ, Nijsten T, Herings RM: **Topical corticosteroids and the risk of diabetes mellitus: A nested case-control study in the netherlands.** *Drug safety : an international journal of medical toxicology and drug experience* (2009) **32**(6):527-537.
41. Perez A, Jansen-Chaparro S, Saigi I, Bernal-Lopez MR, Minambres I, Gomez-Huelgas R: **Glucocorticoid-induced hyperglycemia.** *J Diabetes* (2014) **6**(1):9-20.
42. Kersey JP, Broadway DC: **Corticosteroid-induced glaucoma: A review of the literature.** *Eye* (2006) **20**(4):407-416.
43. Fanny A, Coulibaly F, Ouattara A, Sangare Y, Berete-Coulibaly R, Gbe K, Boni S: **[cataracts related to the extended application of dermocorticosteroids. A study of 8 cases in abidjan].** *Journal francais d'ophtalmologie* (2014) **37**(5):388-392.
44. Haeck IM, Rouwen TJ, Timmer-de Mik L, de Bruin-Weller MS, Bruijnzeel-Koomen CA: **Topical corticosteroids in atopic dermatitis and the risk of glaucoma and cataracts.** *Journal of the American Academy of Dermatology* (2011) **64**(2):275-281.
45. Carlos G, Uribe P, Fernández-Peñas P: **Rational use of topical corticosteroids.** *Australian Prescriber* (2013) **36**(5):158-161.
46. Green C, Colquitt JL, Kirby J, Davidson P: **Topical corticosteroids for atopic eczema: Clinical and cost effectiveness of once-daily vs. More frequent use.** *The British journal of dermatology* (2005) **152**(1):130-141.
47. Long CC, Finlay AY: **The finger-tip unit--a new practical measure.** *Clinical and experimental dermatology* (1991) **16**(6):444-447.
48. Bewley A: **Expert consensus: Time for a change in the way we advise our patients to use topical corticosteroids.** *The British journal of dermatology* (2008) **158**(5):917-920.
49. Long CC, Mills CM, Finlay AY: **A practical guide to topical therapy in children.** *Br J Dermatol* (1998) **138**(2):293-296.
50. Rathi SK, D'Souza P: **Rational and ethical use of topical corticosteroids based on safety and efficacy.** *Indian journal of dermatology* (2012) **57**(4):251-259.

51. Nnoruka E, Okoye O: **Topical steroid abuse: Its use as a depigmenting agent.** *Journal of the National Medical Association* (2006) **98**(6):934-939.
52. Saraswat A, Lahiri K, Chatterjee M, Barua S, Coondoo A, Mittal A, Panda S, Rajagopalan M, Sharma R, Abraham A, Verma SB *et al*: **Topical corticosteroid abuse on the face: A prospective, multicenter study of dermatology outpatients.** *Indian journal of dermatology, venereology and leprology* (2011) **77**(2):160-166.
53. **Censos2011: Resultados definitivos.** Disponível em [www.censos.ine.pt](http://www.censos.ine.pt). Consultado a 6 de agosto de 2014.
54. **Epi info.** Disponível em <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/7/index.htm>. Consultado a 6 de agosto de 2014.
55. **Ibm spss.** Disponível em <http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/>. Consultado a 6 de agosto de 2014.
56. Laureano R: *Testes de hipoteses com o SPSS: O meu manual de consulta rapida.* Edições Silabo, (2011): 105-109.
57. Ross T, Ross G, Varigos G: **Eczema--practical management issues.** *Australian family physician* (2005) **34**(5):319-324.
58. Lawton S: **Assessing and treating adult patients with eczema.** *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* : 1987) (2009) **23**(43):49-56; quiz 58, 60.
59. **Estatística do Medicamento 2012.** Disponível em <http://www.infarmed.pt/>. Consultado a 7 de agosto de 2014.
60. Basak PY, Ozturk M, Baysal V: **Assessment of information and education about topical corticosteroids in dermatology outpatient departments: Experience from turkey.** *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV* (2003) **17**(6):652-658.
61. Rogers PJ, Wood SM, Garrett EL, Krykant SP, Haddington NJ, Hayhurst J, Player GR: **Use of nonprescription topical steroids: Patients' experiences.** *The British journal of dermatology* (2005) **152**(6):1193-1198.
62. Martins AP, Miranda Ada C, Mendes Z, Soares MA, Ferreira P, Nogueira A: **Self-medication in a portuguese urban population: A prevalence study.** *Pharmacoepidemiology and drug safety* (2002) **11**(5):409-414.
63. Beneton N, Saiag P: **[skin topical corticosteroids. Principles and rules of their utilization].** *La Revue du praticien* (1999) **49**(20):2251-2256.
64. Lebrun-Vignes B, Chosidow O: **Dermocorticoides.** *EMC - Tratado de Medicina* (2012) **16**(2):1-6.
65. Dinsen S, Baslund B, Klose M, Rasmussen AK, Friis-Hansen L, Hilsted L, Feldt-Rasmussen U: **Why glucocorticoid withdrawal may sometimes be as dangerous as the treatment itself.** *European Journal of Internal Medicine* (2013) **24**(8):714-720.
66. Sidhu S, Wakelin SH, Wojnarowska F: **Prolonged remission of urticaria pigmentosa following topical steroid therapy under hydrocolloid occlusion.** *Clinical and experimental dermatology* (1997) **22**(6):302-303.
67. Lagos, Maibach: **Frequency of application of topical corticosteroids: An overview.** *Br J Dermatol* (1998) **139**(5):763-766.

68. Durmazlar SPK, Eskioglu F, Oktay B, Eren C: **Current threats and problems in the topical use of steroids?: Review.** *Turk Klin Tip Bilim Derg* (2009) **29**(1):194-201.
69. Miller JJ, Roling D, Margolis D, Guzzo C: **Failure to demonstrate therapeutic tachyphylaxis to topically applied steroids in patients with psoriasis.** *Journal of the American Academy of Dermatology* (1999) **41**(4):546-549.
70. Feldman SR: **Tachyphylaxis to topical corticosteroids: The more you use them, the less they work?** *Clinics in Dermatology* (2006) **24**(3):229-230.
71. Woodford R, Woodford EM, Langley CA, Marriott JF, Wilson KA: **Patient knowledge and acceptability of topical corticosteroid preparations: The role of the pharmacist in patient education.** *International Journal of Pharmacy Practice* (2001) **9**(S1):38-38.
72. Wiedersberg S, Leopold CS, Guy RH: **Bioavailability and bioequivalence of topical glucocorticoids.** *European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics* (2008) **68**(3):453-466.

# Capítulo II - Relatório de estágio na Farmácia Lopes Rodrigues - Vertente de Farmácia Comunitária

## 1. Introdução

A farmácia comunitária surge, nos dias de hoje, como um setor imprescindível para o completo funcionamento do sistema de saúde. Para tal, muito contribuiu o crescente empenho dos farmacêuticos, não só enquanto especialistas do medicamento, mas principalmente como profissional de saúde empenhado na prevenção de doenças, no aconselhamento sobre o uso racional dos fármacos e na monitorização dos utentes.

Todo este processo tem início no conhecimento técnico-científico adquirido nos livros, no entanto, só uma vertente mais prática permite estabelecer uma ponte entre os conhecimentos e a pessoa do doente. É no estágio que adquirimos a noção de que todo o nosso percurso profissional terá de ser um constante processo de aprendizagem. O dia a dia do estagiário é recheado por constantes descobertas, quer a nível científico, nas matérias que lhe são próprias, quer a nível humano, na medida em que cada utente representa um ser humano com o qual temos a obrigação de estabelecer uma ligação independentemente do serviço que procura, tendo sempre uma palavra amiga e total disponibilidade.

Assim, o estágio proporciona o contacto com a dinâmica própria de uma farmácia integrada na comunidade, a qual, devido às suas características, representa um elo de ligação entre o utente, os serviços de saúde e o medicamento e uma melhor integração num dos possíveis futuros meios profissionais, tornando-se o culminar de uma formação técnico-científica de quatro anos e meio de estudo em Ciências Farmacêuticas.

O presente relatório apresenta, de forma tendencialmente objetiva, os principais aspetos de funcionamento de uma farmácia de oficina e do papel do farmacêutico como especialista do medicamento e agente de saúde pública, bem como as atividades acompanhadas e desenvolvidas no decorrer do estágio na Farmácia Lopes Rodrigues, sob orientação da Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Ferreira, no período de 3 de fevereiro a 13 de junho de 2014.

## 2. Apresentação da Farmácia

### 2.1. Localização física e social

A Farmácia Lopes Rodrigues localiza-se na Rua Professor Domingues Matos, nº 171, no centro de Válega, freguesia do concelho de Ovar. No exterior, encontra-se uma cruz verde iluminada quando a farmácia se encontra de serviço, colocada perpendicularmente à frontaria do edifício, uma placa com a designação da farmácia e o nome da Diretora Técnica e

proprietária. A Farmácia Lopes Rodrigues, ao pertencer ao programa Farmácias Portuguesas da Associação Nacional das Farmácias (ANF), possui ainda uma faixa identificativa como membro pertencente a este mesmo programa. Por se tratar de uma freguesia pequena e rural, a faixa etária de uma grande parte dos doentes é elevada e a medicação é maioritariamente crónica. No entanto, devido à proximidade da N109, zona de bastante circulação automóvel, a farmácia possui com frequência doentes ocasionais. Assim, a farmácia tem doentes fiéis e diários que fazem dela “a sua” farmácia (mesmo não residindo nas imediações próximas) e doentes esporádicos, que a visitam ocasionalmente, por estarem de passagem.

A Farmácia Lopes Rodrigues funciona em horário contínuo das 9 às 20 horas de segunda a sexta-feira, e no mesmo horário quinzenalmente ao fim de semana. O horário contínuo até às 20 horas permite aos doentes ainda no ativo se dirigirem à farmácia em horário pós-laboral. Nas proximidades não se encontra nenhuma grande superfície comercial para onde poderiam ser canalizados alguns doentes, o que torna a farmácia um local mais procurado e que a população pode recorrer nas mais diversas situações.

## 2.2 Organização da farmácia

No primeiro dia de estágio foi feito o acolhimento pela Diretora Técnica, no qual foi feita uma breve apresentação da Farmácia Lopes Rodrigues e da sua equipa e visita às instalações.

### 2.2.1 Recursos humanos

Na estrutura de uma farmácia, a parte determinante para o bom funcionamento e para o sucesso é a equipa que a constitui. Na Farmácia Lopes Rodrigues a equipa é constituída pela Diretora Técnica e proprietária Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Ferreira, pela Dr.<sup>a</sup> Carla Oliveira (farmacêutica) e por duas ajudantes técnicas de seu nome Dulcina Matos e Anabela Silva. Estes são os elementos que juntos transmitem aos utentes o que de melhor sabem para os ajudar e que fazem com que a farmácia funcione no seu pleno. A matriz de competências e responsabilidades operacionais de cada colaborador estão bem definidas e para cada tarefa existe um responsável cabendo à diretora técnica a supervisão, a otimização e a responsabilidade última dos serviços prestados. Para além destes elementos, a farmácia conta ainda com a colaboração de Celeste Gomes, responsável pela limpeza diária da farmácia e da Dr.<sup>a</sup> Diana Matos que realiza consultas de nutrição.

#### 2.2.1.1. Funções do Diretor Técnico e dos seus substitutos

De acordo com o Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, que altera o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, são funções do Diretor Técnico:

- Assumir a responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia;
- Garantir a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o modo de utilização dos medicamentos;

- Promover o uso racional do medicamento;
- Assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica só são dispensados aos utentes que a não apresentem em casos de força maior, devidamente justificados;
- Manter os medicamentos e demais produtos fornecidos em bom estado de conservação;
- Garantir que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança;
- Assegurar que a farmácia dispõe de um aprovisionamento suficiente de medicamentos;
- Zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene;
- Verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica;
- Assegurar o cumprimento dos princípios e deveres previstos neste diploma e na demais legislação reguladora da atividade farmacêutica [1].

### 2.2.2. Instalações e equipamentos

Exteriormente, a Farmácia Lopes Rodrigues possui, tal como anteriormente referido, a sua identificação, a cruz das Farmácias Portuguesas e duas montras decoradas fazendo referência a produtos sazonais, que são o primeiro contacto do utente com a farmácia. Lateralmente às montras encontra-se a porta principal. A porta principal dá acesso a um pequeno *hall*, separado da zona de atendimento por uma porta automática de vidro.

A Farmácia Lopes Rodrigues cumpre a Deliberação n.º 2473/2007, de 28 de novembro, que indica que “as farmácias devem dispor, obrigatória e separadamente, das seguintes divisões:

- sala de atendimento ao público;
- armazém;
- laboratório;
- instalações sanitárias;
- gabinete de atendimento personalizado”.

As suas instalações, assim como previsto no referido Decreto-Lei, são adequadas a garantir a segurança, conservação e preparação dos medicamentos, bem como a acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes e respetivo pessoal [2].

#### Sala de atendimento ao público

A sala de atendimento ao público é acolhedora, com luminosidade, devidamente climatizada e num meio envolvente calmo, agradável e profissional, de modo a proporcionar uma boa comunicação com os utentes. Esta dispõe de dois balcões, cada um deles devidamente equipados com um computador, uma impressora, um dispositivo de leitura ótica e de uma caixa. Existe igualmente um terminal multibanco. Os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), suplementos alimentares, produtos de uso veterinário, de dermocosmética e de higiene íntima encontram-se atrás dos balcões de atendimento, dispostos em lineares,

para um fácil acesso visual dos utentes. Distribuídos em lineares circundantes à zona de atendimento, encontram-se produtos de puericultura, de higiene oral e material ortopédico. Na zona do balcão estão sempre expostos os produtos sazonais (como os solares ou antigripais) ou as promoções, visto ser um local de destaque, sempre disponível ao olhar do utente. Nos balcões existem gavetas nas quais se encontram produtos vulgarmente vendidos e que assim se encontram mais acessíveis. São exemplos desses produtos, seringas, produtos de desinfecção, testes de gravidez, entre outros. Nesta área encontra-se ainda uma placa identificativa da farmácia. Para uma maior comodidade dos utentes, a sala dispõe de um banco no qual podem aguardar tranquilamente a sua vez e onde têm acesso à revista “A família portuguesa” e folhetos informativos de forma gratuita. Finalmente, esta área possui ainda de uma balança eletrónica que realiza a medição do peso, altura e do índice de massa corporal (IMC).

#### Local destinado à receção de encomendas

Nesta área, localizada na parte posterior da farmácia, realiza-se a maioria do trabalho não visível pelos utentes, mas da máxima importância para o bom funcionamento da farmácia. Tem comunicação com a zona de atendimento ao público através de uma passagem sem porta.

É neste local que são efetuadas, conferidas e rececionadas as encomendas diárias, onde são conferidas diariamente as receitas e é ainda o local onde se encontram armazenados a quase totalidade dos medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM).

Esta área dispõe de uma bancada central com um computador, um dispositivo de leitura ótica, uma impressora de códigos de barras, um fax, uma impressora de uso geral e um telefone.

Aquando da entrada dos produtos, estes são dispostos na bancada, facilitando a sua arrumação.

Os MSRM estão acondicionados em gavetas deslizantes por ordem alfabética e divididos de acordo com as seguintes categorias: comprimidos; injetáveis; supositórios; pós e comprimidos efervescentes; xaropes; cremes e pomadas; medicamentos de uso vaginal; medicamentos oftálmicos; aerossóis; gotas; ampolas e medicamentos de uso externo.

Em todo o redor desta área existem armários com portas deslizantes nos quais se encontram os produtos que, por uma questão de quantidade, organização ou tamanho da cartonagem, não são passíveis de ser armazenados noutras áreas. Todos os produtos que se encontram armazenados encontram-se organizados pelo princípio “First in, First out”.

Ainda nesta área situa-se o frigorífico, onde são armazenados todos os produtos que exigem condições especiais de armazenamento, como é o caso de insulinas, algumas vitaminas orais, colírios, anéis de contraceção e vacinas. O frigorífico está associado a um sistema de controlo da temperatura. Existe, do mesmo modo, um armário onde se encontram *dossiers* e livros como o Prontuário Terapêutico, o Índice Nacional Terapêutico e o Simposium Terapêutico. Finalmente, existem aparelhos de medição da temperatura e humidade em diferentes locais

da farmácia. Todos os equipamentos específicos presentes na farmácia são obrigatoriamente alvo de manutenções e calibrações periódicas [3].

#### Gabinete de atendimento personalizado

No gabinete de atendimento personalizado realiza-se a determinação de parâmetros como pressão arterial, glicémia e colesterol total. É ainda o local onde decorrem as consultas de nutrição e onde é prestado aconselhamento sobre situações mais delicadas. Neste gabinete existe uma mesa, três cadeiras, três armários e uma estante onde se encontram os materiais necessários às atividades realizadas (ex.: máquina de determinação de glicémia, colesterol total e respetivas tiras de teste, lancetas, algodão, luvas, álcool etílico) e um contentor de recolha de material de risco.

#### Instalações sanitárias

A Farmácia Lopes Rodrigues dispõe de dois sanitários ambos para uso da equipa da farmácia. No entanto, poderão sempre ser utilizados pelos utentes da farmácia se assim o solicitarem.

#### Laboratório

Local de preparação de medicamentos manipulados e preparações extemporâneas e de armazenamento de matérias-primas, o laboratório dispõe de uma bancada de pedra lisa e uma zona de lavagem de material, bem como do equipamento exigido pela Deliberação n.º 1500/2004 de 7 de dezembro:

- 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;
- Matrases 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 FpVII, com abertura de malha 180 µm e 355 µm (com fundo e tampa);
- Termómetro (escala mínima até 100°C);
- Vidros de relógio [4].

Os livros de suporte à preparação do manipulado também se encontram no laboratório, juntamente com a Farmacopeia Portuguesa VIII, o Formulário Galénico Português, o dossier das fichas de segurança das matérias-primas e dos boletins analíticos. As matérias-primas são arrumadas num armário por ordem alfabética.

Na Farmácia Lopes Rodrigues são muito poucos os manipulados realizados devido à baixa afluência de pedidos.

### Vestiários

As funcionárias da farmácia dispõem ainda de um local onde podem guardar as batas, o vestuário e os seus pertences.

### 2.2.3. Horário de Funcionamento

De acordo com a Portaria n.º 14/2013, de 11 de janeiro, primeira alteração da Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, “salvo disposição especial, o período de funcionamento semanal das farmácias de oficina tem o limite mínimo de 44 horas...” e têm a obrigatoriedade de garantir a abertura ao público de segunda-feira a sexta-feira, das 10 às 13 horas e das 15 às 19 horas [5]. Perante tal, a farmácia Lopes Rodrigues encontra-se em funcionamento de segunda-feira a sexta-feira das 9 horas às 20 horas de forma contínua. A cada duas semanas, encontra-se aberta no mesmo horário durante todo o fim-de-semana.

### 2.2.4. Sistema Informático

O *software* utilizado é o Sifarma 2000, de utilização intuitiva e de fácil familiarização. É uma ferramenta muito importante ao nível da gestão da farmácia uma vez que permite: gerir os níveis de *stocks*; controlar entradas e saídas de produtos; controlar prazos de validade; listar os psicotrópicos e estupefacentes; elaborar, transmitir e rececionar encomendas; realizar vendas durante o atendimento; fazer o apuro de caixa e faturação mensal; devoluções entre outras funcionalidades. Adicionalmente, este *software* contém informação de consulta rápida sobre aconselhamento, posologias, interações e contra-indicações dos medicamentos e permite fazer pesquisa por Denominação Comum Internacional (DCI) e aceder às percentagens de comparticipação dos diferentes organismos. Esta funcionalidade tornou-se da máxima importância para mim, enquanto estagiária, durante o atendimento.

O programa permite criar uma ficha de utente para os doentes habituais da farmácia, encontrando facilmente todo um conjunto de dados necessários para um bom acompanhamento farmacêutico. Permite traçar com confiança um perfil farmacoterapêutico do doente, visualizando possíveis interações e falhas de terapêutica.

Uma vez que se trata do *software* oficial da ANF, este programa é alvo de constantes atualizações, a que todas as farmácias têm acesso automático e que podem dever-se a alterações das percentagens de comparticipação, medicamentos retirados do mercado, novas reações adversas registadas ou simplesmente alterações no funcionamento do *software*.

### 3. Informação e documentação científica

O farmacêutico, enquanto profissional de saúde, e de acordo com o seu Código Deontológico, tem o dever de manter-se em constante atualização [6]. O farmacêutico é diariamente desafiado a manter-se atualizado, muito também devido à crescente facilidade de acesso à informação que torna os utentes mais atentos, mais interventivos e mais exigentes. A verdade é que habitualmente os farmacêuticos são bombardeados com informação de diversas fontes, tornando-se cada vez mais importante saber selecionar a informação de interesse.

De acordo com o Decreto-Lei 307/2007 de 31 de agosto, a farmácia é obrigada a ter como fontes de informação a Farmacopeia Portuguesa e o Prontuário Terapêutico [7]. Na farmácia Lopes Rodrigues para além das fontes obrigatórias, estão disponíveis para consulta: “Boas Práticas da Farmácia”; “Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos”; “Microbiologia”; “Merchandising e Marketing de Serviços”; “Índice Nacional Terapêutico”; “Índice Nacional de Veterinária”; “Simposium Terapêutico”; “Dossier de Acordos” - disponibilizado pela ANF; Circulares Técnico-Legislativas institucionais; publicações periódicas, entre outros.

No que concerne à informação científica, o Sifarma 2000 pode ser utilizado como uma fonte de rápido acesso e fidedigna que poderá ser usada aquando do atendimento ao público de forma a obter com prontidão resposta às dúvidas colocadas.

### 4. Aprovisionamento e armazenamento

O aprovisionamento foi a primeira área que experienciei enquanto estagiária. Permitiu que tivesse contacto com os produtos, fizesse a sua distinção e identificação no local correto de armazenamento, algo indispensável para a posterior fase de atendimento. Foi igualmente nesta área que tive o primeiro contacto e familiarização com a dinâmica de realização e receção de encomendas e atividades a elas associadas, tais como a seleção de fornecedores, marcação de preços, controlo de prazos de validade, devoluções e armazenamento.

Por aprovisionamento entende-se o conjunto de operações que permite fornecer e disponibilizar continuamente bens e serviços, na quantidade e qualidade pretendidas, no espaço de tempo compatível com a eficácia do tratamento e ao menor custo. Assim, numa farmácia comunitária, o farmacêutico tem também um papel de gestor, pois é da sua responsabilidade a gestão dos *stocks*, que assume cada vez mais um papel primordial: *stocks* muito elevados podem conduzir a um excesso de produtos sem rotação, estagnação de capital e prazos de validade expirados, contrariamente, *stocks* muito baixos podem levar à insatisfação do utente quando não encontra o que procura. Para que nenhuma destas duas situações se verifique é muito importante definir *stocks* mínimos e máximos para os produtos e, para tal, é necessário ter em atenção aspetos como: localização da farmácia, perfil dos utentes, produtos publicitados nos *media* e sazonais, intensidade da procura, hábitos de prescrição médica, proximidade dos dias de serviço, capacidade de armazenamento, promoções e bónus de compra oferecidos pelos fornecedores e condições de pagamento.

Além destes, há ainda aspetos do ponto de vista ético que devem ser tidos em conta, como aquisição a laboratórios de confiança e a fornecedores com garantia de qualidade.

Na Farmácia Lopes Rodrigues assisti à forma como se efetua uma gestão adequada do aprovisionamento de produtos, permitindo a rotação constante destes no armazém, minimizando a imobilização de capital.

#### 4.1. Fornecedores

Existem várias formas de aquisição de produtos farmacêuticos. É possível fazer a aquisição a armazenistas ou diretamente aos laboratórios. Os armazenistas são os mais procurados, uma vez que o contacto é mais acessível e dão uma resposta mais rápida às solicitações. Como farmacêuticos, e tendo como prioridade procurar sempre um serviço de excelência, devemos impor um nível de exigência elevado na parte económica e na prestação de serviços, procurando sempre obter produtos de qualidade com poucos erros e atrasos nas entregas. Desta forma, pretende-se evitar assim problemas graves de rutura de stocks e insatisfação dos utentes, o que poderá levar ao incumprimento ou falha da terapêutica. Os armazenistas devem dar uma resposta rápida, clara e sem falhas, sendo da responsabilidade da Diretora Técnica a escolha do fornecedor para a entrega da encomenda.

As encomendas diárias da Farmácia Lopes Rodrigues são maioritariamente efetuadas à Alliance Healthcare e à Plural. Esporadicamente, quando o produto está esgotado nos fornecedores principais, a encomenda é dirigida à Cooprofar.

A aquisição direta aos laboratórios revela-se vantajosa quando os produtos em causa são produtos de alta rotação na farmácia, visto que a compra aos laboratórios implica aquisição de grandes quantidades. Esta compra é feita diretamente aos delegados de vendas que visitam regularmente a farmácia. Os produtos são apresentados assim com as condições de compra. É necessária uma especial atenção para não ocorrerem excessos nestas aquisições devido às bonificações, pois se o produto não apresentar a rotatividade prevista promoverá um empate de capital e stock estagnado. Quando a compra é feita tendo em conta a realidade da farmácia, este tipo de aquisição traz grandes vantagens, tais como melhores condições de compra; bonificações; promoção de ações de formação; disponibilização de amostras gratuitas de modo a tornar o utente familiarizado com o produto; elaboração de lineares e montras, entre outros.

#### 4.2. Realização de encomendas

A elaboração de uma encomenda baseia-se no pedido de determinados produtos quando em quantidade deficiente, sendo o Sifarma 2000 uma importante ferramenta de apoio à gestão dos produtos farmacêuticos. Cada produto possui uma ficha na qual se encontram estabelecidas a quantidade máxima e mínima em stock. A atribuição do stock mínimo e máximo de cada produto deverá ser extremamente cuidada e de acordo com os aspetos já mencionados. Sempre que é realizada uma venda, o sistema informático assume automaticamente que o produto está a ser retirado do *stock*. Desta forma, quando o nível de

existências se encontra abaixo do valor máximo definido, o produto aparece na proposta de encomenda diária, sugerindo que se encomende a quantidade necessária para a reposição do *stock* máximo do produto.

O sistema informático fornece, sem dúvida, um grande auxílio na realização de encomendas, mas não dispensa a intervenção humana, exigindo uma visão crítica para uma melhor adaptação à realidade atual das necessidades da farmácia, podendo ocorrer inserção de produtos, não assinalados automaticamente, como a retirada de outros, por parte do farmacêutico.

Quando devidamente conferida por uma das farmacêuticas, no caso da Farmácia Lopes Rodrigues, a encomenda é enviada via *modem*.

Na farmácia são ainda utilizadas duas outras formas de efetuar encomendas: via telefone e por encomenda instantânea. Ambas as situações ocorrem quando não existe um determinado produto na farmácia, e muitas vezes nunca existiu, e há urgência na receção do mesmo. A encomenda instantânea permite ainda que durante o atendimento seja possível indicar ao utente se os fornecedores possuem o produto que pretende e quando está prevista a entrega à farmácia. Para este tipo de encomendas existe um livro onde se encontram registados os produtos encomendados e o fornecedor.

### 4.3. Receção de encomendas

A receção de encomendas foi uma das tarefas que tive oportunidade de, durante o estágio, executar inúmeras vezes. Diariamente são rececionadas várias encomendas, diferindo a hora da entrega com os diferentes fornecedores. Assim que uma encomenda é entregue pelo fornecedor na Farmácia Lopes Rodrigues, é confirmado que ela se destina à farmácia através da identificação externa existente nas banheiras. Posteriormente, os produtos de frio (entre 2-8°C), que vêm separados dos restantes em embalagens refrigeradas, devem ser os primeiros a ser conferidos de forma a que mais rapidamente sejam arrumados no frigorífico.

Tanto o pedido da encomenda como a sua receção são realizados através do Sifarma 2000. A encomenda deve ser acompanhada da guia de remessa ou da fatura, ambas em duplicado. O original da fatura é separado para a contabilidade e para posterior conferência do resumo de faturas. O duplicado é utilizado para conferir a encomenda. Após conferir o resumo de faturas efetua-se o pagamento aos fornecedores e arquivam-se na farmácia os respetivos documentos.

Para proceder à receção da encomenda é utilizado o menu “Receção de Encomendas”, que permite de forma intuitiva executar a receção da encomenda. Torna-se necessário identificar corretamente, e obrigatoriamente, o número da fatura, para facilitar a rastreabilidade dos produtos.

Na fatura/guia de remessa deve constar:

- N° da fatura;
- Identificação do Fornecedor;
- Identificação da Farmácia;

- Designação de Original/Duplicado;
- Data;
- Código e designação do produto assim como a quantidade enviada e a quantidade pedida;
- Preço de Venda ao Público (PVP), com exceção dos produtos de venda livre;
- Preço unitário;
- Imposto Sobre o Valor Acrescentado (IVA);
- Preço total da fatura;
- Descontos comerciais.

Com auxílio de um instrumento de leitura ótica realiza-se a leitura dos códigos de barras dos produtos, quando existentes. Caso não os possuam dá-se entrada do produto através do seu código ou através da sua designação comercial. Ao mesmo tempo introduz-se a quantidade de cada produto, o preço de venda ao público e o prazo de validade do mesmo. O prazo de validade definido segue o critério de manter o prazo mais curto no sistema, de forma a facilitar a identificação dos produtos que terão que ser devolvidos ao fornecedor, por falta de rotatividade ou por proximidade do prazo de validade. Sempre que surjam produtos que não constem do stock da farmácia deve criar-se uma ficha de produto.

No decorrer da receção da encomenda deve dar-se atenção à eventual existência de não conformidades, tais como embalagens danificadas, prazos de validade caducados ou muito curtos e produtos trocados ou em falta. Nestes casos, deve ser feita uma reclamação via telefónica para se acordar com o fornecedor uma forma para a resolução do problema. Após a leitura de todos os produtos, estes devem ser ordenados por ordem alfabética, para facilitar a conferência dos preços de custo unitário dos produtos no Sifarma com os da fatura.

A encomenda só é fechada se, no final, o valor obtido no Sifarma coincidir com o debitado na encomenda (aqui deve ter-se em atenção os produtos reclamados porque a ausência ou a sobre existência de um produto alteram o valor final).

Os produtos esgotados devem ser seleccionados para, automaticamente, serem identificados como tal na sua ficha e entrarem numa proposta de encomenda de esgotados, e os produtos em falta são transferidos para a proposta de encomenda de outro fornecedor.

Por último, confirma-se a entrega da encomenda e o computador faz imediatamente o acerto de stocks.

No caso da receção de matérias-primas ou medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, há algumas particularidades no procedimento geral de receção. As matérias-primas vêm acompanhadas de um boletim analítico (onde constam o nome do produto, o número de lote, a validade, a assinatura do Diretor Técnico e o carimbo do fornecedor), que deve ser verificado e, em caso de conformidade, ser carimbado, datado e rubricado; caso contrário, a matéria-prima deverá ser colocada em quarentena no laboratório, até a situação ser regularizada. No caso da matéria-prima ser destinada ao uso no laboratório, junta-se ao boletim analítico uma fotocópia da fatura.

Quanto aos psicotrópicos e estupefacientes vêm acondicionados em sacos de plástico acompanhados de uma guia de requisição de estupefacientes/psicotrópicos/benzodiazepinas, em duplicado e numerada pelo fornecedor, sendo o original assinado pelo Diretor Técnico e arquivado na farmácia durante 3 anos. O duplicado, também devidamente assinado pelo Diretor Técnico, é devolvido ao fornecedor de modo a comprovar a receção do produto.

Relativamente à receção dos produtos pedidos por telefone, são criadas propostas de encomendas manuais no Sifarma 2000, em que se insere o código do produto e número de unidades recebidas, sem menção do bônus. A proposta não é enviada para o fornecedor, mas para papel, para integrar no sistema. Depois, na receção da encomenda, pode-se efetuar a leitura ótica de todos os produtos ou fazer a receção de modo automático, seguindo-se depois os mesmos passos da encomenda diária.

#### 4.4. Margens legais de comercialização na marcação de preços

O Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro procede à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, estabelece as regulamentações a ter em conta na definição das margens legais de comercialização aquando da marcação de preços [8]. Ao inserir um produto durante a receção de uma encomenda, o Sifarma 2000 apresenta um preço de venda à farmácia (PVF) que pode ou não coincidir com o PVF presente na fatura. Ao atualizar este PVF, o programa apresenta a margem de lucro para a farmácia que é aplicada segundo uma base regressiva e por escalões de preços (Anexo III).

Tendo em conta que podem ocorrer alterações no preço do medicamento, é possível que a sua marcação se mantenha no valor antigo, quando a diferença ocorre no sentido da diminuição, ou seja, um produto pode ser comercializado por um valor menor ao que se encontra marcado, mas nunca o inverso.

Relativamente aos MNSRM, o seu PVP não vem estabelecido. O cálculo pode ser feito adicionando a margem de comercialização ao preço de custo (sem IVA) e somando depois o IVA a que estes estão sujeitos ou multiplicando o preço de custo do produto (sem IVA) por um fator que inclui a margem de comercialização e o IVA aplicável.

Em ambas as situações, usando o Sifarma 2000 é previamente estipulado, por defeito, o IVA e a margem de lucro correspondente, pelo que sempre que é alterado o preço de venda ao armazenista (PVA), o programa calcula automaticamente qual o PVP para os produtos de PVP marcado. É necessário analisar os PVP apresentados pois estes não devem diferenciar quando existe um stock positivo na farmácia, à exceção de uma alteração do preço pelo laboratório. Nestes casos, o preço não se altera, sinaliza-se o produto com uma observação, que vai servir de identificação e alerta para quem o cede, de que deve alterar o valor do PVP. O PVP de outro tipo de produtos pode ser ajustado, imprimindo-se os códigos de barras dos produtos por marcar, dos quais consta também a designação do produto, o preço e a taxa de IVA a que está sujeito. Sempre que um produto deste tipo sofre uma alteração de preço, com mais existências em stock, devem-se registar quantas são, para posteriormente se imprimir mais etiquetas para proceder à alteração.

## 4.5. Armazenamento

Após ter sido realizada a receção dos produtos e ter sido aprovada a encomenda, procede-se ao armazenamento dos produtos no respetivo local. O armazenamento reveste-se de extraordinária importância, pois deve garantir que, aquando da dispensa ao público, os produtos se encontrem em bom estado de conservação. Sendo assim são tidos em conta alguns critérios como o espaço disponível que deve ser adequado à natureza e dimensões do produto, permitindo um acesso rápido e fácil. As condições de armazenamento devem estar de acordo com as características físico-químicas do produto de modo a garantir a sua estabilidade (para a maioria das especialidades farmacêuticas é aconselhável um ambiente seco, fresco, arejado e ao abrigo da luz). O prazo de validade também deve ser tido em conta, adotando-se um procedimento que permita que o produto com prazo de validade mais curto seja o primeiro a ser vendido. Segue-se assim o princípio “First in, First out” tendo sempre em atenção que por vezes os produtos que chegam depois podem ter uma validade inferior aos que já estão na prateleira. Desta forma pretende-se salvaguardar o utente e evitar a desvalorização do produto. A natureza do produto é igualmente um fator a considerar. Por último, a segurança, visto que deve ter-se em atenção os produtos corrosivos e inflamáveis.

Importa salientar que os produtos que se encontram na zona de atendimento ao público estão simultaneamente armazenados e expostos. Daí, a sua disposição deve obedecer a técnicas de “merchandising”, tendo em conta a movimentação dos utentes e os locais mais expostos ao seu olhar.

A disposição/armazenamento dos produtos na Farmácia Lopes Rodrigues já foi referida anteriormente, no ponto 2.2.2. *Instalações e equipamentos*.

## 4.6. Controlo dos prazos de validade

O controlo dos prazos de validade é um procedimento vital, já que, só assim podemos garantir que todos os produtos se encontram em ótimas condições, evitando, assim, perdas para a farmácia.

Na Farmácia Lopes Rodrigues, o prazo de validade é verificado e introduzido na ficha do produto logo no momento de receção da encomenda. Todos os meses é ainda impressa uma listagem de produtos cuja validade termina nos dois meses seguintes para que esta possa ser confirmada manualmente, produto a produto. Caso a validade se mostre maior à que foi indicada no programa, esta data é corrigida. Se a validade terminar efetivamente nos dois meses seguintes, o produto é retirado do *stock* para que possa ser acordada a sua devolução ao fornecedor.

Esta tarefa é desempenhada de forma organizada por parte de toda a equipa da farmácia, de modo a que os produtos sejam devolvidos atempadamente ao fornecedor.

Todas estas tarefas descritas de receção, conferência e armazenamento de encomendas e o controlo dos prazos de validade constituíram as primeiras tarefas que desempenhei enquanto farmacêutica estagiária. Esta foi uma etapa muito importante na medida em que para além

de me permitir contactar com os diferentes produtos farmacêuticos e a sua localização, proporcionou-me uma visão de toda a dinâmica da farmácia.

#### **4.7. Devoluções**

São objeto de devoluções produtos enviados que não foram encomendados, produtos enviados em excesso, produtos danificados durante o transporte, produtos com prazo de validade curto entre outras situações.

A devolução é precedida da elaboração de uma nota de devolução da qual constam a identificação do produto; preço; IVA; quantidade devolvida; data; número de fatura; a identificação do armazém; o número da nota de devolução; o motivo da devolução e a identificação da farmácia. Após ser gerada a nota de devolução esta deve ser impressa em triplicado, sendo que um exemplar acompanha o produto a ser enviado ao fornecedor e os outros 2 permanecem na farmácia, um deles para efeitos de contabilidade.

A regularização de uma devolução pode ser feita por troca pelo mesmo produto, troca por outro produto ou através de nota de crédito, podendo a farmácia indicar a sua preferência na nota de devolução. O fornecedor depois de receber a nota de devolução pode aceitá-la ou não. No primeiro caso emite uma nota de crédito ou uma nota de produto e no segundo devolve os produtos, que são depositados no VALORMED, entrando para quebras.

Existem produtos que são devolvidos diretamente ao laboratório, como é o caso de alguns cosméticos e dietéticos.

No caso de produtos que tenham de ser retirados do mercado, a farmácia é informada pela ANF através de circulares, podendo ver todas as informações de recolha no site do INFARMED. Nestes casos as devoluções são processadas da mesma forma.

### **5. VALORMED**

Com preocupação pela saúde pública e ambiental, a Farmácia Lopes Rodrigues coloca ao dispor dos seus utentes o programa VALORMED - Sistema Integrado de Gestão de Resíduos de Embalagens e de Medicamentos Fora de Uso. A sociedade está cada vez mais empenhada na gestão adequada dos resíduos, através da correta eliminação de medicamentos fora do prazo ou fora de uso. Confirmei esta intervenção de zelo pela saúde ambiental, pela elevada frequência com que os utentes procuravam habitualmente este serviço.

Os utentes desta farmácia são convidados a colocarem nos contentores da VALORMED os seus medicamentos com prazo de validade expirado. Caso existam seringas e/ou agulhas, estas são colocadas num recipiente próprio, recolhido por uma empresa contratada para o efeito.

Os contentores da VALORMED devem ser selados, sendo preenchido o talão de identificação do mesmo. A informação aí contida deverá compreender o nome da farmácia; o número de identificação da farmácia; número de identificação armazenista; o peso do contentor; rubrica do responsável pela selagem; rubrica do responsável pela recolha e data de recolha. Os contentores da VALORMED são levados periodicamente pelos armazenistas, ficando um duplicado do talão identificativo na posse da farmácia.

Na Farmácia Lopes Rodrigues é igualmente realizada também a recolha de radiografias e ecografias.

## **6. Atendimento**

### **6.1. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento**

Como já tive oportunidade de referir, atualmente, a farmácia não é apenas um local de dispensa dos medicamentos mas constitui um local de prestação de cuidados de saúde. O utente, cada vez mais informado por todos os meios que o rodeiam, possuidor de uma atitude mais crítica, participativa e exigente, pressupõe que o farmacêutico e restantes profissionais de saúde que trabalham na farmácia, possuam uma postura mais interativa e pró-ativa. A informação sobre os produtos/medicamentos dispensados, seja um “simples” creme de mãos ou um medicamento psicotrópico, é sempre essencial para a sua correta utilização.

As farmácias são muitas vezes o primeiro local a que a população se dirige, mesmo antes da ida ao médico e, após a consulta, é comum por parte do utente solicitar ao farmacêutico informações sobre a posologia, modo de administração ou indicação terapêutica dos medicamentos. Isto não só demonstra a confiança depositada nestes profissionais de saúde, como os reveste de grande responsabilidade na dispensa do medicamento como também na educação sanitária da população, na promoção do uso racional dos medicamentos, na farmacovigilância e até na deteção de doenças não declaradas.

A forma como o farmacêutico interage com o utente é muito importante, pois só sendo afável mas com uma postura profissional, se pode conquistar a confiança necessária para que o utente se sinta à vontade para partilhar consigo todos os seus medos e dúvidas. Assim, o farmacêutico deve fazer perguntas abertas que favoreçam o diálogo para que o utente se sinta confortável para falar de determinados assuntos. Por outro lado, também é importante conseguir cortar a palavra de forma educada àqueles utentes que insistem em dar informação excessivamente detalhada. Por vezes, a comunicação com o utente é difícil, já que este muitas vezes não está disposto a ouvir. É aqui que o farmacêutico, como agente de saúde pública que é, tem o dever de ultrapassar esta barreira, para garantir a melhor prestação de cuidados de saúde de todo e qualquer utente que tenha à sua frente.

Para que a comunicação seja mais eficaz, o farmacêutico deverá adequar a sua linguagem ao nível sociocultural do utente, prestando uma informação individualizada. À informação verbal deve acrescentar informação escrita visto que reforça o que é dito e é independente da memória, isto é, mesmo que o utente se esqueça do que o farmacêutico lhe disse pode sempre recorrer à caixa do medicamento e ler a posologia e modo de administração corretos. Alguns utentes não querem que se escreva nas caixas dos medicamentos, ou porque já usam aquele medicamento há muito tempo ou por afirmarem que não se vão esquecer do que o médico disse. Nestes casos sempre respeitei a opinião dos utentes, tendo o cuidado de tentar perceber se efetivamente o utente se lembrava de como tomar o respetivo medicamento.

Para além da informação a respeito da posologia e duração do tratamento, há também outras informações importantes a transmitir ao doente, tais como:

- Técnicas de administração;
- Cuidados com o local de armazenagem dos medicamentos (local fresco e afastado do calor);
- Colírios e pomadas oftalmológicas apenas se utilizam um mês após a abertura da embalagem;
- Medicamentos termolábeis, como insulinas e vacinas têm de ser guardados na porta do frigorífico;
- A bula dos medicamentos deve ser mantida dentro das respetivas embalagens para poder ser consultado em qualquer momento.

Durante o atendimento, o profissional de saúde usufrui do apoio do Sifarma 2000, desenvolvido especificamente para auxiliar a ação farmacêutica, pelo que emite avisos de segurança e notas importantes que poderão influenciar a adesão à terapêutica. Após a análise crítica da informação por parte do farmacêutico, este deve decidir quanto ao benefício desta ser transmitida ao utente. Acima de tudo, o farmacêutico necessita garantir a eficaz apreensão da informação por parte do utente, assegurando um feedback por parte deste. Isto irá certamente influenciar a adesão e o sucesso da terapêutica.

Resumindo, na sua relação com o doente, o farmacêutico deve sempre seguir os princípios éticos e deontológicos, de acordo com o objetivo essencial do exercício da atividade farmacêutica: *a pessoa do doente*.

Enquanto estagiária, o atendimento apresentou-se como parte complexa do meu percurso na farmácia. Inerente à falta de experiência, advém alguma timidez e insegurança que devem conseguir ser ultrapassadas para que não sejam transmitidas ao próprio doente. Para tal pude contar com a ajuda de toda a equipa da farmácia que sempre se mostrou à disposição para esclarecer todas as minhas dúvidas e garantir que o atendimento era realizado da forma mais adequada.

## 6.2. Dispensa de medicamentos

Numa farmácia comunitária, a dispensa de medicamentos não é uma simples cedência de produto, é a sua atividade principal. Reveste-se de grande importância porquanto o farmacêutico é o último profissional de saúde que contacta com o doente antes de iniciar a terapêutica. Este procedimento reveste-se de alguma complexidade que se inicia na leitura e validação da receita médica, passando pela prestação de informação considerada importante no tratamento em questão e esclarecimento de dúvidas, desafiando diariamente as capacidades do farmacêutico, que fica responsável por eventuais irregularidades e erros cometidos. Portanto teremos de incluir um elevado grau de importância e zelar para a correta utilização, racional e segura dos medicamentos. A qualidade deste serviço determina

a satisfação do utente e a sua conseqüente fidelização à farmácia. A dispensa de medicamentos tem de ser, por isso, um ato farmacêutico e não um ato comercial.

Na dispensa de medicamentos importa distinguir dois grupos principais: MSRM e os MNSRM.

### 6.2.1. Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica

De acordo com o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, os medicamentos para serem considerados sujeitos a receita médica necessitam de cumprir uma das seguintes condições:

- “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;
- Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- Destinem-se a ser administrados por via parentérica (injetável).”[9].

Este tipo de medicamentos só pode ser vendido nas farmácias, mediante apresentação de uma receita médica. Atualmente, e ao abrigo do Despacho n.º 11254/2013 de 30 de agosto, as receitas médicas têm de seguir o modelo aprovado como representado no anexo IV [10]. A prescrição deve ser efetuada de forma eletrónica com o objetivo de facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e, com isto, diminuir os erros, aumentando a segurança para o doente. As receitas eletrónicas podem ser renováveis, contendo até 3 vias, ou não renováveis. As receitas renováveis são emitidas em triplicado (1.ª, 2.ª e 3.ª vias) e têm validade de 6 meses destinadas a utentes que efetuam tratamentos prolongados, permitindo-lhes manter a terapêutica sem necessidade de recorrerem ao médico solicitando mais receitas e autocontrolo da diabetes *mellitus*. As receitas não renováveis são constituídas apenas por uma via tendo a validade de 30 dias. Qualquer um dos modelos tem preenchimento informático e, em situações excecionais, manual. As receitas manuais seguem o modelo aprovado no despacho anteriormente referido e cuja representação se encontra no Anexo V (10). Tendo em conta a portaria n.º 137 -A/2012, de 11 de maio, a prescrição por via manual só poderá ser realizada nos seguintes casos:

- “Falência do sistema informático;
- Inadaptação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem profissional;
- Prescrição ao domicílio;
- Outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês.” [11].

Em ambas as situações, apenas podem ser prescritas 4 embalagens de medicamentos distintos, sendo que no máximo podem ser prescritas 2 embalagens por medicamento.

Exceção ao anteriormente referido são os casos em que são prescritos medicamentos em unidose, os quais é possível prescrever 4 embalagens.

O primeiro passo na dispensa destes medicamentos é a verificação da receita médica. De acordo com as normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde versão 3.0 de 13 de fevereiro de 2014, é necessário que o farmacêutico verifique a existência dos seguintes elementos para aceitar uma receita eletrónica:

- Número da receita;
- Identificação do médico prescriptor;
- Dados do utente;
- Identificação do medicamento:
  - Prescrição por DCI;
  - Prescrição por marca;
- Posologia e duração do tratamento;
- Comparticipações especiais;
- Número de embalagens;
- Data da prescrição;
- Assinatura do médico prescriptor [12].

Depois da receita validada, o farmacêutico deve ter uma atitude crítica na interpretação da prescrição, em benefício do doente, do seu bem-estar e qualidade de vida. Muitas vezes surgiam dúvidas decorrentes da interpretação, mas a informatização das receitas veio facilitar o processo e minimizar os erros cometidos. Contudo, em caso de dúvida, deve contactar-se os outros colegas farmacêuticos para confirmar a interpretação efetuada e, sempre que necessário, questionar o utente, porque na maioria das vezes já conhece a medicação habitual, ou mesmo consultar o médico.

Depois de 31 de maio de 2013, todas as receitas passaram a estar prescritas obrigatoriamente por DCI excetuando medicamentos de marca para os quais não exista genérico e medicamentos com justificação técnica com prescrição individualizada. Foi introduzido também um novo código, o Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM) que agrupa todos os medicamentos com o mesmo DCI, dosagem, forma farmacêutica e o mesmo número de unidades. Este código é representado nas receitas em dígitos e código de barras, sendo possível ao farmacêutico ler o código de barras e ver quais os produtos que pode dispensar com a prescrição em causa. Aquando da ausência de exceções, o doente pode querer manter a medicação utilizada anteriormente, competindo ao farmacêutico perceber de qual se trata ou caso seja indiferente para o doente cabe ao farmacêutico selecionar o medicamento genérico mais barato, sendo as farmácias obrigadas a dispor de 3 dos 5 medicamentos genéricos mais baratos. No anexo VI está representado um fluxograma explicativo das exceções e condicionantes à troca do medicamento por parte do farmacêutico no ato da dispensa [11].

Recolhem-se, então, os medicamentos corretos do respetivo local de armazenamento, confirmando-se o prazo de validade. Presta-se toda a informação oral de forma clara e simples sobre os medicamentos e informação escrita, sempre que necessária, com confirmação do entendimento do utente. Procede-se à leitura ótica dos códigos de barras e introdução do código informático referente ao organismo do qual o utente é beneficiário. No fim do atendimento imprime-se o documento da faturação no verso da receita e o respetivo recibo. Deve ter-se atenção que alguns MSRM não são comparticipados. Logo, o seu código não é impresso no verso da receita.

No verso da receita, ao abrigo da Portaria nº 24/2014 de 31 de janeiro, deverão existir os seguintes elementos:

- “Preço total de cada medicamento;
- Valor total da receita;
- Encargo do utente em valor, por medicamento e respetivo total;
- Comparticipação do Estado em valor, por medicamento e respetivo total;
- Data da dispensa (dd.mm.aaaa);
- Código do(s) medicamento(s) em caracteres e em código de barras;
- Assinaturas do responsável pela dispensa do medicamento e do utente;
- Carimbo da farmácia;
- Informação do direito de opção do utente, quando aplicável“ [13].

Tal como acima referido, no verso da receita há um espaço dedicado às declarações do utente onde são impressas expressões de acordo com cada situação (Anexo VII) [12]. O utente tem de assinar a receita apenas uma vez, independentemente de ter exercido ou não o direito de opção, confirmando simultaneamente os medicamentos dispensados. Caso a pessoa não saiba ou não possa assinar, pode ser o próprio farmacêutico a fazê-lo.

#### 6.2.1.1. Regimes de comparticipação

Os medicamentos que aparecem prescritos nas receitas médicas são sujeitos a um regime de comparticipação por parte de uma entidade específica. Ao encargo do doente fica a diferença entre o PVP e o valor da comparticipação. À farmácia é posteriormente devolvido o montante relativo ao valor da comparticipação. Existem vários organismos de comparticipação. No entanto, a maioria das receitas é comparticipada pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) em regime geral, pensionista ou regimes especiais. A comparticipação dos Regimes Geral e Especial é feita de acordo com quatro escalões, que para o Regime Geral são: Escalão A - 90%; Escalão B - 69%; Escalão C - 37% e Escalão D - 15% e para o Regime Especial são: A - 95%; Escalão B - 84%; Escalão C - 52% e Escalão D - 30%; o Regime Especial é facilmente identificado pela letra R no caso das receitas informatizadas ou pela vinheta verde, que se distingue do azul do Regime Geral, nas receitas manuais [12].

A comparticipação do Estado no preço de medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias ou por grupos especiais de utentes é objeto de regime especial a

regulamentar em legislação própria, diferentemente graduada em função das entidades que o prescrevem (Anexo VIII).

O utente pode ainda usufruir da comparticipação de mais do que um organismo, em casos de complementaridade, que acrescenta outra comparticipação sobre a do organismo primário. Nesta situação deve tirar-se fotocópia da receita, juntamente com o cartão de identificação do outro organismo, onde também se imprime um documento de faturação. Depois cada uma das receitas segue para a entidade correspondente devidamente identificada pelo código do verso.

### 6.2.2. Medicamentos sujeitos a receita médica especial

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes são um grupo de medicamentos que exigem um controlo muito rigoroso, estando sujeitos a legislação e a cuidados específicos. Deste modo regem-se por uma legislação especial devido às suas propriedades farmacológicas específicas, pelos efeitos a nível psíquico, margem terapêutica estreita e pela dependência física e psíquica que geram. É assim essencial o controlo da sua aquisição e cedência, de forma a evitar a sua utilização para fins ilícitos.

Atualmente as características receitas de cor amarela, onde estes medicamentos eram prescritos, já não são obrigatórias, sendo a cedência dos mesmos feita mediante receita com um novo modelo. A diferença reside no facto de as receitas onde estes medicamentos são prescritos não poderem ser renováveis, só poderem conter prescrito um medicamento, terem um limite máximo de quatro embalagens e necessitam de estar identificadas com RE (receita especial). Todos os restantes aspetos de validação da receita são iguais aos descritos anteriormente para os MSRM. O farmacêutico deve recusar a cedência destes medicamentos sempre que suspeite da autenticidade da receita, quando esta se encontrar minimamente rasurada e sempre que surjam dúvidas sobre o adquirente. Em caso de suspeita de falsificação não se deve proceder à dispensa dos medicamentos e o médico ou entidade prescritores devem ser contactados.

No processamento informático destas receitas é necessário introduzir no sistema alguns dados:

- Identificação do médico prescritor;
- Identificação do utente (nome e morada);
- Identificação do adquirente (nome, morada, número e data do B.I. ou C.C. e idade).

No fim da introdução dos dados, a receita é impressa no verso e assinada pelo adquirente. É emitida a fatura/recibo que é entregue ao utente e dois documentos com os dados do utente, adquirente e número da receita. Na perspetiva do utente, o atendimento termina como qualquer outro. Todavia, o farmacêutico deve tirar duas fotocópias da receita original e anexar os dois documentos emitidos anteriormente. A receita original segue para a entidade correspondente em termos de faturação, uma das cópias é enviada para o INFARMED, até ao dia 8 do segundo mês a seguir à dispensa e a outra é arquivada na farmácia durante 3 anos.

### 6.2.3. Produtos destinados ao autocontrolo da diabetes mellitus

A diabetes é uma doença crónica de grande prevalência na população sendo a principal causa de morbilidade, cegueira, insuficiência renal e de amputações não traumáticas em Portugal e no Mundo, com tendência para aumentar o número de novos casos por ano. É uma doença cujo controlo farmacológico tem de ser feito diariamente, bem como a sua monitorização periódica e autovigilância. Compreende-se assim a importância da educação e formação do doente ou de quem cuida dele. Assim, foi criado um "Programa Nacional de Controlo da Diabetes", no âmbito do qual são disponibilizados recursos e desenvolvidas estratégias de combate às principais complicações da diabetes.

Os produtos destinados ao autocontrolo desta doença têm de ser prescritos isoladamente e não podem ser substituídos na farmácia. Estes possuem uma comparticipação de 85% no PVP das tiras-teste e 100% do PVP das agulhas, seringas e lancetas, devendo no seu processamento informático ser introduzido o código do respetivo organismo (DS).

### 6.2.4. Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)

De acordo com a Retificação n.º 47/2013 de 4 de novembro, os MNSRM:

- “Não preenchem qualquer um dos requisitos enumerados anteriormente em relação aos MSRM;
- Não são comparticipáveis, salvo nos casos previstos na legislação que define o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos;
- O INFARMED, I.P., pode autorizar a reclassificação de medicamentos sujeitos a receita médica em medicamentos não sujeitos a receita médica dependentes de dispensa exclusiva em farmácia, atendendo ao seu perfil de segurança ou às suas indicações terapêuticas, com observância pelas farmácias de protocolos de dispensa.” [14].

Posto isto, estes medicamentos podem ser cedidos sem apresentação de uma receita médica, sendo alvo de dispensa livre por parte do farmacêutico, determinando este a sua necessidade e considerando medidas não farmacológicas quando excluído um quadro sintomático que exija referenciação médica. Apesar destes medicamentos possuírem na sua composição substâncias reconhecidas como seguras, eficazes e de qualidade, é necessário ter consciência que estes atuam no organismo e, como tal, não estão desprovidos de efeitos adversos e de contra-indicações.

A dispensa de um MNSRM pode ser desencadeada através da solicitação direta de um medicamento ou por um pedido de ajuda para um determinado problema de saúde. Cabe ao farmacêutico fazer uma correta avaliação da situação. Esta passa pela identificação dos sintomas (localização, duração e recorrência) e do utente (idade, sexo, medicamentos que toma e hábitos de vida) para fazer uma proposta de tratamento adequada à situação em causa. Tendo em conta a ausência de anterior contacto médico, o farmacêutico tem então

uma responsabilidade acrescida às demais situações na transmissão de toda a informação relevante para o tratamento.

### 6.3. Farmacovigilância

Como outros profissionais de saúde, o farmacêutico tem um papel ativo na farmacovigilância. A monitorização da segurança dos medicamentos, contribuindo para evitar a ocorrência de reações adversas graves e fazendo sistematicamente uma avaliação do risco-benefício de cada medicamento, é um percurso contínuo que se inicia nas primeiras fases de desenvolvimento de um medicamento. Após a sua comercialização, a deteção, o registo e a avaliação de uma reação adversa a um medicamento, inesperada ou grave, é um dos objetivos do Sistema Nacional de Farmacovigilância, criado em 1992, e que conta com a intervenção de todos os elementos do sistema de saúde, incluindo farmacêuticos. Estes devem estar atentos a possíveis reações adversas a medicamentos nos seus utentes. A notificação deve ser realizada em boletim próprio por correio ou, alternativamente, por telefone, fax ou correio eletrónico.

## 7. Automedicação e indicação farmacêutica

A automedicação pode ser definida como 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” (15). Muitas vezes, dada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde públicos, aos preços altos praticados nos serviços de saúde privados ou ainda devido à crença de que se tem conhecimento suficiente para resolver determinado problema de saúde, cada vez mais utentes recorrem à automedicação. O elevado grau de exigência dos utentes, o fácil acesso a uma farmácia, como entidade prestadora de cuidados de saúde, e o contacto com os seus profissionais, atribuem ao farmacêutico a responsabilidade pelo serviço associado prestado.

Para normalizar a prática farmacêutica nos procedimentos de automedicação, o farmacêutico dispõe do Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho, que estabelece um conjunto de situações passíveis de automedicação (Anexo IX), e da Norma Geral de Intervenção Farmacêutica criada pela OF, que regula a intervenção segundo quatro processos sequenciais: identificação do doente, avaliação da situação, proposta de tratamento e seguimento [15].

Em farmácia comunitária têm também sido desenvolvidas práticas no âmbito da farmácia clínica. Os protocolos de automedicação são exemplos dessas práticas clínicas. Estes protocolos permitem uniformizar os procedimentos de automedicação na prática clínica, delimitando o que é da competência do farmacêutico e o que exige avaliação médica.

Assim, estes protocolos são elaborados no sentido de orientar o exercício profissional em farmácia, de modo a distinguir, com base na sintomatologia, as diferentes situações que se apresentam. Estes protocolos são igualmente úteis para detetar a presença de possíveis complicações adotando critérios de exclusão, de forma a intervir eficazmente no

aconselhamento e acompanhamento do doente. Deste modo, podem adotar-se medidas não farmacológicas, indicação farmacêutica ou referência ao médico.

São exemplos de protocolos em automedicação já aprovados e utilizados em farmácia comunitária o Protocolo da Febre ou o Protocolo de Contraceção de Emergência.

Neste campo, o farmacêutico tem um papel fundamental pois é a ele que o utente poderá recorrer quando se pretende automedicar. Para além do conhecimento científico o farmacêutico deve aliar uma boa capacidade de comunicação. Deste modo, ganhará a confiança do utente e este mais facilmente seguirá os seus conselhos.

O farmacêutico, como agente de saúde pública, deve controlar esta prática uma vez que, quando mal orientada, esta pode causar interações com outros medicamentos e mascarar sintomas de doenças mais graves. Posto isto, sempre que possível, deve optar pelas medidas não-farmacológicas, que muitas vezes são suficientes para a resolução do problema apresentado ou quando a situação for mais grave, orientar para uma consulta médica. Além disto, é necessário ter em atenção situações de automedicação em populações especiais como são as grávidas, as mulheres a amamentar, os insuficientes renais e hepáticos, as crianças, os idosos, entre outros grupos de doentes com condições próprias que exijam controlo.

Quando o farmacêutico dispensa MNSRM deve certificar-se que prestou a devida informação ao utente e que este não tem dúvidas acerca da ação do medicamento, posologia, duração do tratamento, assim como possíveis efeitos secundários, contraindicações e interações.

Durante o meu estágio foram diversas as ocasiões em que me deparei com este tipo de situações. Uma situação muito frequente é o pedido indiscriminado de antibióticos sob a justificação de apresentarem os mesmos sintomas que anteriormente e o antibiótico receitado pelo médico ter resultado. Contudo, o mais notório foi a substancial diferença entre os pedidos de aconselhamento verificados no final de Março e nos meses de Maio e Junho. Com o Inverno e as temperaturas mais baixas, as queixas mais frequentes eram a febre, inflamação ou irritação da garganta, rouquidão e tosse seca ou com expectoração. Eram aconselhadas medidas não farmacológicas, antipiréticos (ex: paracetamol), pastilhas para a garganta com propriedades anti-inflamatórias (ex: pastilhas com flurbiprofeno, Sprepfen®), antissépticas e/ou anestésicas locais (ex: pastilhas com tetracaína e clorhexidina, Drill®), e antitússicos ou mucolíticos, de acordo com a situação avaliada. Na Primavera surgem os pólenes e as alergias, e com eles os sintomas de rinite alérgica, as dores de cabeça associadas, o lacrimejar dos olhos e o prurido no nariz e palato. Os anti-histamínicos são os mais aconselhados.

Tive, igualmente, a oportunidade de pôr em prática, entre outros, o protocolo da contraceção de emergência, elucidando duas jovens acerca da pílula de contraceção de emergência. Inicialmente questionei para quem era; há quantas horas tinha tido a relação sexual; qual a razão que a levava a solicitar esta medicação; em que altura estava no seu ciclo menstrual; se alguma vez tinha recorrido à contraceção de emergência e se possuía alguma doença. Para além disto indiquei os efeitos adversos, algumas possíveis perturbações

menstruais, atrasos e ressalvei que se ocorressem vômitos até 3 horas após a toma da pílula seria necessário repetir a toma pois o efeito ficaria comprometido.

## **8. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde**

Uma grande variedade de produtos, que não medicamentos, estão disponíveis numa farmácia comunitária. Nesse sentido, é muito importante que o farmacêutico esteja permanentemente atualizado e informado sobre as diferentes linhas de produtos, sendo a frequência de formações promovidas pelas diferentes marcas uma ajuda preciosa.

### **8.1. Produtos cosméticos e de higiene corporal**

Os produtos cosméticos e de higiene corporal são definidos pelo Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro como “substâncias ou preparados que se destinam a ser postos em contacto com as partes superficiais do corpo humano (epiderme, sistemas pilosos e capilares, unhas, lábios e órgãos genitais externos) ou com os dentes e mucosas bucais, com o fim exclusivo ou principal de os limpar, perfumar ou proteger, a fim de os manter em bom estado, de modificar o seu aspeto ou de corrigir os odores corporais, sem ação ou fins terapêuticos” [16]. Esta gama de produtos são normalmente comprados diretamente aos laboratórios. São também pedidos aos armazenistas nos casos em que a farmácia, no momento do pedido do utente, não tenha o produto em stock. Estes produtos são comprados tendo também em conta a época do ano, as campanhas publicitárias e mesmo o nível socioeconómico dos utentes da farmácia. A publicidade é um meio que influencia muito os utentes, sendo de extrema importância gerir as expectativas perante um determinado produto para que não se transforme em frustração.

Algumas marcas existentes na Farmácia Lopes Rodrigues são, entre outras: Avène®, La-Roche-Posay®, Phyto®, ROC®, A-Derma®, Uriage®. Para prestar um melhor aconselhamento a este nível, para além dos conhecimentos adquiridos sobre a fisiologia e anatomia da pele, as formações e a análise cuidada das gamas permitiram-me compreender a utilidade dos produtos de algumas marcas.

Na Farmácia Lopes Rodrigues não são vendidos muitos produtos cosméticos e de higiene corporal uma vez que a maioria da população encontra-se envelhecida e são poucos os recursos atuais para dispensar neste tipo de produtos. No entanto, durante o meu estágio foram diversas as situações em que me foram solicitados este tipo de produtos: aconselhamento de um creme hidratante para a cara adequado ao tipo de pele; jovens com problemas de acne; pele atópica; eritema da fralda; crosta láctea; “combate” ao envelhecimento cutâneo; calosidades e caspa.

### **8.2. Medicamentos de uso veterinário**

Definido no Decreto-Lei n.º 148/2008 de 29 de julho, o medicamento de uso 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.” [17].

Por se tratar de uma farmácia enquadrada num meio rural, são inúmeras as circunstâncias em que é solicitada a ajuda do farmacêutico no tratamento de animais como galinhas, coelhos, porcos, cabras, entre outros. As situações mais frequentes recaem sobre doenças respiratórias e perturbações digestivas vulgarmente solucionadas com Terramicina®. Um outro caso muito frequente prende-se com a preocupação da população na vacinação dos coelhos para a prevenção da Mixomatose. Esta é uma doença infecto-contagiosa que afeta os coelhos e é causada por um poxvírus. A vacina para prevenção desta doença tem o nome de Mixohipra®. Os coelhos podem ser vacinados a partir de um mês de idade e podem ser revacinados semestralmente.

No que diz respeito aos animais domésticos, vulgarmente cães e gatos, as situações mais frequentes recaem sobre o controlo das pulgas e carraças pelo uso de antiparasitários externos, bem como, a utilização de antiparasitários internos. No caso dos primeiros podem citar-se as diferentes pipetas existentes no mercado - Advantix®, Frontline®, Pulvex® - ou coleiras Scalibour®, Bolfo®. Quanto aos segundos, a desparasitação deve ser levada a cabo de 4 em 4 meses (Drontal, ® Strongid®). Para uso veterinário, a farmácia dispõe ainda de contraceptivos orais para gatas e cadelas, champôs, entre outros.

### 8.3. Produtos dietéticos destinados a fins medicinais específicos

Os produtos dietéticos destinados a fins medicinais específicos são definidos no Decreto-Lei n.º 216/2008 de 11 de novembro como 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.” [18]. A Farmácia Lopes Rodrigues não recebe com frequência prescrições de produtos dietéticos destinados a doentes afetados de erros congénitos do metabolismo pelo que o seu stock é reduzido devido à baixa ou nula rotatividade de alguns produtos.

### 8.4. Produtos dietéticos infantis

O leite materno é considerado o melhor alimento para o bebé. Este possui as quantidades apropriadas dos nutrientes necessários, com superior biodisponibilidade dos mesmos, garantindo uma fácil digestão e absorção pelo intestino do bebé, um teor adequado de anticorpos que reforçam as suas defesas naturais contra infeções e diarreias, um teor ajustado de oligossacáridos com ação pré-biótica, está sempre pronto e a uma temperatura

adequada, o bebé é menos propenso a ser alimentado em excesso e promove uma relação afetiva e profunda entre mãe e filho.

Apenas quando não há possibilidade por parte da mãe de amamentar o seu bebé é que se deve recorrer aos produtos dietéticos infantis. Assim, logo desde o nascimento estão disponíveis nas farmácias diferentes fórmulas, que diferem consoante a idade, patologias ou intolerâncias do bebé. Os leites estão divididos entre leites para lactentes (até cerca dos 4 a 6 meses de idade, quando o leite ainda é a única fonte alimentar do bebé), leites de transição (dos 4 aos 12 meses, quando são introduzidos os alimentos sólidos) e leites de crescimento. Por vezes é o próprio médico que prescreve determinado leite, outras vezes cabe ao farmacêutico essa escolha, pelo que deve estar informado acerca das diferentes características de cada tipo de leite.

Quando o único motivo que impede a mãe de amamentar o seu bebé é o facto de ter de voltar ao trabalho, deve promover-se o aproveitamento do leite materno indicando à mãe o uso de bombas para retirar o leite e sacos/frascos para o conservar.

Na farmácia encontram-se também disponíveis as farinhas. Este produto aparece com a indicação de utilização a partir dos 4 meses de idade, embora existam alguns médicos que apenas aconselham a sua utilização a partir dos 6 meses e outros apenas a partir dos 8 meses. As farinhas dividem-se basicamente em farinhas com ou sem glúten (sendo as com glúten de utilização apenas a partir dos 6 meses) e com leite e sem leite. Normalmente, as farinhas que contêm leite são preparadas com água e são usadas por bebés que estão a ser amamentados pela mãe. As farinhas sem leite são para preparar com o leite que está a ser usado pelo bebé. Dentro destes tipos há depois vários sabores à escolha.

Outros produtos para alimentação infantil disponíveis na Farmácia são os boiões de comida. Existe uma grande variedade à disposição do utente, podendo ser apenas fruta, combinações de fruta, legumes ou comida correspondente ao prato principal (ex. frango com arroz). Estes produtos são procurados essencialmente em situações pontuais e não para alimentação diária do bebé. Na sua maioria, estes produtos podem ser encontrados nos mais variados espaços comerciais sendo produtos com pouca procura.

## 8.5. Suplementos nutricionais

Suplementos alimentares são “os géneros alimentícios que se destinam a complementar e ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias, nutrientes ou outras com efeito nutricional” [19]. Estes produtos não substituem um regime alimentar completo e equilibrado mas podem ser uma ajuda no bem-estar físico e psíquico dos utentes, sendo muitas vezes prescritos pelos médicos.

As situações mais comuns para as quais são utilizados são em carências vitamínicas, situações de necessidades acrescidas como na gravidez, aleitamento e idosos e situações em que a absorção se encontra comprometida como no alcoolismo e quando existem problemas gastrointestinais.

A maioria apresenta na sua constituição vitaminas, minerais, fibras, extratos de plantas, entre outros, e cabe ao farmacêutico avaliar a sua qualidade e aconselhar o suplemento que melhor se adequa às necessidades específicas daquele utente.

Durante o meu estágio os suplementos mais procurados recaíam sobre as vitaminas e minerais, tais como o magnésio e zinco. O *Centrum*<sup>®</sup> é um dos suplementos mais pedidos pelos utentes, sendo também muitas vezes aconselhado a quem procura este tipo de suplementos, pelo facto de abranger um vasto leque de vitaminas e sais minerais. No aconselhamento deste tipo de suplementos é de extrema importância verificar junto do utente se está a tomar algum outro suplemento pois, em caso afirmativo, poderá sofrer de uma sobredosagem neste tipo de constituintes.

## 8.6. Dispositivos médicos

De acordo com o Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho, dispositivo médico pode ser definido como “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de: diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença; diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; controlo da concepção.” [20].

Os dispositivos são agrupados de acordo com a vulnerabilidade do corpo humano e atendendo aos potenciais riscos decorrentes da concepção técnica e do fabrico em quatro classes:

- Dispositivos médicos de classe I - baixo risco (fraldas e pensos para incontinência; meias de compressão; pulsos, meias e joelheiras elásticas; cadeiras de rodas, canadianas; ligaduras; entre outros).
- Dispositivos médicos de classe IIa - baixo médio risco (compressas de gaze hidrófila esterilizadas ou não esterilizadas; pensos de gaze não impregnados com medicamentos; agulhas das seringas; lancetas; luvas cirúrgicas; entre outros)
- Dispositivos médicos classe IIb - alto médio risco (canetas de insulina; preservativos masculinos; soluções de conforto para portadores de lentes de contacto; entre outros)
- Dispositivos médicos classe III - alto risco (pensos com medicamentos; testes de gravidez; entre outros).

A Farmácia Lopes Rodrigues dispõe de uma grande variedade destes dispositivos, dos quais se destacam: material ortopédico (meias, punhos, joelhos e pés elásticos), material de penso (compressas, adesivos, ligaduras), artigos de puericultura, fraldas, sacos coletores de urina, preservativos, testes de gravidez, entre outros.

Pela grande oferta, o farmacêutico consegue responder facilmente às solicitações dos utentes, devendo informar, no momento da dispensa, sobre a forma correta de utilização, de acordo com o fim pretendido e as condicionantes do utente.

## **9. Outros cuidados de saúde prestados na Farmácia Lopes Rodrigues**

Na promoção da saúde e prevenção da doença, na Farmácia Lopes Rodrigues prestam-se serviços de monitorização bioquímica (determinação da glicémia e colesterol total), determinação do peso e altura e medição da tensão arterial. Visto que a farmácia é a parte do sistema de saúde mais próxima da população e aquela à qual as pessoas têm um acesso mais facilitado, é fácil compreender que estes serviços têm grande procura.

Após a primeira determinação efetuada é fornecido a cada utente um cartão pessoal, no qual são registados todos os valores determinados, de modo a garantir um melhor acompanhamento da evolução da sua situação clínica. Por outro lado, este registo torna-se numa ferramenta muito útil aos médicos, pois facilita a avaliação da evolução da situação do utente, sempre que este se dirige a determinada consulta.

A realização destas determinações promove um contacto muito pessoal com os utentes, tendo aqui o farmacêutico a possibilidade de aconselhar e esclarecer todas as dúvidas dos utentes, assim como incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis.

Todas estas determinações, com exceção do peso e altura determinados numa balança na sala de atendimento, são efetuados no gabinete de atendimento personalizado de modo a garantir a privacidade. Durante o estágio foi-me dada a oportunidade de realizar todas as determinações acima referidas.

### **9.1. Determinação do peso e altura**

Na zona de atendimento ao público encontra-se uma balança eletrónica que mede não só o peso como também a altura e faz o cálculo do IMC do utente. Aquando da medição é importante explicar ao utente que é necessário manter os pés juntos e uma postura direita para que a medição da altura seja mais exata. No fim da determinação a balança imprime um talão no qual se encontram os valores medidos, sendo igualmente importante esclarecer alguma dúvida que possa existir.

Nalguns casos que presenciei, perante a admiração após algumas medições, pode ser importante esclarecer que para fazer um controlo mais exato, convém o utente pesar-se, dentro das possibilidades, sempre na mesma balança, à mesma hora e com o mesmo tipo de vestuário e calçado.

## 9.2. Medição tensão arterial

A medição da tensão arterial, na farmácia onde estagiei, é feita no gabinete de atendimento personalizado, tal como acima referido, com um esfigmomanómetro e o auxílio de um estetoscópio. É necessário, antes de proceder à medição, que o utente repouse alguns minutos e não imediatamente quando chega à farmácia. Posteriormente, é perentório estabelecer um diálogo com o utente de forma a perceber se o utente fumou ou tomou café na meia hora que antecede a medição pois estes são fatores que predisõem possíveis alterações nos valores medidos. Aquando da medição, o utente deve estar confortavelmente sentado, com os braços apoiados de modo a que a braçadeira se situe ao nível do coração e deve estar descontraído, não devendo falar durante a determinação.

Os valores de referência relativos à pressão arterial são os seguintes [21]:

Tabela 1: Valores de referência relativos à pressão arterial.

	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)		Pressão Arterial Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal Elevada	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão Grau 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão Grau 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão Grau 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	e	<90

Após a medição é fundamental transmitir conselhos úteis e esclarecer todas as dúvidas que o utente poderá ter, tendo sempre em atenção a forma como se abordam as questões de modo a não alarmar em demasia. Alguns doentes, confrontados com um valor mais elevado do que o seu normal, ficam de imediato sobressaltados. Perante isto, cabe ao farmacêutico tentar perceber a que se pode dever esta alteração, explicar que um valor isolado não é representativo e incentivar o doente a dirigir-se à farmácia com alguma periodicidade para se realizar o registo e fazer um acompanhamento.

### 9.3. Medição da glicémia

A diabetes, atualmente, constitui uma das maiores preocupações da saúde em Portugal, muito devido ao aumento constante na sua prevalência apesar dos esforços realizados. O relatório anual do observatório nacional da diabetes de 2013 conclui que da prevalência existente, em 56% dos indivíduos esta doença já tinha sido diagnosticada e em 44% dos indivíduos ainda não tinha sido diagnosticada [22]. Estes números reportam para o farmacêutico, enquanto profissional de saúde, uma responsabilidade acrescida. O farmacêutico possui uma posição privilegiada devido à maior proximidade que tem com a população. Esta é uma vantagem que tem de ser usada em favor do doente, pois o início do diagnóstico de muitos casos podem ter origem na farmácia.

A medição da glicémia, idealmente, deve ser feita em jejum. Para realizar a medição basta desinfetar o dedo do utente e fazer a picada com a lanceta de forma a obter a quantidade de sangue necessária para preencher a tira teste anteriormente inserida no aparelho. Posteriormente, faz-se a leitura do valor e descarta-se o material para um contentor próprio. Por fim, regista-se o valor no cartão dispensado na primeira determinação feita pelo doente na farmácia, esclarece-se todas as eventuais dúvidas existentes assim como reforçar a importância dos diferentes cuidados a ter para prevenir ou melhorar a doença, dependendo dos casos.

Na Norma nº 002/2011 de janeiro de 2011 está estabelecido que a glicémia em jejum deverá ser inferior a 110 mg/dL e a glicémia pós-prandial inferior a 140 mg/dL para doentes que não possuem diabetes. Para doentes com diabetes já diagnosticados, os valores da glicémia são em jejum superiores a 126 mg/dL e pós-prandial superior a 200 mg/dL [23].

### 9.4. Medição do colesterol total

A determinação do colesterol total é de extrema importância na deteção de situações de elevado risco de aterosclerose, doenças cardio e cerebrovasculares e de alterações no metabolismo dos lípidos. É importante realçar que a acumulação destas substâncias nas paredes dos vasos é um processo gradual e que não apresenta sintomatologia.

O processo de medição é similar ao descrito para a medição da glicémia, sendo que o aparelho e as tiras são diferentes e é necessária uma maior quantidade de sangue.

De acordo com a Norma n.º 019/2011 de setembro de 2011 atualizada em Julho de 2013, o colesterol total deve ser inferior a 190mg/dl [24].

### 9.5. Consultas de nutrição

Com o objetivo de assumir um lugar de destaque pela qualidade dos serviços prestados, a Farmácia Lopes Rodrigues também têm à disposição dos seus utentes consultas de nutrição realizadas todas as segundas-feiras pela Dr.<sup>a</sup> Diana Matos. Nestas, para além de serem determinados parâmetros antropométricos de interesse é fornecida toda a instrução relativa à dieta mais adequada a adotar sendo tiradas todas as dúvidas e fornecido todo o aconselhamento necessário.

## 10. Preparação de Medicamentos

Ao abrigo da Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, os medicamentos manipulados são definidos como “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico” [25]. Enquanto fórmula magistral o medicamento é preparado segundo receita que especifica o doente a quem o medicamento se destina, ao passo que um preparado oficial é preparado segundo as indicações compendiais e destinado a ser dispensado diretamente a um determinado doente.

Durante muitos anos a farmácia foi um local privilegiado de produção de medicamentos. Com o nascimento e desenvolvimento da Indústria Farmacêutica a produção de medicamentos na farmácia decaiu em larga escala. Perante isto, algumas farmácias tomaram a decisão de não prepararem medicamentos manipulados devido à falta de procura que estas preparações revelam. Este é o caso da Farmácia Lopes Rodrigues que não realiza manipulações de medicamentos, salvo rara exceção.

A preparação dos medicamentos manipulados dispõe de legislação própria, que entre outros aspetos, estabelece, na Portaria acima referida, as “Boas Práticas a Observar na Preparação de Medicamentos Manipulados”. Estas consistem num conjunto de normas oficiais relativas à sua preparação, com o fim de garantir a qualidade dos produtos acabados. As “Boas Práticas de Preparação de Medicamentos Manipulados” estabelecem recomendações quanto:

- Pessoal que terá de ser qualificado para executar o manipulado sendo que a responsabilidade da sua preparação recairá sobre o diretor técnico;
- Instalações e equipamentos;
- Documentação;
- Matérias-primas utilizadas, devendo possuir boletim de análise que comprove a sua qualidade e estar devidamente armazenadas em recipientes apropriados, de acordo com a sua natureza;
- Materiais de embalagem que devem satisfazer as exigências da Farmacopeia Portuguesa ou das farmacopeias dos outros Estados membros da Farmacopeia Europeia;
- Instrumentos utilizados na sua preparação, devendo respeitar as mais rigorosas condições de higiene;
- Trabalho de manipulação, devendo observar-se as normas a nível de execução pelo manipulador, e também as normas que incidem sobre matérias-primas, aprovisionamento, armazenamento, manipulação;
- Controlo de qualidade durante a produção e embalagem, devendo proceder-se a todas as verificações necessárias para garantir a boa qualidade final do medicamento manipulado;
- Rotulagem onde deverá estar toda a informação ao medicamento manipulado.

Para que os medicamentos manipulados sejam comparticipados é necessário que sejam prescritos isoladamente e que na receita impressa esteja identificado que é do tipo MM. Apenas são comparticipados os medicamentos que estão estipulados numa tabela do Despacho n.º 18694/2010, 18 de novembro [26].

## 11. Contabilidade e Gestão

### 11.1. Processamento do receituário e Faturação

No trémite do atendimento em que são dispensados medicamentos com receita médica, esta é colocada numa gaveta existente em cada balcão. Na farmácia em que estagiei, as receitas são conferidas por duas pessoas para que, desta forma, todos os erros sejam detetados. As receitas são, então, vistas assim que possível por qualquer um dos elementos da equipa. Na primeira conferência existe uma especial atenção os seguintes aspetos:

- Número de beneficiário do utente;
- Data de validade;
- Verificação do organismo de faturação da receita;
- Correspondência entre medicamentos prescritos e medicamentos cedidos;
- Assinatura do médico;
- Presença da código/vinheta do médico;
- Assinatura da pessoa quem foram dispensados os medicamentos;
- Exceções.

A primeira conferência tem por objetivo detetar o mais cedo possível algum erro aquando da dispensa. Desta forma, será mais fácil corrigi-lo, permitindo, nos casos em que seja preciso, contactar o doente dando conhecimento do sucedido. É também nesta primeira conferência que as receitas são carimbadas de forma a ficarem sinalizadas aquelas que já foram vistas. Posteriormente, estas são divididas em lotes de 30 receitas de acordo com o organismo a que pertencem. Esta divisão encontra-se facilitada na medida em que no verso da receita é impresso não só o organismo como também o Sifarma 2000 atribui a cada receita um número e um lote. É, então, apenas necessário separá-las de acordo com o organismo, depois de acordo com o lote e, por fim, pô-las por ordem numérica. No caso da Farmácia Lopes Rodrigues, a responsável pela segunda conferência é a Dr.<sup>a</sup> Carla Oliveira. Esta tem como função voltar a verificar todos os pontos anteriormente mencionados, confirmar que nos lotes estão todas a receitas e ainda aspetos relacionados com os preços dos medicamentos. O farmacêutico está ainda incumbida de escrever todas as justificações necessárias no verso da receita e de assinar todas elas. Finalmente, cabe à diretora técnica fazer a reimpressão de alguma receita devidamente assinalada e, por fim, proceder à emissão do verbete de identificação do lote. No verbete encontra-se o resumo das receitas do respetivo lote e ainda as seguintes informações:

- Entidade; organismo - código informático, nome e sigla;

- Nome da farmácia, respetivo código ANF e carimbo;
- Mês e ano;
- Código tipo e número sequencial do lote;
- Quantidade de receitas e produtos;
- Valor total do lote em relação ao PVP;
- Valor total pago pelos utentes;
- Valor total a pagar pelo organismo.

No fim de cada mês é necessário efetuar o fecho dos lotes das entidades. Após o fecho é necessário reunir toda a informação enviada pela farmácia para efeitos de faturação, em formato papel:

- Fatura (em duplicado) - (Anexo X);
- Notas de Débito/Crédito (em duplicado);
- Relação resumo de lotes (Anexo XI);
- Verbetes de identificação de lotes (incluindo o referente a Cuidados Farmacêuticos, se aplicável);
- Receitas médicas [27].

O receituário correspondente ao SNS e a respetiva documentação (verbo de identificação de lote, relação resumo de lotes e fatura mensal de medicamentos) é enviado, até ao dia 5 do mês seguinte, para o Centro de Conferência de Faturas (CCF) da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), na Maia. São enviadas apenas duas cópias da fatura mensal de medicamentos, pois uma fica arquivada na farmácia e outra é enviada ao presidente da ANF até ao dia 15 do respetivo mês. Posteriormente, uma das cópias que foi enviada ao CCF é devolvida, carimbada e assinada, como prova da receção do receituário. Na ACSS processa-se a conferência e a determinação dos valores em dívida à farmácia pelo SNS.

O receituário dos restantes organismos é enviado para a ANF. Esta funciona como intermediária, uma vez que envia o receituário aos respetivos organismos, recebe deles o valor da participação e depois entrega-o à farmácia.

Apesar de todas as receitas serem cuidadosamente verificadas (não só no ato de cedência, como aquando da organização em lotes), após avaliação por parte do serviço de conferência de faturas, existem situações em que as receitas são consideradas não conformes. Quando tal acontece, ocorre a devolução das receitas e não é feito o pagamento do respetivo valor da participação. A devolução de uma receita é sempre acompanhada da respetiva justificação. Algumas destas situações são facilmente corrigidas e, nesses casos, deve ser feito um esforço nesse sentido. Uma vez corrigida a receita, esta é incluída no receituário do mês seguinte de modo a permitir à farmácia a receção do montante relativo à participação da receita em questão.

Durante o estágio tive oportunidade de acompanhar todo este processo, tendo uma especial intervenção na primeira conferência de receitas. O facto de me terem encarregue de fazer a primeira conferência de receitas ajudou-me não só a ter uma noção de todos os aspetos a ter

em atenção para a validação de uma receita, como também me permitiu tomar consciência dos principais erros que sucedem com os mais experientes, tentando sempre aprender com eles.

## 11.2. Documentos contabilísticos

No decorrer do meu estágio tive oportunidade de contactar com alguns documentos contabilísticos, entre os quais é importante realçar a fatura, a guia de remessa, o recibo, a nota de crédito, a nota de devolução, o inventário e o balancete.

## 12. Conclusão

O estágio que agora termino permitiu-me vivenciar a prática do dia-a-dia de uma farmácia comunitária, com toda a sua dinâmica, ritmo e particularidades. Ajudou-me ainda na percepção e compreensão do papel fundamental que o farmacêutico desempenha como agente de saúde pública. Tenho, por isso, noção da responsabilidade e da importância que um farmacêutico tem na vida de muitos doentes. A transmissão de conhecimentos necessários à prática desta profissão e os ensinamentos recebidos, que não vêm nos livros, ajudaram-me no meu desempenho diário e ajudar-me-ão, decerto, no futuro.

De destacar, a faceta que demarca este ramo da atividade farmacêutica dos demais: o contacto direto com o público. É talvez a característica da farmácia comunitária que mais aprecio, a constante partilha com quem deposita em nós a confiança da sua saúde e bem-estar, fazendo desta uma atividade bastante gratificante.

Nem tudo foi fácil e muitas foram as dificuldades, as dúvidas, os medos que senti ao longo deste estágio. Contudo, fui conseguindo ultrapassar todas estas barreiras com a ajuda de uma excelente equipa que tanto me acarinhou e me ensinou. Esta experiência foi muito enriquecedora não só a nível profissional como a nível pessoal pela integração numa equipa de trabalho e trabalhando para um objetivo comum. Sinto-me hoje mais capaz e mais empolgada para desempenhar as funções de farmacêutica numa sociedade que atribui ao farmacêutico uma crescente responsabilidade.

## 13. Bibliografia

1. Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto. Diário da República, 1.ª série. N.º 148 de 1 de agosto de 2012
2. Deliberação n.º 2473/2007, de 28 de novembro. Diário da República, 2ª série. Nº 247 de 24 de dezembro de 2007
3. Concelho Nacional de Qualidade. Boas práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. Ordem dos Farmacêuticos. Revisão nº3 de 2009.
4. Deliberação n.º 1500/2004 de 7 de dezembro. Diário da República, 2ª série. N.º 303 de 29 de dezembro de 2004
5. Portaria n.º 14/2013, de 11 de janeiro. Diário da República, 1ª série. N.º 8 de 11 de janeiro de 2013
6. Ordem dos Farmacêuticos (1998) Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos.
7. Decreto-Lei 307/2007 de 31 de agosto. Diário da República, 1.ª série. N.º 168 de 31 de agosto de 2007
8. Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série. N.º 25 de 5 de fevereiro de 2014
9. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Diário da República, 1ª série. N.º 167 de 30 de agosto de 2006
10. Despacho n.º 11254/2013 de 30 de agosto. Diário da República, 2ª série. N.º 167 de 30 de agosto de 2013
11. Portaria n.º 137 -A/2012, de 11 de maio. Diário da República, 1ª série. N.º 92 de 11 de maio de 2012
12. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde, versão 3.0 de 13 de fevereiro de 2014
13. Portaria n.º 24/2014 de 31 de janeiro. Diário da República, 1ª série. N.º 22 de 31 de janeiro de 2014
14. Retificação n.º 47/2013 de 4 de novembro. Diário da República, 1ª série. N.º 213 de 4 de novembro de 2013
15. Despacho nº 17690/2007 de 23 de julho. Diário da República, 2ª série. N.º 154 de 10 de agosto de 2007
16. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro. Diário da República, 1ª série. N.º 185 de 24 de setembro de 2008
17. Decreto-Lei n.º 148/2008 de 29 de julho. Diário da República, 1ª série. N.º 145 de 29 de julho de 2008
18. Decreto-Lei n.º 216/2008 de 11 de novembro. Diário da República, 1ª série. N.º 219 de 11 de novembro de 2008
19. Decreto-Lei n.º 136/2003 de 28 de junho. Diário da República, 1ª série. N.º 147 de 28 de junho de 2003

20. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. Diário da República, 1ª série. N.º 115 de 17 de junho de 2009
21. European Society of Hypertension. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Disponível em <http://www.eshonline.org/Guidelines/ArterialHypertension.aspx>. Consultado a 27 de junho de 2014
22. Direção-Geral da Saúde, Diabetes: factos e números 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-2013.aspx>. Consultado a 27 de junho de 2014
23. Norma n.º 002/2011 de janeiro de 2011. Direção-Geral da Saúde, N.º 002 de 14 de janeiro de 2011
24. Norma n.º 019/2011 de setembro de 2011 atualizada em Julho de 2013
25. Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Diário da República, 1ª série. N.º 129 de 2 de junho de 2004
26. Despacho n.º 18694/2010, 18 de novembro. Diário da República, 2.ª série. N.º 242 de 16 de dezembro de 2010
27. Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas do SNS. ACSS. Disponível em [https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/estrutura/documentacaoPublica/Manual\\_de\\_Relacionamento\\_de\\_Farm%C3%A1cias\\_VF\\_1.14\\_1.pdf](https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/estrutura/documentacaoPublica/Manual_de_Relacionamento_de_Farm%C3%A1cias_VF_1.14_1.pdf). Consultado a 30 de Junho de 2014

## Anexo I

Tabela 16 Classificação dos CT de acordo com a sua potência [72].

Classe	Potência	Corticosteróide tópico	Veículo
I	Ultra alta	Propionato de clobetasol 0,05%	Creme, loção, espuma, gel e pomada
		Dipropionato de betametasona 0,05%	Gel e pomada
		Diacetato de diflorasona 0,05%	Pomada
		Propionato de halobetasol 0,05%	Creme e pomada
II	Alta	Amcisonida 0,1%	Pomada
		Dipropionato de betametasona 0,05%	Pomada
		Dexametasona	Creme, pomada e gel
		Diacetato de diflorasona 0,05%	Creme e pomada
		Fluocinonida 0,05%	Creme, gel e pomada
		Furoato de mometasona 0,1%	Pomada
III	Media alta	Halcinonida 0,1%	Creme e pomada
		Valerato de betametasona 0,12%	Espuma e pomada
		Amcisonida 0,1%	Creme e loção
		Fluocinonida 0,05%	Creme
		Diacetato de diflorasona 0,05%	Creme
		Dexametasona 0,05%	Creme
		Dipropionato de betametasona 0,05%	Creme e loção
		Propionato de fluticasona 0,005%	Pomada
IV	Media	Acetonida triamcinolona 0,1%	Pomada
		Acetonida de fluocinolona 0,01%	Óleo
		Acetonida de fluocinolona 0,025%	Pomada
		Benzoato de betametasona 0,025%	Gel
		Valerato de hidrocortisona 0,2%	Pomada
		Furoato de mometasona 0,1%	Creme
		Flurandrenolida 0,05%	Pomada
		Aceponato de metilprednisolona	Creme
		Butirato de clobetasona	Creme e pomada
Acetonida de triamcinolona 0,1%	Creme, spray e pomada		
V	Media Baixa	Dipropionato de betametasona 0,05%	Loção
		Valerato de betametasona 0,12%	Creme e pomada
		Acetonida de fluocinolona 0,025%	Creme
		Flurandrenolida 0,05%	Creme e loção
		Propionato de fluticasona 0,05%	Creme
		Butirato de hidrocortisona 0,1%	Creme
		Probutato de hidrocortisona 0,1%	Creme
		Valerato de hidrocortisona 0,2%	Creme
		Prednicarbato 0,1%	Creme
Benzoato de betametasona 0,025%	Creme e loção		

		Desonida 0,05%	Pomada
		Acetonida triamcinolona 0,1%	Loção
VI	Baixa	Dipropionato de alclometasona 0,05%	Creme e pomada
		Desonida 0,05%	Creme
		Valerato de betametasona 0,1%	Loção
		Acetonida fluocinolona 0,01%	Creme e solução
VII	Muito Baixa	Hidrocortisona	
		Dexametasona	
		Flumetasona	
		Metilprednisolona	
		Prednisolona	

## Anexo II

Inquérito utilizado na componente de investigação.



### Inquérito

No seguimento da realização de uma dissertação de mestrado na Universidade da Beira Interior intitulada “**Corticosteróides tópicos: avaliação do conhecimento de utilização pela população.**”, impôs-se a realização do presente inquérito.

Este inquérito tem por objectivo saber qual o conhecimento que a população tem sobre a utilização de corticosteróides tópicos. Os inquéritos são realizados voluntariamente e de forma anónima. Como tal, não necessita de indicar o seu nome. Solicita-se a sua colaboração e autorização para participar neste estudo.

Obrigada pela colaboração.

Assinale a sua resposta a todas as perguntas com um “X”:

**Sexo:**

- Masculino
- Feminino

**Habilitações literárias:**

- 1º Ciclo (1-4º ano)
- 2º Ciclo (5º-6º ano)
- 3º Ciclo (7º-9º ano)
- Ensino secundário (10º-12º ano)
- Ensino superior

**Possui alguma doença cutânea crónica?**

- Sim
- Não

Se **SIM**, qual? \_\_\_\_\_

**Já usou um corticosteróide tópico?**

- Sim
- Não

Se **SIM**:

Qual? \_\_\_\_\_

Em que situação? \_\_\_\_\_

Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

Foi por receita médica?

- Sim
- Não

Se **NÃO**, o que o levou a usar?

- Família/Amigos
- Farmacêutico
- Publicidade
- Outro: \_\_\_\_\_

**Se o médico lhe receitar um corticosteróide tópico para o braço, pode administrá-lo na face, na região genital ou anal?**

- Sim
- Não

**Dos seguintes efeitos adversos indique quais considera que possam estar associados ao uso de corticosteróides tópicos:**

- atrofia cutânea
- acne
- hipotensão
- diabetes
- hiperpigmentação
- atraso no crescimento das crianças

**Considera que existe risco em administrar estes medicamentos durante vários meses?**

- Sim
- Não

**É necessária a retirada dos corticosteróides tópicos de forma lenta?**

- Sim
- Não

**As crianças podem administrar corticosteróides tópicos?**

- Sim
- Não

**Se durante a toma destes fármacos possuir uma infecção, julga que estes poderão melhorá-la?**

- Sim
- Não

**No caso de se encontrar com urticária usaria corticosteróides tópicos?**

- Sim
- Não

**Considera que se aplicar várias vezes ao dia estes medicamentos será mais eficaz do que aplicar uma vez?**

- Sim

Não

**O uso continuado de corticosteróides tópicos pode provocar resistência clínica ao tratamento?**

Sim

Não

Por favor confirme se respondeu a **todas** as questões.

Grata pela sua colaboração,

Marlene Castro


## Anexo III

Margens máximas de comercialização dos medicamentos.

PVA	Margem para o grossista	Margem para a farmácia
Igual ou superior a €5	2,24% PVA + €0,25	5,58% + €0,63
De €5,01 a €7	2,17% PVA + €0,52	5,51% PVA + €1,31
De €7,01 a €10	2,12% PVA + €0,71	5,36% PVA + €1,79
De €10,01 a €20	2,00% + PVA + €1,12	5,05% PVA + €2,80
De €20,01 a €50	1,84% PVA + €2,20	4,49% PVA + €5,32
Superior a €50	1,18% PVA + €3,68	2,66% PVA + €8,28

# Anexo IV

## Modelo de receita médica por via eletrónica e guia de tratamento.

		<b>Receita Médica N.º</b> <small>(representação em código de barras e caracteres)</small>	<b>1.ª VIA</b>
Utente: Telefone: Entidade Responsável: N.º de Beneficiário:	(N.º do utente em código de barras e caracteres) R.C.: (representação em código de barras e caracteres)	TIPO RECEITA	
(N.º da cédula profissional, em código de barras e caracteres ou vinheta de prescritor)	(Nome profissional) Especialidade: Telefone:	(Local de Prescrição) (representação em código de barras e caracteres)	
R. DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia		N.º Extensão	Identificação Ótica
1			
2			
3			
4			
Validade: 6 meses Data: aaaa-mm-dd		(assinatura do Médico prescritor)	



Guia de tratamento para o utente	
Receita Médica N.º: <small>(representação em código de barras e caracteres)</small>	
Local de Prescrição: Médico prescritor: Utente:	Telefone:
Código Acesso:	Código Direito opção:
<small>(informação a utilizar para dispensa de medicamentos na farmácia)</small> DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	
1	N.º
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 «Pesquisa Medicamentos», no sítio do INFARMED (www.infarmed.pt); • Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Dias Úteis: 09.00-13.00 e 14.00-17.00); • Fale com o seu médico ou farmacêutico.	
Data: aaaa-mm-dd	

Processado por computador - software, versão - empresa

# Anexo V

Modelo receita médica manual.

Receita Médica Nº

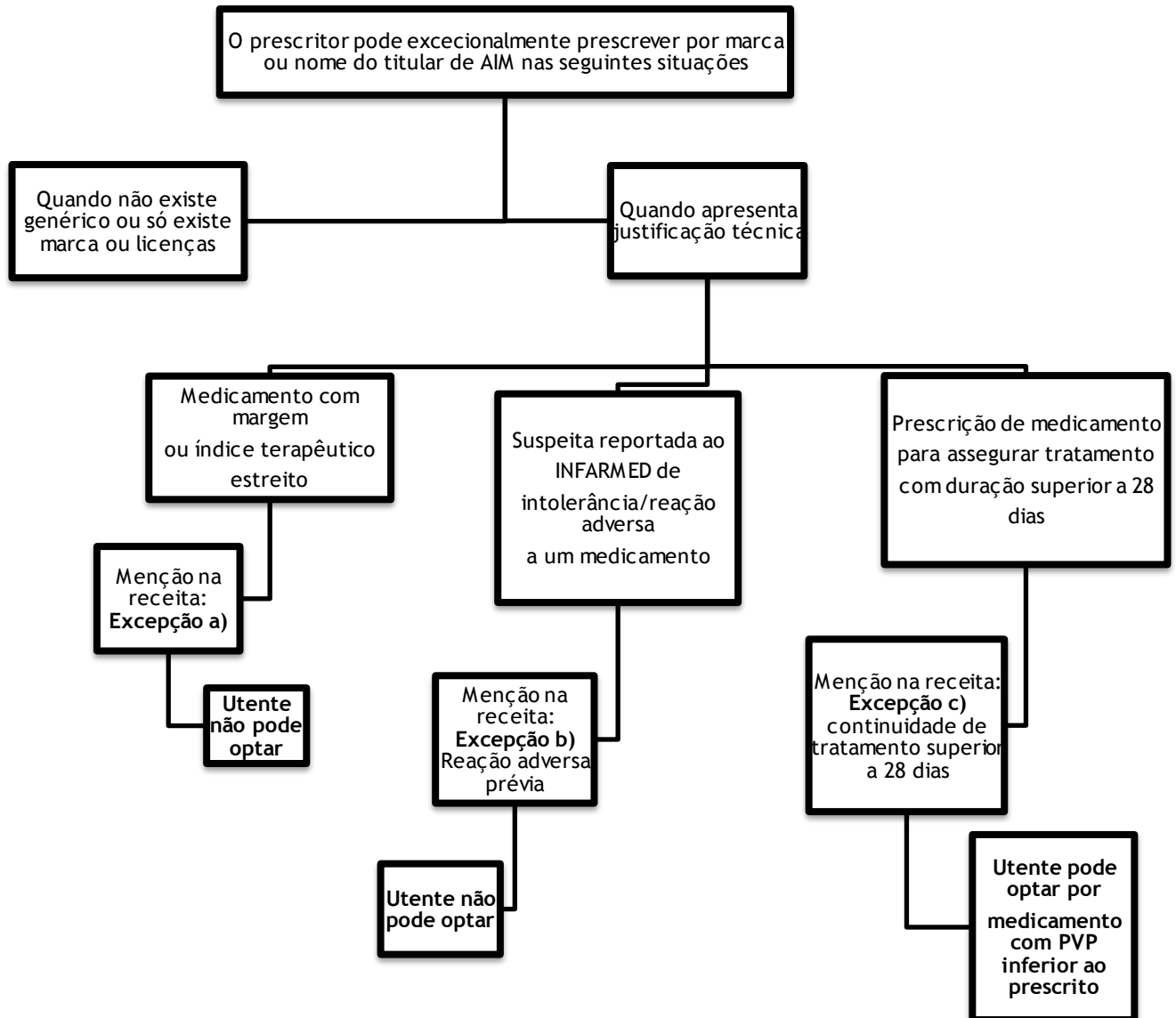
\*999999999999999999999999\*

Utente: N.º de Utente: Telefone: Entidade Responsável: N.º de Beneficiário:	R.C.:  <b>RECEITA MANUAL</b> Exceção legal: <input type="checkbox"/> a) Falência informática <input type="checkbox"/> b) Inadaptação do prescritor <input type="checkbox"/> c) Prescrição no domicílio <input type="checkbox"/> d) AM 4D recetiváveis	
Vinheta do Médico Prescritor	Especialidade:  Telefone:	Vinheta do Local de Prescrição
<b>R<sub>x</sub></b> DCI / Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem <span style="float: right;">N.º Externo</span>		
1  Posologia		
2  Posologia		
3  Posologia		
4  Posologia		
Validade: 30 dias Data: ___/___/___ (aaaa/mm/aa)		(assinatura do Médico prescritor)

Med. n.º 1180 (Documento de Receta Médica - D.R.)

## Anexo VI

Fluxograma de apoio à dispensa de receituário.



## Anexo VII

Expressões impressas no verso da receita de acordo com as diferentes situações.

Declaro que:

me foram dispensadas as *N* embalagens de medicamentos constantes na receita e prestados os conselhos sobre a sua utilização.

Direito de opção\*:

não exerci direito de opção

exerci o direito de opção para medicamento com preço superior ao 5.º mais barato\*\*

exerci direito de opção por medicamento mais barato que o prescrito para continuidade terapêutica de tratamento superior a 28 dias\*\*\*

Assinatura do Utente: \_\_\_\_\_

\* A informação relativa ao direito de opção apenas é impressa quando aplicável.

\*\* Apenas são impressos os quadrados relativos às situações em que o utente exerceu o direito de opção.

\*\*\* Esta expressão apenas é impressa quando o utente exerce o direito de opção nas situações em que o médico inclui a justificação técnica da alínea c).

## Anexo VIII

Comparticipações especiais em Farmácia Comunitária.

Patologia Especial	Ambito	Comparticipação	Legislação
PARAMILOIDOSE	Todos os medicamentos	100%	Desp. 4 521/2001 (2ª série), de 31/1/2001
LUPUS	Medic. comparticipados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
HEMOFILIA	Medic. comparticipados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
HEMOGLOBINOPATIAS	Medic. comparticipados	100%	Desp. 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5
DOENÇA DE ALZHEIMER	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 13020/2011 (2ª série), de 20 de Setembro	37% (quando prescrito por neurologistas ou psiquiatras)	Despacho n.º 13020/2011, de 20/09
PSICOSE MANIACO-DEPRESSIVA	Priadel (carbonato de lítio)	100%	Desp. 21 094/99, de 14/9
DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 1234/2007 (2ª série), de 29 de Dezembro de 2006	90% (quando prescrito por médico especialista)	Despacho n.º 1234/2007, de 29/12/2006, alterado pelo Despacho n.º 19734/2008, de 15/07, Despacho n.º 15442/2009, de 01/07, Despacho n.º 19696/2009, de 20/08, Despacho n.º 5822/2011, de 25/03 e Despacho n.º 8344/2012, de 12/06
ARTRITE REUMATOIDE E ESPONDILITE ANQUILOSANTE	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 14123/2009 (2ª série), de 12 de Junho	69%	Despacho n.º 14123/2009 (2ª série), de 12/06, alterado pelo Despacho n.º 12650/2012, de 20/09
DOR ONCOLÓGICA MODERADA A FORTE	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10279/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008	90%	Despacho n.º 10279/2008, de 11/03, alterado pelo Despacho n.º 22186/2008, de 19/08, Despacho n.º 30995/2008, de 21/11, Despacho n.º 3285/2009, de 19/01, Despacho n.º 6229/2009 de 17/02, Despacho n.º 12221/2009 de 14/05, Declaração de Retificação n.º 1856/2009, de 23/07, Despacho n.º 5725/2010 de 18/03, Despacho n.º 12457/2010 de 22/07 e Despacho n.º 5824/2011 de 25/03 e Despacho n.º 57/2014 de 19/12/2013

<b>DOR CRONICA NAO ONCOLÓGICA MODERADA A FORTE</b>	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10280/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008	90%	Despacho n.º 10280/2008, de 11/03, alterado pelo Despacho n.º 22187/2008, de 19/08, Despacho n.º 30993/2008, de 21/11, Despacho n.º 3286/2009, de 19/01 e Despacho n.º 6230/2009, de 17/02, Despacho n.º 12220/2009, de 14/05, Despacho n.º 5726/2010 de 18/03, Despacho n.º 12458/2010 de 22/07, Despacho n.º 5825/2011 de 25/03 e Despacho n.º 251/2014 de 23/12/2013
<b>PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA</b>	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 10910/2009, de 22 de Abril	69%	Despacho n.º 10910/2009, de 22/04 alterado pela Declaração de Retificação n.º 1227/2009, de 30/04, Despacho n.º 15443/2009, de 01/07, Despacho n.º 5643/2010, de 23/03, Despacho n.º 8905/2010, de 18/05, Despacho n.º 13796/2012, de 12/10 e Despacho n.º 56/2014, de 19/12/2013
<b>PSORIASSE</b>	Medic. psorriase	90%	Lei n.º 67/2010, de 07/05

## Anexo IX


Situações passíveis de automedicação.

Sistema	Situações passíveis de automedicação (termos técnicos)
Digestivo .....	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Diarreia.</li><li>b) Hemorróidas (diagnóstico confirmado).</li><li>c) Pirose, enfartamento, flatulência.</li><li>d) Obstipação.</li><li>e) Vômitos, enjoo do movimento.</li><li>f) Higiene oral e da orofaringe.</li><li>g) Endoparasitoses intestinais.</li><li>h) Estomatites (excluindo graves) e gengivites.</li><li>i) Odontalgias.</li><li>j) Profilaxia da cárie dentária.</li><li>k) Candidíase oral recorrente com diagnóstico médico prévio.</li><li>l) Modificação dos termos de higiene oral por desinfecção oral.</li><li>m) Estomatite aftosa.</li></ul>
Respiratório .....	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Sintomatologia associada a estados gripais e constipações.</li><li>b) Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite).</li><li>c) Rinorreia e congestão nasal.</li><li>d) Tosse e rouquidão.</li><li>e) Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</li><li>f) Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infecções respiratórias em presença de hipersecreção brônquica</li><li>g) Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticóide em inalador nasal)</li></ul>
Cutâneo .....	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Queimaduras de 1.º grau, incluindo solares.</li><li>b) Verrugas.</li><li>c) Acne ligeiro a moderado.</li><li>d) Desinfecção e higiene da pele e mucosas.</li><li>e) Micoses interdigitais.</li><li>f) Ectoparasitoses.</li><li>g) Picadas de insectos.</li><li>h) Pitiríase capitis (caspa).</li><li>i) Herpes labial.</li><li>j) Feridas superficiais.</li><li>l) Dermatite das fraldas.</li><li>m) Seborreia.</li><li>n) Alopecia.</li><li>o) Calos e calosidades.</li><li>p) Frieiras.</li><li>q) Tratamento da pitiríase versicolor.</li><li>r) Candidíase balânica.</li><li>s) Anestesia tópica em mucosas e pele nomeadamente mucosa oral e rectal.</li></ul>

Nervoso/psique.....	<p><i>t)</i> Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio.</p> <p><i>a)</i> Cefaleias ligeiras a moderadas.</p> <p><i>b)</i> Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação desta substância em pessoas que desejem deixar de fumar.</p> <p><i>c)</i> Enxaqueca com diagnóstico médico prévio.</p> <p><i>d)</i> Ansiedade ligeira temporária.</p> <p><i>e)</i> Dificuldade temporária em adormecer.</p>
Muscular/ósseo.....	<p><i>a)</i> Dores musculares ligeiras a moderadas.</p> <p><i>b)</i> Contusões.</p> <p><i>c)</i> Dores pós-traumáticas.</p> <p><i>d)</i> Dores reumáticas ligeiras a moderadas (osteoartrose/osteoartrite).</p> <p><i>e)</i> Dores articulares ligeiras a moderadas.</p> <p><i>f)</i> Tratamento tópico de sinovites, artrites (não infecciosa), bursites, tendinites.</p> <p><i>g)</i> Inflamação moderada de origem músculo esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática.</p>
Geral .....	<p><i>a)</i> Febre (menos de três dias).</p> <p><i>b)</i> Estados de astenia de causa identificada.</p> <p><i>c)</i> Prevenção de avitaminoses.</p>
Ocular .....	<p><i>a)</i> Hipossecção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a três dias.</p> <p><i>b)</i> Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</p> <p><i>c)</i> Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</p>
Ginecológico.....	<p><i>a)</i> Dismenorreia primária.</p> <p><i>b)</i> Contraceção de emergência.</p> <p><i>c)</i> Métodos contraceptivos de barreira e químicos.</p> <p><i>d)</i> Higiene vaginal.</p> <p><i>e)</i> Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfecção vaginal.</p> <p><i>f)</i> Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio. Situação clínica caracterizada por corrimento vaginal esbranquiçado, acompanhado de prurido vaginal e habitualmente com exarcebação pré-menstrual.</p> <p><i>g)</i> Terapêutica tópica nas alterações tróficas do tracto génito-urinário inferior acompanhadas de queixas vaginais como disparêunia, secura e prurido.</p>
Vascular .....	<p><i>a)</i> Síndrome varicosa—terapêutica tópica adjuvante.</p> <p><i>b)</i> Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica (com descrição de sintomatologia).</p>

# Anexo X

Modelo de fatura mensal de medicamentos.



**\* Original \***

**FARMÁCIA NOVA AMOREIRAS**  
ESTRADA DAS AMOREIRAS, Nº 123  
LISBOA  
1234 - 123 LISBOA

**FACTURA Nº 123456789**  
DATA: 31.03.09

---

CÓDIGO DA FARMÁCIA: 12345  
NÚMERO DE CONTRIBUINTE: 123456788

---

ENTIDADE: ARS LISBOA E VALE DO TEJO, IP  
MORADA: ARSLVT - SRS LISBOA  
AV. ELJA, Nº 77  
1749-096 LISBOA

NÚMERO DE CONTRIBUINTE: 876543218

**FACTURAÇÃO EM EUROS**

	QUANTIDADE DE LOTES	TOTAL PVP	TOTAL UTENTE	TOTAL COMPARTILHADO
10 - NORMAL	26	17.223,23	7.231,23	9.992,00
11 - DOENTES PROFISSIONAIS	4	3.123,23	723,21	2.400,02
13 - LÚPUS, HEMOFILIA, TALASSEMIA E DEPRANOCITOSE	8	23,21	5,23	17,98
15 - PENSIONISTAS	9	1.123,32	122,93	1.000,39
16 - PENSIONISTAS COM REGULAMENTAÇÃO PRÓPRIA	7	232,22	62,32	149,90
17 - MIGRANTES	2	123,23	23,10	100,13
18 - NORMAL E MIGRANTES COM LEGISLAÇÃO PRÓPRIA	2	1231,23	120,23	1.111,00
<b>TOTALS</b>	<b>52</b>	<b>23.879,67</b>	<b>8.388,25</b>	<b>14.771,32</b>

---

RESUMO IVA IVA 5% .....	TOTAL COMP. 14.771,32	V. INCIDÊNCIA 14.932,85	VALOR DE IVA 738,57
----------------------------	--------------------------	----------------------------	------------------------

---

[PROCESSADO POR COMPUTADOR]

ASSINATURA

*Joaquim Silva*

**Dados fictícios - apenas para efeitos de demonstração**

## Anexo XI

Modelo da relação de resumo de lotes.

RELAÇÃO RESUMO DE LOTES					PÁGINA 1/1	
FACTURAÇÃO EM EUROS						
FARMÁCIA NOVA AMOREIRAS						
CÓDIGO DA FARMÁCIA: 12345			MÊS: MARÇO ANO: 2009			
TIPO DE LOTE	Nº SEQUENCIAL	Nº RECEITAS	Nº ETIQUETAS	PVP	IMPORTÂNCIA TOTAL DO LOTE	
					UTENTE	COMPARTIÇÃO
10	1	30	47	602,21	90,33	511,88
10	2	30	50	123,30	18,50	104,81
10	3	30	55	124,76	18,71	106,05
10	4	30	60	226,54	33,98	192,56
10	5	30	49	790,76	118,61	672,15
10	6	12	32	1.623,43	288,51	1.634,92
11	7	30	55	321,94	48,29	273,65
11	8	30	51	213,64	32,05	181,59
11	9	30	60	435,12	65,27	369,85
11	10	30	74	456,64	68,50	388,14
11	11	30	45	341,12	51,17	289,95
11	12	30	66	123,98	18,60	105,38
11	13	30	70	5.436,13	815,42	4.620,71
11	14	30	69	123,43	18,51	104,92
11	15	30	54	876,53	131,48	745,05
11	16	22	45	768,08	115,21	652,87
12	17	30	67	546,32	81,95	464,37
12	18	30	53	213,12	31,97	181,15
12	19	30	46	543,12	81,47	461,65
12	20	30	67	656,98	98,55	558,43
12	21	30	69	189,22	28,38	160,84
12	22	15	36	832,21	124,83	707,38
15	23	30	40	552,98	82,95	470,03
15	24	30	56	231,17	34,68	196,49
15	25	30	65	621,23	93,18	528,05
15	26	30	65	1.691,65	163,75	1.527,90
15	27	30	45	1.612,33	151,85	1.460,48
15	28	30	78	674,29	101,14	573,15
15	29	2	10	125,12	20,27	114,85
18	30	30	65	993,34	149,00	844,34
18	31	30	47	532,35	79,85	452,50
18	32	30	78	326,54	48,98	277,56
18	33	7	20	987,21	148,08	839,13
19	34	30	65	325,25	48,79	276,46
19	35	16	34	507,56	85,13	422,43
21	36	18	29	456,64	68,50	388,14
<b>TOTAL</b>		<b>962</b>	<b>1817</b>	<b>34.376,54</b>	<b>3.656,44</b>	<b>30.720,10</b>

**Dados fictícios - apenas para efeitos de demonstração**