



Adriana Isabel Gaspar Gomes Coelho

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “A influência do fator “Conhecimento sobre a doença” no controlo do doente hipertenso” referente à Unidade Curricular “Estágio”, sob orientação, da Dra. Maria Joaquina Marques Sanganha, da Dra. Patrícia Alexandra dos Santos Lopes Alves e da Professora Doutora Isabel Vitória Neves de Figueiredo Santos Pereira e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Junho 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Adriana Isabel Gaspar Gomes Coelho

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “A influência do fator “Conhecimento sobre a doença” no controlo do doente hipertenso” referente à Unidade Curricular “Estágio”, sob orientação, da Dra. Maria Joaquina Marques Sanganha, da Dra. Patrícia Alexandra dos Santos Lopes Alves e da Professora Doutora Isabel Vitória Neves de Figueiredo Santos Pereira e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Junho 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Adriana Isabel Gaspar Gomes Coelho, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2013172194 declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada - A influência do fator “Conhecimento sobre a doença” no controlo do doente hipertenso - apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

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

Coimbra, 29 de junho de 2018.

Adriana Coelho.

Aos meus pais e ao meu irmão,
cujo apoio e carinho se transformaram em força para chegar aqui;
À restante família e amigos,
sempre presentes, mesmo que longe;
O meu eterno obrigada.

Resumo

A passagem do futuro farmacêutico pelos setores da farmácia hospitalar e comunitária é da máxima importância para a sua formação profissional. Assim serão abordadas as análises de cada um dos estágios realizados nas duas áreas (Capítulos 1 e 2), de forma a ressaltar as vantagens que cada um deles proporcionou, bem como as dificuldades encontradas e as possibilidades de melhoria futuras.

Serão feitas análises SWOT dos dois estágios curriculares, de modo a analisar os fatores internos, que são traduzidos em pontos fortes e pontos fracos, bem como dos fatores externos que constituíram forças e fraquezas observadas ao longo dos estágios. Será apresentada a monografia intitulada - A influência do fator "Conhecimento sobre a doença" no controle do doente hipertenso - que visa elucidar de que forma este fator contribui para o controle e gestão da doença.

Palavras-chave

Estágio Curricular; SWOT; Farmácia Hospitalar; Farmácia Comunitária; Hipertensão Arterial; HKT.

Abstract

The passage of the future pharmacist by the hospital and community pharmacy sectors is of the utmost importance for their professional training. Thus, the analyzes of each of the internships in each of the two areas (Chapters 1 and 2) will be addressed, so as to highlight the advantages that each provided, as well as the difficulties encountered and future possibilities for improvement.

SWOT analyzes of the two curricular internships will be done in order to analyze the internal factors, that are translated into strengths and weaknesses, as well as the external factors that constituted opportunities and threats observed during the internships. The monography entitled - The influence of the factor "Knowledge about the disease" in the control of the hypertensive patient - will be presented, which aims to elucidate how this factor contributes to the control and management of the disease.

Key words

Curricular Internship; SWOT; Hospital Pharmacy; Community Pharmacy; Arterial Hypertension; HKT.

Lista de Abreviaturas

- AIM - Autorização de Introdução no Mercado
- AUE - Autorização de Utilização Excepcional
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- BMQ - *Beliefs about Medicines Questionnaire*
- CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica
- CHL - Centro Hospitalar de Leiria
- DCI - Denominação Comum Internacional
- EUA - Estados Unidos da América
- FH - Farmacêuticos Hospitalares
- FHNM - Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
- HKT - *Hypertension Knowledge Test*
- HTA - Hipertensão Arterial
- INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
- MICF - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
- MNSRM - Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
- MSRM - Medicamento Sujeito a Receita Médica
- MUAH - *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension*
- PA - Pressão Arterial
- PAD - Pressão Arterial Diastólica
- PAS - Pressão Arterial Sistólica
- PHYSA - *Portuguese Hypertension and Salt Study*
- SF - Serviços Farmacêuticos
- SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*
- TDT - Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

Índice Geral

Resumo/ Abstract.....	3
Lista de Abreviaturas.....	4
Nota introdutória.....	9
I. Capítulo I: Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar	10
I.1 Análise SWOT	11
I.1.1 Pontos Fortes	11
I.1.1.1 Equipa	11
I.1.1.2 Plano de Estágio	11
I.1.1.3 Gestão e Aquisição de <i>Stocks</i>	11
I.1.1.4 Contacto com Diferentes Áreas Clínicas	12
I.1.1.5 Contacto com Medicamentos Recentes	12
I.1.1.6 Ambulatório	13
I.1.1.7 Estupefacientes e Psicotrópicos	13
I.1.1.8 Farmacotecnia	14
I.1.1.9 Formação Contínua	15
I.1.1.10 Aplicação de Conhecimentos Adquiridos no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas	15
I.1.2 Pontos Fracos	15
I.1.2.1 Estágio Predominantemente Observacional	15
I.1.2.2 Plano Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas	15
I.1.2.3 Distanciamento Farmacêutico-Doente	16
I.1.2.4 Monitorização e Ajuste dos Parâmetros Clínicos	16
I.1.3 Oportunidades	16
I.1.3.1 Estágio em Farmácia Hospitalar	16
I.1.3.2 Tecnologias de Distribuição	16
I.1.3.3 Contacto com a Realidade do Meio Hospitalar	17
I.1.4 Ameaças	17
I.1.4.1 Difícil Entrada na Carreira de Farmacêutico Hospitalar	17
I.1.4.2 Falta de Recursos Humanos nos Serviços Farmacêuticos	17
2. Capítulo 2: Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária.....	18
2.1 Análise SWOT	19
2.1.1 Pontos Fortes	19
2.1.1.1 Equipa Técnica e Integração na Farmácia	19
2.1.1.2 Localização	19
2.1.1.3 SIFARMA 2000®	19
2.1.1.4 Plano de Estágio	19
2.1.1.4.1 <i>Back-Office</i>	19
2.1.1.4.2 Atendimento ao Público	21

2.1.1.5 Psicotr3picos e Estupefacientes	22
2.1.1.6 Preparação de Manipulados	23
2.1.2 Pontos Fracos	23
2.1.2.1 Componente Prática do Mestrado Integrado em Ciências Farmac3uticas	23
2.1.2.2 Aconselhamento na Áreia de Dermofarmácia e Cosmética	23
2.1.2.3 Dificuldade na Associação da Denominação Comum Internacional ao Nome Comercial	24
2.1.3 Oportunidades	24
2.1.3.1 Utentes Fidelizados	24
2.1.3.2 VALORMED	24
2.1.3.4 Acompanhamento Farmacoterapêutico	25
2.1.3.5 Integração de Conhecimentos e Aprendizagem Contínua	25
2.1.3.6 Formações	25
2.1.3.7 Insegurança Inicial	26
2.1.4 Ameaças	26
2.1.4.1 Aquisição de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica	26
2.1.4.2 Falta de Medicamentos	26
2.1.4.3 Espaços de Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	26
3. Capítulo 3: A influência do fator “Conhecimento sobre a doença” no controlo do doente hipertenso	27
3.1 Avaliação de fatores que influenciam o controlo da pressão arterial em doentes hipertensos: conhecimentos, crenças e adesão.	31
3.1.1 Objetivos	31
3.1.2 Metodologia	31
3.1.3 A influência do conhecimento da doença no controlo da hipertensão arterial	32
3.1.4 Resultados	33
3.1.4.1 Análise Descritiva	33
3.1.4.2 Questionário de conhecimento HKT	34
3.1.4.3 Influência do grau de conhecimento no controlo da HTA	36
3.1.5 Discussão	38
3.1.6 Limitações do estudo	40
4. Conclusões	41
5. Referências Bibliográficas	43

Anexos

Anexo 1: Autorização de Utilização Excepcional – Justificação clínica.....	45
Anexo 2: Autorização de Utilização Excepcional – Impresso de uso obrigatório pelos requerentes.....	46
Anexo 3: Anexo X da Portaria n.º 981/98, de 8 de Junho para a execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos	47
Anexo 4: Ficha técnica da suspensão oral de espironolactona + hidroclorotiazida.....	48
Anexo 5: Ficha técnica da suspensão oral de nistatina composta para bochechos	49
Anexo 6: Ficha técnica da tintura de azul de bromotimol	50
Anexo 7: Ficha de preparação de manipulados	51
Anexo 8: Rótulo de medicamentos manipulados.....	56
Anexo 9: Consentimento Informado	57
Anexo 10: Dados do doente e terapêutica medicamentosa.....	60
Anexo 11: Questionário HKT	61
Anexo 12: Questionário BMQ	64
Anexo 13: Questionário MUAH.....	65

Índice de Tabelas

Tabela 1: descritivo da amostra, dados dos doentes, antecedentes pessoais, patologias concomitantes e terapêutica medicamentosa	33
---	----

Índice de Figuras

Figura 1: correlação entre a idade dos doentes e as suas pontuações no questionário HKT	34
Figura 2: Percentagem de respostas corretas ao questionário HKT	35
Figura 3: Distribuição da amostra consoante o controlo da HTA.....	36
Figura 4: Variação da PAS em função da pontuação no questionário HKT	36
Figura 5: Variação da PAD em função da pontuação no questionário HKT	37
Figura 6: Correlação entre o controlo da doença e a pontuação no questionário HKT	37

Nota introdutória

No que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, o farmacêutico assume um papel da maior relevância. Seja no contexto da farmácia hospitalar ou comunitária, é importante a passagem do futuro farmacêutico por estes setores, de modo a assimilar as responsabilidades e exigências que acompanham a profissão. Daí que seja pertinente a realização de estágios curriculares em ambas as áreas, com vista a integrar os conhecimentos teóricos adquiridos durante a formação académica na realidade do mercado de trabalho.

O primeiro estágio teve lugar no Centro Hospitalar de Leiria, sob orientação da Dra. Joaquina Sanganha, de 8 de janeiro a 28 fevereiro de 2018. O segundo estágio decorreu na Farmácia Monte Real, entre 1 de março e 25 de junho de 2018, sob a orientação da Dra. Patrícia Lopes.

No capítulo 3 será abordado o tema – A influência do fator “Conhecimento sobre a doença” no controlo do doente hipertenso – que faz parte do projeto de investigação intitulado – Avaliação de fatores que influenciam o controlo da pressão arterial em doentes hipertensos: conhecimento, crenças e adesão – que visa avaliar, numa amostra de doentes hipertensos, em contexto de farmácia comunitária, a correlação entre o nível de conhecimentos acerca da doença, as crenças sobre a medicação, o grau de adesão à terapêutica e o grau de controlo da hipertensão.

I. Capítulo I: Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

O presente relatório foi redigido no âmbito da unidade curricular “Estágio Curricular” do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF).

O Centro Hospitalar de Leiria E.P.E. (CHL) é composto por três unidades de saúde. Estas surgiram, numa primeira fase da fusão realizada entre o Hospital de Santo André, E.P.E situado em Leiria e o Hospital Distrital de Pombal situado em Pombal no seguimento do Decreto-Lei nº30/2011 de 2 de Março, e numa segunda fase, em conformidade com o Decreto-Lei nº 116/2013, da integração do Hospital Bernardino Lopes de Oliveira, situado em Alcobaça. A junção destas três unidades de saúde em Centro Hospitalar teve por objetivo promover a reestruturação do parque hospitalar numa lógica de integração, complementaridade e concentração de recursos¹.

Os serviços farmacêuticos hospitalares têm por objetivo o conjunto de atividades farmacêuticas, exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados, que são designadas por “atividades de farmácia hospitalar”. São departamentos com autonomia técnica e científica, sujeitos à orientação geral dos órgãos de administração dos hospitais, perante os quais respondem².

Os serviços farmacêuticos (SF) do CHL são dirigidos pela farmacêutica Dra. Joaquina Sanganha, e têm por finalidade o exercício das atividades de farmácia hospitalar, bem como prestar cuidados farmacêuticos aos utentes enquadrados pela prestação dos cuidados de saúde desenvolvidos pelo hospital³.

Os SF são garantidos por uma equipa de farmacêuticos hospitalares (FH), técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT), assistentes administrativos e assistentes operacionais (AO).

Este relatório apresenta-se na forma de uma análise SWOT, onde serão descritos os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças, identificados durante o estágio.

I.1 Análise SWOT

I.1.1 Pontos Fortes

I.1.1.1 Equipa

A equipa do SF é constituída por profissionais que se inter-relacionam e colaboram, sempre com o objetivo de melhorar a saúde e bem-estar do doente. Durante o estágio, a integração na equipa foi sendo feita de forma gradual, acompanhando os farmacêuticos responsáveis por diferentes setores, que demonstraram sempre disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida e facultavam uma explicação prévia das tarefas que acompanhava ou nas quais participava.

I.1.1.2 Plano de Estágio

A oportunidade de passar por todos os setores (gestão de *stocks*, pedidos de compra, receção de encomendas, validação e distribuição, ambulatório, estupefacientes e psicotrópicos, hemoderivados, preparação de citotóxicos e de manipulados não estéreis), foi uma enorme vantagem, pois possibilitou que houvesse um maior contacto com a realidade hospitalar e melhor perceção das diversas funções de um FH.

I.1.1.3 Gestão e Aquisição de Stocks

A gestão de medicamentos é realizada pelo SF, que garante a disponibilidade, bom uso e dispensa dos medicamentos em perfeitas condições aos doentes do hospital, conforme as suas necessidades². Esta atividade inclui processos de seleção, aquisição, receção, armazenamento e conservação de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, bem como a própria gestão dos *stocks* existentes. A seleção de medicamentos disponíveis para prescrição obedece aos requisitos do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM), Adenda e orientações da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

A aquisição de medicamentos que não constem no FHNM, mas que têm Autorização de Introdução no Mercado (AIM) na União Europeia ou os que têm evidências de benefício clínico mas sem AIM em qualquer país, necessitam de um pedido de Autorização de Utilização Especial (AUE) à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), conforme Secção III do Decreto de lei n.º 176/2006 de 30 de Agosto (Anexos 1 e 2).

Aquando a receção de uma encomenda, está implícito a verificação da mesma. Tendo por base a guia de remessa com a nota de encomenda, avalia-se se a quantidade está conforme, bem como a integridade física das embalagens e avaliação do lote e validade.

Posteriormente, os serviços administrativos dão entrada dos produtos no sistema informático.

É feita a conferência, registo e arquivo da documentação técnica (certificados de análise).

Os medicamentos são armazenados em armazém central e em armazéns periféricos, de forma adequada (cada local encontra-se identificado com uma etiqueta que contém a Denominação Comum Internacional (DCI), dose, forma farmacêutica e código de barras) e segura, em condições adequadas à sua estabilidade (psicotrópicos e estupefacientes são guardados em cofres e medicamentos termolábeis em câmaras frigoríficas)².

O CHL dispõe de mecanismos de supervisão de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, através de grupos constituídos para supervisão de *stocks*, que verificam, uma vez por ano, o *stock* de medicamentos de cada serviço.

1.1.1.4 Contacto com Diferentes Áreas Clínicas

Apesar de terem sido poucas as visitas a outros serviços, foi possível notar que os diferentes serviços têm necessidades diferentes em termos de *stocks* de medicamentos e isso requer especial cuidado aquando da validação de alguns medicamentos, especialmente os que são usados como SOS em cada serviço.

Em relação ao contacto com diferentes medicamentos, este foi um ponto importante, uma vez que proporcionou o contacto com medicamentos diferentes dos cedidos nas farmácias comunitárias: capecitabina, etanercept, adalimumab, fingolimod, entre outros medicamentos que eram cedidos no setor da distribuição em regime de ambulatório. Também a passagem pelo setor dos estupefacientes e psicotrópicos permitiu o contacto com mais medicamentos, como sulfentanil, fentanilo e buprenorfina. E o mesmo na preparação de citotóxicos, com o irinotecano, metotrexato, doxorrubicina e cisplatina.

1.1.1.5 Contacto com Medicamentos Recentes

Em especial no regime de ambulatório foi muito frequente a cedência de medicamentos biológicos para patologias como a esclerose múltipla e artrite reumatoide. Medicamentos biológicos como o Interferão I- α e I- β , acetato de glatirâmero e adalimumab, são medicamentos relativamente recentes e de alguma forma inovadores para o tratamento destas patologias, e por isso foi uma mais valia poder observar a sua cedência e aconselhamento de utilização.

1.1.1.6 Ambulatório

A dispensa de medicamentos a doentes em regime de ambulatório é feita num gabinete destinado a esse fim e resulta da necessidade de haver um maior controlo e vigilância de algumas terapêuticas, seja pela possibilidade de ocorrência de efeitos secundários graves, necessidade de assegurar a adesão dos doentes à terapêutica e também pelo facto de a comparticipação de alguns medicamentos só ser a 100% se forem dispensados pelos serviços farmacêuticos hospitalares².

Para levantar a medicação, o doente tem de apresentar nos SF a receita assinada e datada pelo médico. O farmacêutico aquando da dispensa valida a prescrição médica e acondiciona a medicação com a quantidade respetiva (é cedida apenas para um mês, exceto para o tratamento de neoplasia da próstata, a qual é cedida para 3 meses) num saco apropriado, fornecendo toda a informação necessária ao doente.

A cedência de medicamentos para serem utilizados em regime de ambulatório tem um papel fundamental, pois permite que o doente inicie ou continue a sua terapêutica fora do hospital, de forma mais cómoda. Geralmente são doentes com patologias crónicas (esclerose múltipla, artrite reumatoide, patologias oncológicas), em que há necessidade de uma vigilância mais apertada, e é essencial assegurar a adesão a terapêutica por parte do doente.

Aqui o farmacêutico assume um papel crucial na cedência de medicamentos, análise farmacoterapêutica e aconselhamento ao doente.

1.1.1.7 Estupefacientes e Psicotrópicos

Estes fármacos por apresentarem a possibilidade de provocar dependência, requerem um controlo mais rigoroso, e estão sujeitos a legislação específica. A passagem por este setor, permite uma familiarização importante com todos os passos que têm de ser cumpridos de modo a fazer uma cedência segura e correta deste tipo de medicação. Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos são armazenados em armário ou cofre fechado à chave, organizados por ordem alfabética da sua DCI e por dosagem, separados e rotulados. Após a receção da requisição (Anexo 3) de um medicamento estupefaciente/psicotrópico, esta é validada e preparada pelo farmacêutico, e são levantados no SF por um enfermeiro do serviço requisitante, que no ato de entrega e após conferência, assina o respetivo espaço da requisição. O farmacêutico responsável faz uma verificação periódica do stock de cada serviço para controlo das suas condições de armazenamento, segurança e utilização⁴.

1.1.1.8 Farmacotecnia

As preparações que se fazem atualmente destinam-se essencialmente a doentes individuais e específicos (fórmulas pediátricas por exemplo); embalagem de doses unitárias sólidas; preparações assépticas (soluções e diluições de desinfetantes) ou preparações estéreis ou citotóxicas individualizadas².

Na preparação de medicamentos manipulados os FH devem seguir as “Boas Práticas na Preparação de Manipulados”, anexo à Portaria n.º 594/2004 de 2 de Junho, o que garante a qualidade dos manipulados⁵.

Todos os procedimentos estão padronizados e sujeitos a um registo rigoroso que permite descrever e rastrear o produto. Este registo deve conter: DCI, forma farmacêutica e excipientes; procedimento de preparação, material de acondicionamento, condições de conservação e prazo de validade. A área de farmacotecnia nos SF do CHL divide-se em 3 áreas físicas distintas: uma unidade de preparação de citotóxicos, um laboratório de manipulação de produtos não estéreis e uma sala de embalagem de medicamentos.

No setor de preparação de citotóxicos, é possível observar os protocolos de quimioterapia disponíveis neste hospital. Ao acompanhar todo o processo, torna-se claro que a validação da prescrição é uma função que exige ao farmacêutico uma avaliação crítica. Assim, é essencial analisar os dados do doente, do médico e do protocolo de quimioterapia, no que respeita à, dose prescrita, via de administração, soro de diluição, volume e tempo de perfusão, adequabilidade e terapêutica de suporte. Aquando da validação de prescrições, foi possível observar vários protocolos mais comuns, como por exemplo, para o cancro do trato gastrointestinal FOLFIRI (5-fluorouracilo, folinato de cálcio e irinotecano) e FOLFOX (5-fluorouracilo, folinato de cálcio e oxaliplatina). Na sala limpa é onde se procede à manipulação de citotóxicos, como injeções intramusculares de metotrexato (25 mg/mL) que se destina, frequentemente, à pediatria, e imunomoduladores que fazem parte dos protocolos de quimioterapia como por exemplo o cetuximab.

Quanto aos manipulados não estéreis, estes são preparados num laboratório próprio, segundo procedimento interno baseado nas farmacopeias, rotulados e enviados para o serviço que os solicitou. Foram preparados medicamentos como: suspensão oral de espironolactona + hidroclorotiazida (5 mg + 5 mg/mL) (Anexo 4); Suspensão oral de nistatina composta para bochechos (Anexo 5); Tintura azul de bromotimol (solução alcoólica a 4% m/v) (Anexo 6).

1.1.1.9 Formação Contínua

Durante o estágio, foram vários os momentos que proporcionaram adquirir novos conhecimentos, começando com a leitura dos manuais de procedimentos e protocolos internos de cada setor, para perceber o seu funcionamento e legislação aplicada. Também a pesquisa de informação relativa a medicamentos com os quais ia contactando e pela transmissão de conhecimentos pela equipa, que procuraram ensinar a importância de ter sempre uma opinião crítica e bem fundamentada. É importante que o farmacêutico mantenha uma constante atualização da informação, devido aos avanços científicos e tecnológicos que ocorrem na área da saúde.

1.1.1.10 Aplicação de Conhecimentos Adquiridos no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Apesar da formação académica do MICF, não fornecer ferramentas suficientes para a realidade hospitalar, existem áreas dentro do SF que são bastante familiares, como a preparação de manipulados não estéreis e no contacto/atendimento dos doentes de ambulatório.

No entanto, o MICF dá maior ênfase à farmácia clínica, monitorização de parâmetros farmacocinéticos e acompanhamento do doente, focando-se na revisão e reconciliação da terapêutica e no acompanhamento farmacoterapêutico, o que infelizmente, não são tarefas executadas, no momento, no CHL, o que acaba por se tornar também num ponto fraco.

1.1.2 Pontos Fracos

1.1.2.1 Estágio Predominantemente Observacional

Possivelmente devido ao curto tempo de estágio, este tornou-se predominantemente de carácter observacional, sendo poucas as situações de participação ativa. Isto constitui um ponto fraco, uma vez que a execução das tarefas de forma repetida e, eventualmente, autónoma é crucial na assimilação de conhecimentos.

1.1.2.2 Plano Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Apesar de ser uma vantagem poder conhecer novos medicamentos, alguns deles não são novos no mercado, e a formação teórica não foi suficiente em algumas áreas como as doenças autoimunes e a oncologia. A unidade curricular de Farmácia Hospitalar, não é suficiente em termos de formação teórica para nos preparar para um estágio em ambiente hospitalar. No entanto áreas como a farmácia clínica, acompanhamento farmacoterapêutico,

reconciliação da terapêutica e outras áreas que exigem um maior contacto com o doente, são extensivamente abordadas durante o curso, e infelizmente não surgiu a oportunidade de aplicar/ consolidar esses conhecimentos no CHL.

1.1.2.3 Distanciamento Farmacêutico-Doente

Ao contrário do que era esperado, no SF do CHL não é feito o acompanhamento à cabeceira do doente. Isto representa uma grande desvantagem, pois o processo clínico informático do doente por vezes não possui todas as informações necessárias, e é da maior importância o contacto com o doente, especialmente na visita médica, de modo a acompanhar a prescrição e fazer uma validação correta e segura da medicação.

1.1.2.4 Monitorização e Ajuste dos Parâmetros Clínicos

A monitorização clínica da terapêutica visa a individualização da posologia, para obter máxima eficácia com o mínimo de efeitos adversos. Atualmente, a farmacocinética clínica é realizada por solicitação do médico, que interpreta os resultados laboratoriais, e faz o ajuste posológico. Ao contrário do que já acontece noutros hospitais, esta prática não está incorporada nos SF do CHL. A sua implementação deveria ser feita pelo farmacêutico, uma vez que é uma área da Farmácia Clínica.

1.1.3 Oportunidades

1.1.3.1 Estágio em Farmácia Hospitalar

Tendo em conta a dimensão do SF e todas as funções nele desempenhada, apenas foi possível passar alguns dias em cada setor, o que não é suficiente para aprender tudo nem observar todas as situações que vão ocorrendo, não conseguindo por isso aprofundar os conhecimentos que cada setor tem para oferecer. No entanto, o estágio em farmácia hospitalar não é obrigatório, e por isso ter a oportunidade de passar por este ramo das ciências farmacêuticas é um privilégio, visto que permite contactar com uma realidade diferente da habitual farmácia comunitária e ajuda a conhecer outras opções de carreira profissional.

1.1.3.2 Tecnologias de Distribuição

O uso do *ElectroClass*[®] na preparação da distribuição da medicação representa uma oportunidade para a menor ocorrência de erros, aumentando a segurança para o doente. Este aparelho é utilizado na distribuição em regime de internamento, tanto em sistema de distribuição individual em dose unitária (exceto soluções injetáveis de grande volume e

formas farmacêuticas multidose) como na distribuição tradicional de medicamentos (sistema de reposição de *stocks*). No sistema de distribuição individual em dose unitária, os medicamentos apresentam-se em embalagem unitária e identificados (DCI, dosagem, forma farmacêutica, lote, prazo de validade e fabricante) e são fornecidos em módulos apropriados, individualizados e identificados (serviço, nome do doente e nº de utente do hospital), e a distribuição é diária, e é efetuada para um período de 24h². Na distribuição tradicional de medicamentos, cada unidade de internamento tem nela constituído um *stock* de medicamentos, e a sua composição está adaptada às características de cada serviço, definida e controlada pelo farmacêutico em colaboração com o médico e enfermeiro chefe do respetivo serviço. A sua reposição é diária (exceto fins de semana e feriados) e o pedido dos medicamentos para reposição dos *stocks* é feito pelo enfermeiro do serviço, validado pelo farmacêutico e depois preparado por TDT².

1.1.3.3 Contacto com a Realidade do Meio Hospitalar

Apesar de terem sido apenas 2 meses, este estágio permitiu a familiarização com a realidade hospitalar, a aquisição de novos conhecimentos e a relação com outros profissionais de saúde, oferecendo alguma noção do que é a carreira farmacêutica no ramo hospitalar e das responsabilidades associadas à profissão. Estes conhecimentos e competências tornam-se importantes para perspetivas profissionais que envolvam a carreira hospitalar.

1.1.4 Ameaças

1.1.4.1 Difícil Entrada na Carreira de Farmacêutico Hospitalar

A entrada neste setor farmacêutico aparenta ser algo difícil. A contenção de custos obriga a uma diminuição da contratação de farmacêuticos no setor hospitalar, além de se processar por concurso público e não por contratação direta, como ocorre na farmácia comunitária.

1.1.4.2 Falta de Recursos Humanos nos Serviços Farmacêuticos

Foi muito claro, desde o início do estágio, que o SF tem falta de farmacêuticos. Há uma enorme carga de trabalho e as tarefas são constantemente interrompidas o que compromete a concentração e aumenta muito a possibilidade da ocorrência de erros. Além disso, a falta de pessoal impede a realização de algumas tarefas, outrora realizadas no CHL, como a preparação de nutrições parentéricas e o acompanhamento do doente à cabeceira.

2. Capítulo 2: Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

“A Farmácia Comunitária é a face mais visível da profissão. É o primeiro local a que as pessoas recorrem quando têm questões relacionadas com a sua saúde. Os utentes reconhecem a disponibilidade, confiança e, acima de tudo, devoção e competência profissional que a farmácia comunitária oferece, numa relação que muito valoriza o papel que o farmacêutico comunitário hoje assume na sociedade”⁶.

Relativamente à Farmácia Comunitária, é de extrema importância a realização de um estágio nesta área, uma vez que aqui, o farmacêutico assume um papel fulcral e ativo, sendo por isso essencial entender o modo de funcionamento da farmácia comunitária, bem como todos os aspetos relacionados com o medicamento, desde que chega à farmácia até que é cedido ao utente.

A Farmácia Monte Real localiza-se na freguesia de Monte Real, concelho de Leiria. Encontra-se próxima do centro de saúde e de freguesias que não possuem nenhuma farmácia, tendo por isso uma grande afluência de utentes que, na sua maioria, são utentes habituais.

O local de atendimento possui dimensões adequadas e uma organização que faculta um ambiente apropriado ao exercício farmacêutico. É composto por vários lineares que expõem produtos de dermocosmética, higiene corporal e puericultura ao alcance dos utentes e os que expõem medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) estão numa zona acessível apenas aos profissionais, no entanto ao alcance visual dos utentes.

2.1 Análise SWOT

2.1.1 Pontos Fortes

2.1.1.1 Equipa Técnica e Integração na Farmácia

A equipa da Farmácia Monte Real é constituída por duas farmacêuticas e cinco técnicos de farmácia, todos eles profissionais de excelência, com uma grande capacidade de trabalho em equipa e com um nível de responsabilidade exemplar. Sempre se demonstraram dispostos a ajudar e esclarecer todas as dúvidas, bem como a partilhar os seus conhecimentos e conselhos. Esta disponibilidade e apoio vieram facilitar a integração na equipa e permitiram que fortalecesse um ótimo relacionamento com todos eles, o que foi fundamental a nível de aprendizagem e desenvolvimento de capacidades, estimulando a procura por aprender mais e querer fazer sempre melhor.

2.1.1.2 Localização

A Farmácia Monte Real encontra-se situada na rua Dr. Oliveira Salazar, em Monte Real, que apesar de ser numa vila, apresenta muito movimento e diversidade de utentes (diferentes faixas etárias e níveis de literacia, realidades socioeconómicas distintas, utentes ocasionais e utentes fidelizados) e tudo isto possibilitou a familiarização com diferentes realidades e adaptação do atendimento.

2.1.1.3 SIFARMA 2000®

Este programa informático é um instrumento essencial na gestão e organização da farmácia, sendo utilizado na realização de várias tarefas diárias, desde a gestão de *stocks*, realização e receção de encomendas, conferência de prazos de validade e faturação mensal do receituário. Na parte do atendimento, o SIFARMA 2000® permite criar e consultar a ficha de utente, que, tem como grande vantagem permitir o acesso à terapêutica habitual dos utentes, poupando tempo no atendimento. O programa ainda disponibiliza informação científica atualizada dos medicamentos, o que ajuda a realizar um aconselhamento mais completo e a dar uma resposta mais rápida.

2.1.1.4 Plano de Estágio

2.1.1.4.1 Back-Office

O início do estágio passou pelo acompanhamento diário dos farmacêuticos e técnicos de farmácia, na execução das mais variadas tarefas.

a) Gestão de Stocks

O trajeto do medicamento inicia-se numa área de *back-office*, que envolve atividades de grande responsabilidade e exigentes em termos de rigor. O primeiro passo é a gestão de *stocks*, que deve ter sempre em conta o equilíbrio financeiro da farmácia e a satisfação das necessidades dos utentes. Como principais fornecedores, a farmácia Monte Real tem a *Alliance Healthcare* e a Plural- Cooperativa Farmacêutica, com quem se fazem dois tipos de encomendas: as diárias (no SIFARMA 2000[®], tendo em conta o *stock* mínimo e máximo da ficha do produto) e as diretas (feitas ao balcão de forma a reservar, no próprio instante, o medicamento para o utente). Existe ainda um terceiro tipo de encomenda, feitas diretamente aos laboratórios, que envolvem grandes quantidades de unidades, apresentando também condições de pagamento mais vantajosas.

b) Receção de Encomendas

Seguidamente dá-se a receção de encomendas, em que se verificam todos os produtos que chegam à farmácia. É também feito o controlo dos prazos de validade e a marcação e atualização dos preços. Estas atividades obrigam a grande atenção, pois facilmente se cometem erros, o que leva a alterações de *stocks* e preços incorretos.

c) Armazenamento

Segue-se o armazenamento dos medicamentos e outros produtos, que permitiu a familiarização com os mesmos (nomes comerciais, cartonagens, princípios ativos) e com os locais de arrumação o que, posteriormente torna mais fácil e rápida a procura de um determinado produto no momento do atendimento (os produtos estão arrumados por ordem alfabética de nome comercial, exceto os genéricos que estão separados por laboratório, seguindo sempre o princípio do *first expired, first out*).

d) Devoluções

Em algumas situações, como quando chegam produtos não encomendados, produtos faturados e não enviados, quantidades diferentes das pedidas ou embalagens danificadas, é necessário devolver os produtos aos fornecedores. Estas devoluções de produtos são feitas utilizando o programa informático SIFARMA 2000[®].

e) Prazos de Validade

De modo a otimizar os *stocks* é necessário realizar verificações periódicas dos prazos de validade. É feita a recolha das listas de produtos através do SIFARMA 2000[®], e feita a verificação, produto a produto, e se tira nota dos produtos com *stocks* e prazos de validade

incorretos, marcando também os produtos cujo prazo de validade termina nos três meses seguintes, para devolver aos laboratórios ou distribuidores.

f) Conferência de Receituário

A conferência e organização do receituário envolvem: separação das receitas por organismo de participação e por lote; verificação de todas as conformidades (nas receitas eletrónicas com papel: assinatura do médico, assinatura do utente, carimbo da farmácia, data e assinatura do responsável pela cedência da receita. Nas receitas manuais: tudo o anterior e ainda a data de validade, se os medicamentos prescritos correspondem aos dispensados, os planos de participação e as portarias) e depois, no final do mês, fecho e emissão dos verbetes.

2.1.1.4.2 Atendimento ao Público

Esta etapa engloba a cedência e faturação de receitas, regularização de vendas suspensas e a crédito, aconselhamento farmacêutico e cedência de MNSRM. O atendimento ao balcão revelou ser a atividade mais desafiante e também mais satisfatória, permitiu fortalecer e aperfeiçoar a comunicação com o utente e de adaptar o tipo de atendimento às suas características, para que a transmissão da informação fosse realizada da melhor forma. É uma atividade bastante exigente e requer uma enorme bagagem de conhecimento e capacidade para lidar com o público.

A interação com o público começou com a oportunidade de realizar questionários sobre a influência do fator “Conhecimento sobre a doença” no controlo do doente hipertenso, que é o tema da presente monografia (Capítulo 3) e que faz parte de um projeto de investigação da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. A execução destes questionários foi muito importante para perceber que os utentes são muito diferentes, apresentam diferentes graus de literacia, diferentes estatutos socioeconómicos e diferentes idades. A perceção, desde início, de todas estas diferenças revelou-se da maior importância quanto à forma de abordagem ao público no atendimento ao balcão.

O atendimento ao balcão e aconselhamento farmacêutico foram feitos de uma forma gradual, inicialmente assistindo aos atendimentos e passando depois a realizar atendimentos com acompanhamento até estar preparada para atender sozinha. Neste setor é importante ter uma postura confiante e procurar o contacto visual de modo a obter a atenção do utente. Deve ser dada atenção à comunicação verbal, devendo esta ser clara, objetiva e adaptada ao tipo de utente, para conseguir uma boa transmissão da informação e garantir

que o utente a compreende. É também muito importante saber ouvir, para que o utente saiba que tem total atenção por parte do profissional.

a) Dispensa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Na cedência de medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), o farmacêutico deve estar atento a vários detalhes como: validade da prescrição, verificação do destinatário do medicamento, se a medicação constitui uma nova terapêutica ou se é medicação habitual, caso seja receita manual deve ser verificado também o regime de participação, e a cedência do medicamento deve ser acompanhada de todos os esclarecimentos necessários para o bom uso do medicamento e, sempre que possível, reforçar as informações orais com indicações escritas.

b) Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

“A automedicação é uma prática corrente nos dias de hoje. O incremento que a mesma sofreu recentemente decorre do acesso cada vez maior dos consumidores à informação sobre medicamentos, bem como da maior influência dos cidadãos, enquanto consumidores de cuidados de saúde, no processo decisório sobre o consumo desses mesmos cuidados de saúde.”⁷.

A utilização de MNSRM constitui uma forma comum de automedicação, mas esta não dispensa a consulta da opinião de um profissional, e o mais comum é ser solicitada a opinião do farmacêutico para o tratamento de queixas de saúde passageiras, ligeiras e sem gravidade. Para realizar um aconselhamento de qualidade, o farmacêutico deve reunir as informações clínicas básicas do utente, relaciona-las com as suas queixas e, caso considere necessário, ceder o medicamento apropriado. Se considerar que a situação não apresenta gravidade, o aconselhamento pode passar apenas por medidas não farmacológicas, mas se achar que os sinais/sintomas possam estar relacionados com alguma condição de saúde mais grave, deve aconselhar o utente a recorrer a um médico.

2.1.1.5 Psicotrópicos e Estupefacientes

A abordagem de medicamentos psicotrópicos necessita de um controlo rigoroso por parte do INFARMED, descrito no Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro⁴. São enviadas para o INFARMED cópias das receitas de psicotrópicos e estupefacientes, juntamente com os dados dos respetivos adquirentes. O registo de saídas dos psicotrópicos é realizado mensalmente até ao dia 8 do mês seguinte da sua entrada⁴. Para além disto, anualmente é também enviado ao INFARMED um registo das entradas e saídas de psicotrópicos, estupefacientes e benzodiazepinas.

2.1.1.6 Preparação de Manipulados

“Entende-se por medicamento manipulado qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”⁸.

A maioria dos medicamentos é preparada pela indústria farmacêutica, no entanto ainda existem alguns cuja preparação é efetuada na própria farmácia. A preparação de um manipulado engloba as etapas de preparação do manipulado, preenchimento da ficha de preparação, cálculo do preço (segundo honorários de preparação), rotulagem e dispensa do manipulado.

Durante o estágio, foram preparados manipulados como pomadas de ácido salicílico a 6% e 10% e pomada de enxofre a 6%, e respetivas fichas de preparação e rotulagens (Anexos 7 e 8). Também preparações de suspensões de amoxicilina com água purificada, que devido à sua baixa estabilidade requer uma preparação apenas no momento da dispensa, uma vez que são comercializadas sob a forma de pó para suspensão oral.

2.1.2 Pontos Fracos

2.1.2.1 Componente Prática do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

No início do estágio surgiram algumas dificuldades na incorporação dos conhecimentos teóricos, adquiridos no MICEF, no contexto prático da farmácia comunitária, particularmente no aconselhamento farmacêutico. Apesar do vasto conhecimento teórico, é difícil a sua aplicação prática, talvez por falta de treino nestas situações. A aplicação prática da teoria apreendida é a melhor forma de formação e de assimilação de conhecimentos. Seria vantajoso que as unidades curriculares aliassem uma componente prática mais adequada à realidade profissional.

2.1.2.2 Aconselhamento na Área de Dermofarmácia e Cosmética

Devido à existência de uma enorme quantidade de produtos diferentes e de várias marcas na área da dermocosmética, a cedência e aconselhamento de produtos de cuidados dermatológicos e cosmética tornou-se um ponto difícil do estágio. Existem vários produtos dentro de uma mesma linha, e vários produtos de marcas diferentes para uma mesma indicação e é extremamente complicado conhecer todos os produtos e, conseqüentemente, prestar um aconselhamento com confiança nesta área. Com algumas formações sobre os produtos foi-se tornando mais fácil, mas isto significa também ficar um pouco “presa” à

marca que fez a formação, e não aconselhar tanto outros produtos por não ter conhecimento suficiente sobre eles.

2.1.2.3 Dificuldade na Associação da Denominação Comum Internacional ao Nome Comercial

Apesar de atualmente as receitas eletrônicas serem prescritas por DCI, nas receitas manuais existem exceções em que os médicos prescrevem por nome comercial. Além disso, a maioria dos utentes da farmácia Monte Real, que são idosos, são muito fiéis às marcas e quando solicitam a medicação, fazem-no através dos nomes comerciais. Estando mais familiarizada com a DCI, foi algo difícil associar os nomes comerciais aos princípios ativos, o que, inevitavelmente provocou atrasos nos atendimentos.

2.1.3 Oportunidades

2.1.3.1 Utentes Fidelizados

Na farmácia Monte Real existe uma grande quantidade de doentes fidelizados, que são na sua maioria pessoas de maior idade. Serem clientes habituais possibilita a existência de fichas de registo no SIFARMA 2000® com as informações acerca do utente e da sua medicação. Este fator facilita a cedência dos medicamentos dos laboratórios que já são habituais, o que é uma enorme vantagem, uma vez que a generalidade dos utentes reconhece a sua medicação pela embalagem exterior e qualquer mudança é suficiente para lhes gerar confusão.

2.1.3.2 VALORMED

“A VALORMED é uma sociedade sem fins lucrativos que tem a responsabilidade da gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso. Resultou da colaboração entre a Indústria Farmacêutica, Distribuidores e Farmácias em face da sua consciencialização para a especificidade do medicamento enquanto resíduo”⁹.

Cada vez mais utentes entregam na farmácia as embalagens de medicamentos usados e a medicação que já não utilizam, demonstrando uma maior sensibilização para os riscos que os resíduos medicamentosos apresentam no meio ambiente. Os utentes trazem a medicação inutilizada até à farmácia, que é colocada em contentores próprios, posteriormente selados e rotulados com assinatura do farmacêutico. Os contentores são depois recolhidos pelas empresas de distribuição, para poderem ser eliminados de forma segura.

2.1.3.4 Acompanhamento Farmacoterapêutico

O acompanhamento farmacoterapêutico constitui uma atividade em que o farmacêutico tem a oportunidade de intervir e colaborar com outros profissionais de saúde, com vista a proporcionar um serviço que melhore a efetividade e segurança dos tratamentos, minimizando os riscos associados ao uso dos medicamentos. É especialmente vantajoso em doentes polimedicados ou com doenças crónicas, em que há maior probabilidade de ocorrência de erros de medicação.

No entanto esta não é uma realidade na farmácia Monte Real, muito provavelmente, porque a população não estaria interessada em pagar por este tipo de serviço mas também por não estar sensibilizada para as vantagens que poderiam surgir através da participação em consultas de acompanhamento.

Apesar de tudo, não deixa de ser uma oportunidade de prestação de serviços e de melhoria da qualidade de vida dos utentes.

2.1.3.5 Integração de Conhecimentos e Aprendizagem Contínua

É no contexto da prática profissional que temos a oportunidade de aplicar os conhecimentos que adquirimos ao longo dos cinco anos do curso, e é esta base de conhecimentos teóricos que nos permite desempenhar o papel de farmacêuticos.

É muito compensador ter a oportunidade de extrapolar esses conhecimentos teóricos para o contexto real da prática, dando realmente uso a toda a informação e formação que nos foi sendo ensinada ao longo destes anos.

2.1.3.6 Formações

É da responsabilidade do farmacêutico manter-se atualizado em relação aos produtos que se encontram no mercado. No entanto, devido à grande dimensão da indústria farmacêutica e dos produtos de saúde, não é fácil estar a par de tudo o que existe à venda. Assim, é de valorizar a oportunidade de participar em algumas ações de formação, nomeadamente, higiene oral (Elgydium[®]), dermocosmética (ISDIN[®], Avène[®], A-DERMA[®]), suplementos alimentares (PhytoXpert[®]), entre outros, o que posteriormente ajudou no atendimento ao público, pois conhecendo os produtos torna-se mais fácil o aconselhamento. Estas formações consistiram tanto em pequenas descrições sobre os produtos, feitas na farmácia pelos delegados de informação médica, como em formações de maior dimensão proporcionadas pelas marcas.

2.1.3.7 Insegurança Inicial

O medo de errar e de prejudicar a saúde do utente fez com que inicialmente surgissem inseguranças no atendimento e aconselhamento aos utentes. Estas inseguranças faziam com que várias vezes fosse necessário recorrer a um colega, mais experiente, para pedir ajuda, chegando muitas vezes à conclusão de que teria sido capaz de realizar o atendimento sozinho. Com o passar do tempo, e prática adquirida ao longo de vários atendimentos, e também graças ao apoio constante da equipa, esta insegurança foi deixando de existir.

2.1.4 Ameaças

2.1.4.1 Aquisição de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Várias foram as situações em que eram solicitados MSRM, sem a respetiva receita. Os doentes queixavam-se que a comparticipação do medicamento não compensava o dinheiro da consulta médica e também da dificuldade em marcar consultas, e solicitavam várias vezes a medicação sem a respetiva receita. Sempre que possível, era feita uma venda suspensa, no entanto, existem muitos casos em que não é possível a cedência como, por exemplo, o caso de benzodiazepinas e antibióticos, o que não era bem visto pelos utentes, que ameaçavam recorrer a outra farmácia.

2.1.4.2 Falta de Medicamentos

A falta de medicamentos é um problema grave, que põe em causa a terapêutica de vários doentes. Muitos dos utentes são idosos e não compreendem o porquê da descontinuação dos produtos ou da sua falta temporária. Destaco o caso da falta do medicamento Ezetrol®, que esteve esgotado durante a maior parte do tempo de estágio. Muitas vezes tentava-se solucionar o problema aconselhando um genérico, no entanto houve grande resistência por parte dos utentes, que se mantinham fieis à marca.

2.1.4.3 Espaços de Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

“Os MNSRM podem ser vendidos ao público fora das farmácias em locais que cumpram os requisitos legais e regulamentares”¹⁰.

É de realçar a grande quantidade de MNSRM que não são de venda exclusiva em farmácias. E estes, como todos os medicamentos, podem provocar efeitos adversos e apresentar interações com outros medicamentos, substâncias e alimentos. Esta realidade gera uma preocupação crescente, em sensibilizar os utentes para as questões implícitas na

administração de MNSRM, tentando ao máximo minimizar a automedicação irresponsável e sem aconselhamento de um profissional de saúde.

3. Capítulo 3: A influência do fator “Conhecimento sobre a doença” no controlo do doente hipertenso

A hipertensão é uma doença crónica que se caracteriza pela elevação da pressão arterial (PA)¹¹.

“A hipertensão é definida por valores superiores a 140 mmHg da pressão arterial sistólica e/ou superiores a 90 mmHg da pressão arterial diastólica”¹².

A hipertensão, um dos fatores de risco reversíveis que levam a ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais (AVC), é um problema de saúde pública. Vários medicamentos e terapias combinadas demonstraram a capacidade de reduzir a PA e a morbilidade e mortalidade cardiovascular. Ainda assim, o controlo da PA continua a ser dececionante. O conhecimento e a consciência dos doentes sobre a PA foram descritos como desempenhando papéis importantes na capacidade de obter o controlo da hipertensão com sucesso. Como a hipertensão arterial (HTA) é muitas vezes totalmente assintomática, é fundamental que o doente receba informações claras sobre os riscos associados à mesma, e os benefícios esperados de mudanças no estilo de vida e tratamento anti-hipertensivo¹³.

O estudo PHYSA (*Portuguese Hypertension and Salt Study*) realizado pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão revelou uma prevalência de HTA de 42,2% na população adulta de Portugal, e apontou que na última década as taxas de conhecimento e tratamento da HTA quase duplicaram. A maior consciencialização e conhecimentos dos profissionais de saúde e também da população em geral contribuíram, muito provavelmente, para a melhoria destes resultados¹⁴.

O conhecimento sobre a HTA foi destacado como um dos mais importantes fatores relacionados com o controlo da PA¹⁵. O conhecimento sobre a HTA esta associado à adesão e à terapêutica e, posteriormente, ao controlo da PA¹⁶.

Cerca de 50% a 75% dos doentes diagnosticados ou tratados com HTA não têm controlo adequado da PA. Os esforços para controlar a HTA incluem o aumento do conhecimento e da consciencialização do público, especialmente sobre os riscos associados ao não controlo da PA¹⁷.

Doentes que são elucidados sobre a importância do tratamento tornam-se mais envolvidos com o mesmo¹⁸. A falta de conhecimento da pressão arterial sistólica (PAS)

adequada foi identificada como um fator de risco para o controlo inadequado da PA¹⁹. É menos provável que os doentes que não têm conhecimento tomem a medicação, adotem mudanças no estilo de vida ou consultem um médico se a PA estiver fora dos valores ideais¹⁹.

Doenças crónicas como a HTA exigem a educação do doente, para alcançar um controlo adequado da PA e prevenir resultados adversos.

Doentes que sofrem de HTA devem saber como conciliar a toma adequada de vários medicamentos e modificar seu estilo de vida (por exemplo, dieta pobre em sal, perda de peso ou exercício) de modo a manter um controlo adequado da PA. A educação do doente também desempenha um papel crítico na facilitação da aceitação do diagnóstico e na compreensão das mudanças comportamentais necessárias para a participação ativa no tratamento. A educação tradicional do doente depende muito de material escrito, e apesar da disponibilidade de vários materiais de educação em saúde com conteúdo relativamente consistente, muitos são escritos a um nível muito alto para que os doentes com baixo nível de instrução compreendam pontos essenciais. Assim doentes com alfabetização inadequada podem não beneficiar desses esforços educacionais²⁰.

Na investigação de Mark V. Williams *et al.*²⁰, quase metade (48%) dos doentes com HTA neste estudo tinham alfabetismo funcional inadequado em saúde, e esses doentes tinham significativamente menos conhecimento sobre a sua doença, modificações importantes no estilo de vida e habilidades essenciais de autogestão.

No estudo de Almas A *et al.*¹⁶, feito no Paquistão, foi mostrado que 70% de todos os hipertensos desconheciam a sua condição. O conhecimento sobre o controlo da doença, incluindo os mecanismos preventivos, fatores que afetam o seu controlo como dieta, atividade física e informações sobre as medidas preventivas de complicações, não era estudado nesta população, havendo dados muito limitados sobre os doentes. As pontuações gerais da avaliação do conhecimento foram baixas, especialmente em doentes com HTA não controlada. Os doentes não se encontravam cientes sobre pontos como: qual a PA alvo; que os anti-hipertensivos devem ser tomados para a vida toda, e que o controlo da PAS e pressão arterial diastólica (PAD) é importante.

Menos de 75% das pessoas que começam a tomar medicamentos para a HTA continuam a usá-los após 6 meses. Isto indica claramente que, além da falta de educação para a saúde apropriada, parece haver uma falta de transferência de conhecimento dos médicos para os doentes¹⁶.

“Doentes que sabem que o aumento da PA diminui a esperança média de vida, têm um maior nível de conformidade com exames e uso de medicamentos”¹⁹. Isto demonstra a importância do conhecimento e da consciencialização sobre a HTA para melhorar o controlo da PA e os resultados a longo prazo.

Dados indicam que os doentes nos países desenvolvidos têm mais conhecimento sobre PA em comparação com pessoas em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Isso significa que pode haver uma correlação entre o nível de industrialização e a consciencialização para a HTA²¹.

Nos países em desenvolvimento é mais baixa a percentagem de participantes com conhecimento adequado sobre a doença. Nesses países os sistemas de saúde não são os melhores e quando associados a fatores do doente ou às suas atitudes em relação à saúde, as taxas de adesão provavelmente serão baixas²².

Na investigação de Akoko, BM *et al.*²², os participantes que acreditavam na eficácia dos medicamentos que tomavam eram mais complacentes do que aqueles que não acreditavam. Os participantes que achavam que os medicamentos eram financeiramente acessíveis eram mais complacentes do que aqueles que achavam os medicamentos mais dispendiosos. Os participantes que relataram que os seus medicamentos não estavam prontamente disponíveis eram significativamente menos complacentes. Os que experienciavam efeitos secundários eram também menos complacentes. E houve associação estatisticamente significativa entre o conhecimento da HTA e a adesão ao tratamento. Os participantes que tinham conhecimento adequado da HTA eram mais complacentes do que aqueles que não tinham. Doentes que têm mais conhecimento da HTA como um todo terão melhor compreensão da doença. Por conseguinte, compreenderão melhor os aspetos importantes da doença, tais como a sua natureza assintomática e a necessidade de tratamento a longo prazo.

Conhecer a natureza assintomática da doença é uma questão importante no tratamento da HTA. No estudo de Kilic M *et al.*²¹, a maioria dos participantes (63,3-92,6%) não sabia que a HTA pode transcorrer sem sinais e sintomas. Esta falsa compreensão afeta negativamente o seu controlo. O conhecimento sobre a PA é muito importante para os doentes se avaliarem a si mesmos – as suas medições de PA em casa e para cumprirem o tratamento. Neste estudo, evidenciou-se que o nível de conhecimento sobre a PA aumentou proporcionalmente com o maior grau de escolaridade. Num estudo nos Estados Unidos da América (EUA), também foi demonstrado que o nível de conhecimento médico aumentou proporcionalmente com o incremento no grau de escolaridade e decréscimo na idade.

Isto sugere uma explicação para a elevada taxa de não adesão à terapêutica: muitos doentes não compreendem a doença e a terapia medicamentosa. O curso assintomático da HTA contribui para essa falta de compreensão e, como resultado, muitas pessoas acreditam que a doença é intermitente e pode ser tratada exclusivamente com terapias não medicamentosas, como alívio do *stress*²³.

Cuspidi C *et al.*²⁴ mostraram o impacto positivo de uma única reunião educacional sobre o conhecimento dos doentes sobre questões relacionadas com a HTA. Envolver os farmacêuticos no controlo da doença pode resultar num aumento das taxas de controlo. Atualmente, programas de promoção da saúde realizados nas farmácias comunitárias são implementados no Canadá e nos EUA. Estes programas são muito menos frequentes na Europa. A maioria demonstrou melhorar os resultados na HTA, melhorando a adesão e reduzindo os níveis de PA. No entanto, o impacto de tal intervenção farmacêutica é em grande parte condicionado pelo *status* económico dos doentes. Um dos programas que consistia em medir e registar a PA do doente e avaliar a adesão ao tratamento cada vez que ele chegava à farmácia para reabastecer sua medicação anti-hipertensora, mostrava benefícios de cerca de 10 vezes maior que os custos¹³.

Já na investigação de Oliveria SA *et al.*¹⁷, os resultados sugerem que os doentes são bem informados sobre a HTA em geral, mas são menos informados sobre os fatores específicos relacionados com a sua condição e, especificamente, o seu próprio nível de controlo da PA. Os doentes não sabiam que a PAS é importante no controlo da PA e relataram que os médicos não enfatizavam o significado dos altos níveis de PAS. Além disso, muitos doentes (41%) não sabiam o valor da PA e não referiram com precisão se estavam elevados. Os doentes estavam bem informados sobre o significado da HTA e a gravidade dessa condição para a sua saúde. Noventa e seis por cento sabiam que a redução da PA melhoraria a saúde e 96% achavam que é possível tomar medidas para a reduzir. Quase 70% sabiam que a PA elevada poderia levar à insuficiência cardíaca congestiva. Quase todos estavam cientes da sua condição, e 91% mencionaram que um médico ou profissional de saúde os tinha diagnosticado. Mas, quando perguntados sobre qual a medida mais importante, 41% relataram que a PAD é mais importante, 13% relataram que a PAS é mais importante, enquanto 30% relataram que tanto a PAS quanto a PAD são importantes, e 17% não sabiam. Trinta e nove por cento não conheciam o nível normal de PAS ou relataram que a PAS normal é de 140 mmHg ou maior. Por outro lado, mais de 69% dos doentes identificaram a PAD normal como inferior a 90 mmHg. Além disso, 41% dos doentes indicaram que os seus valores estavam dentro da faixa normal, mas na verdade estavam

elevados. Doentes que estavam cientes de que os níveis elevados de PA levam a reduções na esperança média de vida tiveram um maior nível de conformidade com o uso de medicação e visitas de acompanhamento do que os doentes sem esse conhecimento.

Assim, em relação ao conhecimento sobre a doença, os dados disponíveis parecem mais consolidados, apontando que a falta de conhecimento, as crenças e mitos que os doentes têm sobre a doença, a desmotivação para a controlar, a incapacidade de adaptar o seu comportamento a situações adversas e as baixas expectativas do resultado do tratamento afetam negativamente a adesão²³.

O estudo de Almas A *et al.*¹⁶ mostrou que aqueles com um controlo adequado dos níveis de PA foram exatamente aqueles que tinham mais conhecimento sobre a doença. Com base nos fatos expostos, pode-se notar que quanto maior o grau de conhecimento dos doentes sobre a doença, maior o autocuidado e a adesão ao tratamento.

No entanto, o problema da não adesão é mais complexo, pois o acesso à informação sobre a HTA não implica necessariamente maior adesão às medidas de controlo. Nessa perspetiva, um estudo randomizado, desenvolvido em Espanha com 996 pessoas com HTA, mostrou que as intervenções educativas não tiveram impacto significativo na adesão dos doentes à terapêutica. Isto porque há inconsistência entre ter informações sobre a doença e aderir à terapia medicamentosa e controlar a PA. Assim, há uma diferença essencial entre conhecimento e prática, o que significa que, apesar de saberem o que é preciso ser feito, os doentes não agem de acordo com tal conhecimento, pois enquanto o conhecimento é racional, a adesão envolve um processo multifatorial afetado por fatores biológicos e culturais²³.

3.1 Avaliação de fatores que influenciam o controlo da pressão arterial em doentes hipertensos: conhecimentos, crenças e adesão.

3.1.1 Objetivos

Este estudo realizou-se em diferentes farmácias comunitárias com o objetivo de avaliar, numa amostra de doentes hipertensos, a correlação entre o nível de conhecimentos acerca da doença, as crenças sobre a medicação, o grau de adesão à terapêutica e o grau de controlo da HTA.

3.1.2 Metodologia

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Coimbra, com a referência CE-024-2018, de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar

de todos os doentes incluídos e garantir prova pública dessa proteção. Neste estudo, foram incluídos doentes diagnosticados com HTA e a tomar, no mínimo, um medicamento anti-hipertensor. Foram excluídos doentes com menos de 18 anos, mulheres grávidas e doentes com complicações cognitivas. O recrutamento foi feito a partir de prescrições que chegaram ao balcão das farmácias envolvidas no estudo e participaram 197 doentes hipertensos. A consulta teve a duração aproximada de 30 minutos, iniciando-se com a assinatura do consentimento informado (Anexo 9), onde estão descritos os objetivos do estudo e explicitado o cariz voluntário da participação. De seguida, foi cumprido o preenchimento de dados de perfil do doente e da terapêutica crónica (Anexo 10), foi medida a PA, uma primeira vez, e posteriormente, feita a aplicação da versão portuguesa de três questionários e realização da segunda medida da PA. Os três questionários realizados foram:

- Questionário HKT (*Hypertension Knowledge Test*)²⁵ - para avaliar os conhecimentos sobre a HTA (Anexo 11);
- Questionário BMQ (*Beliefs about Medicines Questionnaire*)²⁶ - para avaliar as crenças sobre a medicação (Anexo 12);
- Questionário MUAH (*Maastricht Utrecht Adherece in Hypertension*)²⁷ - para avaliar a adesão à terapêutica (Anexo 13).

3.1.3 A influência do conhecimento da doença no controlo da hipertensão arterial

O trabalho apresentado tem como objetivo avaliar a influência do conhecimento da HTA no controlo da mesma. Para avaliar o conhecimento que os doentes têm sobre esta doença, recorreu-se à aplicação do questionário HKT.

Este questionário foi desenvolvido com base no Programa Nacional de Educação do Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue, dos EUA e posteriormente, traduzido para português. É um questionário de 21 itens concebido para avaliar o conhecimento dos doentes sobre a HTA. O HKT compreende duas partes: 12 perguntas de “verdadeiro” ou “falso” e 9 questões de escolha múltipla. O nível de conhecimento é calculado atribuindo-se um ponto a cada resposta correta, obtendo-se uma pontuação total que varia de 0 a 21²⁵.

O controlo da doença foi avaliado através dos valores de PAS e PAD apresentados pelos doentes. Para classificar os doentes como controlados consideram-se os valores da *Guideline* da Sociedade Europeia de Hipertensão, que considera doentes hipertensos controlados quando PA <140/90 mmHg ou <140/85 mmHg no caso de serem doentes diabéticos¹².

Para a análise e gestão da base de dados foi utilizado o Microsoft Excel e para a análise descritiva e estatística utilizou-se o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*.

3.1.4 Resultados

3.1.4.1 Análise Descritiva

A análise dos dados de perfil dos doentes, antecedentes pessoais, patologias concomitantes e terapêutica medicamentosa dos 197 participantes incluídos no estudo encontra-se na tabela I.

Tabela I: descritivo da amostra, dados dos doentes, antecedentes pessoais, patologias concomitantes e terapêutica medicamentosa.

		Frequência – N (%)	Média ± Desvio-padrão
Género	Homens	76 (38.6%)	
	Mulheres	121 (61.4%)	
Idade média (anos)	Homens	65.29±10.24	65.82±12.15
	Mulheres	66.16±13.24	
Tempo desde o diagnóstico da HTA (anos)			13.44±10.08
PAS média (mmHg)			133.98±16.36
PAD média (mmHg)			78.85±10.82
Pulsações médias (bat/min)			72.01±10.58
Controlo da PA		108 (54.8%)	
História de doença do coração		30 (15.2%)	
História de AVC		4 (2%)	
História de HTA na gravidez		20 (16.5%)	
Patologias concomitantes (controlos autorreportados)			
Diabetes		57 (28.9%)	Controlados: 52 (26.4%)
Dislipidémia		110 (55.8%)	Controlados: 83 (42.1%)
DPOC		19 (9.6%)	
Obesidade		51 (25.9%)	

Medicação tomada (todas as patologias)	4.30±2.52
Anti-hipertensores tomados	
IECA	72 (36.5%)
ARA	101 (51.3%)
BEC	56 (28.4%)
β- Bloqueantes	56 (28.4%)
Diuréticos da ansa	23 (11.7%)
Diuréticos tiazídicos	81 (41.1%)
Antagonistas da renina	13 (6.6%)
Diuréticos - outros	1 (0.5%)
Antagonistas α-2 centrais	1 (0.5%)
Politerapia (>2)	137 (69.5%)

Recusaram-se a participar neste projeto 13 doentes, 2 dos quais referiram não ter interesse e os restantes 11 referiram falta de tempo.

3.1.4.2 Questionário de conhecimento HKT

Da aplicação do questionário HKT obtiveram-se resultados entre 0 a 21, sendo a média de pontos dos participantes de 16.96±2.67. A média de pontos nas mulheres foi de 16.79±2.81 e nos homens foi de 17.24±2.42. Não foram encontradas diferenças significativas do conhecimento sobre HTA entre ambos os géneros. Avaliando a correlação entre idade do doente e o grau de conhecimento, obteve-se uma correlação estatisticamente significativa (*rho* de Spearman -0.38, $p < 0.01$), o que indica que o grau de conhecimento é menor quanto mais idoso for o doente (Figura 1).

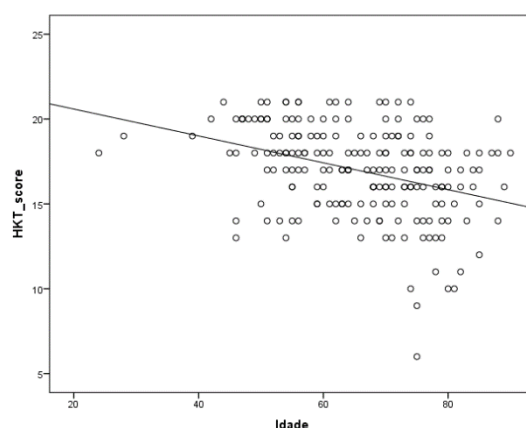


Figura 1: correlação entre a idade dos doentes e as suas pontuações no questionário HKT

Na figura abaixo (Figura 2) é possível analisar a percentagem de respostas corretas a cada uma das questões do HKT.

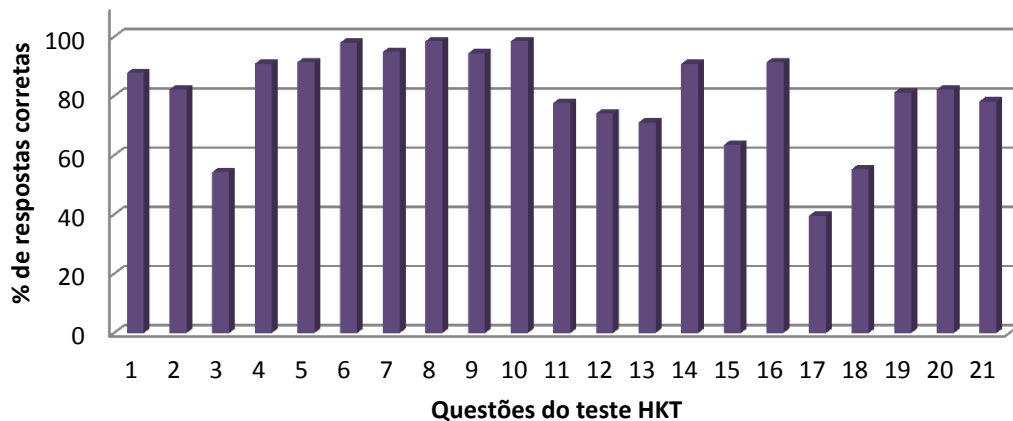


Figura 2: Percentagem de respostas corretas ao questionário HKT

Analisando as respostas é possível observar que não houve nenhuma questão com 100% nem 0% de respostas corretas. As questões com maior percentagem de respostas corretas foram a questão 8: “Os portugueses consomem 2 a 3 vezes mais sal ou sódio do que necessitam” e a questão 10: “A hipertensão é um problema apenas dos homens”, ambas com 98.5% de respostas corretas. As questões com menor percentagem de respostas corretas foram a questão 3: “ A hipertensão tem sempre sintomas”, a questão 17: “Qual das seguintes afirmações é VERDADEIRA sobre os medicamentos para a hipertensão?” e a questão 18: “Qual das seguintes afirmações é FALSA sobre os medicamentos para a hipertensão?”, com 54.3%, 39.6% e 55.3% de respostas corretas, respetivamente. A percentagem de respostas corretas foi sempre superior à de respostas incorretas, exceto na questão 17: “Qual das seguintes afirmações é VERDADEIRA sobre os medicamentos para a hipertensão?” em que a percentagem de respostas corretas foi apenas de 39.6%.

Analisando as questões de escolha múltipla (13-21) observou-se que na questão 13 “A hipertensão prejudica o seu organismo ao longo do tempo por” a resposta mais frequente foi a correta: “danifica os seus vasos sanguíneos” com 72.1% de respostas. Na questão 14 “Porque é que a hipertensão é chamada um assassino silencioso?” a resposta mais frequente foi a correta: “pode não ter sintomas e por a vida em risco” com 90.4% de respostas. Na questão 15 “Uma pessoa é diagnosticada com hipertensão se tiver” a resposta mais frequente foi a correta “pressão arterial elevada em 3 ocasiões diferentes” com 63.5% de respostas. Na questão 16 “Uma boa pressão arterial é” a resposta mais frequente foi a correta: “menos que 140/90 mmHg” com 91.4% de respostas. Na questão 17 “Qual das seguintes afirmações é VERDADEIRA sobre os medicamentos para a hipertensão?” a resposta mais frequente foi a correta: “há muitos tipos de medicamentos para a

hipertensão” com 39.1% de respostas. Na questão 18 “Qual das seguintes afirmações é FALSA sobre os medicamentos para a hipertensão?” a resposta mais frequente foi a correta: “tomar os medicamentos para a hipertensão durante muito tempo pode prejudicar o seu organismo” com 53.8% de respostas, Na questão 19 “Todos os seguintes problemas de saúde podem ser provocados pela hipertensão, exceto:” a resposta mais frequente foi a correta: “artrite” com 80.2% de respostas. Na questão 20 “Todas as seguintes afirmações são alterações que pode fazer na sua dieta para reduzir a sua pressão arterial, exceto:” a resposta mais frequente foi a correta: “Comer *fast-food* ou fritos” com 80.2% de respostas. Na questão 21 “Todas as seguintes alterações do estilo de vida podem ajudar a baixar a sua pressão arterial, exceto:” a resposta mais frequente foi a correta: “levantar 50 Kg” com 77.2% de respostas.

3.1.4.3 Influência do grau de conhecimento no controlo da HTA

A proporção de doentes controlados e não controlados encontra-se representada na figura 3.

De forma a observar a existência ou não de relação entre conhecimento e controlo da HTA desenharam-se gráficos que exibem a variação da PAS em função da pontuação obtida no questionário HKT (Figura 4) e PAD em função da pontuação obtida no questionário HKT (Figura 5).

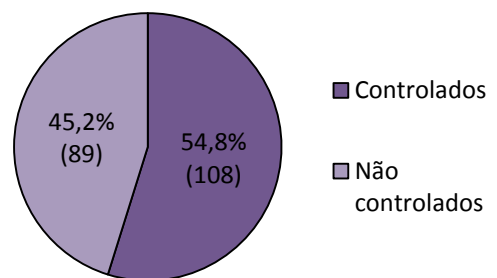


Figura 3: Distribuição da amostra consoante o controlo da HTA

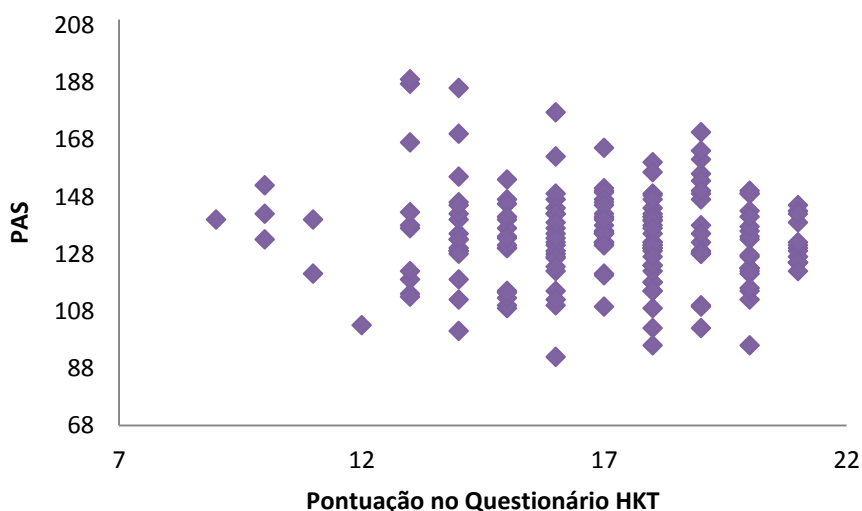


Figura 4: Variação da PAS em função da pontuação no questionário HKT

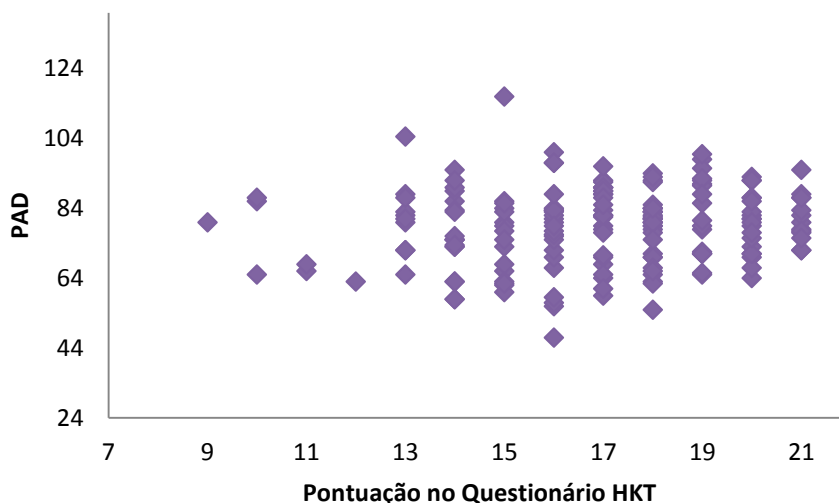


Figura 5: Variação da PAD em função da pontuação no questionário HKT

No grupo de doentes controlados, a média da pontuação obtida no questionário HKT foi de 17.05 ± 2.5 . O grupo de doentes não controlados obteve uma média de 16.75 ± 2.66 pontos no questionário HKT. Dos 13 doentes que obtiveram a pontuação máxima no questionário (21 pontos), 10 pertencem ao grupo dos controlados.

Verificou-se ainda que para o valor de PAS mais elevado (189 mmHg) a pontuação do questionário foi de 13. Para o valor de PAD mais elevado (116 mmHg) a pontuação do questionário foi de 15. E que os valores de PAS e PAD mais baixos (92/47 mmHg) pertencem ao mesmo doente e a pontuação do questionário foi de 16. Estes 3 doentes pertencem ao género feminino.

Para verificar a existência ou não de uma relação estatisticamente significativa entre conhecimento sobre a HTA e controlo da doença, realizou-se uma correlação entre o controlo da doença e as pontuações do questionário HKT (Figura 6). Não foram encontradas diferenças significativas entre o controlo dos doentes hipertensos e o grau conhecimento sobre HTA que apresentavam.

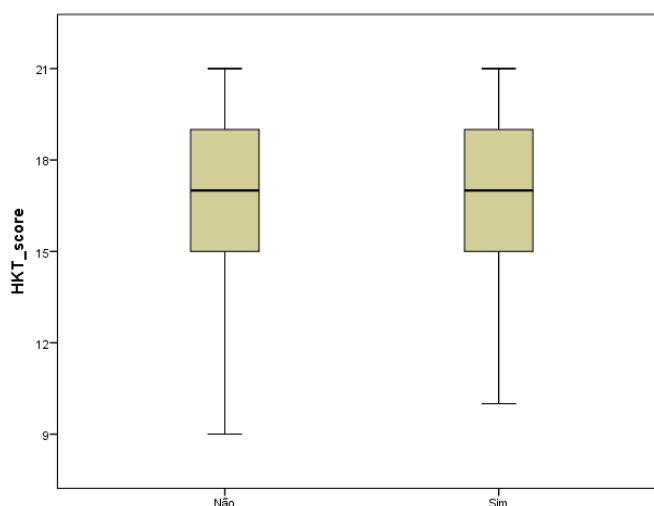


Figura 6: Correlação entre o controlo da doença e a pontuação no questionário HKT

3.1.5 Discussão

O conhecimento sobre a HTA é um ponto relevante na gestão da doença por parte do doente. No entanto, os resultados deste estudo não suportam essa premissa. Estes apontam que o conhecimento sobre a doença não influencia o controlo da mesma. Logo, uma base de conhecimento apropriada é necessária, mas não basta para atingir o controlo.

A amostra é constituída, maioritariamente, por pessoas idosas e reformadas, estando o género feminino em maioria. Esta distribuição de amostra corresponde a uma amostra da população que se encontrava mais disponível, e pelo facto da incidência e prevalência da HTA aumentar com a idade¹².

Tendo em conta os resultados obtidos no questionário HKT é possível afirmar que os inquiridos demonstraram um nível aceitável de conhecimento sobre a HTA (16.96 ± 2.67 pontos em 21), porém, ainda existem lacunas a serem colmatadas, através da educação e intervenção profissional, de forma a melhorar o conhecimento acerca da sua doença.

As questões 6, 8 e 10 obtiveram percentagens de respostas corretas iguais ou superiores a 98%, o que é um bom resultado. Contudo, o mesmo não se verificou para as questões 3, 17 e 18 que tiveram as percentagens mais baixas de respostas corretas. As questões com maior percentagem de respostas corretas dizem respeito ao excesso de peso levar a um maior risco de desenvolver HTA, ao excessivo consumo de sal pelos portugueses e ao facto da HTA ser uma doença que afeta os dois géneros, respetivamente. Estes resultados demonstram que a maioria dos inquiridos tem conhecimento que o excesso de peso e consumo excessivo de sal são prejudiciais, podendo levar ao desenvolvimento ou agravar a HTA e ainda que esta patologia afeta os dois géneros.

Em relação as questões com menor percentagem de respostas corretas, a questão 3 afirma que “hipertensão tem sempre sintomas”. Apenas 54.3% dos inquiridos respondeu corretamente, o que é algo preocupante, pois sendo a HTA uma doença silenciosa que pode levar à ocorrência de AVC e outros problemas cardiovasculares, é necessário manter um controlo rigoroso da PA. Assim deveria ser feito um esforço maior no sentido de educar a população para os riscos da não monitorização da doença.

As questões 17 e 18 são as questões que, além da 3, apresentam percentagens de respostas corretas mais baixas (39.6% e 55.3%, respetivamente). Na questão 17 a maioria dos inquiridos (39.1%) respondeu corretamente, no entanto, ainda 35% responderam que “os medicamentos não devem ser tomados se se beber álcool” e 19.3% responderam que “deve ser tomada uma medicação adicional quando a pressão arterial está alta”. Além de apontar para uma notável falta de conhecimento de como lidar com a HTA estes resultados

voltam a reportar para a falta de conhecimento sobre o curso silencioso da doença, pois vários doentes reportam que só efetuam a medição da PA quando apresentam sintomas como dor de cabeça e caso ela esteja elevada, tomam o dobro da dose habitual. Alguns dos doentes reportaram também que apesar de lhes serem prescritos dois anti-hipertensores diferentes, tomavam apenas um diariamente, tomando só os dois quando a PA estava demasiado alta. Visto que 69.5% dos inquiridos são polimedicados para esta condição, esta é mais uma questão preocupante, pois alguns doentes estão convictos que só têm de tomar um dos medicamentos diariamente, e que os restantes só são necessários caso a PA esteja muito elevada.

Em relação à questão 18 que solicitava a resposta falsa, a maioria (53.8%) respondeu corretamente, contudo, 30.5% responderam que “a partir do momento em que começa a tomar a medicação tem de continuar a tomá-la a vida toda”, o que demonstra que os inquiridos não têm noção que a HTA é uma doença crónica e precisa de tratamento contínuo. Ainda 10.7% responderam que “mesmo que se sintam bem tem de tomar a medicação como prescrito”, o que mais uma vez ilustra o desconhecimento de que a HTA é predominantemente assintomática e que para manter os níveis de PA dentro dos desejáveis, tem de ser feita uma terapêutica correta e contínua. Aqui também o curso assintomático da HTA contribui para a falta de compreensão e, muitas pessoas acreditam que a doença é intermitente ou temporária²³.

Apesar de existirem algumas lacunas, o facto da percentagem de respostas corretas ser superior a 80% em mais de metade das questões (13 em 21) demonstra que, de uma forma geral, os doentes têm conhecimentos adequados sobre a HTA.

Foi também avaliada de que forma a idade influencia o conhecimento. Observou-se a existência de correlação entre esta e o conhecimento, o que sugere que o avançar da idade está associado a um nível mais baixo de conhecimento. Talvez pelo facto de pessoas mais velhas terem menos facilidade em reter as informações novas que lhes são fornecidas.

No que diz respeito à influência do conhecimento no controlo da doença obteve-se uma média de pontuação do questionário de HKT superior para o grupo de doentes controlados ($17,05 \pm 2,51$) do que para o grupo de doentes não controlados ($16,75 \pm 2,66$). No entanto esta diferença de pontuação não é estatisticamente significativa. Estes resultados levam-nos a duvidar da existência de relação entre o conhecimento e o controlo da HTA. Essa suspeita é confirmada pela falta de correlação entre os valores de PAS e PAD e as pontuações do questionário HKT e pela inexistência de diferença estatisticamente significativa entre as pontuações dos doentes controlados e não controlados. No entanto, é

importante notar que a relação entre conhecimento e controlo da doença é complexa. Existem vários fatores a ter em conta, desde crenças, atitudes, estilos de vida e utilização adequada da medicação. Por outro lado, doentes informados e com um nível adequado de conhecimento, podem não aplicar esses conhecimentos no dia-a-dia, e, conseqüentemente apresentarem valores de PA mais elevados.

Muitos doentes não têm capacidade de praticar o estilo de vida recomendado, mesmo estando cientes da sua importância para o controlo da PA. O envelhecimento poderá ser uma das causas, os doentes tornam-se menos cooperativos e tem mais dificuldade a assimilar as informações transmitidas, o que diminui a efetividade da autogestão da doença. Por outro lado, as crenças e atitudes face à doença e ao tratamento vão afetar a gestão da mesma e, conseqüentemente, o seu controlo.

3.1.6 Limitações do estudo

A principal limitação do estudo é atribuída ao facto da amostra (197 doentes) não ser grande o suficiente e representativa para que se possam extrapolar os resultados para a população em geral.

4. Conclusões

Em relação à Farmácia Hospitalar, esta é uma área de grande responsabilidade e que obriga a uma constante atualização dos conhecimentos. Os dois meses de estágio permitiram a aquisição de novas competências que proporcionarão vantagens para a entrada no mercado de trabalho. É de reconhecer o valor deste estágio para o crescimento pessoal e profissional, que proporciona valor acrescentado à formação de qualquer estudante. No entanto, como referido na análise SWOT, era importante poder realizar algumas tarefas de forma mais independente.

É também de salientar que no CHL existem ainda muitas áreas em que o farmacêutico não participa ativamente, como a visita clínica às enfermarias, a participação na reconciliação da terapêutica e o seguimento farmacoterapêutico, que não ocorrem, por enquanto no CHL, e a sua implementação seria da máxima importância, de modo a ter um maior contacto com o doente e colaborar de forma estreita com outros profissionais como médicos e enfermeiros.

A oportunidade de ter contactado com a realidade hospitalar é sempre algo a valorizar, pois permite consolidar conhecimentos e compreender melhor o circuito do medicamento em ambiente hospitalar e comprovar a importância dos SF nos hospitais. Tudo isto não teria sido possível sem o apoio e os ensinamentos de toda a equipa farmacêutica.

Respeitante ao estágio curricular em farmácia comunitária, esta foi uma das etapas mais gratificantes de todo o percurso, proporcionando a oportunidade experienciar a realidade do mercado de trabalho do farmacêutico comunitário e de aplicar os conhecimentos teóricos no dia-a-dia profissional. No entanto, este estágio comportou muito mais que a aplicação de conhecimentos adquiridos no curso. Foi um processo de constante aprendizagem, progresso e desenvolvimento tanto a nível profissional como pessoal.

Testemunhar a importância que o farmacêutico tem na sociedade, tanto a nível profissional como a nível humano e social, foi um privilégio e constitui uma fonte de motivação para continuar a aprender e evoluir.

Esta experiência tornou-se também tão marcante devido ao constante apoio da equipa da farmácia Monte Real, sempre disponível para transmitir todos os ensinamentos e conselhos. Também por ensinarem que as relações pessoais que se estabelecem são alicerçais para superar os momentos menos fáceis que vão surgindo.

Finalmente, em relação ao projeto de investigação, cujo objetivo se prendeu em avaliar a influência do conhecimento sobre a HTA no seu controlo, os resultados mostraram-nos que pouco mais de metade dos participantes (54.8%) se encontravam controlados, o que

é algo preocupante, pois o controle da PA é indispensável para que se possa reduzir a morbidade e mortalidade associadas a esta doença. Apesar disto, o conhecimento, não foi associado ao controle da HTA.

O conhecimento, apesar de necessário, não implica um controle efetivo. Muitos doentes têm um conhecimento adequado sobre a patologia mas nem sempre o aplicam, existindo uma barreira entre aquilo que o doente sabe e aquilo que realmente faz. Assim, é importante perceber quais as crenças e mitos que os doentes têm sobre a doença, o porquê da desmotivação para a controlar e o porquê da incapacidade de adaptar o seu comportamento à situação, uma vez que estas variáveis podem influenciar a aplicação dos conhecimentos no dia-a-dia.

É imperativo que os profissionais de saúde percebam se os doentes são capazes de aplicar as informações que lhes são facultadas e identifiquem as variáveis acima referidas, instigando, aconselhando e educando o doente.

Apesar de este estudo não ter apresentado uma relação entre o conhecimento e o controle da doença, é pouco provável que surjam melhorias no controle sem uma adequada educação.

5. Referências Bibliográficas

1. CHL. Available at: <http://www.chleiria.pt/o-hospital/conheca-nos-1/apresentacao-e-historia-4/>. (Accessed: 20th January 2018).
2. BROU, M. H. L. et al. Manual da Farmácia Hospitalar. *Ministério da Saúde* (2005) 69 doi:224 794/05
3. CHL, SF. Available at: <http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/servico-farmacutico-44/>. (Accessed: 25th February 2018).
4. REGULAMENTAR, D. & EUROPEU, P. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. *Infarmed* (2005) 1–45.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º594/2004, de 2 de junho -. *Diário da República, 1.ª série-B* **129**, (2004) 3441–5.
6. Ordem dos Farmacêuticos. Available at: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/>. (Accessed: 12th May 2018).
7. INFARMED. Despacho n.º 2245/2003, de 16 de Janeiro. (2003) 1–4.
8. INFARMED - GABINETE JURÍDICO E CONTENCIOSO. Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril. *Legis. Farm. Compil.* (2004) 1–4.
9. Valormed. Available at: <http://www.valormed.pt/paginas/2/quem-somos/>. (Accessed: 12th May 2018).
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto-Lei n.º 134/2005 de 16 de Agosto. *Diário da República Iª Série*, (2005) 4763–4765.
11. CRAMER, J. A. et al. Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. *Value Heal.* **11**, (2008) 44–47.
12. MANCIA, G. et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.* **34**, (2013) 2159–2219.
13. RAGOT, S., SOSNER, P., BOUCHE, G., GUILLEMAIN, J. & HERPIN, D. Appraisal of the knowledge of hypertensive patients and assessment of the role of the pharmacists in the management of hypertension: results of a regional survey. *J. Hum. Hypertens.* **19**, (2005) 577–84.
14. de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. (2014)
15. ATALLAH, A. et al. Niveau de connaissance de leur pathologie des patients hypertendus suivis en médecine générale et sa relation avec l'obtention des objectifs thérapeutiques. Étude Co-HACT, DOM-TOM. *Ann. Cardiol. Angeiol. (Paris)*. **60**, (2011)

- 21–26.
16. ALMAS, A., GODIL, S. S., LALANI, S., SAMANI, Z. A. & KHAN, A. H. Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; A multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC Res. Notes* **5**, (2012) 1–8.
 17. OLIVERIA, S. A., CHEN, R. S., MCCARTHY, B. D., DAVIS, C. C. & HILL, M. N. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. *J. Gen. Intern. Med.* **20**, (2005) 219–225.
 18. ELLIOTT, W. J. What factors contribute to the inadequate control of elevated blood pressure? *J. Clin. Hypertens. (Greenwich)*. **10**, (2008) 20–26.
 19. ALEXANDER, M., GORDON, N. P., DAVIS, C. C. & CHEN, R. S. Patient knowledge and awareness of hypertension is suboptimal: results from a large health maintenance organization. *J. Clin. Hypertens. (Greenwich)*. **5**, (2003) 254–260.
 20. INVESTIGATION, O. Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease. **158**, (2015) 166–172.
 21. KILIC, M., UZUNÇAKMAK, T. & EDE, H. The effect of knowledge about hypertension on the control of high blood pressure. *Int. J. Cardiovasc. Acad.* **2**, (2016) 27–32.
 22. AKOKO, B. M., FON, P. N., NGU, R. C. & NGU, K. B. Knowledge of Hypertension and Compliance with Therapy Among Hypertensive Patients in the Bamenda Health District of Cameroon: A Cross-sectional Study. *Cardiol. Ther.* **6**, (2017) 53–67.
 23. BARRETO, M. DA S., REINERS, A. A. O. & MARCON, S. S. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* **22**, (2014) 491–498.
 24. CUSPIDI, C. et al. Improvement of patients' knowledge by a single educational meeting on hypertension. (2001) 57–61.
 25. CABRAL, A. C. et al. Cross-cultural adaptation of Hypertension Knowledge Test into European Portuguese. *Brazilian J. Pharm. Sci.* **53**, (2017) 1–9.
 26. SALGADO, T. et al. Adaptação transcultural do Beliefs about Medicines Questionnaire para o Português. *Sao Paulo Med. J.* **131**, (2013) 88–94.
 27. CABRAL, A. C., CASTEL-BRANCO, M., CARAMONA, M., FERNANDEZ-LLIMOS, F. & FIGUEIREDO, I. V. Developing an adherence in hypertension questionnaire short version: MUAH-16. *J. Clin. Hypertens.* **20**, (2018) 118–124.

Anexos

Anexo 1: Autorização de Utilização Excepcional – Justificação clínica

AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EXCEPCIONAL Alinea a) artigo 92.º JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA			
Estabelecimento de saúde:			
Serviço proponente:			
Deliberação n.º 1546/2015			
a) – Medicamentos de benefício clínico bem reconhecido <input type="checkbox"/>	b) – Medicamentos com provas preliminares de benefício clínico <input type="checkbox"/>		
Nome do medicamento:			
Substância(s) Activa(s):	Pertence ao F.N..M.:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Dosagem:	Apresentação:		
Quantidade:			
Indicações Terapêuticas para as quais se pretende o medicamento e posologia:			
Estratégia terapêutica para a situação em causa:			
Listaem de terapêuticas alternativas existentes no mercado e motivos da sua inadequação à situação em análise:			
Fundamentação científica da utilização do medicamento:			
A PREENCHER APENAS NO CASO DE SE TRATAR DE UM PEDIDO AO ABRIGO DA ALÍNEA B) SUPRACITADA			
Está a decorrer, na instituição, algum ensaio clínico envolvendo este medicamento?		SIM * <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
* Justificação da impossibilidade de inclusão em ensaio clínico:			
Provas experimentais preliminares de eficácia e segurança que façam pressupor a actividade do medicamento na situação clínica em causa:			
Número de doentes a tratar:			
Dose diária por doente:			
Duração prevista para o tratamento:			
Quantidade total de medicamento a utilizar:			
Identificação dos Doentes:			
Assinatura do Director de Serviço (deverá ser identificada sob a forma de carimbo e/ou vinheta):			

Anexo 2: Autorização de Utilização Excepcional – Impresso de uso obrigatório pelos requerentes

AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EXCEPCIONAL MEDICAMENTOS DE USO HUMANO IMPRESSO DE USO OBRIGATÓRIO PELOS REQUERENTES			
Exm.º Senhor Presidente do Conselho Diretivo do INFARMED, I.P. Pretende esta entidade licenciada para a aquisição direta de medicamentos, ao abrigo do disposto na alínea a) do artigo 92.º do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto, na sua actual redacção, solicitar AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EXCEPCIONAL para o medicamento de benefício clínico bem reconhecido abaixo indicado, ao abrigo do despacho:			
Deliberação n.º 1546/2015			
Por se tratar de um medicamento que não possui AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO (AIM) em Portugal e se destinar a doentes em tratamento neste estabelecimento de saúde, com vista a satisfazer as necessidades para o próximo ano de 2018....., solicito a V. Ex.ª, se digne autorizar a sua utilização especial, nos seguintes termos:			
Requerente:			
Morada:			
Código postal:	Tel S.F.:	Fax S.F.:	
V/ Nº de Pedido:	V/data:		
Nome do medicamento:			
Substância(s) Activa(s):			
Forma farmacêutica:			
Dosagem:	Pertence ao F.H.N.M.:		SIM <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quantidade unitária:	Apresentação:		
Preço por unidade (c/IVA):	Estimativa/Despesa (c/IVA):		
Titular da A.I.M.:	País da A.I.M.:		
Fabricante:	País/fabrico:		
Libertador de lote*:	País/lib. de lote*:		
Distribuidor do país de procedência:	País/Procedência:		
Distribuidor em Portugal*:	Alfândega*:		
<input type="checkbox"/> Albumina humana como excipiente <input type="checkbox"/> Alergeno <input type="checkbox"/> Derivado do sangue ou plasma <input type="checkbox"/> Vacina			
<input type="checkbox"/> INSTRUÇÃO AO ABRIGO DO ARTIGO 12.º DA DELIBERAÇÃO N.º 1546/2015. Documentação enviada ao INFARMED pelo requerente ou por outra entidade _____ juntamente com a AUE n.º ____ autorizada para o ano ____.*			
<input type="checkbox"/> PEDIDO DE ALTERAÇÃO DA QUANTIDADE inicialmente requerida na AUE nº _____, autorizada em ___/___/___ Justificação: _____			
<input type="checkbox"/> Aceito, para efeitos do previsto no artigo 9.º Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de Setembro, que as comunicações com o INFARMED no âmbito do presente pedido sejam feitas através das seguintes caixas electrónicas: ave@infarmed.pt do INFARMED e _____ (e-mail) do requerente;			
<input type="checkbox"/> Igualmente aceito que as comunicações por correio electrónico feitas nos termos do parágrafo anterior, independentemente da indicação dos nomes dos colaboradores de ambas as entidades que, em concreto, as elaboraram, revestem valor probatório e a respectiva autoria é atribuída à parte remetente;			
<input type="checkbox"/> As comunicações feitas nos termos dos parágrafos anteriores, consideram-se recebidas pelo seu destinatário no segundo dia útil posterior ao seu envio, sendo suficiente para prova de envio o "print" retirado do sistema do seu remetente donde conste a data e hora de envio.			
Assinatura do Director Clínico (deverá ser identificada sob a forma de carimbo e/ou vinheta):			

* Se aplicável

Anexo 3: Anexo X da Portaria n.º 981/98, de 8 de Junho para a execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos

ANEXO X

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO N.º

Serviços Farmacêuticos
do

Código
SERVIÇO
SALA

Medicamento (D.C.I.)	Forma Farmacêutica	Dosagem	Código
----------------------	--------------------	---------	--------

Nome do Doente	Cama/ Processo	Quantidade Pedida Ou Prescrita	Enfermeiro que administra o Medicamento		Quantidade Fornecida	Observações
			Rubrica	Data		
		Total			Total	

Assinatura legível do director de serviço ou legal substituto Data ___ / ___ / ___ N.º Mec. _____	Assinatura legível do director do serviço farmacêutico ou legal substituto. Data ___ / ___ / ___ N.º Mec. _____	Entregue por (ass. Legível) _____ N.º Mec. _____ Data ___ / ___ / ___ Recebido por (ass. Legível) _____ N.º Mec. _____ Data ___ / ___ / ___
--	--	--

Anexo 4: Ficha técnica da suspensão oral de espironolactona + hidroclorotiazida



FICHA TÉCNICA DE PRODUÇÃO

FARMACO/ DOSAGEM /FORMA FARMACÉUTICA	SUSPENSÃO ORAL DE ESPIRONOLACTONA + HIDROCLOROTIAZIDA (5 MG + 5 MG / ML)
FÓRMULA	ESPIRONOLACTONA 50 MG + HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG 150 MG + 150 MG (3 COMPRIMIDOS) XAROPE COMUMQBP 30 ML
MODUS FACIENDI	<p>VERIFICAR O ESTADO DE LIMPEZA DO MATERIAL A UTILIZAR.</p> <p>NUM ALMOFARIZ TRITURAR OS COMPRIMIDOS ATÉ OBTENÇÃO DE UM PÓ FINO . ADICIONAR PEQUENOS VOLUMES DE XAROPE COMUM E COLOCAR EM PROVETA DE VIDRO GRADUADA, POR FORMA A ARRASTAR A TOTALIDADE DO PÓ. COMPLETAR O VOLUME ATÉ 30 ML.</p> <p>ACONDICIONAR EM FRASCO DE VIDRO ESCURO. ROTULAR.</p>
RÓTULO	<p>SUSPENSÃO ORAL DE ESPIRONOLACTONA + HIDROCLOROTIAZIDA (5 MG + 5 MG / ML)</p> <p>ESPIRONOLACTONA 50 MG + HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG 150 MG +150 MG (3 COMPRIMIDOS) XAROPE COMUMQBP 30 ML</p> <p>LOTE Nº : 01.18.02.12 / AGITAR ANTES DE USAR PROTEGER DA LUZ CONSERVAR NO FRIGORÍFICO (2° - 8° c) DATA DE PREPARAÇÃO : 12-02-2018 PRAZO DE UTILIZAÇÃO : 30 DIAS CONTEM SACAROSE VIA DE ADMINISTRAÇÃO : ORAL QUANTIDADE DISPENSADA : 30 ML</p>
OBSERVAÇÕES	SE SE PRETENDER PREPARAR UMA SOLUÇÃO ORAL COM DIFERENTE VOLUME, FAZER A RESPECTIVA CORRESPONDÊNCIA PROPORCIONAL DE MASSA/VOLUME.

APROVAÇÃO:

DATA:

Anexo 5: Ficha técnica da suspensão oral de nistatina composta para bochechos



FICHA TÉCNICA DE PRODUÇÃO

FARMACO/ DOSAGEM /FORMA FARMACÊUTICA	SUSPENSÃO ORAL DE NISTATINA COMPOSTA PARA BOCHECHOS
FÓRMULA	<p>NISTATINA 100 000 UI/ML SUSP ORAL FR 30 ML 60 ML</p> <p>LIDOCAINA 200 MG/20 ML SOL INJ FR 20 ML IV SC..... 30 ML <u>OU</u></p> <p>LIDOCAINA 20 MG/G GEL BISM 30 G.....30 GR</p> <p>BICARBONATO SÓDIO 1,4% 500 ML.....QBP 500 ML</p>
MODUS FACIENDI	<p>VERIFICAR O ESTADO DE LIMPEZA DO MATERIAL A UTILIZAR.</p> <p>EM PROVETA GRADUADA DE 500 ML, INTRODUIR AS 30 GRs DE GEL DE LIDOCAÍNA OU OS 30 ML DE LIDOCAÍNA A 2% AMPOLAS.</p> <p>ADICIONAR À PROVETA CERCA DE 200 ML DA SOLUÇÃO DE BICARBONATO DE SÓDIO A 1,4% E AGITAR.</p> <p>ADICIONAR À MISTURA ANTERIOR, OS 60 ML DE NISTATINA, LAVANDO OS FRASCOS COM A SOLUÇÃO DE BICARBONATO DE SÓDIO A 1,4% , TRANSFERINDO O LÍQUIDO DAS LAVAGENS PARA A PROVETA.</p> <p>ADICIONAR À MISTURA ANTERIOR , A SOLUÇÃO DE BICARBONATO DE SÓDIO A 1,4% RESTANTE, AGITANDO ATÉ COMPLETA HOMOGENEIZAÇÃO.</p> <p>ACONDICIONAR EM FRASCO DE VIDRO ESCURO, BEM FECHADO AO ABRIGO DA LUZ E DO CALOR.</p> <p>GUARDAR NO FRIGORÍFICO.</p> <p>ROTULAR.</p>
RÓTULO	<p>SUSPENSÃO ORAL DE NISTATINA COMPOSTA PARA BOCHECHOS</p> <p>NISTATINA 100 000 UI/ML SUSP ORAL FR 30 ML 60 ML</p> <p>LIDOCAINA 200 MG/20 ML SOL IN J FR 20 ML IV SC..... 60 ML <u>OU</u></p> <p>LIDOCAINA 20 MG/G GEL BISM 30 G.....30 GR</p> <p>BICARBONATO SÓDIO 1,4% 500 ML.....QBP 500 ML</p> <p>LOTE Nº : 02.18.02.16 / DATA DE PREPARAÇÃO : 2018-01-29</p> <p>NÃO ENGOLIR / BOCHECHAR ANTES DAS REFEIÇÕES / AGITAR ANTES DE USAR</p> <p>PROTEGER DA LUZ / CONSERVAR NO FRIGORÍFICO (2 – 8° C)</p> <p>PRAZO DE UTILIZAÇÃO : 14 DIAS</p> <p>QUANTIDADE DISPENSADA : 500 ML</p> <p>MANTER AFASTADO DO ALCANCE DAS CRIANÇAS</p>
OBSERVAÇÕES	
APROVAÇÃO:	DATA:

Anexo 6: Ficha técnica da tintura de azul de bromotimol



FICHA TÉCNICA DE PRODUÇÃO

FARMACO/ DOSAGEM /FORMA FARMACÊUTICA	TINTURA DE AZUL DE BROMOTIMOL (SOL. ALCOÓLICA A 4 % M/V)
FÓRMULA	AZUL DE BROMOTIMOL4 G ALCÓOL 70°QBP 100 ML
MODUS FACIENDI	<p>VERIFICAR O ESTADO DE LIMPEZA DO MATERIAL A UTILIZAR.</p> <p>EM COPO DE PRECIPITAÇÃO DE 50 ML, PESAR O AZUL DE BROMOTIMOL.</p> <p>AOS POUCOS, ADICIONAR ALCÓOL A 70° ATÉ 50 ML.</p> <p>VERIFICAR A COMPLETA DISSOLUÇÃO DO AZUL DE BROMOTIMOL E TRANSFERIR PARA PROVETA GRADUADA DE 100 ML.</p> <p>COMPLETAR O VOLUME COM ALCÓOL A 70°, ATÉ PERFAZER 100 ML</p> <p>ACONDICIONAR EM FRASCO DE VIDRO ESCURO.</p> <p>ROTULAR</p>
RÓTULO	<p>TINTURA DE AZUL DE BROMOTIMOL (SOL. ALCOÓLICA A 4 %) (1ML DA TINTURA ,CONTÉM 40 MG DE AZUL DE BROMOTIMOL)</p> <p>AZUL DE BROMOTIMOL 3 G ALCÓOL 70° QBP 75 ML</p> <p>LOTE Nº : 01.18.02.16 / PROTEGER DA LUZ DATA DE PREPARAÇÃO : 2018-02-16 PRAZO DE UTILIZAÇÃO : 10 DIAS / CONSERVAR À TEMPERATURA AMBIENTE USO EXTERNO / QUANTIDADE DISPENSADA : 75 ML (3 X 25 ML) MANTER FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS</p>
OBSERVAÇÕES	<p>SE SE PRETENDER PREPARAR UM VOLUME DIFERENTE, FAZER A RESPECTIVA CORRESPONDÊNCIA PROPORCIONAL MASSA / VOLUME.</p> <p>SE NECESSÁRIO, DIVIDIR O VOLUME FINAL EM PORÇÕES DE 25 ML, DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA URGÊNCIA OBSTÉTRICA E DE ACORDO COM AS BOAS PRÁTICAS NA PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS MANIPULADOS.</p>
APROVAÇÃO:	DATA:

Anexo 7: Ficha de preparação de manipulados



Ficha de Preparação

Medicamento: _____

Teor em substância(s) activa(s): 100 g (ml ou unidades) contém _____ g (ml) de _____

Forma farmacêutica: _____ Data de preparação: _____

Número do lote: _____ Quantidade a preparar: _____

Matérias-primas	Lote nº	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100 g (ou ml, ou unidades)	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data

Preparação

	Rubrica do Operador
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

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

Aparelhagem usada:

Embalagem

Tipo de embalagem: _____

Capacidade do recipiente: _____

Material de embalagem	Nº do lote	Origem

Operador: _____

--	--

Prazo d. utilização e Condições de conservação

Condições de conservação:	Operador: _____
Prazo de utilização:	Operador: _____

Rotulagem

1. Proceder à elaboração do rótulo de acordo com o modelo descrito em seguida.
2. Anexar a esta ficha de preparação uma cópia, rubricada e datada, do rótulo da embalagem dispensada.

Modelo de rótulo

Identificação da Farmácia Identificação do Director-Técnico Endereço e telefone da Farmácia	Identificação do Médico prescriptor Identificação do Doente
DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO	
<i>Teor em substância(s) active(s)</i> <i>Quantidade dispensada</i> <i>Referência a matérias-primas cujo conhecimento seja eventualmente necessário para a utilização conveniente do medicamento</i> <i>Posologia</i> <i>Via de administração</i>	<i>Data da preparação</i> <i>Prazo de utilização</i> <i>Condições de conservação</i> <i>Nº do lote</i> <i>Mantêr fora do alcance das crianças</i> <i>Advertências (precauções de manuseamento, etc.)</i> <i>Uso externo (caso se aplique) (em fundo vermelho)</i>

Operador: _____

Verificação

Ensaio	Especificação	Resultado	Rubrica do Operador

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

Ensaio	Especificação	Resultado	Rubrica do Operador

Aprovado

Rejeitado

Supervisor _____ / /

Nome e morada do doente

Nome do prescriptor

Anotações

Rubrica do Diretor Técnico

Cálculo do preço de venda

MATÉRIAS-PRIMAS:

matérias-primas	embalagem existente em armazém		preço de aquisição de uma dada quantidade unitária (s/IVA)		quantidade a usar	factor multiplicativo	valor da matéria-prima utilizada na preparação
	quantidade adquirida	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade unitária	preço			
					x	x	=
					x	x	=
					x	x	=
					x	x	=
					x	x	=
					x	x	=
					x	x	=
subtotal A							

HONORÁRIOS DE MANIPULAÇÃO:

	forma farmacêutica	quantidade	F(€)	factor multiplicativo	valor
valor referente à quantidade base				x	=
valor adicional			x	x	=
subtotal B					

MATERIAL DE EMBALAGEM:

materiais de embalagem	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade	factor multiplicativo	valor
		x	x1,2	=
		x	x1,2	=
		x	x1,2	=
		x	x1,2	=
subtotal C				

PREÇO DE VENDA AO PÚBLICO DO MEDICAMENTO MANIPULADO:

$(A + B + C) \times 1,3$

+ IVA

D

DISPOSITIVOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO:

dispositivo	preço unitário	quantidade	valor
E			
PREÇO FINAL: D + E			

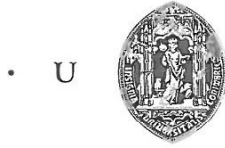
Operador _____

Supervisor _____

Anexo 8: Rótulo de medicamentos manipulados



Anexo 9: Consentimento Informado



• U • C •

FFUC FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: *Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da pressão arterial em doentes hipertensos*

PROMOTOR: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC)

INVESTIGADOR COORDENADOR: Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo

CENTRO DE ESTUDO: Laboratório de Farmacologia e Cuidados Farmacêuticos / FFUC
Polo das Ciências da Saúde, Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra / 239 488400

NOME DO UTENTE: _____

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer em diversas farmácias comunitárias com o objetivo de avaliar, numa amostra de doentes hipertensos, a associação entre o nível de conhecimentos relativos à doença, as crenças sobre a medicação, o grau de adesão à terapêutica e o grau de controlo da hipertensão.

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

2. PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Este estudo consiste num encontro único do utente com o farmacêutico-investigador, com a duração de cerca de 15 (quinze) minutos e com os seguintes procedimentos:

Procedimento nº 1: assinatura do consentimento informado.

Procedimento nº 2: recolha dos dados sociodemográficos e da terapêutica habitual do utente.

Procedimento nº 3: medição da pressão arterial.

Procedimento nº 4: preenchimento do questionário para avaliar os conhecimentos sobre a hipertensão.

Procedimento nº 5: preenchimento do questionário para avaliar as crenças sobre a medicação.

Procedimento nº 6: preenchimento do questionário para avaliar o grau de adesão à terapêutica.

Procedimento nº 7: nova medição da pressão arterial.



• U • C •

FFUC FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O UTENTE

O único inconveniente para o utente será o da medição da pressão arterial e o tempo dispendido a preencher os questionários.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS PARA O UTENTE

O doente ficará a conhecer o grau de controlo da sua hipertensão, bem como o nível de conhecimentos que tem acerca da sua doença e o grau de adesão à terapêutica.

5. PARTICIPAÇÃO / ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

6. CONFIDENCIALIDADE

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos clínicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Por este motivo não pode ser garantida confidencialidade absoluta.

7. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do Investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá, por outro lado, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

8. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC, Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 707 / e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo / Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra
Azinhaga de Santa Comba – 3000-548 Coimbra / Telefone: 239 488 400/ e-mail: isabel.vitoria@netcabo.pt

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo intitulado *Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da pressão arterial em doentes hipertensos*.

1. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
2. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao Investigador responsável do estudo (Prof.^a Doutora Isabel Vitória Figueiredo). O Investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
3. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e farmacoterapêutica no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
4. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo, colaborando com o Investigador.
5. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos.
6. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado, podendo eu exercer o meu direito de retificação e/ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados de saúde.

Nome do Participante _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Anexo 10: Dados do doente e terapêutica medicamentosa

QUESTIONÁRIO – ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSORA E GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO DE DOENTES HIPERTENSOS TRATADOS

Data ___/___/___ Farmácia: _____

Entrevistador: _____

PERFIL DO DOENTE:

1. Iniciais do doente: _____

2. Data de nascimento: ___/___/___ 3. Sexo: M₍₁₎ ___ F₍₂₎ ___

4. Há quanto tempo é hipertenso? _____ anos

5. Antecedentes pessoais:

	Sim ₍₁₎	Não ₍₀₎
a) Doença do coração		
b) HTA durante a gravidez		
c) AVC		

6. Patologias concomitantes:

a) Diabetes S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ Controlada: S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ NS₍₉₎ ___

b) Dislipidemia S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ Controlada: S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ NS₍₉₎ ___

c) Doenças respiratórias (DPOC) S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ Controlada: S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ NS₍₉₎ ___

d) Obesidade S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___

7. Pressão arterial

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Pulsações (bat/min)
1ª medição			
2ª medição			

8. Número total de medicamentos tomados: _____

9. Terapêutica anti-hipertensora instituída: _____

Anexo II: Questionário HKT

Questionário HKT

Em seguida são apresentadas algumas afirmações relativas à Hipertensão e aos medicamentos que toma para baixar a pressão arterial. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente e faça uma cruz na resposta que traduz a sua opinião.

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

Classifique as seguintes afirmações como verdadeiras ou falsas:

Q1	Se a sua mãe ou pai tiverem hipertensão o seu risco de tornar-se hipertenso é maior	VERDADEIRO	FALSO
Q2	Jovens adultos não têm hipertensão	VERDADEIRO	FALSO
Q3	A hipertensão tem sempre sintomas	VERDADEIRO	FALSO
Q4	A hipertensão não põe a vida em risco	VERDADEIRO	FALSO
Q5	A pressão arterial é alta quando é igual ou superior a 140/90mmHg	VERDADEIRO	FALSO
Q6	Se tiver peso a mais tem um risco 2 a 6 vezes maior de desenvolver hipertensão	VERDADEIRO	FALSO
Q7	Exercício físico regular pode ajudar a reduzir a pressão arterial	VERDADEIRO	FALSO
Q8	Os portugueses consomem 2 a 3 vezes mais sal ou sódio do que necessitam	VERDADEIRO	FALSO
Q9	Beber bebidas alcólicas reduz a pressão arterial	VERDADEIRO	FALSO
Q10	A hipertensão é um problema apenas dos homens	VERDADEIRO	FALSO
Q11	Hipertensão na gravidez é um problema temporário e não necessita de acompanhamento após o parto	VERDADEIRO	FALSO
Q12	A pressão arterial diminui com o tempo frio	VERDADEIRO	FALSO

Selecione a resposta correcta às seguintes questões:

Q13	A hipertensão prejudica o seu organismo ao longo do tempo por:	Fazer com que tenha diabetes
		Fazer com que ganhe peso
		Danificar os seus vasos sanguíneos
		Deixá-lo nervoso
Q14	Porque é que a Hipertensão é chamada um "assasino silencioso"?	Quando não há dor nem se sente doente é porque se está bem
		O risco de morrer de hipertensão é baixo
		Quando não há dor nem se sente doente é porque se está bem
		Pode não ter sintomas e pode por a vida em risco
Q15	Uma pessoa é diagnosticada com hipertensão se tiver	Muitas dores de cabeça, que persistem há mais de 6 meses
		Um familiar com hipertensão
		stress e pressão constantes
		Pressão arterial elevada em 3 ocasiões diferentes
Q16	Uma boa pressão arterial é:	Menos de 90/50mmHg
		Menos que 140/90mmHg
		145/110mmHg
		180/100mmHg
Q17	Qual das seguintes afirmações é VERDADEIRA sobre os medicamentos para a hipertensão?	Há muitos tipos de medicamentos para a hipertensão
		Deve ser tomada uma medicação adicional quando a pressão arterial está alta
		Os medicamentos não devem ser tomados se se beber álcool
		Todos os medicamentos causam impotência sexual

Q18	Qual das seguintes afirmações é FALSA sobre os medicamentos para a hipertensão?	Tomar os medicamentos para a hipertensão durante muito tempo pode prejudicar os seu organismo
		A partir do momento em que começa a tomar medicação tem de continuar a tomá-la a vida toda
		Mesmo que se sintam bem tem de tomar a medicação como o prescrito
		Quando sente que a dose dos medicamentos deve ser alterada, deve falar primeiro com o seu médico
Q19	Todos os seguintes problemas de saúde podem ser provocados pela hipertensão, excepto:	Ataque cardíaco
		Artrite
		AVC
		Insuficiência renal
Q20	Todas as seguintes afirmações são alterações que pode fazer na sua dieta para reduzir a sua pressão arterial, excepto:	Comer frango assado em vez de frito
		Parar de comer batatas fritas
		Evitar adicionar sal de mesa à comida
		Comer fast-food ou fritos
Q21	Todas as seguintes alterações do estilo de vida podem ajudar a baixar a sua pressão arterial, excepto:	Levantar 50 Kg
		Andar vigorosamente durante 30 minutos 3 vezes por semana
		Beber menos do que 2 bebidas alcoólicas por dia
		Parar de fumar

Anexo I2: Questionário BMQ

Questionário BMQ

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

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

Escala de resposta:

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

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

Anexo 13: Questionário MUAH

Questionário MUAH

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

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

Escala de Resposta:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 - Discordo totalmente | 5 - Concordo ligeiramente |
| 2 - Discordo moderadamente | 6 - Concordo moderadamente |
| 3 - Discordo ligeiramente | 7 - Concordo totalmente |
| 4 - Não discordo nem concordo | |

Questionário MUAH

Discordo totalmente \longrightarrow Concordo totalmente

3	Sinto-me melhor ao tomar a medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
5	Se eu tomar a minha medicação todos os dias, acredito que a minha pressão arterial está sob controlo	1	2	3	4	5	6	7
7	As vantagens de tomar a medicação pesam mais do que as desvantagens	1	2	3	4	5	6	7
9	Quando a minha pressão arterial está sob controlo na minha consulta médica, eu quero tomar menos medicamentos	1	2	3	4	5	6	7
11	Prefiro remédios naturais para baixar a minha pressão arterial	1	2	3	4	5	6	7
13	Não gosto de tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
14	Tenho medo dos efeitos secundários	1	2	3	4	5	6	7
16	Penso que não é saudável para o organismo tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
18	Tenho pessoas à minha volta que me ajudam a tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
20	Tenho o cuidado especial de fazer exercício suficiente para reduzir o risco de sofrer de doenças cardiovasculares	1	2	3	4	5	6	7
21	Como menos gorduras para evitar doenças cardiovasculares	1	2	3	4	5	6	7
22	Como menos sal para evitar doenças cardiovasculares	1	2	3	4	5	6	7
23	Às vezes não tenho a certeza se tomei os meus comprimidos	1	2	3	4	5	6	7
24	Tenho uma vida agitada; é por isso que às vezes me esqueço de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
25	Tendo a esquecer-me da minha medicação porque não estou consciente de que tenho a pressão arterial alta	1	2	3	4	5	6	7
26	Durante as férias, ou fins de semana, às vezes esqueço-me de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
32	A informação que o médico de família me deu sobre como tomar a minha medicação foi satisfatória	1	2	3	4	5	6	7

Discordo totalmente \longrightarrow Concordo totalmente

33	A informação que na farmácia me deram sobre como tomar a minha medicação foi satisfatória	1	2	3	4	5	6	7
34	Não me preocupo muito com a minha pressão arterial se tomar a minha medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
35	Penso que contribuo para uma melhoria na minha pressão arterial quando tomo a minha medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
36	Acho difícil cumprir o meu esquema diário de toma de medicação	1	2	3	4	5	6	7
37	Quando quero ter uma vida saudável, quase sempre o consigo	1	2	3	4	5	6	7
39	Reúno informação sobre as possibilidades de resolver problemas de saúde	1	2	3	4	5	6	7
40	Para resolver os meus problemas de saúde baseio-me nos meus valores, por exemplo na pressão arterial	1	2	3	4	5	6	7
43	Quando me preocupo muito com a minha saúde, tento encontrar outra coisa em que pensar	1	2	3	4	5	6	7