

João Miguel Ramalho Constantino

# Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Relatório realizado no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientado pela Dr.<sup>a</sup> Maria do Carmo Moço e apresentado à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, João Miguel Ramalho Constantino, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2009027456, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade curricular Estágio Curricular.

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

Coimbra, 11 de Julho de 2014

---

(João Miguel Ramalho Constantino)



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## AGRADECIMENTOS

**É com a maior satisfação e alegria que profiro os meus mais francos e profundos agradecimentos, prestando a merecida homenagem a quem tudo isto tornou possível:**

*À Farmácia Moço pela experiência proporcionada no culminar de cinco anos de formação contínua, particularmente:*

*À Dra. Maria do Carmo Moço, pela orientação e sabedoria difundida;*

*À Dra. Cristiana Batista, pelo profissionalismo transmitido no atendimento ao público;*

*À Dra. Sylvia Leonardo, pela sua ajuda, preocupação e espírito de equipa;*

*À Dra. Cíntia Galas, pelo seu companheirismo e compreensão;*

*À Dra. Marina Dias, pela sua boa disposição e espontaneidade;*

*À Dra. Andrea Paulo, pela sua calma e proatividade;*

*Às minhas colegas de estágio, Luísa e Catarina, pela companhia, entre-ajuda e empenho;*

*E a todos, sem exceções, pela disponibilidade e amizade construída.*

*À minha mãe, pai e irmão, pelo constante acompanhamento e confiança revelados, par a par, com a minha vida académica.*

*A todos os professores da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, pelo seu esforço e dedicação na transmissão de conhecimentos nas mais diversas áreas.*

*À Gabriela, pela sua simplicidade, pela comunicação de confiança e motivação e por ser um elemento sempre presente.*

*A todos os meus amigos que, desde início, participaram e complementaram o meu percurso enquanto estudante e foram parte do meu crescimento enquanto pessoa.*

*À grandiosa cidade do Conhecimento, COIMBRA.*

## ABREVIATURAS

**ANF:** Associação Nacional de Farmácias

**ARA:** Antagonistas dos receptores de angiotensina

**BB:** Beta-bloqueadores

**BEC:** Bloqueadores da entrada de cálcio

**BHE:** Barreira hematoencefálica

**CCS:** Couro cabeludo sensível

**CEDIME:** Centro de Documentação e Informação de Medicamentos da ANF

**COX-I:** Cicloxigenase I

**DCV:** Doença cardiovascular

**DM:** Diabetes Mellitus

**DPOC:** Doença pulmonar obstrutiva crónica

**DS:** Dermatite seborreica

**IBP:** Inibidores da bomba de protões

**IC:** Insuficiência cardíaca

**IECA:** Inibidores da enzima de conversão da angiotensina

**LEF:** Laboratório de Estudos Farmacêuticos da ANF

**MICF:** Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

**MNSRM:** Medicamentos não sujeitos a receita médica

**MSRM:** Medicamentos sujeitos a receita médica

**PHDA:** Perturbação de hiperatividade com défice de atenção

**PRM:** Problema relacionado com os medicamentos

**RM:** Receita médica

**TA:** Tensão arterial

## ÍNDICE

1   INTRODUÇÃO.....	7
2   CONTEXTUALIZAÇÃO DA FARMÁCIA MOÇO .....	8
2.1   MISSÃO E CONJUNTO SÓLIDO DE PRÍNCIPIOS E VALORES.....	9
2.2   FÁCIL INTEGRAÇÃO NA FARMÁCIA MOÇO.....	9
3   EXCELENTE INFRAESTRUTURAS .....	10
4   SIFARMA2000: UMA MAIS-VALIA SINGULAR .....	12
5   ADAPTAÇÃO CONSTANTE FACE À PERMANENTE MUDANÇA EM SAÚDE.....	13
6   GRANDE IMPORTÂNCIA DO 'BACK OFFICE' .....	14
7   FRONT-OFFICE .....	17
7.1   COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL .....	17
7.2   DA PRESCRIÇÃO MÉDICA À VALIDAÇÃO FARMACÊUTICA.....	18
7.3   AUTOMEDICAÇÃO E ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO .....	20
8   EXEMPLO DE REVISÃO DA MEDICAÇÃO .....	21
9   FORMAÇÃO CONTÍNUA: UMA MAIS-VALIA PARA ATIVIDADE FARMACÊUTICA .....	22
10   PERCEÇÃO DO IMPACTO POSITIVO DO FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO.....	24
11   SERVIÇOS FARMACÊUTICOS: OPORTUNIDADES A EXPLORAR .....	28
12   MICF: NECESSIDADE DE ADAPTAÇÃO ÀS NOVAS REALIDADES PROFISSIONAIS .....	30
13   CONCLUSÃO.....	31
14   REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
15   ANEXOS.....	35

## I | INTRODUÇÃO

Tendo em consideração os critérios definidos nas Normas Orientadoras de Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), o presente relatório diz respeito às atividades e conhecimentos adquiridos durante o estágio, contendo a inserção de todas as observações que, a meu entender, o valorizaram, incluindo casos práticos considerados como integrantes de conhecimentos teóricos e observados na prática da frequência do estágio. No decorrer do relatório, que se pretende que seja elaborado do ponto de vista crítico, é realizada uma análise SWOT respeitante à:

- frequência do estágio;
- integração da aprendizagem e em contacto simulado na prática profissional;
- adequação do MICF às perspetivas profissionais futuras.

Uma **análise SWOT** contempla duas dimensões: a interna – **pontos fortes (strengths)** e **pontos fracos (weakness)**; e externa – **oportunidades (opportunities)** e **ameaças (threats)**. Este relatório encontra-se focalizado na abordagem destas dimensões.

Dadas as orientações supracitadas, tenho como intuito transmitir o funcionamento e dinâmica da Farmácia Comunitária, ampliando a compreensão teórica daquilo que é exigido na prática. Para tal, sempre que possível, recorro à utilização de esquemas, tabelas, e registo fotográfico de apoio, assim como à apresentação de casos reais e experiências vivenciadas, ao longo do meu estágio.

Mais acrescento que, visto que durante o período de estágio decorreu a elaboração de um Manual de Qualidade na Farmácia Moço, os procedimentos e atividades rotineiras encontrar-se-ão devidamente descritos em anexos identificados, ao longo do relatório, a fim de libertá-lo de descrições técnicas que possam ser exaustivas e, por isso, propiciar perda de fluidez de leitura do mesmo. Dessa maneira, tenciono igualmente dar especial relevo a situações concretas experienciadas, bem como destaque a opiniões pessoais quanto a este setor da Farmácia Comunitária, na medida em que estes constituem objetivos primordiais do presente relatório.

“A dedicação de hoje é o resultado de amanhã”

FARMÁCIA MOÇO		
Parâmetros de contextualização	Localização	Avenida Fernando Namora n° 252. Coimbra
	Horário de Funcionamento <sup>1</sup>	9:00 – 21:30 (Segunda à Sexta) 9:00 – 19:00 (Sábado)
	Proprietária	D <sup>ra</sup> . Maria do Carmo Moço
	Direção Técnica	D <sup>ra</sup> . Maria do Carmo Moço
	Farmacêutico substituto	D <sup>ra</sup> . Cristiana Batista
	Farmacêutica	D <sup>ra</sup> . Andrea Paulo
	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	D <sup>ra</sup> . Sylvia Leonardo D <sup>ra</sup> . Cíntia Galas D <sup>ra</sup> . Marina Dias
	Técnica indiferenciada	D. Cláudia Correia
	População abrangida	De forma geral, apresenta uma grande abrangência de utentes, contemplando as mais variadas faixas etárias e estados socio-económicos. Realce-se a população idosa, constituindo uma grande percentagem dos utentes da Farmácia Moço, visto que, regra geral, sofrem de múltiplas doenças crónicas, necessitando de repetido suprimento medicamentoso.

**Esquema I** – Parâmetros de contextualização da Farmácia Moço

Aquando dos dias de serviço permanente, a farmácia permanece aberta durante 24 horas, de forma a garantir o acesso imediato ao medicamento de urgência.

O horário praticado encontra-se de acordo o Decreto-Lei n.º 7/2011, de 10 de Janeiro.<sup>1</sup>

Destaquem-se, para já, como **pontos fortes**: o contacto com uma elevada heterogeneidade de casos, dada a população-alvo diversificada, combinada com a possibilidade de aprendizagem completa e contínua, associada a este constante convívio com novas situações e diferentes contextos.

## 2.1 | MISSÃO E CONJUNTO SÓLIDO DE PRÍNCIPIOS E VALORES

### [Consultar anexo I – Missão, Princípios e Valores]

O facto de a Farmácia Moço apresentar uma missão e um conjunto de princípios e valores bem definidos é outro ponto forte. Foi uma realidade que pude constatar ao longo do estágio, uma vez que a sua definição facilita a organização e priorização de atividades com foco no sentido de missão, em consonância com os princípios e valores de base vinculados pela empresa.

## 2.2 | FÁCIL INTEGRAÇÃO NA FARMÁCIA MOÇO

Outro dos **pontos fortes** do estágio remete para a facilidade de integração da equipa de trabalho.

No dia 13 de Janeiro de 2014, bastante era a curiosidade e várias as expectativas, que me acompanhavam no meu primeiro dia de estágio na Farmácia Moço. As expectativas foram, desde logo, correspondidas pelo contacto com uma equipa de trabalho jovem, dinâmica e hospitaleira. Mais surpreendido fiquei quando, para além disso, me deparei com uma mentalidade inovadora e receptiva a novas ideias e projetos, claramente patente perante diálogos iniciais trocados entre estagiários e a D<sup>ra</sup>. Maria do Carmo Moço. Posto isto, não pude deixar passar a oportunidade de manifestar o meu interesse e convicção nos promissores serviços de revisão da medicação e acompanhamento farmacoterapêutico. Do meu ponto de vista, podem constituir forças motrizes do incontestável impacto positivo decorrente de uma atuação farmacêutica proactiva, pois, visam e culminam na melhoria da saúde da pessoa do doente, isto é, naquele que deve constituir o foco primordial do farmacêutico. Porque creio fielmente neste profissional de saúde, o farmacêutico, como um elo central imprescindível na saúde pública, considero que lhe tem faltado, nos últimos anos, prová-lo. E, a meu ver, isso exigir-lhe-á justamente uma aposta na criação de valor - e respetivo registo – sendo, para isso, importante socorrer-se de ferramentas como o empenho, criatividade e inovação, de forma a transformar as indubitáveis capacidades de que é portador em autênticas competências técnico-científicas, traduzíveis em benefícios de saúde pública devidamente reconhecidas pelo meio envolvente.

Terminado este parênteses, reitero que aquela equipa dinâmica, hospitaleira e jovem, foi-se manifestando, além disso, extremamente competente, servindo de exemplo na resolução das distintas situações exigidas pela Farmácia Comunitária e oferecendo constante esclarecimento e apoio, o que foi determinante para a minha integração, aprendizagem e evolução, rumo a este destino próximo – “o de ser farmacêutico”.

### 3 | EXCELENTES INFRAESTRUTURAS

As novas instalações da Farmácia Moço, que somam apenas 2 anos de existência, estão devidamente estruturadas e equipadas quer exterior, quer interiormente, nos seus dois pisos. Esta boa disponibilidade de instalações e equipamentos está ligada a uma maior facilidade de exercício das diferentes tarefas, tratando-se, sem dúvida, de um **ponto forte** de que pode desfrutar:



No seu exterior, a Farmácia Moço dispõe de:

- uma montra ampla, que, constituindo o primeiro local de contacto utente-farmácia, serve como local para disposição de múltiplas ações publicitárias;
- identificação devidamente realizada, de acordo com a legislação em vigor, designadamente: o vocábulo «Farmácia», assim como uma «cruz verde» luminosa, perpendicular à fachada do edifício;<sup>2</sup>
- rampa, de modo a facilitar a acessibilidade dos utentes, detendo particular relevância para cidadãos portadores de deficiência;<sup>2</sup>
- informação relativa ao diretor técnico, horário de funcionamento, bem como escalas de turnos das farmácias do município.



#### Sala de Atendimento ao Público (\*1)

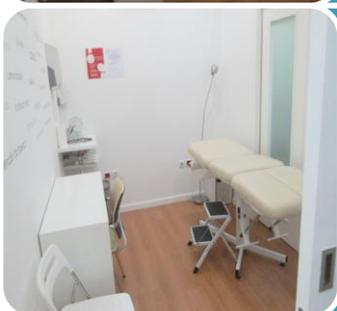
Constitui-se como um espaço amplo, luminoso e devidamente sectorizado



#### Gabinete de Atendimento Personalizado

Espaço destinado a:

- Determinação de parâmetros bioquímicos;
- Abordagem de assuntos confidenciais, salvaguardando a privacidade do utente e o sigilo profissional;
- Entre outros serviços diferenciados pontuais que sejam necessários;



#### Gabinete de consultas personalizadas

Dedicado a:

- Consultas de Nutrição
- Consultas de Podologia
- Determinadas reuniões, nomeadamente com delegados de informação médica;
- Formações complementares.



### Laboratório (\*2)

Destinado à realização de medicamentos manipulados, bem como preparação extemporânea

Constituído por 2 bancadas, lavatório, 2 balanças analíticas, armários, matérias-primas de manipulação, equipamento de laboratório, e documentação e informação científica.



### Instalações sanitárias I

Para uso público, associado ao Gabinete de Atendimento Personalizado



### Instalações sanitárias II

De uso exclusivo da equipa de trabalho.



### Gabinete da Direção Técnica

Reservado à permanência da Direção Técnica, constitui o local onde se processa o planeamento, gestão e organização da Farmácia.



### Armazém I (\*3)

O primeiro armazém, localizado no piso cimeiro, apresenta-se seccionado em diferentes partes.



### Armazém II

Localizado no rés do chão, este armazém secundário tem como finalidade albergar os produtos excedentes, até exposição ou deslocação para o armazém I.



### Área de receção de encomendas (ou ante-câmara)

Com duas portas de acesso, este é local que medeia o exterior e o interior da Farmácia, de forma a que sejam entregues as encomendas por parte dos fornecedores, vindos do exterior e simultaneamente acessíveis para a Farmácia a partir do interior.



### Zona de conferência de encomendas

Equipada com:

- Computador;
- Aparelho de leitura ótica;
- Impressora de código de barras.



### Área reservada às devoluções/quebras

Local onde se dispõem os produtos associados a devoluções ou quebras.

**Esquema 2:** Diferentes áreas da Farmácia Moço

## NOTAS A REALÇAR:

(\*<sup>1</sup>) Há reposição periódica de produtos nas diversas zonas, bem como adaptação do espaço, de acordo com a perceção das necessidades dos utentes e épocas sazonais vigentes. Deste modo, o espaço de atendimento público pauta-se pela rotatividade, dinamização e constante adequação à realidade e atualidade.

(\*<sup>2</sup>) O laboratório apresenta-se devidamente equipado, satisfazendo o mínimo obrigatório estipulado na Deliberação n.º 1500/2004, 7 de Dezembro.<sup>4</sup>

### [Consultar anexo VI – Equipamento de laboratório mínimo obrigatório]

(\*<sup>3</sup>) Os MSRM não podem ser estar ao alcance ou ser visíveis pelo utente, sendo o acesso interdito a MSRM uma exigência legal, o que justifica a existência de locais de armazenamento, além dos disponíveis na sala de atendimento ao público.

Em último lugar, é de salientar que se verifica o cumprimento dos requisitos contemplados no Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de Agosto, relativo ao regime jurídico das farmácias de oficina,<sup>2</sup> assim como o respeito pelas áreas mínimas estipuladas na Deliberação n.º 2473/2007, de 28 de Novembro.<sup>3</sup>

## 4 | SIFARMA2000: UMA MAIS-VALIA SINGULAR

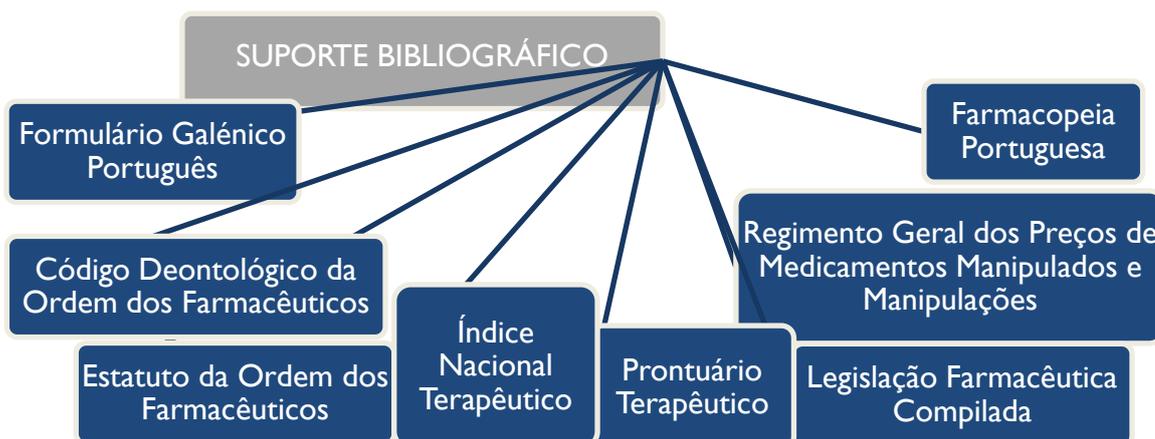
Em consonância com a grande maioria das áreas, em Farmácia Comunitária, a informática é indubitavelmente uma realidade imprescindível, sem a qual não persistiria de modo tão eficiente.

O *Sifarma2000* - *software* de gestão e organização instalado na Farmácia Moço – apresenta inúmeras funções e procedimentos que constituem irrefutavelmente um dos **pontos fortes** com que pode contactar no estágio para o quotidiano da Farmácia Comunitária, designadamente no que concerne à gestão de utentes e respetivo acompanhamento farmacoterapêutico; disponibilização de informação científica; transmissão e receção de encomendas; gestão de *stocks* (permite a consulta da quantidade disponível em *stock* de todos os produtos comercializados); controlo de prazos de validade; organização e gestão de receituário; gestão contabilística e financeira; entre outros. Este sistema sofre constantemente *updates*, pelo que se garante uma eficiente atualização face às permanentes mudanças dos mais diversos níveis, particularmente preços de medicamentos, associados a persistentes alterações, e também nova informação científica disponibilizada. Além de que, é igualmente frequente verificar-se a adaptação das próprias funcionalidades do sistema, no

sentido de agilizar o sistema perante a necessidade de melhoria contínua de atendimento ao doente, bem como necessidades de ordem legislativa e burocrática que se vão impondo. Em última análise, são, de facto, indiscutíveis as vantagens suportadas por este *software*. Já realizei anteriormente um estágio extra-curricular, numa outra Farmácia que dispunha de outro *software*, pelo que - do meu ponto de vista e também fruto das atividades que maioritariamente desenvolvi - saliento a disponibilização de informação científica como uma das mais úteis possibilidades do *Sifarma2000*, visto que permite proceder ao esclarecimento de dúvidas pontuais relativas a MSRM, MNSRM e outros produtos de saúde.

## 5 | ADAPTAÇÃO CONSTANTE FACE À PERMANENTE MUDANÇA EM SAÚDE

O farmacêutico, sujeito ao dever da atualização técnica e científica, dado a constante evolução das ciências farmacêuticas e médicas,<sup>5</sup> apresenta inúmeras ferramentas bibliográficas das quais se pode socorrer para cumprir com tal dever. O esquema seguinte representa o principal suporte bibliográfico presente na Farmácia Moço.



**Esquema 3:** Suporte bibliográfico disponível na Farmácia Moço

É também de se referir a disponibilidade para esclarecimentos prestados por centros de informação pertencentes à Associação Nacional de Farmácias (ANF), nomeadamente o Centro de Documentação e Informação de Medicamentos da ANF (CEDIME) e o Laboratório de Estudos Farmacêuticos da ANF (LEF).

Além disso, saliente-se a existência de material informativo dirigido a utentes (como folhetos, cartazes, panfletos ou *flyers* relativos a várias doenças, produtos e/ou serviços) e material dirigido a profissionais de saúde. Como exemplo de material dirigido ao profissional de saúde, destaco o “Compêndio de Fitoterapia”, referente à marca *Arkocápsula*, sendo um documento que aborda os benefícios das inúmeras Plantas Medicinais para problemas quotidianos de saúde. Este é um exemplo de documento que permite a consulta rápida e

uma ótima sistematização das potencialidades das diferentes *Arkocápsulas*. O conhecimento por ele vinculado levou-me, ao longo do Estágio, a idealizar a criação da *Arkocápsula da semana*, a qual foi aceite positivamente pela equipa de trabalho. Consistiu na divulgação de uma *Arkocápsula* por semana na página de *facebook* da Farmácia Moço, dando a conhecer a sua ação e respetiva explicação. Do meu ponto de vista, cada vez mais a divulgação dos seus produtos, em espaços acessíveis pela população, constitui uma **oportunidade** e deve ser uma aposta para a Farmácia, não só para aumentar a sua produtividade, mas também como forma de transmitir soluções para necessidades que a maioria dos cidadãos desconhece. Deste modo, a Farmácia cumpre com o seu propósito, enquanto espaço de excelência para a comunicação e - mais que isso - para a educação do doente.

## 6 | GRANDE IMPORTÂNCIA DO 'BACK OFFICE'

Ao longo do estágio, foi-me possível desempenhar atividades tanto de *back-office* como de *front-office*. Apesar de o *front-office* ser a minha predileção pelo constante desafio a que nos coloca em atuação direta com o doente, pude verificar que as atividades de *back-office* não são menos importantes, sendo a sua boa gestão uma das bases sólidas para a sustentabilidade da Farmácia. Como tal, exponho, de seguida, as atividades e conhecimentos adquiridos nesta vertente.

### APROVISIONAMENTO E FORNECEDORES

Por aprovisionamento, entenda-se o conjunto de funções e atividades que permitam o constante fornecimento e contínua disponibilidade de bens e serviços, no local e altura exatos, pelo menor custo possível.

Deve existir uma adequação contínua dos produtos e ofertas da Farmácia, com a finalidade de cumprir com dois objetivos primordiais: a satisfação das necessidades do utente, aliada à rotação de *stock*. Antes de mais, estabeleça-se a diferença entre dois conceitos: *sortido* e *stock*. O *sortido* corresponde à variedade de produtos existentes, considerando tanto o número de necessidades satisfeitas, bem como o número de elementos que satisfazem cada uma dessas necessidades. Ao passo que, *stock*, por sua vez, corresponde mais precisamente à quantidade de cada um dos produtos na farmácia.

Tendo isso em consideração, apresento, nas duas tabelas seguintes, os fatores que, a meu ver, devem ser considerados para a definição do *sortido* da Farmácia, bem como do *stock* mínimo e máximo de cada um dos seus produtos, respetivamente:

Para definir o sortido:		
Fatores preponderantes	- Localização	- Estrutura física e dimensões da Farmácia
	- Tipo e número de fornecedores	- Habilitações da equipa de trabalho
	- Tipo de utentes	- Concorrência

**Esquema 4:** Fatores a ter em conta para definir o sortido

Para definir stock mínimo e máximo:		
Fatores preponderantes	- Rotatividade	- Época do ano
	- Bonificações	- Reforço em dias de serviço
	- Campanhas promocionais	- Publicidade veiculada por meios de comunicação social
	- N° de encomendas diárias	

**Esquema 5:** Fatores a ter em conta para definir o stock

No que respeita à aquisição de produtos, existem diferentes tipos de fornecedores: diretamente aos laboratórios ou a armazéns/cooperativas. Na tabela seguinte, mencionam-se as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de fornecedor:

Laboratório	Armazém/Cooperativa
- Menor facilidade de realização de encomendas (junto do delegado de venda, ou alternativamente via telefónica ou <i>e-mail</i> );	- Maior facilidade de realização de encomendas (via eletrónica ou via telefónica);
- Maior tempo de espera;	- Possibilidade de várias entregas diárias;
- Menor preço por unidade;	- Preço por unidade superior;
- Encomenda de elevadas quantidades;	- Possibilidade de encomenda de menores quantidades;
- Maior empate de capital;	- Menor empate de capital.

**Esquema 6:** Vantagens e desvantagens entre um laboratório e armazém/cooperativa

A Farmácia Moço apresenta como principal fornecedor a cooperativa Plural. Recorre também, com frequência, ao fornecimento por parte da *Alliance Healthcare*, *Empifarma* e *Proquifa*. Além disso, são periodicamente realizadas encomendas diretas a determinados laboratórios ou armazéns, mediante necessidade de produtos, como *Brito's*, *Pfizer*, entre outros. Pude constatar, ao longo deste Estágio, que uma boa gestão de *stock* deve passar não por possuir todos os produtos do mercado, mas aqueles que se adequam e satisfazem as necessidades da população, nas quantidades e com a qualidade apropriadas, devendo, em qualquer situação, haver a preocupação por disponibilizar produtos em falta com a maior brevidade possível.

## ENCOMENDAS, DEVOLUÇÕES E QUEBRAS

**[Consultar anexo II – Elaboração de encomendas. Receção de encomendas. Devoluções e Quebras]**

## ARMAZENAMENTO

O armazenamento trata-se da atividade consecutiva à receção da encomenda, exceto para produtos de frio, que são guardados no frigorífico antes do início da receção da encomenda, após conferência de preço, validade e quantidade.

Esta tarefa de arrumação de produtos é feita tendo em consideração a rotação de *stocks*, assim como o princípio do “*First expire, First out*”, de elevada importância para uma correta gestão dos prazos de validade.

Foram as atividades de armazenamento e receção de encomendas as primeiras incutidas aos estagiários, como forma de nos inteirarmos do local de cada tipo de produto, familiarizar com os diferentes espaços da Farmácia e ainda perceber quais os produtos de saúde mais solicitados.

## PRAZOS DE VALIDADE E A SUA GESTÃO

O controlo de prazos de validade é uma atividade crucial, de forma a garantir tanto uma boa gestão *stocks*, como a qualidade, segurança e eficácia dos produtos e, conseqüentemente, salvaguardar a saúde do doente.**[Consultar anexo III – Gestão de Prazos de validade]**

## RECEITUÁRIO E FATURAÇÃO

Esta imprescindível tarefa permite a deteção de eventuais erros/enganos aquando do atendimento, sendo útil para a minimização dos possíveis efeitos prejudiciais daí decorrentes, salvaguardando-se, novamente e em última análise, a saúde do doente.

## [Consultar anexo IV – Receituário e Faturação]

Visto o *back-office* compilar este conjunto alargado de atividades e envolver praticamente toda a equipa de trabalho, apresento um primeiro **ponto fraco**. Denotei falhas de comunicação esporádicas, motivadas essencialmente por desencontro de horários do pessoal e indissociavelmente pela sua complexidade de atividades, como, por exemplo, já estar realizada uma determinada atividade e alguém ainda não saber.

## 7 | FRONT-OFFICE [Consultar anexo V – Atendimento]

### 7.1 | COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL

Em média, as pessoas tomam 11 decisões durante os primeiros 7 segundos de contacto.<sup>6</sup> Este facto deve-se à comunicação. Esta, que ocorre quer verbal, quer não verbalmente, é indubitavelmente um elemento-chave na criação de uma relação de confiança mútua e de cooperação com o utente.

Porque o *exercício da atividade farmacêutica tem como objetivo essencial a pessoa do doente,*<sup>7</sup> do meu ponto de vista, todo e qualquer atendimento ao público, em Farmácia Comunitária, deve pautar-se por transmitir:

- Simpatia contrabalançada com empatia, cujas proporções devem ser adaptáveis de acordo com o tipo de utente e o seu problema exposto;
- Competência, de forma a fomentar a relação de confiança com o utente;
- Postura de centralização no doente, ou seja, uma atuação em função das necessidades do utente;
- Personalização adequada perante cada situação específica;
- Precaução com a linguagem, designadamente no que concerne à utilização de termos demasiado técnicos, diminutivos e expressões que remetam para um grau de intimidade excessivo;
- Certificação de que toda a informação foi devidamente assimilada, desde a posologia e duração de tratamento, até à importância da adesão à terapêutica.

A propósito deste último ponto, não posso deixar de referir aquilo que numa palestra relacionada com a comunicação em Farmácia, ministrada pelo Dr. António Hipólito de Aguiar, ainda mantenho presente: *em 100% do que pretendemos transmitir, apenas 80% é realmente transmitido; apenas 60% é ouvido; 50% é percebido e somente 30% retido*. Por esta razão, reforça-se a necessidade da informação escrita, após comunicação oral, como forma de garantir que a mensagem que pretendemos transmitir se converte o máximo possível naquilo que o utente executará.

## 7.2 | DA PRESCRIÇÃO MÉDICA À VALIDAÇÃO FARMACÊUTICA

A queda de preço dos medicamentos, que se tem verificado nos últimos anos - em consequência da pressão gerada pela entrada em peso de medicamentos genéricos, fortemente apoiada pelo Governo como medida de racionalização - deve ser uma preocupação a atenuar e combater urgentemente, num futuro próximo. Além de colocar em risco a sustentabilidade das farmácias, pela diminuição acentuada de margem, visto que, sobretudo os MSRM representam um grande volume de vendas, ainda propicia a banalização do medicamento. Deste modo, esta é a maior das **ameaças (threats)** do sector, que, embora estejam para lá do controlo imediato das farmácias, jamais deve ser ignorado. Nesta sequência, muitas farmácias vêm-se obrigadas a despedir pessoal necessário e, em alguns casos, verifica-se mesmo a sua insolvência, o que resulta numa menor qualidade de serviço prestado e coloca em causa disponibilização de medicamentos e, por conseguinte, a saúde pública. Ou seja, o que à partida foi instituído com vista a uma redução de gastos em saúde, acaba por colocar em causa este mesmo sistema.

De facto, o farmacêutico detém um papel crucial, enquanto profissional de saúde central, sendo o elemento intermediário entre o médico, doente e medicamento, acrescentando-se ainda o facto de se constituir como o último profissional da cadeia encarregue por informar, alertar e relembrar o utente. Por definição, os MSRM apenas podem ser dispensados na presença de receita médica (RM), na medida em que o seu uso destituído de vigilância médica pode colocar em causa a segurança do doente. Deste modo, pressupõe avaliação e prescrição médica, seguida de atuação farmacêutica *à posteriori* que envolve verificação da adequação da RM ao caso específico.

Assim sendo, um dos **pontos fortes** que pretendo salientar é a constante necessidade de aplicação de conhecimentos adquiridos para avaliação de cada RM, que permite uma forte consolidação prática de conceitos teóricos. Essa é, a meu ver, uma atitude que o farmacêutico deve adotar, treinar, testar e melhorar, de modo a demonstrar, cada vez mais, a proatividade que pode possuir.

São inúmeras as recomendações e conhecimentos a ter presentes, sendo essencial a constante atualização. Na tentativa de exemplificar isso mesmo e apenas a título de exemplo, compilei o esquema seguinte, com base em conhecimentos adquiridos e na consulta do *Prontuário Terapêutico*,<sup>8</sup> mostrando uma seleção de algumas informações relevantes, relativas a alguns grupos farmacológicos, existindo, sem dúvida, muitos mais. Ou seja, serve somente como uma amostra do sem número de possíveis particularidades a ponderar e correlacionar perante múltiplas situações com que nos podemos deparar.

Atente-se, primeiramente, à listagem de abreviaturas que constam no esquema:

**BHE:** Barreira hematoencefálica

**COX-I:** Cicloxigenase I

**IECA:** Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (AGT)

**ARA:** Antagonistas recetores da AGT

**BEC:** Bloqueadores da entrada de cálcio

**BB:** Beta-bloqueadores

**IC:** Insuficiência cardíaca

**DCV:** Doença cardiovascular

**DM:** Diabetes Mellitus

#### Anti-histamínicos

- 2 classes: sedativos (atravessam a BHE) e não sedativos (não atravessam BHE);
- A desloratadina (não sedativo), além de anti-histamínico, é inibidor da interleucina e de outras citocinas, reduzindo a congestão nasal na rinite alérgica sazonal.

#### Analgésicos e antipiréticos

- Associações fixas são desaconselhadas, sobretudo com vasoconstritores, visto que levantam questões de segurança, como problemas cardiovasculares, hipertensão e diabetes;
- O metamizol (embora associado a risco de agranulocitose, apresenta eficácia comprovada) sendo recorrentemente intercalado com paracetamol 1000 mg, para diversas situações de dor (deparei-me, muitas vezes, com este esquema terapêutico).

#### AINEs

- Envolvidos em complicações gastrointestinais e renais (especialmente os inibidores da COX-I, que é constitutiva, interveniente na regulação fisiológica renal e digestiva);
- Do ponto de vista de segurança, sempre que não existe necessidade de ação anti-inflamatória, o uso de paracetamol com ação analgésica e antipirética é preferível (na ausência de contra-indicação).

#### Antiepiléticos e anticonvulsivos

- A interrupção brusca não deve ser praticada, podendo ocasionar crises. Recomenda-se a sua descontinuação de forma progressiva.
- Regra geral, monoterapia não é efetiva, recorrendo-se a associações.

#### Anti-depressivos

- Normalmente, deve ser realizado um aumento de doses progressivo;
- Não é aconselhável descontinuar bruscamente, devendo fazer-se desmame.

#### Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos

- Os barbitúricos apresentam riscos grave de depressão do SNC até coma e morte, sendo as benzodiazepinas (BZP) das alternativas mais seguras;
- No idoso, recomenda-se precaução com BZP, dado o risco de quedas por sedação;
- O tratamento da insónia deve ser de curta duração.

### Anti-hipertensores

- Após modificação do estilo de vida (dieta e exercício físico) não serem suficientes para redução da pressão arterial, recorre-se ao uso de anti-hipertensores, sendo frequentemente necessárias associações;
- Podem ser usados em 1ª linha: diuréticos, IECA, ARA, BEC e BB.
- Embora ainda não exista consenso relativamente à escolha de anti-hipertensores de 1ª linha, os IECA são dos mais aconselháveis em doentes com IC, por serem os únicos com capacidade de reverter a hipertrofia ventricular esquerda.
- Os IECA são também uma ótima opção a considerar em doentes idosos, dado o seu caráter nefro e cardioprotetor.
- Quando há indícios de indução de tosse seca e irritativa, os IECA devem ser substituídos por ARA,
- Em doentes com angina de peito, devem preferir-se os BEC e BB.

### Anti-dislipidémicos

- Recorre-se ao seu uso (principalmente de estatinas) quando a dieta e o exercício físico, por si só, não são suficientes para reduzir o colesterol LDL, pois é fator de risco para desenvolvimento de DCV.
- A toma exclusiva de estatinas conduz ao desenvolvimento de um mecanismo de compensação (aumento da absorção de colesterol a nível intestinal), podendo ser vantajosa a associação com ezetimiba, dado que impede a absorção intestinal de colesterol exógeno.

### Antidiabéticos orais

- Para diabéticos obesos, a metformina é o fármaco de 1ª escolha. Principal efeito secundário: distúrbios gastrointestinais. Praticamente não apresenta risco de induzir hipoglicémia
- Para doentes magros com DM tipo 2, sulfonilureias são fármacos de 1ª escolha. Como atuam diretamente na secreção de insulina, têm ação fortemente hipoglicemizante. Por essa razão, para idosos, é recomendável o uso de sulfonilureias de curta duração (gliclazida).

#### Esquema 7: Exemplos de conhecimentos a considerar e inter-relacionar

### 7.3 | AUTOMEDICAÇÃO E ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO

A automedicação é, nada mais que, a utilização de MNSRM de forma responsável, 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.<sup>15</sup>

#### [Consultar anexo IX – Lista de situações passíveis de automedicação]

Algumas das dificuldades que senti, ao longo do estágio, foram precisamente neste âmbito de intervenção farmacêutica. Esta é uma vertente que, a meu ver, vai sendo progressivamente aperfeiçoada com a prática. Como tal, considere-se como **ponto fraco** relativo à estruturação do curso, a carência de componente prática a este nível, sendo uma das razões que contribuiu para tal dificuldade. Além disso, no presente ano letivo, duas unidades curriculares importantes - Intervenção Farmacêutica em Auto-cuidados de Saúde, bem como Fitoterapia - foram fundidas numa só, pelo que se reduziu para metade o tempo de aprendizagem, em cada uma delas, comprometendo a consolidação de conceitos fundamentais a aplicar neste contexto.

## 8 | EXEMPLO DE REVISÃO DA MEDICAÇÃO

Tal como mencionado anteriormente, considerei que seria interessante realizar alguma atividade que envolvesse o acompanhamento de doentes, o que se mostrou, desde logo, bem-vindo por parte da Dra. Maria do Carmo. Posto isto, ao balcão, quando me apercebia que os doentes estavam confusos ou revelavam persistentes dúvidas quanto à sua medicação - e isto sobretudo quando polimedicados - apelava para que reunissem toda a medicação e se deslocassem até à Farmácia, para conversar sobre ela, esclarecer dúvidas e detetar possíveis erros.

Foi assim que surgiu o caso de uma doente. Mal fiz a sugestão, decidi prontamente participar, proporcionando-se o contacto com um caso interessante:

### **[Consultar anexo IX – Exemplo de revisão da medicação em Farmácia Comunitária]**

#### *DADOS GERAIS*

**Utente:** Z.C. | **Idade:** 84 anos | **Sexo:** Feminino | *Reformada*

#### *HISTÓRIA CLÍNICA*

*Z.C. trata-se de uma senhora idosa. Encontra-se diagnosticada com angina de peito. Apresenta hipertensão arterial. Por norma, apresenta valores de tensão arterial (TA) relativamente superiores de manhã e mais equilibrados à tarde. Sofre de cataratas, tendo sido submetida a cirurgia há cerca de 9 anos e novamente há um ano e meio. Até à data não evidencia sinais, nem sintomas de Diabetes Mellitus. É alérgica a alguns antibióticos, não sabendo ao certo quais. Encontra-se a ser vigiada pelo médico de medicina geral e familiar, bem como pela sua cardiologista, para além de proceder à monitorização da sua tensão arterial.*

#### *REGISTO DE MEDICAMENTOS EM USO*

### **[Consultar tabela presente no anexo IX]**

Após análise detalhada, que envolveu estudo e muita aprendizagem a partir da consulta das mais recentes *guidelines* da área cardiovascular, foi conclusivo que a doente estava a tomar todos os grupos farmacológicos preconizados. O achado identificado mais preocupante foi a interação *major* entre clopidogrel e esomeprazol. Isto, porque a coadministração do clopidogrel com inibidores da bomba de prótons (IBP) pode reduzir os seus efeitos cardioprotetores. Uma vez que o clopidogrel é um pro-fármaco, requer bioativação para exercer a sua atividade, porém, neste caso, encontra-se comprometida pela inibição da CYP450 2C19 promovida pelo esomeprazol. Nesse sentido, fármacos como o lansoprazol ou pantoprazol podem constituir alternativas mais seguras.

Sendo este um caso de uma doente com angina de peito estável, é crítico que esteja instituída uma terapia de antiagregação plaquetária efetiva.

*“O ácido acetilsalicílico na dose de 75 a 150 mg é o recomendado na ausência de contraindicações. Como se pode constatar pelo caso desta doente, no caso de existir contraindicação, recomenda-se o uso de clopidogrel 75 mg. De notar que, uma vez que o metabolito ativo do clopidogrel é formado pelas enzimas CYP450, algumas das quais são polimórficas ou sujeitas a inibição por outros medicamentos, nem todos os doentes terão uma inibição plaquetária adequada.”* **(retirado do caso apresentado no anexo IX)**

Embora apenas tenha analisado um único caso, foi suficiente para detetar problemas relacionado com os medicamentos (PRM), como seja o não alcance do objetivo terapêutico da antiagregação plaquetária, devido à inibição produzida por outro medicamento. Deste modo, foi possível exemplificar a mais-valia que pode trazer a adoção de serviços de revisão da medicação.

Atribuo como **ponto forte** (referente à adequação do curso) a capacidade acrescida de interpretação de alguns casos na prática, proporcionados pela frequência da unidade curricular opcional Avaliação Farmacoterapêutica em Cuidados Primários de Saúde, devido aos conhecimentos, treino e abertura de horizontes facultados.

Outro **ponto forte** foi a possibilidade de realizar este trabalho de revisão de medicação, em contexto de estágio. Simultaneamente, identifico também como **ponto fraco** que a tendência, hoje em dia, seja a da escassez de tempo para dedicação a novos projetos que devem ser uma aposta das Farmácias por constituírem uma oportunidade.

## 9 | FORMAÇÃO CONTÍNUA: UMA MAIS-VALIA PARA ATIVIDADE FARMACÊUTICA

As ações de formação, de diversas naturezas, proporcionam a aquisição de novos conhecimentos associados a outros já adquiridos, dotando o farmacêutico de saber continuamente acrescido e atualizado.

Ao longo do Estágio, tive oportunidade de realizar três formações complementares, focadas em temáticas bastante distintas entre si: Couro cabeludo (da Ducray®); Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC); Perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA). As formações supracitadas são um **ponto forte** decorrente da frequência de estágio, pois refletem-se na ampliação de conhecimentos e conseqüente melhoria de atuação farmacêutica. Todas, sem exceção, se mostraram profícuas, do ponto de vista didático, pela transmissão de conhecimentos úteis. Apresento, portanto, sucintamente algumas das ideias-chave nelas difundidas:

## COURO CABELUDO (DUCRAY®)

- Estados descamativos simples (caspa seca, caspa oleosa) e severos (dermatite seborreica, psoríase).
- Distinção entre caspa seca (placas brancas) e caspa oleosa (placas mais amareladas)
- Dermatite seborreica (DS): aparecimento de placas de caspa (com inflamação associada), oleosidade e prurido, devido à multiplicação de fungos saprófitas no couro cabeludo em condições de produção de excesso de sebo. Para o tratamento, é importante a combinação de antifúngico e anti-seborreico.
- Psoríase: aparecimento de placas vermelhas com escamas mais ou menos espessas, motivada por uma renovação celular muito rápida. Pode afetar todo o corpo. Não existe fungo associado (ao contrário da DS), mas apresenta causa genética associada.
- Couro cabeludo sensível (CCS): caracteriza-se por dor, picada, sensação de queimadura e prurido intenso. A Ducray® foi premiada com prémio de inovação, pela formulação de produtos para esta necessidade, tendo esclarecido o mecanismo de ação inerente.
- A maioria dos produtos de tratamento da Ducray® respeita o **Método Ducray® "2x3=6"** (2 vezes por semana; 3 minutos de aplicação; durante 6 semanas), excepto para a DS.
- É imprescindível a utilização de shampoo de alternância (como o Elution, da Ducray®), com uma base lavante suave, para os restantes dias em que não se aplica o shampoo de tratamento, a fim de evitar a regressão dos tratamentos.

## DPOC (SPIRIVA®)

- Principal objetivo terapêutico na DPOC: Evitar progressão da doença.
- Como tal, é essencial promover a correta utilização e adesão à terapêutica, alertando para o facto de que a suspensão da terapêutica leva a que piore.
- Técnica de inalação (Spiriva®): Expirar inicialmente; fechar os lábios em redor da parte terminal do bocal; inspirar lentamente, ao mesmo tempo que pressiona o botão para libertação de dose; no final, manter-se em estado de apneia durante aproximadamente 10 segundos, de modo a facilitar a devida deposição do fármaco.

- PHDA é uma disfunção do SNC, que afeta as funções executivas, que são como um "maestro de uma orquestra, responsável por organizar e eliminar distratores." Quando o seu funcionamento está comprometida, torna-se caótico.
- Comporta um grupo heterogénio e complexo de doentes. As crianças com PHDA são bastante diferentes entre si. Isto pode ser mais facilmente perceptível atendendo à "Teoria da tinta entornada". Imagine-se um mosaico dividido nas seguintes manifestações: "atenção", "interação social", "leitura", "oposição", "coordenação motora", "linguagem", "conduta", "perceção" e "aritmética". Ao deixar cair tinta no mosaico, uma mancha nunca é igual a uma outra, afetando sempre (e em diferentes proporções) as diferentes divisões. Assim, também os doentes com PHDA manifestam, cada um deles, maior disfunção em determinados aspetos, existindo desde os "mais irrequietos até aos não perturbadores mas que estão sempre noutra mundo".
- Porque é que o seu diagnóstico é cada vez mais realizado? Pode afirmar-se que a doença apresenta uma forte contribuição genética, mas os fatores ambientais, hoje em dia, são o elemento crítico. Isto é, desde há uns anos para cá, não se verificou uma alteração muito significativa nos genes, porém, o ambiente é bastante mais democrático. Assim, o sistema de autocontrolo interno sofre consideravelmente menos estimulação, o que se traduz num maior desenvolvimento de PHDA em relação a alguns anos atrás.
- Medidas não farmacológicas: fazer pequenos intervalos durante o estudo; tomar pequeno-almoço reforçado e comer chocolate, bem como outros alimentos que sejam rapidamente absorvidos (uma vez que a zona frontal necessita de elevadas quantidades de glicose).

### **Esquema 8:** Exemplos de conhecimentos transmitidos em ações de formação

## **10 | PERCEÇÃO DO IMPACTO POSITIVO DO FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO**

O estágio permitiu-me obter consciencialização prática do papel e impacto positivo da atividade do farmacêutico comunitário, desde a explicação de posologia e modo de utilização, efeitos terapêuticos e secundários, precauções a adotar com determinados medicamentos, até à promoção da adesão à terapêutica e deteção de resultados clínicos negativos da medicação.

No que diz respeito a isso, que considero como **ponto forte**, reforço esta consciencialização adquirida articulada com a “integração da aprendizagem teórica e em contexto simulado na prática profissional”, através de alguns exemplos que experienciei e que contribuíram, portanto, para a sua melhor perceção:

### **MODO DE UTILIZAÇÃO**

*Perante uma receita médica que contemplava amorolfina (verniz medicamentoso para unhas) e terbinafina (comprimido) para uma situação de onicomicose, optei por realçar que ambos os medicamentos se complementavam, detendo ambos ação anti-fúngica. De seguida, considerei relevante perguntar se o médico tinha explicado claramente como aplicar o verniz, uma vez que seria crucial para o sucesso do tratamento. O utente referiu que sim, mas que, de facto, já não se lembrava totalmente do modo de utilização. Neste seguimento, expliquei que teria limas descartáveis, compressas desinfetantes, um verniz e espátulas para aplicação do verniz. Assim, teria que limar as áreas afetadas das unhas antes da aplicação do verniz, com as limas descartáveis; limpar com as compressas desinfetantes; aplicar o verniz nas unhas afetadas com a espátula; e, por fim, deixar secar durante cerca de 5 minutos. Além disso, apelei ao cuidado de limpar a espátula com as compressas desinfetantes entre as várias aplicações, de forma a evitar a contaminação do verniz.*

Existem medicamentos com modos de utilização específicos que, pela sua não convencionalidade, requerem explicação detalhada por parte do farmacêutico.

### **PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS E RELAÇÃO BENEFÍCIO-CUSTO**

*Uma utente perguntou qual a minha opinião quanto à diferença existente entre a atorvastatina e a rosuvastatina. O motivo pelo qual surgiu esta questão prendeu-se com o facto de estar a tomar rosuvastatina (Crestor<sup>®</sup>) e o marido tomar a atorvastatina, um medicamento bastante mais barato. A doente sabia que ambas eram indicadas para baixar o colesterol, portanto, pretendia também iniciar a toma de atorvastatina. Posto isto, expliquei sucintamente o mecanismo de ação inerente a estas duas estatinas, ou seja, que ambas inibiam a produção de colesterol no fígado. Porém, salientei que não eram moléculas iguais, apresentando ligeiras diferenças ao nível da sua estrutura e, como tal, diferiam em aspetos como a sua potência e tempo de ação. Alertei ainda para o facto de que a rosuvastatina era, dentro do grupo de estatinas, a mais indicada para doentes com doenças cardiovasculares pré-existentes. E, finalmente, aconselhei que consultasse o seu médico, no sentido de averiguar se a relação benefício-custo perante a sua situação particular poderia justificar a toma de uma estatina mais barata (como a atorvastatina), ao invés de o querer fazer sem*

conhecimento e aconselhamento médico.

A desmitificação de determinados conceitos e aspetos é uma postura que deve ser ativamente adotada pelo farmacêutico perante todas as situações que o justifiquem.

## DETEÇÃO DE DUPLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

*Uma utente habitual dirige-se à farmácia com uma receita para a dispensa de alprazolam. Pela apresentação das hipóteses possíveis e através da consulta do histórico de vendas do sistema, detetou-se que a doente estava a tomar, por lapso, dosagens diferentes desta SA: alprazolam de um laboratório numa dosagem, em concomitância com Xanax<sup>®</sup> de outra dosagem. Deste modo, houve necessidade de explicar que se tratava da mesma SA, sendo que diferiam na dosagem e no facto de uma ser medicamento genérico e outra medicamento de marca, o que explicava os nomes diferentes mencionados na embalagem - razão que esteve na origem da confusão.*

A crescente disponibilização de medicamentos equivalentes (como medicamentos genéricos) é uma das mais frequentes fontes de confusão para os doentes. Deste modo, é crítica a sua identificação e respetivo esclarecimento, por forma a evitar potenciais complicações decorrentes da sobredosagem não intencional.

## COMUNICAÇÃO ORAL E ESCRITA CLARA

*Um senhor idoso traz uma receita com paracetamol 1000 mg. A primeira questão que procurei esclarecer foi se era para dores e/ou febre, pelo que o senhor referiu que era para a sua esposa, pois tinha sofrido uma fratura óssea, após queda. Esclarecida a indicação (dor), assim como o sujeito que tomaria o medicamento, interroguei pela preferência entre medicamento genérico ou de marca, referindo os respetivos preços. O senhor optou pelo medicamento de marca. Fui, portanto, buscar o Ben-u-ron<sup>®</sup>. Ao visionar a embalagem, o senhor reconheceu-a e disse que havia algum engano, porque Ben-u-ron<sup>®</sup> ainda tinha em casa e que aquilo que realmente queria era “paracetamol”. Posto isto, expliquei que se tratava da mesma substância ativa, explicando que o Ben-u-ron<sup>®</sup> correspondia ao paracetamol mas era o medicamento de marca. Após tal esclarecimento, o senhor preferiu levar o medicamento genérico, pelo que procedi à troca de embalagens e enfatizei, escrevendo na respetiva embalagem, que apenas poderia tomar “de 8 em 8 horas, em SOS, para as dores” e ainda “igual ao Ben-u-ron”, de modo a evitar a persistência da confusão entre medicamento genérico e de marca.*

Por muito simples que, para nós, sejam determinados conhecimentos há que prestar cuidado na sua explicação, uma vez que muitos deles não são dominados pelo doente. A comunicação deve, por isso, pautar-se pela clareza e objetividade.

## SUSPEITA DE REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE A FÁRMACO

Uma situação de descamação anormal na ponta do dedo indicador, sem motivo aparente, traz uma utente preocupada à farmácia, explicando que jamais lhe tinha acontecido tal fenómeno e que estranhava porque não tinha sofrido de qualquer agressão naquele local e estava a progredir. Face a esta situação, o primeiro indício que me pareceu importante despistar foi possível reação de hipersensibilidade medicamentosa. Logo, questionei se há pouco tempo teria iniciado a toma de algum medicamento novo. A resposta foi afirmativa, tendo iniciado a toma de um antibiótico, pelo que tal facto não invalidou a minha hipótese. Dada a especificidade da situação, o aconselhamento recaiu sobre a hidratação da zona afetada e a consulta o mais breve possível de um médico, de preferência dermatologista, para averiguar a possível causa do acontecimento descrito. No entanto, salientei que poderia estar relacionado com uma reação de hipersensibilidade ao novo fármaco e que essa questão deveria ser devidamente verificada, particularmente se manifestasse aparecimento de lesões descamativas noutros locais do corpo, como olhos, boca, pregas cutâneas, entre outras manifestações como febre ou até mesmo envolvimento das mucosas. Expliquei que apesar de serem situações raras não devem ser colocadas de parte, e que seguramente o dermatologista seria o profissional de saúde mais apropriado para avaliar a sua situação.

Há situações que, pela sua natureza ou especificidade, devem ser alvo de avaliação e acompanhamento médico.

## ADESÃO À TERAPÊUTICA E UTILIZAÇÃO CORRETA DE DISPOSITIVOS

Apresentada uma RM contemplando, entre outros, um medicamento de primeira linha no tratamento da DPOC. Confirmou-se com o utente que a indicação terapêutica era DPOC, manifestando tosse seca e irritativa. Tinha sofrido um “ataque de falta de ar” na noite anterior, episódio que o deixou inquietado. Deste modo, diante um caso de exacerbação dos sintomas de DPOC, dispunha como possíveis causas: a falta de adesão à terapêutica e/ou a incorreta utilização dos dispositivos. A primeira eliminei perguntando se tomava toda a medicação que o médico prescrevia. Para avaliar a adequada utilização dos dispositivos pedi que me exemplificasse como administrava o Spiriva®. Posto isso, conversei com o doente dando ênfase a particularidades determinantes como o expirar todo o ar antes de inspirar, inspirar concomitantemente com o acionar do botão, sustentar a respiração durante 10 segundos e, por fim, reiniciar a respiração normal. A adesão à terapêutica e a utilização correta de dispositivos deve ser promovida pelo farmacêutico comunitário.

**Esquema 9:** Exemplos de casos de integração da aprendizagem teórica em contexto prático.

## II | SERVIÇOS FARMACÊUTICOS: OPORTUNIDADES A EXPLORAR

Porque a Farmácia é um espaço fundamental quer para a terapêutica, quer para a prevenção, os serviços farmacêuticos são uma excelente **oportunidade** a desenvolver neste local.

Na Farmácia Moço, realiza-se: determinação de parâmetros bioquímicos; entregas domiciliárias; consultas de nutrição e podologia; bem como o serviço Valormed. No que diz respeito ao primeiro serviço, nós estagiários, realizámos durante uma semana, determinações gratuitas de tensão arterial e colesterol, a fim de iniciarmos o desenvolvimento de um contacto mais próximo com o doente.

### **[Consultar anexo VII – Cartaz de avaliação da tensão arterial e glicémia]**

A determinação de parâmetros bioquímicos é um serviço que, além de auxiliar a nível de prevenção e controlo de doenças, permite conhecer mais detalhadamente os utentes e perceber as suas principais necessidades. Ao longo das determinações de parâmetros bioquímicos que realizei, fui utilizando a oportunidade de foco e proximidade com os doentes para proceder à discussão de medidas não farmacológicas a adotar. No final, sobretudo em casos de valores elevados relativamente aos valores referenciais, reforçava a informação discutida através da cedência de folhetos com inclusão de explicações fisiopatológicas, valores de referência e cuidados a ter.

É, de facto, um momento oportuno para debater medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo dos parâmetros medidos e esclarecer dúvidas do utente. Exemplo disso foi numa determinação de colesterol que efetuei a um senhor em que discuti a medidas farmacológicas e não farmacológicas, visto que tencionava reduzir os seus valores de colesterol ligeiramente aumentados. Ao mencionar que a estatina que tomava idealmente deveria ser feita junto à hora de deitar, e não ao jantar como me disse que fazia, ficou bastante admirado e agradecido. Expliquei-lhe que se devia ao facto de a toma ao deitar (próximo da meia-noite) resultar em concentrações mais elevadas do fármaco e, por isso, um maior efeito coincidente com o horário do “pico” de síntese de colesterol endógeno (por volta das 2 a 3 horas da manhã).

**Oportunidades** a desenvolver, do meu ponto de vista, recaem sobre a aposta em serviços diferenciados ao nível de cuidados farmacêuticos, nomeadamente na gestão da doença e gestão da terapêutica, onde se incluem programas de gestão da doença e a revisão da medicação.

No que diz respeito a programas de gestão da doença é, para mim, importante apostar, numa primeira fase em doenças de elevada prevalência, como sejam diabetes, hipertensão, dislipidémia, asma e DPOC.

Exemplo disso foi a Campanha da Diabetes “Controlar a Diabetes está na sua mão!”, avaliada num estudo realizado pelo CEFAR, em parceria com a *Espírito Santo Research*. 7719 diabéticos foram avaliados, sendo que 23,9% deles foram encaminhados para o médicos, dos quais 72,7% devido a valores de glicémia acima dos objetivos terapêuticos.<sup>9,10</sup>

No que concerne à revisão da medicação, refira-se o que já se encontra mencionado no exemplo presente no anexo IX: *A revisão da medicação (RM), cuja origem nos remete para os E.U.A., detém particular evidência de prática com sucesso no Reino Unido e Austrália.*<sup>11</sup> (...) *A mais-valia proporcionada por este serviço afigura-se comprovada e documentada por inúmeros artigos científicos, não só no que concerne à melhoria dos resultados da medicação e otimização da terapêutica, mas também na redução de reações adversas e internamentos hospitalares, sendo o farmacêutico o elemento-chave na execução e prossecução do serviço.*<sup>11</sup>

*Um estudo baseado na revisão da terapêutica devidamente realizada por um farmacêutico integrou 205 doentes que transportavam num brown bag todas as caixas de medicamentos e outros produtos consumidos. Este estudo originou intervenções em 87% das revisões, no que toca à melhoria do conhecimento do medicamento e possíveis efeitos secundários, contraindicações, precauções, bem como a toma adequada e melhoria da adesão à terapêutica, pelo que foi apurado que cerca de 12% das intervenções realizadas evitaram possíveis internamentos.*<sup>12</sup>

*Krska et al. desenharam um estudo randomizado e controlado que demonstra irrefutavelmente o impacto positivo da revisão da medicação em doentes com idade superior a 65 anos, com pelo menos duas doenças crónicas e a toma não inferior a quatro medicamentos. Dele resultaram 96% de recomendações do farmacêutico que obtiveram aprovação do médico, sendo que 70% dos problemas identificados foram solucionados no grupo de intervenção, comparativamente com apenas 14% no grupo de controlo.*<sup>13</sup> (...)

*Segundo Sorensen et al. (2004), são inegáveis os benefícios consequentes da implementação da revisão da terapêutica na melhoria dos cuidados primários de saúde, independentemente da estrutura física associada, seja em farmácia comunitária, seja em casa dos doentes ou mesmo lares.*<sup>14</sup> **(retirado do caso apresentado no anexo IX)**

Certo é que, em Portugal, estes serviços não são ainda apoiados financeiramente pelo Sistema Nacional de Saúde, devido à falta de evidência deste promissor serviço. Deste modo, é papel do farmacêutico provar que a promoção da melhoria do processo de uso do medicamento e identificação de fatores de risco associados a resultados negativos da medicação se converte na redução de gastos em saúde pública. Assim que existir consciencialização deste facto, esta poderá vir a ser um excelente serviço devidamente prestado pelo farmacêutico e reconhecido a nível nacional. *Note-se que o desejável seria que a revisão da medicação em Portugal se aproximasse, ao máximo, do conceito de revisão da*

*medicação que vigora no Reino Unido e Austrália: um serviço que constitua já uma vertente sólida da farmacoterapia, no contexto dos cuidados primários de saúde. Ressalte-se que a filosofia destes países dita que idosos com mais de 75 anos de idade devem realizar revisão da medicação, pelo menos uma vez por ano e de 6 em 6 meses todos os que apresentem esquemas terapêuticos com quatro ou mais fármacos* <sup>11</sup> **(retirado do caso apresentado no anexo IX)**

Para que isto se torne possível será necessário empenho e trabalho da classe num momento de mudança de paradigmas, que é simultaneamente altura de oportunidades.

Por último, gostaria de realçar que para além da perspetiva tradicional de dispensa de medicamentos e produtos de saúde, deve assumir uma nova perspetiva de prestação de serviços de saúde e bem-estar do doente, como forma de sustentabilidade económica do setor, melhoria da qualidade de vida do doente e valorização do papel do farmacêutico.

## 12 | MICF: NECESSIDADE DE ADAPTAÇÃO ÀS NOVAS REALIDADES PROFISSIONAIS

O MICF apresenta como **ponto forte** a abrangência de oportunidades que deixa em aberto, todavia, também contempla como **ponto fraco** a formação de muitos profissionais de saúde iguais entre si e em número superior relativamente àquele que o mercado atualmente é capaz de absorver. No contexto da Farmácia Comunitária, pode inclusivamente apontar-se como **ameaça** ao curso de Ciências Farmacêuticas, o curso de Farmácia que é responsável pela formação de um número consideravelmente inferior de futuros profissionais, facultando uma formação específica e direcionada com componentes práticas integradas ao longo do curso. A meu ver, deveria haver uma aposta superior pelo MICF na integração de estágios curriculares além do final, de forma a possibilitar o desenvolvimento de perceção e consciencialização precoce da realidade profissional; treino e aplicabilidade dos conceitos teóricos na prática e ainda desenvolvimento de preferências por determinadas áreas profissionais em detrimento de outras, tendo em conta o leque alargado de oportunidades que o curso de Ciências Farmacêuticas oferece.

Outro ponto que defendo é o da diferenciação. Considero que seria promissora a **oportunidade** de uma maior segmentação por áreas, a partir do 4º ano início do Mestrado Integrado. Mesmo havendo a possibilidade de haver algumas cadeiras em comum, contemplar-se-ia um conjunto de unidades curriculares exclusivas de uma determinada área, com o intuito de proporcionar uma formação específica e diferenciada aos futuros profissionais farmacêuticos. Deste modo, seria possível fazer-se face ao excessivo número de alunos “iguais” e promover-se-ia a criação de “nichos” de maior especialização, que possibilitariam a aquisição de conjuntos particulares de *hard skills* essenciais ao posterior ingresso e entrada no mercado de trabalho abrangido por cada uma das áreas estudadas.

### 13 | CONCLUSÃO

Em jeito de conclusão, relativamente a este estágio aponto como último **ponto forte**, a perceção da envolvimento, abrangência, importância e funcionamento global da Farmácia Comunitária, proporcionado pelo desempenho das diferentes atividades que contempla.

Em última análise, resumem-se os pontos integrantes da abordagem SWOT realizada ao longo do relatório:

#### STRENGTHS:

- Fácil integração da equipa de trabalho pela sua jovialidade, hospitalidade e dinamia;
- Contacto com uma elevada heterogeneidade de casos, dada a população-alvo diversificada;
- Aprendizagem completa e contínua, associada ao constante convívio com novas situações e contextos;
- Missão, princípios e valores bem definidos pela Farmácia Moço;
- Desenvolvimento de *soft skills* imprescindíveis como a comunicação, adaptabilidade, flexibilidade, responsabilidade, espírito de equipa e sentido humanitário;
- Consolidação consistente de conceitos teóricos, na prática, decorrente da constante necessidade de aplicação de conhecimentos básicos adquiridos;
- Disponibilidade de excelentes instalações e equipamentos ligada a uma maior facilidade de exercício das diferentes tarefas;
- Disponibilidade do *Sifarma2000*, como *software* interno de gestão e organização instalado na Farmácia Moço, apresentando inúmeras funções e procedimentos que constituem uma mais-valia singular no quotidiano da Farmácia Comunitária;
- Participação em ações de formação com reflexo na ampliação de conhecimentos e consequente melhoria de atuação farmacêutica;
- Capacidade acrescida de interpretação de alguns casos na prática, devido aos conhecimentos, treino e abertura de horizontes proporcionados pela frequência da unidade curricular opcional Avaliação Farmacoterapêutica em Cuidados Primários de Saúde;
- Consciencialização prática do papel e impacto positivo da atividade do farmacêutico comunitário;
- Realização de um trabalho de revisão da medicação.

#### WEAKNESSES:

- Falhas de comunicação esporádicas, por desencontro de horários e complexidade de todo o conjunto de atividades de *back-office*;

- Carência de componente prática relacionada com a área de Farmácia Comunitária, ao longo do curso;
- Escassez de tempo para dedicar à elaboração de novos projetos;
- Formação de muitos profissionais de saúde “iguais” entre si.

#### *OPPORTUNITIES*

- Divulgação de produtos à população, através de meios de comunicação como a internet;
- Implementação e desenvolvimento de serviços diferenciados;
- Segmentação por áreas, a partir do 4º ano início do Mestrado Integrado.

#### *THREATS*

- Queda de preços dos medicamentos, que coloca em causa a sustentabilidade das farmácias;
- Outros cursos com mais estágios curriculares integrados ao longo do curso;
- Necessidade de diferenciação dos alunos do MICF.

## 14 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Decreto-Lei n.º 7/2011. **Diário da República, I Série.** 6 (2011-01-10) 178-180.
- 2 – Decreto-Lei n.º 171/2012. **Diário da República, I Série.** 148 (2012-08-01) 4030-4045.
- 3 - Deliberação n.º 2473/2007. **Diário da República, II Série.** 247 (2007-12-24) 37268-37269.
- 4 - Deliberação n.º 1500/2004. **Diário da República, II Série.** 303 (2004-12-29) 19288.
- 5 – **Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos** - [Em linha] [Consult. 17 mai. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ceic.pt/portal/page/portal/CEIC/UTILIDADES\_INFORMACAO/NORMATIVO/NACIONAL/CodigoDeontologico\_OF.pdf>.
- 6 – WILLINGHAM, R. - **Hey, I'm the Costumer.** Prentice Hall, 1992. ISBN: 0-13-388156-X.
- 7 – Decreto-Lei n.º 288/2001. **Diário da República, I Série.** 261 (2001-11-10) 7150-7165
- 8 – INFARMED - **Prontuário terapêutico online** – [Em linha] [Consult. 18 Mai. 2014]. Disponível em WWW:<URL: http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>.
- 9 – ANF - **Contributo da Associação Nacional das Farmácias: Plano Nacional de saúde 2011-2016** - [Em linha] [Consult. 20 Mai. 2014]. Disponível em WWW:<URL: http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>.
- 10 – BANCO ESPÍRITO SANTO. Centro de Estudos e Avaliação em Saúde. - **O Valor das Farmácias: Rede de Saúde de Proximidade: benefícios económicos da campanha “Controlar a diabetes está na sua mão”:** um **Case Study** [Em linha] [Lisboa]: CEAS, 2002. [Consult. 2 jun. 2014]. Disponível em WWW:URL:http://www.bes.pt/sitebes/cms.aspx?plg=9b949498-4fe3-4609-8712-6b75e89b28b7.

11 – SHAW, J. - **Room for review: a guide to medication review: the agenda for patients, practitioners and managers.** [Em linha] London : Task Force on Medicines Partnership, 2002. [Consult. 17 Mai. 2014]. Disponível em WWW:URL:[http://www.npc.nhs.uk/review\\_medicines/intro/resources/room\\_for\\_review.pdf](http://www.npc.nhs.uk/review_medicines/intro/resources/room_for_review.pdf). ISBN 9780954402808.

12 – NATHAN A. [et al.] - Brown bag' medication reviews as a means of optimizing patients' use of medication and of identifying potential clinical problems. **Family Practise.** 16(3) (1999) 278-282.

13 – KRŠKA, J. [et al.] - Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care. **Age and Ageing.** 30 (2001) 205-211

14 – SORENSEN, Lene [et al.] - Medication reviews in the community: results of a randomized, controlled effectiveness trial. **British Journal of Clinical Pharmacology.** 58:6 (2004) 648–664.

15 - Despacho n.º 17690/2007. **Diário da República, II Série.** 154 (2007-08-10) 22849 - 22850.

## 15 | ANEXOS

### Anexo I

#### Missão, Princípios e Valores

##### “Missão

A equipa da farmácia tem por missão a dispensa de medicamentos de uso humano e veterinário e outros produtos de saúde, desde a aquisição, à preparação ou à dispensa dos mesmos. A equipa é ainda responsável pela promoção da saúde e prevenção de doenças nas populações e partilha das responsabilidades com os utentes e outros profissionais de saúde.

##### Princípios

As Boas Práticas de Farmácia requerem:

- A primeira preocupação da farmácia é o bem-estar do utente, da comunidade e do público em geral
- A essência da atividade farmacêutica na farmácia é a preocupação pelo fornecimento da informação adequada à dispensa de medicamentos e outros produtos de cuidados de saúde, aconselhamento ao utente e o acompanhamento dos efeitos da utilização dos medicamentos
- O farmacêutico procede à informação e aconselhamento sobre medicamentos e outros produtos de cuidados de saúde, de modo a promover a sua correta utilização
- O farmacêutico contribui para a utilização correta dos medicamentos e para a promoção de uma prescrição racional e económica dos mesmos
- O objetivo de cada elemento dos cuidados farmacêuticos seja claramente definido, apropriado para o indivíduo, comunicado de forma eficaz e aceite por todos os elementos envolvidos
- A farmácia promova e participe efetivamente em atividade de promoção de saúde e em cooperação com outros profissionais e instituições ligadas à saúde.

##### Valores

- Deve existir uma relação de cooperação e confiança mútua entre todos os profissionais de saúde e com os colegas para maior benefício do utente
- A relação com os utentes deve ser da máxima confiança, marcada pelo sigilo profissional, com descrição ética e ajustada a todas as regras deontológicas da profissão
- A Farmácia deve responsabilizar-se por uma constante atualização profissional da equipa da farmácia.”

(retirado do Manual de Qualidade, da Farmácia Moço)

## Anexo II

### **Elaboração de encomendas; Receção de Encomendas; Devoluções e Quebras**

“Na Farmácia Moço efetuam-se encomendas diárias e pontuais.

1. As encomendas diárias são efetuadas pelo SIFARMA através das encomendas automáticas e por fornecedor. Posteriormente a proposta de encomenda é analisada pelo operador, aprovada e enviada ao fornecedor por modem.

Pontualmente podem ser efetuados alguns pedidos por telefone ou por via informática. Estes produtos podem ser medicamentos ou produtos de saúde que não temos disponíveis na base de dados da farmácia ou que estão sob consulta.

2. A encomendas diretas são efetuadas pontualmente aos laboratórios, quer sejam genéricos ou produtos de saúde. Neste caso a encomenda é efetuada para uma previsão de tempo específico e tendo em conta o registo de movimento dos produtos, a época sazonal, etc. Finalmente a encomenda é aprovada pela direção técnica e enviada ao fornecedor.”

#### **Receção de Encomendas**

1. Conferir o fornecedor, destinatário nas Faturas/Guias de Remessa; Conferir a numeração das caixas;
2. Retirar os produtos de frio, conferir o preço, validade e quantidade e guardar no armazém de frio;
3. No sistema SIFARMA chamar a encomenda e picar os produtos um a um, conferindo o preço e a validade, alterando-a na ficha de produto se necessário;
4. Conferir a Fatura/Guia de Remessa e no caso das encomendas diárias, arquivar o original na pasta da contabilidade e o duplicado na pasta dos duplicados com a rúbrica do operador; No caso das Encomendas Diretas, imprimir o comprovativo de receção de encomenda e juntar aos documentos;
5. Na arrumação da encomenda retirar os produtos que estão reservados ou pagos e guardar na gaveta dos produtos reservados e dos pagos;
6. Proceder à arrumação da encomenda por ordem alfabética, ficando sempre o produto com validade mais curta pronto a sair primeiro;
7. No caso de alguma irregularidade na fatura ligar ao fornecedor e acordar a melhor forma de resolver a situação.”

#### **Devoluções e Quebras**

“**Notas de Devolução** - No caso de produtos com prazo de validade expirar ou de produtos que estão em falta na encomenda ou enviados por engano, efetuamos uma Nota

de Devolução, à qual é atribuído um código AT caso seja devolvido o produto ao fornecedor.

Depois de enviada a nota de devolução, o fornecedor procede à regularização através de:

1. Troca de Produto acompanhado de uma Guia de Transporte
2. O Produto não é aceite pelo fornecedor e devolvido à farmácia. Neste caso o Produto segue para Quebras.
3. O fornecedor emite uma Nota de Crédito, que depois é regularizada na farmácia e o produto sai do *Stock*.”

(retirado do Manual de Qualidade, da Farmácia Moço)

### **Anexo III**

#### **Gestão de Prazos de validade**

##### **“Validades**

De dois em dois meses é retirada do sistema informático uma listagem com os medicamentos e produtos de saúde com prazo de validade a expirar nos próximos 6 meses.

No caso dos produtos de saúde com prazo de validade a expirar nos próximos 6 meses, tentamos escoar os produtos através de campanhas ou promoções.

Os medicamentos ou produtos de saúde que estão para ser devolvidos aos laboratórios e que aguardam uma resposta do mesmo são reservados em caixa fechada e por laboratório, numa zona reservada para o efeito.

No caso dos medicamentos e produtos de saúde provenientes de encomendas diárias fazemos uma devolução para o armazém de origem, segundo as normas indicadas pelo armazenista.”

(retirado do Manual de Qualidade, da Farmácia Moço)

### **Anexo IV**

#### **Receituário e Faturação**

##### **“Faturação**

1. O receituário é conferido ao final do dia e organizado por organismos e lotes de 30 receitas.
2. Assim que possível os lotes são conferidos novamente e quando completos emite-se o Verbetes individual de cada um.
3. No fim do mês enviam-se os lotes do Sistema Nacional de Saúde para o Centro de Conferências de Faturas, acompanhado do resumo de lotes e fatura. Os lotes referentes

aos outros organismos são enviados para a ANF acompanhados do resumo de lotes e da respetiva fatura.”

(retirado do Manual de Qualidade, da Farmácia Moço)

## **Anexo V**

### **Atendimento**

#### **“Atendimento**

1. O utente é recebido num ambiente confidencial e recebemos a informação do que o utente pretende.
2. No caso de vir acompanhado de uma receita médica, recebemos a receita, conferimos a sua validade procedemos à recolha dos medicamentos.
3. Verificamos sempre os códigos do dicionário e depois confere-se o código do produto.
4. Fazemos a comparticipação dos medicamentos e guardamos a receita. No final do dia as Receitas são conferidas, carimbadas, rubricadas e datadas.
5. No caso de o utente pedir aconselhamento sobre outros medicamentos ou produtos de saúde o farmacêutico atende o utente conforme as normas das Boas Práticas de Farmácia.
6. A Farmácia Moço disponibiliza aos seus utentes o serviço de atendimento domiciliário.”

(retirado do Manual de Qualidade, da Farmácia Moço)

## Anexo VI

### Equipamento de laboratório mínimo obrigatório

<p>I. Equipamento de laboratório:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Alcoómetro;</li><li>❖ Almofarizes de vidro e de porcelana;</li><li>❖ Balança de precisão sensível ao miligrama;</li><li>❖ Banho de água termostaticado;</li><li>❖ Cápsulas de porcelana;</li><li>❖ Copos de várias capacidades;</li><li>❖ Espátulas metálicas e não metálicas;</li><li>❖ Funis de vidro;</li><li>❖ Matrases de várias capacidades;</li><li>❖ Papel de filtro;</li><li>❖ Papel indicador pH universal;</li><li>❖ Pedra para a preparação de pomadas;</li><li>❖ Pipetas graduadas de várias capacidades;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Provetas graduadas de várias capacidades;</li><li>❖ Tamises FpVII, com abertura de malha 180 <math>\mu</math>m e 355 <math>\mu</math>m (com fundo e tampa);</li><li>❖ Termómetro (escala mínima até 100°C);</li><li>❖ Vidros de relógio.</li></ul> <p>2. Equipamento de comunicação:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Aparelho de telecópia ou outro meio de transmissão eletrónica de dados que permita a receção expedita de alertas de segurança e de qualidade enviados pelo INFARMED.<sup>4</sup></li></ul>
--	---

## Anexo VII

### Cartaz de avaliação da tensão arterial e glicémia

FARMÁCIA MOÇO

**Faça a avaliação da sua  
TENSÃO ARTERIAL e  
GLICÉMIA  
na Farmácia Moço**

**GRATUITO**

"A SUA  
SAÚDE  
AO NOSSO CUIDADO."

## Anexo VIII

### Lista de 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 hiperssecção 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 reumatismais ligeiras moderadas (ostearthrose/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> Hipossecreção 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 varicoso—terapêutica tópica adjuvante.</p> <p><i>b)</i> Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica (com descrição de sintomatologia).</p>

# IDOSOS E A POLIMEDICAÇÃO

## EXEMPLO DE REVISÃO DA MEDICAÇÃO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA ANGINA DE PEITO E COMORBILIDADES

Farmácia Moço

### IDOSO: MODIFICAÇÕES FISIOLÓGICAS

O envelhecimento está relacionado com modificações fisiológicas progressivas que podem afetar a farmacocinética (absorção, distribuição, metabolismo e excreção), bem como a farmacodinamia dos fármacos.<sup>8</sup>

A nível da absorção dos fármacos, apontam-se como causas: o aumento do pH gástrico, redução da motilidade gastrointestinal e da superfície de absorção, assim como a influência da eventual diminuição dos processos de transporte ativo. As alterações na distribuição relacionam-se com a redução da água corporal total, proteínas plasmáticas (especialmente a albumina) e aumento da massa gorda. A diminuição do fluxo sanguíneo hepático, interações farmacológicas e co-morbilidades de elevada prevalência nesta faixa etária - nomeadamente insuficiência cardíaca (IC), patologias tiroideias e tumores - são fatores que abonam a favor das alterações no metabolismo. A excreção, por sua vez, encontra-se condicionada pela diminuição da função renal, a qual está associada à redução da *clearance* renal, sobretudo de fármacos passíveis de extensa excreção renal.<sup>8,9</sup>

As modificações farmacodinâmicas geram um aumento na sensibilidade a fármacos, sobretudo anticolinérgicos, fármacos que alterem a função cognitiva - antidepressivos, hipoindutores e antipsicóticos - e fármacos atuantes nos mecanismos homeostáticos.<sup>9</sup>

### POLIFARMACOTERAPIA

Os inúmeros problemas de saúde coexistentes na população idosa conduzem à prescrição de múltiplos fármacos em simultâneo - polifarmacoterapia.

Verifica-se a existência de uma correlação entre o risco de reações adversas e o número de fármacos administrado.<sup>9,10</sup> Enquanto existe um risco de 6% perante a toma de dois

medicamentos, este acresce para 50% aquando da toma concomitante de 5 medicamentos.<sup>10</sup>

A polifarmacoterapia está associada, muitas vezes, a uma cascata de prescrições, isto é, a um conjunto de prescrições ininterruptas face ao aparecimento de novos sinais e sintomas decorrentes da terapêutica instituída. Posto isto, a constatação de novas manifestações clínicas devem primeiramente ser alvo de ponderação, com o intuito de despistar a eventual causa iatrogénica. Tal reflexão prévia reveste-se de extrema relevância, de forma a não tomar resultados negativos da medicação (RMN) como novas doenças.<sup>9</sup>

Outro aspeto a considerar prende-se com o facto de, apesar de a evidência robusta ser baseada em ensaios clínicos (EC) aleatorizados, fatores como a polimedicação, comorbilidades associadas, assim como a fração reduzida ou até nula de idosos incluídos em EC limitam a extrapolação dos seus resultados para esta faixa etária. Como tal, a normas clínicas surgem no sentido de fornecer a melhor evidência disponível para aplicação na prática clínica, tendo em conta as comorbilidades presentes.<sup>10</sup> Contudo, é de realçar que a aplicação não ponderada como um todo de várias normas, em doentes com múltiplas doenças, pode resultar num conjunto de fármacos não seguro e/ou inefetivo, sendo que há necessidade de adaptação conjunta das normas disponíveis a cada situação particular.<sup>8,10</sup>

Em última análise, é imperativa a necessidade de adoção de estratégias de racionalização da prescrição, designadamente:

- Revisão da medicação e manutenção atualizada de todos os medicamentos (não sujeitos a receita médica, dietéticos e fitoterapêuticos);
- Identificação de todos os medicamentos por denominação comum internacional (DCI);
- Conhecimento do perfil dos fármacos prescritos;
- Assegurar que não existe alternativa não farmacológica;

- Certificação de que cada fármaco tem indicação adequada (evidência);
- Assegurar que não há duplicação de fármacos pertencentes à mesma classe;
- Preferência por fármacos com dupla ação;
- Especificação e explicitação de objetivos terapêuticos;
- Suspensão de fármacos de benefício desconhecido e/ou sem indicação clínica;
- Substituição de fármacos tóxicos por outros mais seguros (ex: aplicação dos critérios de *Beer* no idoso);
- Evitar a cascata de prescrição, anteriormente referida;
- Utilizar suportes informáticos para evitar o erro;
- Ter em consideração a relação benefício-custo associada a cada fármaco;
- Assegurar a educação e informação ao doente;
- Revisão regular dos planos terapêuticos;
- Coordenação de diversas prescrições com proveniência de diferentes médicos;
- Recomendação por utilização da mesma farmácia.<sup>10</sup>

## IMPACTO POSITIVO DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DA REVISÃO DA MEDICAÇÃO

A revisão da medicação (RM), cuja origem nos remete para os E.U.A., detém particular evidência de prática com sucesso no Reino Unido e Austrália.<sup>11</sup>

São várias as classificações que existem para a RM, sendo a definida pela *Pharmaceutical Care Network Europe* (PCNE) aquela que se encontra mais ajustada à farmácia comunitária, dado que se baseia na informação disponível referente ao doente. De acordo com a PCNE, existem três tipos de RM: simples, intermédia e avançada. A RM simples cinge-se ao historial de medicação dispensado na farmácia. A RM intermédia foca-se na informação cedida pelo doente referente aos fármacos e história clínica. Por sua vez, na RM avançada dispõe-se da totalidade da informação do doente, inclusive a informação clínica.<sup>12</sup>

A mais-valia proporcionada por este serviço afigura-se comprovada e documentada por inúmeros artigos científicos, não só no que concerne à melhoria dos resultados da medicação e otimização da terapêutica, mas também na redução de reações adversas e internamentos hospitalares, sendo o

farmacêutico o elemento-chave na execução e prossecução do serviço.<sup>11</sup>

Um estudo baseado na revisão da terapêutica devidamente realizada por um farmacêutico, integrou 205 doentes que transportavam num *brown bag* todas as caixas de medicamentos e outros produtos consumidos. Este estudo originou intervenções em 87% das revisões, no que toca à melhoria do conhecimento do medicamento e possíveis efeitos secundários, contraindicações, precauções, bem como a toma adequada e melhoria da adesão à terapêutica, pelo que foi apurado que cerca de 12% das intervenções realizadas evitaram possíveis internamentos.<sup>13</sup>

Krska et al. desenharam um estudo randomizado e controlado que demonstra irrefutavelmente o impacto positivo da revisão da medicação em doentes com idade superior a 65 anos, com pelo menos duas doenças crónicas e a toma não inferior a quatro medicamentos. Dele resultaram 96% de recomendações do farmacêutico que obtiveram aprovação do médico, sendo que 70% dos problemas identificados foram solucionados no grupo de intervenção, comparativamente com apenas 14% no grupo de controlo.<sup>14</sup>

O aumento da adesão à terapêutica, por seu lado, é notoriamente verificado aquando do esclarecimento do doente relativamente aos objetivos terapêuticos e à importância da correta administração da medicação, como se comprova pelo estudo levado a cabo por Lowe et al. (2000), junto de idosos não institucionalizados.<sup>15</sup>

Segundo Sorensen et al. (2004), são inegáveis os benefícios consequentes da implementação da revisão da terapêutica na melhoria dos cuidados primários de saúde, independentemente da estrutura física associada, seja em farmácia comunitária, seja em casa dos doentes ou mesmo lares.<sup>16</sup>

Em Portugal, é relativamente escassa a evidência deste promissor serviço, daí que ainda careça de consciencialização por parte dos doentes e não seja apoiada financeiramente pelo Sistema Nacional de Saúde. Nesse sentido, o presente caso de revisão da medicação intenta constituir mais um registo e prova do impacto positivo associado à intervenção farmacêutica, no âmbito dos cuidados primários de saúde.

Porque, de facto, o farmacêutico comunitário é um profissional de saúde passível de desenvolver ações de promoção da melhoria do

processo de uso do medicamento e identificação de fatores de risco associados a resultados negativos da medicação, há que ajustar continuamente a sua atuação no sentido da consecução de resultados terapêuticos positivos, que influenciam, consequentemente, a redução de gastos em saúde pública.

Note-se que o desejável seria que a revisão da medicação em Portugal se aproximasse, ao máximo, do conceito de revisão da medicação que vigora no Reino Unido e Austrália: um serviço que constitua já uma vertente sólida da farmacoterapia, no contexto dos cuidados primários de saúde. Ressalte-se que a filosofia destes países dita que idosos com mais de 75 anos de idade devem realizar revisão da medicação, pelo menos uma vez por ano e de 6 em 6 meses todos os que apresentem esquemas terapêuticos com quatro ou mais fármacos.<sup>11</sup>

## CASO

### DADOS GERAIS

**Utente:** Z.C.

**Idade:** 84 anos

**Sexo:** Feminino

É Reformada.

### HISTÓRIA CLÍNICA

Z.C. trata-se de uma senhora idosa. Encontra-se diagnosticada com angina de peito. Apresenta hipertensão arterial. Por norma, apresenta valores de tensão arterial (TA) relativamente superiores de manhã e mais equilibrados à tarde

Sofre de cataratas, tendo sido submetida a cirurgia há cerca de 9 anos e novamente há um ano e meio.

Até à data não evidencia sinais, nem sintomas de Diabetes Mellitus.

É alérgica a alguns antibióticos (não sabe ao certo quais).

Encontra-se a ser vigiada pelo médico de medicina geral e familiar, bem como pela sua cardiologista, para além de proceder à monitorização da sua tensão arterial.

## HÁBITOS ALIMENTARES

Sofreu excisão de lesão do estômago há alguns anos, pelo que a doente refere que está sujeita a determinadas restrições alimentares, acrescentando além disso que há rejeição de alguns alimentos, particularmente alimentos doces.

Não toma regularmente qualquer tipo de chá e toma um café esporadicamente.

## REGISTO DOS MEDICAMENTOS EM USO:

Tabela devidamente organizada pelo médico cardiologista da doente:

	PA	A	L	J	D
<b>Esomeprazol</b>	1				
<b>Candesartan</b>				1	
<b>Clopidogrel</b>		1			
<b>Bisoprolol+ Hidroclorotiazida</b>	1/4				
<b>Atorvastatina</b>				1	
<b>Nitroglicerina</b>	Aplica de manhã e retira à noite				
<b>Beta-histina</b>	1			1	
<b>Agomelatina</b>					1
<b>Loflazepato de etilo</b>	1/2 comprimido de mastigar em SOS				

# ANGINA PECTORIS

Na última década, têm surgido inúmeros ensaios clínicos (EC) randomizados, com inclusão crescente de doentes idosos, focados na abordagem da prevenção secundária de doenças cardiovasculares (DCV) ateroscleróticas, sobretudo no que respeita ao tratamento da hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) e terapia antitrombótica. Apesar do crescente número de *guidelines* publicadas sobre controlo de DCV ateroscleróticas e respetivos fatores de risco, deparamo-nos, na prática clínica, com uma grande proporção de doentes idosos ainda não submetidos a terapias baseadas em evidência científica.<sup>5</sup>

O objetivo da prevenção secundária de DCV aterosclerótica, em idosos, assim como nos adultos mais jovens, centra-se em impedir ou atenuar a progressão de doenças que resultem em eventos clínicos *major*, como enfarte agudo do miocárdio (EAM), acidente vascular cerebral (AVC), ou isquémia dos membros. Através da prevenção destes eventos não só se verifica aumento da longevidade do doente, mas também a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a redução de custos em saúde.<sup>5</sup>

## FATORES DE RISCO EM IDOSOS COM DCV ATEROSCLERÓTICA

A obesidade, HTA, dislipidémia, DM, tabaco, bem como fatores psicossociais, nomeadamente a depressão, ansiedade, stress, estado social e socioeconómico e demências são considerados fatores de risco (FR) identificados como preponderantes no idoso com DCV aterosclerótica, devendo, portanto, constituir foco de prevenção secundária.

### OBESIDADE

São múltiplos os fatores que contribuem para os elevados valores de obesidade na população idosa. De entre eles, destaca-se a redução do metabolismo com a idade, associado às menores necessidades energéticas relativamente às requeridas quando mais jovens. A obesidade, nesta faixa etária, encontra-se também relacionada com o facto de

as mudanças de hábitos alimentares serem de difícil implementação e ainda à reduzida atividade física diária, dadas as prevalentes limitações físicas.<sup>5</sup>

A obesidade aumenta o risco para múltiplos FR ateroscleróticos, designadamente a HTA, DM e dislipidémia. De realçar que a obesidade também se trata de um FR independente significativa para os *outcomes* de DCV não fatais.<sup>5</sup> As intervenções para redução de peso têm-se mostrado significativamente eficazes na redução da HTA, resistência à insulina, assim como no controlo da glicémia, apesar de apresentar resultados incongruentes nos casos de dislipidémia.<sup>5</sup>

De facto, as intervenções na dieta apresentam sinergismo com atividades de exercício físico, no sentido da redução ponderal. Em muitos idosos, revela-se difícil a perda significativa de peso sem adoção de exercício físico.<sup>5</sup>

Salienta-se, por fim, que muitos dos fármacos usualmente prescritos a idosos fomentam o aumento ponderal e a atrofia muscular, como sejam a terapia hipoglicémica, antidepressiva e fármacos esteróides. Deste modo, devem ser tomadas medidas de minimização de peso em doentes que iniciem a toma dos fármacos supracitados.<sup>5</sup>

### HIPERTENSÃO ARTERIAL (HTA)

A HTA trata-se de um problema de saúde pública, constituindo o fator de risco (FR) modificável mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral, doença coronária e da insuficiência cardíaca, além de constituir também um FR para o desenvolvimento de insuficiência renal (IR), doença vascular periférica, alterações cognitivas, fibrilhação auricular e disfunção erétil<sup>2,4</sup>

De acordo com o *Boletim Epidemiológico*, divulgado em 2013, pelo *Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge*, a HTA revela uma prevalência extremamente elevada - cerca de 42%, à semelhança dos restantes países europeus. E, embora se verifique uma ligeira melhoria a nível de doenças cérebro-cardiovasculares, caso nada seja feito para contrariar tal tendência, estas continuarão a ser as principais causas de morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos e em

desenvolvimento, contribuindo para a crescente despesa pública em saúde, que pode vir a atingir limites económicos inoportunos para a maioria dos países.<sup>3</sup> Posto isto, é imperativa a necessidade de deteção e adequado controlo da HTA, com o intuito de colocar término - ou pelo menos atenuar - as não raras e nefastas consequências desta patologia.

O envelhecimento encontra-se associado ao aumento progressivo da rigidez arterial (ex: aorta e grandes vasos), o que se relaciona com o aumento da proporção de colagénio e a concomitante degradação das fibras de elastina. Tal fenómeno é exacerbado pelo estilo de vida sedentário e dietas com alto teor de sal, bem como acumulação de cálcio a nível arterial, associado à aterosclerose.<sup>5</sup>

Com o avançar da idade, a pressão arterial (PA) sistólica tende a aumentar, enquanto a PA diastólica estabiliza por volta dos 50-59 anos, decrescendo ligeiramente de seguida. Assim, nos indivíduos idosos, a diferença ou amplitude entre a PA sistólica e diastólica (pressão de pulso) tem-se revelado um fator de prognóstico adicional a considerar. Tal facto também é evidenciado pelo elevado risco cardiovascular (RCV) evidenciado por doentes com hipertensão sistólica isolada, caracterizada por PA sistólica elevada e PA diastólica normal ou baixa.<sup>1,5</sup>

Do ponto de vista fisiopatológico, a HTA constitui uma doença multifatorial que é dependente da resistência periférica total (RPT) e do débito cardíaco (DC).

Na população idosa, impera um conjunto de condicionantes que favorecem o aumento da PA, nomeadamente alterações renais relacionadas com a idade que potenciam a retenção de sal e água; bem como dietas desajustadas com recurso a alimentos processados, contrariando a imprescindível restrição de sódio. Além disso, as mudanças fisiológicas do paladar contribuem para a tendencial adição de sal, a fim de reforçar o sabor dos alimentos. Verifica-se ainda um uso superior de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), entre outras classes de fármacos passíveis de contribuir para o aumento dos níveis de PA.<sup>5</sup>

## PREVENÇÃO SECUNDÁRIA COM TERAPIA ANTI-DISLIPIDÉMICA

Os efeitos adicionais de comorbilidades (como o cancro, malnutrição e inflamação crónica) estão frequentemente associados aos reduzidos níveis de colesterol sérico total (CT). Apesar do CT e colesterol das lipoproteínas de baixa densidade (c-LDL) reduzirem a partir dos 70 anos, o c-LDL permanece fortemente associado à ocorrência de eventos CV em idosos.<sup>5</sup>

A terapia anti-dislipidémica constitui uma importante componente da prevenção secundária de DCV ateroscleróticas em idosos. ECs randomizados permitiram provar a redução do risco relativo (RRR) de desenvolvimento de eventos CV decorrente do uso de estatinas. Contudo, importa referir que a evidência científica aponta para a existência de tempos de latência de 1 e 3 anos, até que se verifique o benefício de RRR de doença cardíaca coronária (DCC) e AVC, respetivamente. Como tal, apesar de na prática clínica geralmente se verificar o recurso a estatinas, para idosos com DCV aterosclerótica, a decisão desta prescrição deve ser antecedida de rigorosa avaliação da esperança de vida, objetivos terapêuticos, comorbilidades, bem como potenciais complicações e contraindicações associadas à terapia com estatinas.<sup>4,5</sup>

O recurso à fitoterapia e plantas medicinais, bem como a nutracêuticos não é suportado por ECs e o seu frequente consumo por idosos pode levar a interações com fármacos.<sup>5</sup>

## DIABETES MELLITUS (DM)

O envelhecimento está intimamente associado ao incremento da resistência à insulina em simultaneidade com comprometimento da sua secreção. A resistência à insulina resulta da sensibilidade decrescida dos recetores a nível de determinados tecidos, particularmente o músculo esquelético, devido à maior proporção de tecido adiposo visceral e maior taxa de massa gorda, nos idosos. Enquanto que, por sua vez, a secreção de insulina está comprometida dada a diminuída função pancreática das células  $\beta$ .<sup>5</sup>

A coexistência de DM em idosos com DCV aterosclerótica apresenta elevado risco para o desenvolvimento de *outcomes* macro e microvasculares negativos, além de incapacidades funcionais e determinadas

síndromes geriátricas, como danos cognitivos, depressão, incontinência urinária, quedas e dor crônica.<sup>5</sup>

No que diz respeito ao tratamento da DM tipo 2, devem ser iniciadas, primeiramente, medidas não farmacológicas, baseadas na dieta e exercício físico, devendo apenas ser iniciada a terapia antidiabética oral, quando as alterações de estilo de vida não possibilitem a manutenção e controlo dos níveis de glicose. A terapêutica da DM tipo 2 no idoso deve ser frequentemente revista, devido ao risco acentuado de hipoglicémia, à disfunção renal, ao impacto da polimedicação, assim como às crescentes dificuldades de adesão à terapêutica.<sup>6</sup>

De acordo com a *Global Guideline for Type 2 Diabetes (2012)* publicada pela *International Diabetes Federation*, a monitorização do parâmetro HbA1c pode assumir valores superiores em idosos com comorbilidades, 7 a 7.5%, porém, atualmente considera-se alargamento do intervalo até 8.0%. Isto, porque esta faixa etária dispõe de fatores modificadores, nomeadamente vulnerabilidade acrescida à hipoglicémia, presença de comorbilidades, além da sua limitada esperança de vida.<sup>6</sup>

## TABACO

O tabaco apresenta vários efeitos deletérios, nomeadamente aumento da formação de radicais livres, redução da biodisponibilidade de óxido nítrico, ativação leucocitária e plaquetária aumentada, assim como alterações pró-trombóticas nos fatores de coagulação. Dentro das manifestações clínicas e laboratoriais decorrentes do consumo de tabaco, destacam-se: o aumento da FC; acréscimo de marcadores inflamatórios e catecolaminas a nível plasmático; redução da vasodilatação arterial e do colesterol das HDL (c-HDL). Assim, os efeitos induzidos pelo tabaco originam o desenvolvimento de um ambiente pró-aterogénico, pró-trombótico e vasoconstritor, que aumenta o risco já elevado de pacientes com DCV aterosclerótica.<sup>5</sup>

## FATORES PSICOSSOCIAIS

### Depressão

A depressão tem-se revelado um fator de risco psicossocial significativo, comum em doentes

com patologia cardíaca, relacionado com aumento de efeitos adversos. Estados depressivos *major* ou presença de sintomas depressivos em populações com DCC (como pós-EAM, falha cardíaca, angina estável) encontram-se associados a um risco aumento de 2 a 4 vezes de mortalidade por todas as causas, comparativamente com os doentes não depressivos. Neste sentido, a depressão deve ser avaliada regularmente e tratada quando perceptível em doentes com DCC.<sup>5</sup>

### Ansiedade

Embora sejam reportados níveis de ansiedade inferiores para idosos em comparação com adultos mais jovens, a idade não demonstrou moderar a relação existente entre a ansiedade e o risco acrescido de morte ou evento cardíaco.<sup>5</sup>

### Stress

Eventos quotidianos indutores de *stress* podem culminar em eventos CV fatais.<sup>5</sup>

### Estado socioeconómico

O estado socioeconómico baixo constitui um fator independente preponderante para o aumento do risco CV.<sup>5</sup>

### Consequências de DCC

As várias manifestações clínicas de DCC têm revelado profundo impacto na função psicossocial, qualidade de vida e quotidiano do doente, existindo dados que sugerem que a idade pode atenuar a relação entre a DCC e o bem-estar psicológico do doente.<sup>5</sup>

### Demência

Dados epidemiológicos demonstraram que a doença CV aumenta o risco de ocorrência de danos cognitivos e doença de Alzheimer.<sup>5</sup>

# TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

## CONTROLO DA PRESSÃO ARTERIAL

### CANDESARTAN 8 mg

#### GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO

Aparelho Cardiovascular. Anti-hipertensores. Modificadores do eixo renina angiotensina. Antagonistas dos receptores da angiotensina.

#### MECANISMO DE AÇÃO

O candesartan trata-se de um antagonista dos receptores da angiotensina II (ARA). A angiotensina II é responsável pela vasoconstrição, bem como pela estimulação da aldosterona e, conseqüentemente, influencia a homeostase hídrica e salina, visto a aldosterona promover a retenção de sódio (Na<sup>+</sup>) e água e espoliação de potássio (K<sup>+</sup>). Deste modo, o fármaco atua por redução da pressão arterial (PA) de longa duração, sendo dependente da dose. A sua ação anti-hipertensora associa-se à redução da RPT, sem que se verifique aumento da frequência cardíaca (FC).

#### POSOLOGIA

A doente procede à toma de um comprimido ao jantar, sendo que se encontra de acordo com a posologia recomendada.

### BISOPROLOL 10 mg + HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg

Este medicamento é constituído pela associação de duas substâncias ativas (SA), o bisoprolol (10 mg) e hidroclorotiazida (25 mg).

#### Bisoprolol

#### GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO

Aparelho cardiovascular. Anti-hipertensores. Depressores da atividade adrenérgica. Bloqueadores beta. Seletivos cardíacos.

#### MECANISMO DE AÇÃO

O bisoprolol é um  $\beta$ -bloqueante (BB) que apresenta cardioseletividade, isto é, altamente seletivo para o receptor  $\beta_1$ -adrenérgico, para além de ser destituído de atividade simpaticomimética intrínseca (antagonista a 100%).

Devido ao bloqueio dos receptores  $\beta$  cardíacos, verifica-se diminuição da resposta à atividade simpaticoadrenérgica, o que se reflete numa redução da FC e contratibilidade, com conseqüente minimização do consumo de oxigénio pelo miocárdio.

#### Hidroclorotiazida

#### GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO

Aparelho cardiovascular. Anti-hipertensores. Diuréticos. Tiazidas e análogos.

#### MECANISMO DE AÇÃO

A hidroclorotiazida é um diurético tiazídico que promove a excreção de eletrólitos, dado que impede a reabsorção de Na<sup>+</sup> e cloreto (Cl<sup>-</sup>), a nível do túbulo distal. Secundariamente, este fármaco conduz ao aumento do fluxo urinário. A hidroclorotiazida também provoca um aumento na excreção de potássio, que é particularmente determinada pela excreção de potássio no túbulo distal e no tubo coletor (troca aumentada entre os iões Na<sup>+</sup> e K<sup>+</sup>).

#### POSOLOGIA

Pode ser tomado com o estômago vazio ou com o pequeno-almoço, sem qualquer alteração na absorção ou na biodisponibilidade. Verifica-se que a doente procede à toma de um quarto (1/4) de comprimido ao pequeno-almoço, pelo que não se revela incoerente, tendo em conta a posologia recomendada.

De realçar que, regra geral, não é necessário um ajuste da posologia para idosos.

### CONSIDERAÇÕES RESPEITANTES À TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSORA

No que diz respeito ao tratamento da HTA, a toma de um só fármaco, ou seja, a monoterapia é apenas suficiente num número limitado de casos. A maioria dos doentes tem necessidade de recorrer à terapia combinada com pelo menos dois fármacos, a fim de atingir a redução da PA para valores ditos normais. Deste modo, a questão *monoterapia vs. terapia combinada* não se relaciona com a determinação de qual é a preferível, mas com a ponderação dos casos em que é recomendável a iniciação com terapia combinada. São os indivíduos de elevado risco que constituem, portanto, o grupo em que se

recomenda a iniciação com uma terapia combinada. A associação de mais do que um fármaco tem como vantagens a menor taxa de abandono da terapêutica, assim como o benefício decorrente de sinergias fisiológicas e farmacológicas resultantes da complementaridade das diferentes classes de anti-hipertensores. Apresenta, porém, como desvantagem a possibilidade de um dos fármacos ser inefetivo e não tão claramente identificado como na monoterapia.<sup>1</sup>

A doente Z.C. apresenta um regime terapêutico combinado baseado na associação de um ARA, com um BB e um diurético tiazídico.

Para doentes com doença isquémica cardíaca estável que apresentem também HTA, DM, disfunção ventricular esquerda ou doença renal crónica, como primeira linha, a escolha inicial recai sobre um inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA), exceto se houver contra-indicação.<sup>4</sup> Para além disso, os IECA são uma classe particularmente apelativa para idosos, dado o seu potencial cardio e nefroprotetor.

Contudo, caso haja contra-indicação ou intolerância aos IECA, recomenda-se o uso de um ARA.<sup>4</sup> De facto, por vezes, existe por exemplo indução de tosse seca e irritativa, devido à acumulação de bradicinina a nível do epitélio pulmonar, decorrente da inibição da ECA. Como Z.C. toma um ARA já não é identificada qualquer possibilidade de potenciação da bradicinina.

Aliada ao ARA, verifica-se a toma de um BB, o bisoprolol, e um diurético tiazídico, a hidroclorotiazida, que apresentam efeito sinérgico na redução da PA. Além disso, a terapia com beta-bloqueador apresenta ainda ação anti-isquémica, que é benéfica no quadro de doença coronária apresentado.

De acordo com *2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension*, na faixa etária dos idosos, a diminuição de eventos CV é observável com a redução dos valores de PA sistólica para valores não inferiores a 140mmHg.<sup>1</sup>

Tendo em consideração os valores de TA evidenciados pela doente (146 mmHg de PA sistólica e 65 mmHg de PA diastólica), pode afirmar-se que a terapia anti-hipertensora está a ser efetiva.

Dado que estamos perante um caso de uma doente com mais de 80 anos, valores de PA

sistólica próximos de 140 a 145 mmHg, se toleráveis, são aceitáveis.<sup>5</sup>

De facto, a nível da população idosa há que não definir objetivos terapêuticos tão apertados e exigentes comparativamente àqueles que são preconizados, por exemplo, para doentes de elevado risco mais jovens. Isto, de forma a minimizar o risco de desenvolvimento de eventuais crises hipotensoras passíveis de culminar em quedas, associadas a fraturas ósseas incapacitantes.

É de salientar também que valores de PA diastólica excessivamente baixos devem ser evitados em doentes com DCC, no sentido de prevenir reduções acentuadas no fluxo sanguíneo coronário. Apesar de não constituir *finding* universal, alguns estudos têm revelado taxas superiores de DCC quando a PA diastólica é reduzida para valores inferiores a 70-75 mmHg.<sup>5</sup>

## TERAPIA ANTI-ISQUÉMICA

### NITROGLICERINA (sistema transdérmico)

#### GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO

Aparelho cardiovascular. Vasodilatadores. Antianginosos.

#### MECANISMO DE AÇÃO

A nitroglicerina trata-se de um fármaco vasodilatador, visto que provoca o relaxamento da musculatura lisa. No sistema vascular, atua predominantemente sobre as veias sistémicas, mas também nas principais artérias coronárias. A nitroglicerina, bioativada por ação da aldeído-desidrogenase mitocondrial, é convertida em nitratos e dinitratos por ação da nitrato redutase dependente do glutatião. Os nitritos são submetidos, posteriormente, a ativação, disponibilizando óxido nítrico (NO) e/ou espécies relacionadas, que promovem a ativação da guanililciclase. A ativação da guanililciclase resulta na conversão da guanosina trifosfato (GTP) em guanosina monofosfato cíclica (GMPc), que, por sua vez, conduz à diminuição do cálcio intracelular livre, gerando-se vasodilatação.

Dado o efeito venodilatador da nitroglicerina, verifica-se a redução da pré-carga, ou seja, a diminuição do retorno sanguíneo por aumento da capacitância venosa. Deste modo, há diminuição do volume de enchimento, que se

traduz numa redução das necessidades de oxigénio do miocárdio e, conseqüentemente, numa maior capacidade de resistência ao esforço, em doentes com angina de peito.

#### **POSOLOGIA**

É aconselhável um uso intermitente do sistema transdérmico, devendo aplicar-se o sistema após 8 a 12 horas após remoção do anterior. A doente segue tais indicações, uma vez que procede à aplicação de manhã e retira à noite. O não esquecimento e o correto uso do sistema transdérmico é extremamente importante, na medida em que existe necessidade de reposição dos grupos tiol (-SH). Isto, porque a nível do organismo, são grupos -SH que reagem com os nitratos, originando compostos que se decompõe em NO.

#### **BISOPROLOL 10 mg**

#### **GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO**

Descrito anteriormente.

#### **MECANISMO DE AÇÃO**

Descrito anteriormente.

#### **POSOLOGIA**

Descrito anteriormente.

#### **CONSIDERAÇÕES RESPEITANTES À TERAPÊUTICA ANTI-ISQUÉMICA**

Para alívio dos sintomas, recorre-se ao uso de medicação anti-isquémica.

Os BB são a primeira opção terapêutica no tratamento para alívio dos sintomas nos doentes com angina estável.<sup>4,7</sup>

Em caso de contraindicação ao uso de BB ou manifestação de efeitos secundários, recorre-se a bloqueadores da entrada de cálcio (BEC), além de serem escolhidos como terapêutica adicional aos BB, quando os sintomas não se encontram controlados.<sup>4,7</sup>

Devem ser adicionados nitratos de ação prolongada, ou o nicorandilo ou a ivabradina perante o insuficiente controlo de sintomas com BB e/ou BEC, sendo que a opção encontra-se depende das comorbilidades, contraindicações, preferência do doente, bem como custos dos medicamentos.<sup>4,7</sup>

Neste caso, verifica-se o tratamento com recurso a um BB e um nitrato de ação

prolongada (nitroglicerina por administração transdérmica).

#### **TERAPIA DE ANTI-AGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA**

#### **CLOPIDOGREL 75 mg**

#### **GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO**

Sangue. Antiagregantes plaquetários

#### **MECANISMO DE AÇÃO**

O clopidogrel trata-se de um pró-fármaco, em que um dos metabolitos é um inibidor da agregação plaquetária. Deste modo, o clopidogrel sofre metabolização pelas enzimas do CYP450, originando-se o metabolito ativo responsável pela inibição da agregação plaquetária, por inibição seletiva da ligação do difosfato de adenosina ("ADP") ao seu recetor plaquetário P2Y12. Conseqüentemente, há ativação do complexo glicoproteína GPIIb-IIIa mediada pelo ADP, inibindo assim a agregação de plaquetas. Uma vez que se trata de uma ligação irreversível, as plaquetas expostas são afetadas durante a totalidade do seu ciclo de vida, ou seja, cerca de 7 a 10 dias. Como tal, a recuperação da função plaquetária normal ocorre a uma taxa consistente com o *turn-over* plaquetário.

#### **POSOLOGIA**

O clopidogrel deve ser administrado sob a forma de uma toma única diária de 75 mg.

#### **CONSIDERAÇÕES RESPEITANTES À TERAPÊUTICA DE ANTIAGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA**

Para doentes com angina de peito estável, deve ser instituídos terapia de antiagregação plaquetária. O ácido acetilsalicílico na dose de 75 a 150 mg é o recomendado na ausência de contraindicações.<sup>4,7</sup> Como se pode constatar pelo caso desta doente, no caso de existir contraindicação, recomenda-se o uso de clopidogrel 75 mg.<sup>4,7</sup>

De notar que, uma vez que o metabolito ativo do clopidogrel é formado pelas enzimas CYP450, algumas das quais são polimórficas ou sujeitas a inibição por outros medicamentos, nem todos os doentes terão uma inibição plaquetária adequada.

## PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DE EVENTOS CV

### ATORVASTATINA 20 mg

#### GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO

Aparelho cardiovascular. Antidislipidémicos. Estatinas.

#### MECANISMO DE AÇÃO

A atorvastatina é um inibidor seletivo e competitivo da HMG-CoA redutase, enzima responsável pela conversão da 3-hidroxi-3-metil-glutaril coenzima-A a mevalonato, um precursor de esteróis, incluindo o colesterol. Assim, conduz à redução da biossíntese do colesterol no fígado e também aumenta o número de recetores LDL hepáticos na superfície celular, favorecendo a captação e o catabolismo das LDL.

Em suma, promove a redução dos níveis plasmáticos de colesterol e de lipoproteínas circulantes.

#### POSOLOGIA

A dose inicial habitual é de 10 mg/dia. O ajuste posológico deve ser feito a intervalos mínimos de 4 semanas ou mais.

É de referir que as doses devem ser individualizadas, de acordo com os níveis basais de c-LDL, com o objetivo terapêutico e em função da resposta do doente.

### CONSIDERAÇÕES RESPEITANTES À PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DE EVENTOS CV

Neste caso, é justificável a toma de uma estatina, dado que se tem como objetivo alcançar valores de c-LDL inferiores a 70 mg/dL, ou caso não seja possível, reduzir pelo menos em 50% o valor de c-LDL, pois estamos perante um doente de alto risco.<sup>5,7</sup>

#### CONTROLO DE FATORES PSICOSSOCIAIS

### AGOMELATINA

#### GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO

Psicofármaco. Antidepressivo

#### MECANISMO DE AÇÃO

A agomelatina é agonista dos recetores melatoninérgicos MT1 e MT2 e antagonista dos recetores 5-HT<sub>2C</sub>.

Não apresenta influência na recaptação de monoaminas, nem afinidade para os recetores adrenérgicos, colinérgicos, dopaminérgicos e benzodiazepínicos. Assim, detém um efeito antidepressivo, não tendo impacto nos níveis de serotonina.

#### POSOLOGIA

A dose inicial recomendada é 25mg/dia, ao deitar, pelo que a doente cumpre um esquema terapêutico de acordo com o aconselhável.

### LOFLAZEPATO DE ETILO

#### GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO

Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos.

#### MECANISMO DE AÇÃO

O loflazepato de etilo pertence à classe das benzodiazepinas (BZD), tendo, como tal, propriedades ansiolítica, sedativa, anticonvulsionante e relaxante muscular. Estes efeitos devem-se à sua ação agonista específica sobre o recetor central que faz parte do complexo “recetores macromoleculares GABA-OMEGA”, também designados BZD1 e BZD2, que modula a abertura dos canais de cloro.

#### POSOLOGIA

A doente toma apenas meio comprimido de mastigar em situações SOS.

### CONSIDERAÇÕES RESPEITANTES AO CONTROLO DE FATORES PSICOSSOCIAIS

É justificável a toma de agomelatina, dado que se identificou a depressão como fator de risco significativo, comum em doentes com patologia cardíaca, estando associado a um risco aumento de 2 a 4 vezes de mortalidade por todas as causas. Logo, é determinante a avaliação regular do estado de depressão e o seu respetivo tratamento, quando perceptível.<sup>5</sup>

Já o loflazepato de etilo tem indicação no tratamento a curto prazo da ansiedade.<sup>17</sup>

De acordo com as recomendações indicadas nos *Beers Criteria*, elaborados pela *The American Geriatrics Society* (2012), há que atender ao facto de que as BZD podem induzir sedação

prolongada e, conseqüentemente, estão associadas a um risco aumentado de quedas e fraturas.<sup>19</sup> Deve atentar-se a tal possibilidade sobretudo aquando do uso de benzodiazepinas de semi-vida longa, como o caso do loflazepato de etilo.

## PROTEÇÃO GÁSTRICA

### ESOMEPRAZOL 20/40? mg

#### GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO

Aparelho digestivo. Antiácidos e antiulcerosos. Modificadores da secreção gástrica. Inibidores da bomba de prótons.

#### MECANISMO DE AÇÃO

O esomeprazol é o isómero-S do omeprazol, sendo que reduz a secreção ácida gástrica através de um mecanismo altamente específico e direcionado. Trata-se de uma base fraca que, em meio altamente ácido dos canálculos secretores da célula parietal, se concentra e converte na forma ativa. Assim, neste local, promove a inibição da enzima H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPase (bomba de prótons gástrica), inibindo a secreção ácida, tanto basal como estimulada.

#### POSOLOGIA

Recomenda-se a toma uma vez por dia, não sendo necessário ajuste posológico para idosos. Os alimentos podem interferir com a absorção do esomeprazol, pelo que deve ser tomado pelo menos uma hora antes da refeição.<sup>17</sup>

## SINDROME DE MÉNIÈRE

### BETA-HISTINA 16/24? mg

#### GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO

Sistema Nervoso Central. Antieméticos e antivertiginosos.

#### MECANISMO DE AÇÃO

A beta-histina apresenta atividade agonista sobre os recetores de histamina H<sub>1</sub> nos vasos sanguíneos periféricos e tem efeitos mínimos na secreção gástrica ácida - resposta mediada pelo recetor H<sub>2</sub>.

O mecanismo de acção da beta-histina na síndrome de Ménière não é, de todo, claro. A sua acção antivertiginosa pode dever-se à capacidade de modificar a circulação do ouvido interno ou devido a efeitos diretos nos

neurónios do núcleo vestibular.

#### POSOLOGIA

A posologia recomendada é de 12-24 mg, duas vezes ao dia, ingerido com alimentos. Assim, verifica-se que a doente obedece a este princípio, dado que toma ao pequeno-almoço e ao jantar.

## INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS

Apresentam-se, de seguida, possíveis interações farmacológicas *major* e moderadas, perante a terapêutica instituída:

<b>Major</b>
<b>Clopidogrel ↔ Esomeprazol</b>
A coadministração do clopidogrel com inibidores da bomba de prótons (IBP) pode reduzir os seus efeitos cardioprotectores, dado que a inibição da CYP450 2C19 promovida por IBP compromete a bioativação do clopidogrel. <sup>18</sup> Neste sentido, o lansoprazol ou pantoprazol poderão constituir alternativas mais seguras. <sup>18</sup>
<b>Moderadas</b>
<b>Atorvastatina ↔ Clopidogrel</b>
A inibição competitiva da atividade enzimática da CYP450 3A4 associada à atorvastatina interfere com a conversão do clopidogrel no seu metabolito ativo. Deste modo, a toma concomitante pode reduzir a ativação metabólica do profármaco clopidogrel, comprometendo a antiagregação plaquetária pretendida. <sup>18</sup> É de referir que a pravastatina, fluvastatina e rosuvastatina não são metabolizadas pela CYP450 3A4, não sendo, portanto, expectável que exibam interação com o clopidogrel. <sup>18</sup>
<b>Atorvastatina ↔ Esomeprazol</b>
A inibição competitiva da glicoproteína-P intestinal associada ao esomeprazol pode levar à diminuição da secreção de atorvastatina, a nível intestinal. Deste modo, há aumento das concentrações plasmáticas de atorvastatina, o que se associa a um risco acrescido de miopatia. <sup>18</sup> Deve advertir-se o doente para notificar

eventuais dores musculares, cansaço ou fraqueza, sobretudo se associados a mal-estar e febre. Nos casos em que a creatina cinase (CK) se encontre consideravelmente elevada ou quando existe suspeita ou diagnóstico de miopatia, a toma de estatina deve ser reequacionada.<sup>18</sup>

## INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

Tendo em conta o presente caso, pode apontar-se a necessidade de:

- Educar e informar o doente, para que compreenda a importância das várias terapias efetuadas, correta toma e adesão à terapêutica, além da comunicação de medidas não farmacológicas associadas à angina de peito, PA, perfil lipídico e higienização do sono.
- Regular monitorização e controlo da PA, ficha lipídica e glicémia.
- Avaliação da efetividade e segurança das terapias anti-hipertensora, anti-isquémica, de antiagregação plaquetária, de prevenção secundária de eventos CV, de controlo de fatores psicossociais; assim como as terapêuticas da proteção gástrica e tratamento da Síndrome de Ménière.

## MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA CONTROLO DA ANGINA DE PEITO.

A gestão desta patologia apresenta como intento reduzir os sintomas, prevenir eventos cardiovasculares e melhorar o prognóstico. A modificação do estilo de vida personalizada de acordo com o doente, o controlo de fatores de risco e a educação do doente são medidas-chave para cumprir com este objetivo. No contexto deste caso, deve ser dada ênfase a:

- Dieta saudável a fim de reduzir o risco cardiovascular
- Exercício físico diário está associado a um menor risco cardiovascular e menor morbidade e mortalidade, desde que seja suportável pelo doente;
- Manutenção do peso, visto esta medida auxiliar o controlo da pressão arterial, da ficha lipídica e da glicémia;
- Controlo do colesterol, mediante alterações no estilo de vida, como por exemplo, através de uma dieta equilibrada e exercício físico, e se necessário recorrendo a terapêutica farmacológica;

- Controlo da PA, dado que a PA é um fator de risco *major* para doença arterial coronária, assim como para falência cardíaca, AVC e para falência renal.

- Controlo da DM, dado constituir um fator de risco significativo para complicações cardiovasculares e ter contribuição para o risco de progressão da doença coronária.

## MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA CONTROLO DA PRESSÃO ARTERIAL

As intervenções sobre o estilo de vida do doente devem ser sistematicamente integradas, revelando-se, no presente caso, de particular importância apelar à:

- adoção de uma dieta variada, nutricionalmente equilibrada, rica em legumes, leguminosas, verduras e frutas e pobre em gorduras (totais e saturadas);
- prática regular de exercício físico, de cerca de 30 minutos, quatro a sete dias por semana, caso não comprometa a condição cardiovascular;
- controlo e manutenção de peso normal;
- restrição no consumo de sal;

## MONITORIZAÇÃO E CONTROLO DA PA

É de extrema relevância a regular e periódica monitorização da PA, no sentido de avaliar a efetividade das medidas farmacológicas e não farmacológicas instituídas.

## AValiação DA SEGURANÇA DA TERAPêUTICA ANTI-HIPERTENSORA

O candesartan pode comprometer a função renal, sendo importante a monitorização do K<sup>+</sup> e creatinina. A hipotensão, bem como hipercaliémia (sobretudo se associado a diurético poupador de K<sup>+</sup>, como a espironolactona) são possíveis ocorrências, pelo que devem ser prevenidos. As reações adversas frequentes associadas ao candesartan são tonturas/vertigens; cefaleias; hipotensão; hipercaliémia e compromisso da função renal.

Relativamente à associação do bisoprolol e hidroclorotiazida será de se esperar, *a priori*, que seja seguro, na medida em que a dose é bastante reduzida (1/4 de comprimido id), salientando-se apenas as reações adversas de maior frequência: vertigens, cefaleias, sensação de frio nas extremidades dos dedos.

## **MONITORIZAÇÃO E CONTROLO DA FICHA LIPÍDICA**

A nível da Farmácia Comunitária, pode realizar-se a monitorização periódica dos níveis de colesterol, sendo, porém, de salientar que é importante não só ter acesso aos valores de colesterol total (CT), mas também do c-HDL e c-LDL, assim como dos triglicéridos (TG), para uma avaliação mais ampla e completa da evolução do perfil lipídico do doente. Tal como frisado anteriormente, tem-se como objetivo terapêutico reduzir os valores de c-LDL para menos de 70 mg/dL, ou caso não seja possível, diminuir pelo menos em 50% o valor de c-LDL, visto que estamos perante um doente de alto risco.

## **AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DA TERAPÊUTICA DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DE EVENTO CV**

A atorvastatina apresenta algumas precauções a considerar, nomeadamente o risco de desenvolvimento de mialgias, miosite ou miopatia que podem progredir para rabdomiólise. Assim sendo, deve monitorizar-se a função hepática, antes do início do tratamento e, posteriormente, de forma periódica. Quando os níveis de CK se encontram 5 vezes mais elevados que o limite superior normal, a indicação é para não iniciar a terapêutica. Caso se verifique um aumento das transaminases, deve manter-se a monitorização até normalização. Se se obtiverem valores três vezes superior ao limite superior normal recomenda-se redução da dose ou suspensão do fármaco. Deste modo, associado à terapêutica com atorvastatina, pode observar-se aumento da CK até dez vezes mais que o limite superior normal, mioglobulinemia, mioglobulinúria, bem como falência renal.

As reações adversas frequentes relatadas são hiperglicémia, cefaleias, função hepática alterada associada a níveis de CK superiores à normalidade.

Deve-se educar o doente no sentido de relatar dores musculares, câibras ou fraqueza (especialmente quando acompanhada de mal estar ou febre).

## **MONITORIZAÇÃO E CONTROLO DA GLICÉMIA**

Embora a doente não manifeste sinais nem sintomas de DM, deve realizar-se a monitorização da glicémia, no sentido de prevenir o aparecimento deste FR para o desenvolvimento de DCV.

## **AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DA TERAPÊUTICA DA TERAPIA ANTI-ISQUÉMICA**

O sistema transdérmico de nitroglicerina pode relacionar-se com o aparecimento de determinadas reações adversas, como cefaleias dose-dependentes (devido à vasodilatação cerebral) e astenia, ou seja, ausência ou diminuição da força física.

Deve alertar-se o doente para a relevância da remoção do sistema transdérmico antes de dormir. Outro aspeto a apontar relativamente ao correto uso é o facto de deve ser alterado regularmente o local de aplicação para prevenir irritação local. Com a prática destes cuidados, pode garantir-se uma maior segurança associada ao uso do sistema e uma eventual melhoria da adesão à terapêutica por parte do doente.

## **AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DA TERAPÊUTICA DE ANTIAGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA**

O clopidogrel encontra-se ligado ao risco de hemorragias e efeitos indesejáveis hematológicos, sendo, portanto, importante ter acesso ao hemograma do doente. É igualmente determinante acompanhar o doente, com o intuito de identificar eventuais sinais de hemorragia, incluindo hemorragia oculta.

Em casos de cirurgia, é imperativa a suspensão do clopidogrel.

Como efeitos adversos associados, destacam-se as hemorragias, sendo aquele que aparece mais frequentemente em EC, mas também hematomas e nódos negros.

## **AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DA TERAPÊUTICA DE CONTROLO DE FATORES PSICOSSOCIAIS**

À agomelatina também existe associada a necessidade de monitorização da função hepática (nível de transaminases), no início do tratamento e depois periodicamente após cerca de 3, 6, 12, 24 semanas e sempre que

cl clinicamente indicado. As reações adversas mais frequentes são o aumento das transaminases, a fadiga e a lombalgia. Deve também atentar-se a indícios de urina escura, fezes de cor clara, pele ou olhos amarelados, dor no quadrante superior direito do abdómen e a fadiga súbita inexplicável. Nesses casos, o tratamento com agomelatina deve ser imediatamente descontinuado.

O loflazepato de etilo não constitui um tratamento da depressão, logo pode mascarar os seus sintomas, sendo que o estado depressivo pode justificar terapêutica com antidepressivos. Embora este fármaco seja apenas tomado em SOS por Z.C, deve realçar-se que a existe possibilidade de farmacodependência e, como tal, a descontinuação do tratamento pode desencadear síndrome de abstinência, devendo efetuar-se progressivamente, através de redução da posologia ao longo das várias semanas. Tem como efeitos indesejáveis a amnésia anterógrada, tonturas, astenia, sonolência, e em idosos pode levar a reações paradoxais (irritabilidade, agressividade, excitação, confusão e alucinações).

## MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE HIGIENIZAÇÃO DO SONO

Os doentes idosos, já com uma rotina diária menos ativa, cometem alguns erros que influem sobre a indução de insónia. Deste modo, destacam-se algumas medidas de higienização do sono:

- Apenas realizar 7 a 9 horas de sono;
- Desenvolver uma rotina de deitar e levantar às mesmas horas (mesmo ao fim de semana);
- A nível de alimentação, deve evitar-se a ingestão de álcool e bebidas com cafeína (café ou chá), particularmente, a partir do final da tarde.
- Realizar refeições mais leves e ligeiras ao jantar.
- Criar condições propícias ao sono no quarto, designadamente: temperatura adequada; pouca luz; ausência de ruídos; utilização do quarto apenas para dormir e não ver televisão ou trabalhar, sobretudo nas horas que antecedam a altura de dormir.
- Não dormir durante o dia.
- Ingerir leite quente ou infusão de valeriana ou passiflora, visto a causa de não conseguir adormecer ser, por vezes, a fome.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### GUIDELINES

**1 - 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension.**

**4 - 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease: Executive Summary.** A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*. November 19, 2012. **American Heart Association.**

**6 - Global Guideline for Type 2 Diabetes (2012).** International Diabetes Federation

**11 - Task Force on Medicines Partnership and The National Collaborative Medicines Management Services Programme (2002).** Room for review: A guide to medication review: the agenda for patients, practitioners and managers.

**12 - The PCNE guidelines for medication review (2011).** Consultada em <http://www.pcne.org/conferences/MedRev2011D/Reports/PCNE%20Dublin%20WS1.pdf> no dia 15 de Março 2014

### ARTIGOS CIENTÍFICOS

**2 - POLÓNIA J.; RAMALHINHO V.; MARTINS L.; SAAVEDRA J. Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão.** *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Vol. 25 nº 6 (2006), p. 649-660.

**5 - FLEG, J. et al; Secondary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Older Adults: A Scientific Statement From the American Heart Association.** *Circulation*. October 28, 2013. American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75231

**8** – Milton J. et al (2008); **Prescribing for older people** - British Medical Journal 336(7644): 606-609

**9** – Galvão C. (2016); **O idoso polimedicado - estratégias para melhorar a prescrição.** Rev Port Clin Geral 2006; 22:747-52

**10** – Broeiro P. et al (2008); **Polifarmacoterapia - estratégias de racionalização.** Rev Port Clin Geral 2008; 24:625-31

**13** – Nathan A. et al. **Brown bag' medication reviews as a means of optimizing patients' use of medication and of identifying potential clinical problems.** Family Practise 1999; 16: 278-282

**14** – Krska J. (2001) **Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care.** Age and Ageing. 30: 205-2011

**15** – Lowe et al. (2000). **Effects of a medicine review and education programme for older people in general practice.** British Journal of Clinical Pharmacology, 50, 172-175

**16** – Sorensen et al. **Medication reviews in the community: results of a randomized, controlled effectiveness trial.** British Journal of Clinical Pharmacology. 58:6 648-664

**19- American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.** The American Geriatrics Society 2012. Beers Criteria Update Expert Panel.

## OUTRAS FONTES

**3** - Boletim epidemiológico Hipertensão Arterial Dia Mundial da Saúde 2013 – Consultado em [http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Documents/observa%C3%A7%C3%B5es42013\\_editorial.pdf](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Documents/observa%C3%A7%C3%B5es42013_editorial.pdf) no dia 6 de Março de 2014

**7** - Abordagem terapêutica farmacológica da angina estável (2013) Norma da Direção-Geral da Saúde

**17** – Tratamento sintomático da ansiedade e insónia com benzodiazepinas e fármacos

análogos (2013). Norma da Direção-Geral da Saúde

**18** – **Drugs.com** – site em que foi efetuada consulta da funcionalidade “*Interactions Checker*”

**20** – Resumo das Características do Medicamento (RCM) dos fármacos – **Infomed. Base de dados de medicamento** <http://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php>

## ANEXO X

### Protótipo de Carta ao Médico

Farmácia Moço  
Avenida Fernando Namora nº252  
Coimbra

Coimbra, \_\_\_ de Junho de 2014

Exmo. Dr. \_\_\_\_\_,

A doente \_\_\_\_\_, de \_\_\_ anos, dirigiu-se à farmácia e foi convidada a entrar no serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, onde se procedeu ao estudo da medicação da doente.

Solicito a vossa excelência que avalie a efetividade da terapêutica de antiagregação plaquetária em concomitância com inibidor da bomba de protões, tendo em consideração a Circular Informativa nº N.º 054/CD do Infarmed que segue em anexo.

Agradeço a atenção dispensada.

Fico à sua disposição.

Atenciosamente,

Maria do Carmo Moço

Farmacêutica

Nº carteira profissional: \_\_\_\_\_