



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

André Parada Lopes

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Literacia dos utentes em cuidados farmacêuticos na Dislipidémia, DPOC, Hipertensão e Diabetes” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, da Dra. Ângela Cristina Rodrigues Lourenço e da Professora Doutora Victoria Bell apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho de 2019



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

André Parada Lopes

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Literacia dos utentes em cuidados farmacêuticos na Dislipidémia, DPOC, Hipertensão e Diabetes”, sob orientação da Dra. Ângela Cristina Rodrigues Lourenço e da Professora Doutora Victoria Bell apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho de 2019

Eu, André Parada Lopes, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2014214085, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Literacia dos utentes em cuidados farmacêuticos na Dislipidémia, DPOC, Hipertensão e Diabetes” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito de unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este Documento é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação e/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, 2 de julho de 2019.

André Parada Lopes

(André Parada Lopes)

Agradecimentos

Obrigado. Obrigado a Coimbra pela oportunidade de conhecer esta cidade magnífica. Agradeço também à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra por me ter inculcido o espírito académico e assim saber o que é ser estudante de Coimbra. Agradeço à Professora Doutora Victoria Bell por todo o apoio, incessante, prático, eficaz e sempre pronto no desenrolar deste trabalho.

A toda a equipa da Farmácia Moderna, em Viseu, o meu bem-haja pela compreensão e por me terem mostrado o que é ser uma “família farmacêutica”. Especialmente à Dra. Ângela Lourenço, farmacêutica de excelência que sempre se mostrou pronta a ajudar, com uma preocupação por ensinar que não passa despercebida. Uma verdadeira orientadora em toda a acessão da palavra.

Aos meus amigos de Coimbra (Verónica Sílvia, Marta e Beatriz), por todas as vezes que rimos, choramos e nos divertimos. Ficaré uma amizade para toda a vida. Aos “vitorinos”, sempre.

À minha família por toda a preocupação comigo, pelo apoio e encorajamento. Desde sempre e para sempre, sem vocês nada seria e será possível.

À Cíntia, meu maior presente de Coimbra, que o que aqui começou permaneça para toda a eternidade. O meu obrigado, meu amor, por seres como és. Meiga. Genuína. Preocupada. Chatinha. Querida. Adoro-te!

Índice

PARTE I – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Abreviaturas.....	9
Resumo.....	10
Abstract.....	11
1. Introdução.....	12
2. Farmácia Moderna – Viseu.....	13
3. Análise SWOT.....	14
3.1. Pontos Fortes.....	14
3.2. Pontos Fracos.....	17
3.3. Oportunidades.....	18
3.4. Ameaças.....	19
4. Considerações Finais.....	21

PARTE II – Literacia dos utentes em cuidados farmacêuticos na dislipidémia, DPOC, hipertensão e diabetes

Abreviaturas.....	24
1. Introdução.....	25
2. O Papel do farmacêutico comunitário.....	26
3. Cuidados Farmacêuticos.....	27
3.1. Aparecimento do conceito.....	27
3.2. Definição.....	28
3.3. Introdução em Portugal.....	29
3.4. Utilidade do programa de cuidados farmacêuticos.....	30
4. Problemas decorrentes da utilização de medicamentos.....	31
4.1. Reações adversas.....	31
4.2. Efeito das reações decorrentes da utilização de medicamentos.....	32
5. Patologias.....	34
5.1. Introdução.....	34
5.2. Hipertensão.....	35
5.2.1. Incidência na população portuguesa.....	35

5.2.2. Custo para o Serviço Nacional de Saúde.....	36
5.2.3. Intervenção farmacêutica.....	37
5.3. Diabetes <i>Mellitus</i>	38
5.3.1. Incidência na população portuguesa.....	38
5.3.2. Custo para o Serviço Nacional de Saúde.....	39
5.3.3. Intervenção farmacêutica.....	40
5.4. Dislipidemia.....	40
5.4.1. Incidência na população portuguesa.....	40
5.4.2. Custo para o Serviço Nacional de Saúde.....	41
5.4.3. Intervenção Farmacêutica.....	42
5.5. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.....	42
5.5.1. Incidência na população portuguesa.....	42
5.5.2. Intervenção Farmacêutica.....	43
6. Informação disponível sobre os Programas de Cuidados Farmacêuticos.....	44
7. Realização de inquéritos aos utentes.....	44
7.1. Objetivos.....	44
7.2. Metodologia utilizada.....	45
7.3. Resultados.....	45
7.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	45
7.3.2. Onde se dirigem os inquiridos quando necessitam de informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar.....	49
7.3.3. Onde se dirigem os inquiridos presencialmente quando necessitam de adquirir um medicamento não sujeito a receita médica.....	49
7.3.4. Onde se dirigem os inquiridos quando necessitam de informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar.....	50
7.3.5. Onde se dirigem os inquiridos via <i>Internet</i> quando necessitam de adquirir um medicamento não sujeito a receita médica.....	51
7.4. Análise.....	54
8. Conclusões.....	56
9. Bibliografia.....	57
10. Anexos.....	60

Índice de tabelas

Tabela 1 - Tipos de problemas decorrentes da utilização indevida do medicamento, proposta em 1990 por Strand e seus colaboradores.....	31
Tabela 2 - Resultado do questionário sobre cuidados farmacêuticos junto dos inquiridos presencialmente.....	52
Tabela 3 - Resultado do questionário sobre cuidados farmacêuticos junto dos inquiridos via <i>Internet</i>	53

Índice de figuras

Figura 1 - Pirâmide etária da população portuguesa, 2007 e 2016.....	34
Figura 2 - Prevalência da hipertensão arterial em Portugal por grupo etário.....	35
Figura 3 - Prevalência da hipertensão arterial em Portugal, seu conhecimento, tratamento e controlo segundo o grupo etário, sexo e região.....	36
Figura 4 - Distribuição da prevalência da diabetes nas diversas regiões Portuguesas em indivíduos com idades entre 25 e 74 anos.....	39
Figura 5 - Custos diretos para o SNS com a diabetes nos anos de 2013, 2014 e 2015 em milhões de euros.....	40
Figura 6 - Número de utentes ativos com diagnóstico de Asma e DPOC, Portugal Continental, 2011-2017	43

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Idades dos inquiridos presencialmente por faixa etária.....	45
Gráfico 2 - Distribuição dos inquiridos via <i>Internet</i> por faixa etária	46
Gráfico 3 - Distribuição por género dos inquiridos presencialmente.....	46
Gráfico 4 - Distribuição por género dos inquiridos via <i>Internet</i>	47
Gráfico 5 - Distribuição percentual dos inquiridos presencialmente por grau de escolaridade	47
Gráfico 6 - Distribuição percentual dos inquiridos via <i>Internet</i> por grau de escolaridade.....	48
Gráfico 7 - Distribuição percentual do local de residência dos inquiridos presencialmente	48
Gráfico 8 - Distribuição percentual do local de residência dos inquiridos via <i>Internet</i>	49
Gráfico 9 - Local de preferência dos inquiridos presencialmente para obtenção de informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar	49

Gráfico 10 - Local de destino dos inquiridos presencialmente para obtenção de um MNSRM.....	50
Gráfico 11- Razão pela qual preferem dirigir-se à farmácia os inquiridos presencialmente...	50
Gráfico 12 - Local de destino dos inquiridos via Internet para obtenção de informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar	51
Gráfico 13 - Local de destino dos inquiridos via <i>Internet</i> para obtenção de um MNSRM.....	51
Gráfico 14 - Razão pela qual preferem dirigir-se à farmácia os inquiridos via <i>Internet</i>	52

PARTE I – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Farmácia Moderna – Viseu

4 de janeiro de 2019 a 8 de maio de 2019

Orientadora: Dra. Ângela Cristina Rodrigues Lourenço



Abreviaturas

EU – União Europeia

IMC – Índice de Massa Corporal

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamentos não sujeitos a receita médica

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

Resumo

O plano curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Coimbra possui múltiplas unidades curriculares que, ao longo de cinco anos, capacitam os futuros farmacêuticos de excelentes conhecimentos teóricos para responderem às questões que lhes são colocadas na prática da sua profissão. Desse mesmo plano curricular faz parte a disciplina do “Estágio Curricular”, que finaliza o mesmo. Esse estágio foi por mim desenvolvido integralmente no âmbito da farmácia comunitária. De todas as aprendizagens e experiências vividas resulta este documento, do qual consta uma análise SWOT e diversos casos práticos presenciados, que em muito contribuíram para a minha aprendizagem.

Atualmente, em Portugal há um maior acesso a toda a medicação e cuidados de saúde, o que em muito contribui para o aumento da esperança média de vida. No entanto, com o envelhecimento tendem a aparecer doenças crónicas de grande impacto na qualidade de vida dos doentes, como sendo a diabetes, dislipidémias, hipertensão e DPOC, que por vezes suscitam dúvidas aos doentes. Para além disso, o farmacêutico é visto na sociedade como um agente de saúde pública, que pode auxiliar no esclarecimento das dúvidas dos utentes. Este profissional de saúde é munido de ferramentas teóricas e práticas centradas no doente, como o caso dos Programas de Cuidados Farmacêuticos, que conseguem promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dos utentes. Do presente documento consta a origem resumida do termo “Cuidados Farmacêuticos”, a referência breve às patologias referidas e o resultado de um questionário que pretendeu perceber o grau de conhecimento dos utentes sobre o programa de Cuidados Farmacêuticos.

Palavras-chave: Farmácia; Estágio; Aprendizagem; Cuidados; Farmacêuticos; Literacia.

Abstract

The curricular plan of the integrated Master's degree in pharmaceutical science by the university of Coimbra features multiple curricular units which, in the course of five years, enables future pharmacists with excellent theoretical knowledge to respond to challenges posed during the practice of their professional activity. A "curricular internship" constitutes integrating part of this curricular plan, finalizing it. This internship was entirely developed by me within the scope of community pharmacy. This document, resulting of all the experiences acquired and lessons learned, features a SWOT analysis and multiple practical cases, which contributed to a great extent to my own learning.

Currently, in Portugal, there is a more widespread access to medication and medical care, which in turn leads to a higher expected life-span. In spite of this, with age, chronic diseases tend to start manifesting, with great impact in quality of life of patients, such as diabetes, dyslipidemia, high blood pressure and COPD which may spark questions in said patients. Furthermore, a pharmacist is seen as a public health agent, who can aid in settling such questions. These health professionals are empowered with theoretical and practical tools, centered around the patient, as is the case with pharmaceutical care programs, which are able to promote health and and better quality of life. This document contains: the origin of the term "pharmaceutical care", a brief reference to the diseases above mentioned and the results of a survey with the objective of understanding the degree of knowledge patients possess about the pharmaceutical care program.

Keywords: Pharmacy; Intership; Learning; Pharmaceutical care; Literacy.

I. Introdução

A unidade curricular de Estágio Curricular é parte integrante do plano de estudos do Mestrado Integrado de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Esta é uma excelente ferramenta para a consolidação e aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos anos, sendo ainda indispensável para que os estudantes da referida instituição sejam excelentes farmacêuticos, honrando a profissão na sua globalidade.

O farmacêutico, como especialista do medicamento é também um agente de saúde pública por excelência, essencial para a manutenção do bem-estar geral da comunidade circundante. No entanto, hoje são muitos os desafios que este profissional encontra, pelo que é indispensável que os farmacêuticos recém-formados sejam providos de ferramentas que possam honrar e diferenciar a profissão. O estágio curricular serve ainda para tornar os estudantes mais pró-ativos e inovadores no exercício da sua profissão.

O estágio realizado no âmbito da Diretiva 2013/55/UE, de 20 de Novembro de 2013, decorreu na Farmácia Moderna no Bairro de São João da Carreira – Viseu do dia 4 de janeiro de 2019 a 8 de maio de 2019, sob orientação da Diretora Técnica da referida farmácia, Dra. Ângela Cristina Rodrigues Lourenço, com a colaboração dos restantes farmacêuticos e colaboradores.

O presente relatório de estágio está estruturado de acordo com uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunitites and Threats*) e complementado com experiências vividas ao longo destes meses de contínua aprendizagem.

2. Farmácia Moderna – Viseu

A Farmácia Moderna em Viseu foi fundada na aldeia de Gumiei, freguesia de Ribafeita, concelho de Viseu. Posteriormente foi adquirida pela Dra. Maria José Carvalho (atual proprietária) sendo transferida para o Loteamento de São João da Carreira, União das Freguesias de Viseu, em 2009 onde ainda hoje se encontra.

A Farmácia possui oito profissionais, com média de idades a rondar os 35 anos, sendo 3 farmacêuticos, 2 técnicos de farmácia e 3 técnicos auxiliares de farmácia, respetivamente: Dra. Ângela Rodrigues Lourenço, Dra. Águeda Tatiana Alves, Dra. Ana Filipa Lagoas, Dra. Vanda Abreu, Sr. Alberto Pinto, Sr. Márcio Anastácio, Sra. Ana Maia, Sra. Catrine Almeida. É de realçar a boa cooperação entre todos os elementos da equipa, o que acaba por criar um excelente ambiente de amizade, cooperação e boa disposição constante entre todos.

Em termos de instalações, a Farmácia Moderna – Viseu possui um espaço de atendimento com 6 expositores de cosmética, o que permite uma oferta adaptada à procura. Atrás dos quatro balcões individuais de atendimento, encontram-se os medicamentos não sujeitos a receita médica, como sendo: antigripais, suplementos alimentares, bucodentários, entre outros. A área de atendimento dá acesso a um gabinete de prestação dos serviços farmacêuticos e medição dos parâmetros bioquímicos (medição da glicémia, colesterol, triglicerídeos, IMC, ácido úrico e tensão arterial) e à casa de banho. Existe ainda uma área específica de receção de encomendas, com gabinete próprio, com acesso pelas traseiras. Este mesmo espaço está conectado com a zona de atendimento por um corredor onde se encontram os gavetões com os medicamentos. Anexo ao gabinete que auxilia a receção de encomendas, a Farmácia dispõe de um pequeno laboratório para a preparação de manipulados. Possui ainda uma cave que serve esta de zona de refeições para os colaboradores, vestiário e armazém de produtos usados mais esporadicamente, como ferramentas de *marketing*, publicidade e decoração.

A Farmácia Moderna – Viseu assume-se como uma instituição voltada para o bem-estar da comunidade em geral. Desta forma, possui Consultas de Nutrição às segundas-feiras e serviço de enfermagem às terças-feiras, sujeitos a marcação.

O presente relatório de estágio está estruturado de acordo com uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) e complementado com experiências vividas ao longo destes meses de contínua aprendizagem.

3. Análise SWOT

A seguinte análise SWOT tem o objetivo de descrever e criticar o meu estágio curricular em farmácia comunitária do MICF.

Strengths (Pontos Fortes)	Equipa multi-geracional. Organização e plano de estágio. Diversidade de utentes. Medicação de parâmetros bioquímicos. Elaboração de manipulados.
Weaknesses (Pontos Fracos)	Receitas manuais. Produtos e aconselhamento de dermocosmética. Aconselhamento de puericultura. Nomes comerciais dos medicamentos.
Opportunities (Oportunidades)	Múltipla formação externa. Receitas eletrónicas. Venda de medicamentos de dispensa exclusiva em farmácia.
Threats (Ameaças)	Existência de medicamentos esgotados. Descrédito dos estagiários por parte da população. Preferência por um laboratório específico em cada medicamento. Venda de MNSRM fora das farmácias.

3.1. Pontos Fortes

Equipa multigeracional

Durante o estágio curricular, tive a oportunidade de contactar com todos os colaboradores da farmácia. Desta forma, consegui adquirir múltiplos conhecimentos isto porque as idades dos profissionais oscilam entre os 24-67 anos. A presença de farmacêuticos recém-formados é reconfortante na adaptação à farmácia comunitária. Com os profissionais mais jovens tive oportunidade de saber que os meus receios também já foram os deles, que são naturais mas também transitórios. No entanto, foi com a experiência de profissionais mais velhos que aprendi a forma de contactar com os diversos tipos de utentes, como abordar um dado assunto, muitas vezes até aconselhando MNSRM que entraram em desuso, fruto do desenvolvimento farmacêutico, mas igualmente eficazes. Essa equipa de várias gerações fez-me sentir “a viajar” entre as diferentes épocas da farmácia, ganhando conhecimento com a experiência dos profissionais.

Organização e plano de estágio

Desde o primeiro dia do Estágio Curricular que fui orientado de forma concreta: foi formulado um plano de estágio repleto de atividades e partilha de conhecimentos. Foi-me disponibilizado diverso material prático para usar na farmácia e guardar futuramente como por exemplo um guia prático de Indicação Farmacêutica. Para além disso, todas as semanas eram-me destinadas umas horas para, conjuntamente com a minha orientadora, abordar um tema específico, do qual se relembra: as patologias, sintomas, sinais, MNSRM a aconselhar e quando o fazer. Ao longo destes meses, foi-me possível consolidar os meus conhecimentos, lembrar e preparar-me para os aplicar de uma forma mais rápida e prática, na hora do atendimento.

Diversidade de utentes

O contacto com os utentes revelou-se uma exigência para a necessidade de responder às suas dúvidas. Desta forma, tive obrigatoriamente de me informar sobre efeitos adversos dos medicamentos, posologias, doses e outras informações que não tinha no início do estágio. Para além disso, a diversidade de utentes cria uma diversidade de repostas a responder. Ao longo do meu estágio tive oportunidade de contactar com utentes de diversas idades, diferentes habilitações e profissões e até diferentes temperamentos. Abordar um utente jovem é diferente de abordar um idoso, assim como fazer um atendimento a um profissional de saúde ou a um utente com mais baixo grau de habilitações literárias. Assim sendo, a adaptação aos utentes permitiu-me saber como responder às suas necessidades e perguntas de acordo com as suas preferências.

Medicação de parâmetros bioquímicos

Ao longo do meu estágio curricular tive a oportunidade de fazer a medição de diversos parâmetros bioquímicos: colesterol total, triglicéridos e glicémia. Desta forma, consegui abordar e conhecer cada utente que requereu esses serviços, de uma forma mais particular, responder às suas dúvidas, responder a perguntas fazendo uso dos conhecimentos teóricos conseguidos ao longo do MIF e até reportar ao médico ou analisar a medicação que estavam a tomar. Os poucos momentos de medição de parâmetros bioquímicos são oportunidades para o aconselhamento de medidas não farmacológicas e consolidação de conhecimentos interdisciplinares.

Elaboração de manipulados

Apesar de cada vez mais serem poucos os manipulados solicitados na farmácia comunitária, tive a oportunidade de preparar alguns: vaselina salicilada, ácido bórico à saturação e pó anti-transpirante. A preparação de manipulados é uma mais-valia para a farmácia e acaba por evidenciar a importância do farmacêutico, destacando-o dos restantes profissionais e enaltecendo a sua importância.

Casos Clínicos

I. “Pílula do dia seguinte”

Uma jovem de cerca de 20 anos de idade chegou à farmácia pedindo-me uma pílula do dia seguinte. Após a interpelar sobre: “Quando teve a relação sexual?” e “Tomou alguma recentemente?”, a jovem disse-me que simplesmente vinha buscar a pílula porque lhe pareceu ter percebido, da primeira vez que tomou, que tinha de tomar sempre após uma relação sexual. Calmamente, perguntei-lhe se tomava um contraceutivo oral e se utilizou algum outro método de contraceção, ao que a jovem acabou por confirmar dizendo: “Correu tudo bem, mas por prevenção vinha buscar”. Seguidamente expliquei-lhe os riscos da toma da pílula do dia seguinte, e para que situações era recomendada. A jovem aceitou e acabou por não levar a pílula e agradeceu o esclarecimento.

2. Xarope para a tosse

Uma senhora com cerca de 70 anos de idade, polimedicada pediu um xarope para a tosse, relatando ainda que uma amiga sua utiliza o Bisoltussin® que, segundo a amiga, resultou muito bem. Antes de fazer a dispensa perguntei-lhe que tipo de tosse tinha (seca ou com expetoração), respondendo-me que nem sabia bem, pois só tinha expetoração esporadicamente. Durante a explicação, a senhora acabou por tossir, notando-se claramente que era uma tosse com expetoração. Assim sendo, perguntei-lhe se tinha problemas de estômago e se era asmática tendo a mesma respondido que não. Expliquei-lhe que a tosse que tinha seria um reflexo do organismo à expetoração que tinha, havendo, por isso, necessidade de tomar algo que facilitasse a libertação da expetoração. Sugeri-lhe Fluimucil®, para tomar uma pastilha por dia dissolvida em água, após uma refeição, de preferência de manhã ou à noite e para beber muita água e tentar evitar ambientes demasiados secos.

3. Bucagel® para crianças

Uma senhora com cerca de 50 anos de idade foi à farmácia pedir Bucagel®, justificando que a “netinha chora muito com as dores do crescimento dos dentes, muitas vezes nem conseguindo dormir”. Pediu especificamente esse produto, atendendo ao facto de já o ter usado na mãe da criança e que funcionou muito bem. Expliquei à avó que o salicilato de colina em crianças pode estar na origem do aparecimento da Síndrome de Reye, com consequências graves para as crianças. Desta forma, aconselhei um outro produto à base de camomila, que tem propriedades calmantes sem efeitos adversos quanto o salicilato de colina. Recomendei ainda a congelar saquinhos de chá de camomila húmidos e a dar à criança, para que esta pudesse usar em vez da chupeta, sendo este um método antigo mas prático e eficaz.

3.2. Pontos Fracos

Receitas manuais

O aviamento de receitas manuais foi um dos pontos fracos mais evidentes ao longo do meu estágio curricular, por diversas razões: dificuldade de leitura da letra, o que dificultou a dispensa dos medicamentos corretos; a dificuldade de selecionamento do organismo que acompanha a receita, que tem influência direta na comparticipação por dificuldade de leitura e pela quantidade de organismos existentes.

Produtos e aconselhamento de dermocosmética

A dermocosmética é uma área em grande voga atualmente, acompanhada de um aconselhamento farmacêutico que se distingue dos restantes locais onde estes produtos também se encontram disponíveis. No entanto, são muitas as marcas de cosmética, as gamas e os produtos. Para além disso, um produto para uma mesma finalidade existe de forma muito semelhante em diferentes marcas. Para melhor responder às necessidades dos utentes, seria indispensável um conhecimento mais aprofundado das marcas mais utilizadas e dos seus produtos. Esta é também uma área em constante evolução que exige uma atualização constante.

Aconselhamento de Puericultura

O aconselhamento de MNSRM ou de dispositivos médicos para a puericultura exigem do farmacêutico um grande conhecimento pela delicadeza do seu consumidor. Desta forma, é estritamente necessário ter um conhecimento alargado sobre os materiais disponíveis, as suas particularidades, quando se deve aconselhar e a forma de o fazer. Ao longo do meu estágio senti que a falta de mais conhecimento pormenorizado foi um ponto fraco a apontar.

Nomes comerciais dos medicamentos

O conhecimento de saúde por parte dos utentes varia em grande parte pelas suas habilitações. A maioria dos utentes da Farmácia Moderna em Viseu não estava familiarizada com o nome dos princípios ativos dos medicamentos. Na farmácia procuram um medicamento pelo seu nome comercial, muitas vezes até mal pronunciado. Para satisfazer as suas solicitações, necessitei de conhecer os medicamentos pelo nome comercial. Ao longo dos cinco anos de formação académica poucos foram os nomes comerciais apresentados, preferindo-se abordar os medicamentos pelo seu princípio ativo. Foi nos nomes comerciais dos medicamentos que senti maior distinção entre a aprendizagem teórica adquirida na frequência do MICF e o atendimento prático do estágio curricular.

3.3. Oportunidades

Múltipla formação externa

Aliado à grande experiência do estágio curricular, foi-me ainda proporcionada a oportunidade de participar em múltiplas formações externas. Com essas formações ganhei experiência em múltiplas áreas: farmacovigilância, dermocosmética, suplementos alimentares, distúrbios gastrointestinais, afeções ginecológicas, feridas e realização de pensos em farmácia comunitária entre outras. Devido à diversidade das formações que tive consegui ganhar ferramentas para responder de uma forma mais eficaz às necessidades do mercado e mais facilidade em conhecer os produtos. Oportunidades proporcionadas que ficarão para sempre.

Receitas eletrônicas

O aviamento de receitas eletrônicas é algo comum na farmácia comunitária, mas é também uma janela de oportunidades. Ao longo do estágio curricular consegui contactar com uma grande diversidade de medicação prescrita, através de receita eletrónica, fechar o receituário mensal das mesmas e até detetar pequenas imprecisões médicas na prescrição. Desta forma, o aviamento de receitas de forma eletrónica é uma ferramenta mais prática e útil na dispensa de medicamentos, sobrando mais tempo e atenção para a prestação de cuidados farmacêuticos aos utentes.

Venda de medicamentos de dispensa exclusiva em farmácia

Os medicamentos de dispensa exclusiva em farmácia são neste momento uma ferramenta para reafirmar as farmácias comunitárias. Ao longo do estágio curricular pude conhecer de forma mais específica este grupo de medicamentos, saber a forma de aconselhamento, para assim poder contribuir para a reafirmação da farmácia comunitária como forma primeira de prestação de cuidados de saúde.

3.4. Ameaças

Existência de medicamentos esgotados

Ao longo dos meses do estágio curricular muitos foram os medicamentos que ficaram esgotados. Muitos desses medicamentos são de ampla e já habitual utilização. A inexistência de vários medicamentos esgotados é uma ameaça uma vez que os utentes procuram os mesmos medicamentos em outras farmácias que ainda poderão ter em *stock*. Para além disso, muitos utentes associam a existência de medicamentos esgotados à falta dos mesmos na farmácia especificamente, o que descredibiliza a farmácia e quem faz o atendimento.

Descrédito dos estagiários por parte dos utentes

A existência de estagiários é já uma prática comum nas farmácias. No entanto, ainda há a necessidade de evidenciar que a existência de um estagiário não implica o atendimento com menos crédito ou valorizado. Muitas vezes, os utentes preferem ser atendidos por uma pessoa que não um estagiário, acabando por pedir frequentemente na hora a opinião de um outro elemento da equipa para comprovar a informação dada pelo estagiário. Este

descrédito ameaça o estágio, uma vez que se desperdiçam oportunidades de aprendizagem de atendimento.

Preferência por um laboratório específico em cada medicamento

Fazer o aviamento de receitas ou adquirir um medicamento não sujeito a receita médica é uma prática muito comum nos utentes, principalmente nos idosos. Muitos deles devido à toma crónica dos medicamentos e à polimedicação já se habituaram a uma determinada caixa, com uma apresentação específica. Desta forma, é difícil conseguir-se dispensar um medicamento, mesmo sendo equivalente, do que não aquele a que o utente está habituado. Esta é uma ameaça para uma farmácia comunitária, uma vez que para responder a toda a procura teria de ter um grande e diversificado *stock*.

Venda de MNSRM fora das farmácias comunitárias

A venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias comunitárias abre espaço para a procura dos medicamentos tendo em conta o preço dos mesmos. Apesar de legítimo, a venda de MNSRM pelas grandes cadeias é mais rentável para o utente do que os mesmos na farmácia. Muitas vezes ao longo do estágio fui confrontado com a pergunta: “Porque é que no sítio x este medicamento é mais barato se é igual?”. Assim sendo, isto ameaça a venda de MNSRM na farmácia comunitária comprometendo uma ferramenta que esta contém.

4. Considerações Finais

Chegado o final deste estágio em Farmácia Comunitária, devo referir que esta experiência contribuiu de forma extremamente positiva na minha formação e no meu crescimento pessoal e profissional. Julgo que consegui atingir os objetivos a que me propus, no qual procurei manifestar o gosto e o interesse que sinto por esta área e tentei aproveitar todas as oportunidades para a minha aprendizagem. Para isso, devo agradecer a toda a equipa, especialmente à minha Orientadora, que sempre me ajudou, apoiou e transmitiu os seus saberes. Este campo de estágio foi sem dúvida uma referência, uma vez que a intervenção do farmacêutico expressa a prática profissional em que o utente é o principal beneficiário das suas ações.

O estágio é, sem dúvida, o expoente máximo no processo de aprendizagem. É neste momento que somos colocados à prova e nos desafiamos a nós mesmos. As inquietações, o autoquestionamento, a reflexão e a autocrítica faz-nos crescer enquanto pessoas e enquanto profissionais. Ao longo deste percurso formativo foi o que pretendi fazer. Procurei mobilizar os conhecimentos adquiridos durante a componente teórica, o que me permitiu maior segurança, capacidade e espírito crítico, tendo também procurado alargar os meus horizontes do conhecimento e procurar as minhas aprendizagens.

Considero que o desenvolvimento de competências em contexto real tem outro significado, uma vez que nos permite integrar as experiências de forma mais sólida e consubstanciada. A prática reflexiva proporciona-nos oportunidades para o nosso desenvolvimento, tornando-nos profissionais mais responsáveis. É que o pensamento crítico-reflexivo baseado nas experiências e no conhecimento transforma-nos pessoal e profissionalmente. Fica a certeza que o farmacêutico tem de ser um agente promotor de mudança e inovação no seu contexto de trabalho.

Este relatório permitiu-me ainda desenvolver uma atitude crítico-reflexiva constituindo certamente momentos de discussão futuros, promotores de desenvolvimento, uma vez que a aprendizagem é contínua e inesgotável.

Procurei perceber o contexto para posteriormente ganhar o meu espaço no seio da equipa que tão bem me acolheu. Considero, ainda, ter conseguido estabelecer com a equipa uma relação que facilitou a articulação com estes profissionais, contribuindo para a melhoria da assistência aos utentes a quem prestei serviços.

Perante isto, tenho plena consciência que foi um estágio rico em oportunidades de aprendizagem que aproveitei de forma muito positiva com o intuito de obter um elevado crescimento profissional e também pessoal, fundamentais para o exercício da profissão futura.

Assim, posso concluir que os saberes adquiridos na prática surgem como importantes para ganhos de competências com autonomia. O conhecimento prático associado ao conhecimento teórico reforça e ajuda a garantir a autonomia nas práticas, porque proporciona mais segurança, sendo fundamental para a adoção de determinadas atitudes e comportamentos. O conhecimento é uma estratégia e um veículo para garantir a autonomia, permitindo a obtenção de maior confiança para uma ação autónoma e o reconhecimento de capacidades técnico-científicas, importantes na definição profissional. Como dizia Fernando Pessoa, “o caminho faz-se caminhando” e eu ainda estou a dar os primeiros passos, com juízo crítico e um pensamento lógico e fundamentado.

PARTE II – Monografia

**Literacia dos utentes em cuidados farmacêuticos na Dislipidémia,
DPOC, Hipertensão e Diabetes.**

Orientadora: Professora Doutora Victoria Bell

Abreviaturas

ANF – Associação Nacional das Farmácias

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

mg/dl – Miligramas por decilitro

MNSRM – Medicamento não sujeito a Receita Médica

OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRM – Problemas relacionados com os medicamentos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

I. Introdução

A melhoria das condições de vida e crescente utilização de medicamentos para o controlo e tratamento de diversas doenças têm contribuído para o aumento da esperança média de vida nos países desenvolvidos. A utilização de medicamentos é um dos fatores que contribui para o aumento da esperança média de vida. No entanto, a má utilização dos medicamentos, por vezes crónica, pode desencadear erros a quando da sua toma, com consequências para o doente. ^[1]

Os farmacêuticos assumem um papel fundamental na monitorização e no acompanhamento de doentes crónicos. Seja pela simples medição e registo de alguns parâmetros biológicos, pelo aconselhamento de medidas não farmacológicas decisivas para o controlo das patologias ou ainda através do seguimento farmacoterapêutico, os farmacêuticos auxiliam os doentes a melhorar a sua qualidade de vida. Os cuidados farmacêuticos, que englobam todas estas ações, podem ser vistos como uma importante ferramenta no uso racional do medicamento, contribuindo para minimização da ocorrência de reações adversas e de interações medicamentosas. Deste modo reconhece-se o valor do farmacêutico para a sociedade e a importância da sua atividade na melhoria da saúde das populações. ^[1]

No presente trabalho pretendemos avaliar o grau de conhecimento dos utentes sobre os cuidados farmacêuticos especialmente os utentes diabéticos, hipertensos, com dislipidémias ou com doença pulmonar obstrutiva crónica.

Por forma a atingir os objetivos propostos analisar-se-ão diversos artigos e estudos publicados, constituindo a bibliografia. Para além disso, foram realizados questionários aos utentes, presencialmente e através da Internet.

2. O Papel do farmacêutico comunitário

A farmácia e a atividade farmacêutica têm evoluído ao longo do tempo. Se no século XV os boticários (designação primitiva de farmacêuticos) se focavam na preparação oficial e medicamentos, hoje o utente é o centro da atividade farmacêutica. Atualmente, o exercício farmacêutico é mais amplo e diverso do que o foi outrora. O farmacêutico comunitário tem um papel preponderante na promoção da saúde. A sua elevada formação científica e técnica, associada a uma acessibilidade facilitada e à abrangente distribuição geográfica das farmácias, tornam os farmacêuticos e as farmácias elos imprescindíveis do sistema de saúde. De acordo com a Ordem dos Farmacêuticos, “O farmacêutico comunitário tem uma posição privilegiada para poder contribuir em áreas como a gestão da terapêutica, administração de medicamentos, determinação de parâmetros, identificação de pessoas em risco, deteção precoce de diversas doenças e promoção de estilos de vida mais saudáveis”. [7]

O farmacêutico comunitário, atualmente, é também um excelente prestador de serviços. A Ordem dos Farmacêuticos reconhece ainda a enorme importância da prestação de cuidados farmacêuticos, como sendo uma forma de atingir os objetivos terapêuticos pretendidos, em colaboração com o utente e com o médico. A mesma organização define Cuidados Farmacêuticos como sendo “a gestão e otimização da terapêutica periódica e enquadrada num plano contínuo com vista ao alcance de objetivos terapêuticos, identificação e resolução ou prevenção de problemas relacionados com medicamentos.” [5] [7]

Na sua ampla intervenção o farmacêutico é capaz de auxiliar o utente na revisão da sua medicação; promover o autocuidado; aconselhar a utilização de medicamentos genéricos, favorecendo a adesão à terapêutica em utentes com piores condições socioeconómicas e desde 2007 foi também possível a administração de diversos injetáveis na farmácia. Para além disso, estes profissionais de saúde têm um papel que extravasa os limites da área da saúde: a nível ambiental, por exemplo, com programas de recolha de radiografias e medicamentos fora de uso associados ao serviço do Valormed. [7]

Em suma, o papel do farmacêutico evoluiu ao longo de cinco séculos, respondendo sempre às necessidades da sociedade em cada época, sendo, portanto, um profissional intemporal que intervém não só na área terapêutica, como na área preventiva. [5] [7]

3. Cuidados Farmacêuticos

3.1. Aparecimento do conceito

O conceito de cuidados farmacêuticos surgiu pelos professores Charles D. Hepler e Linda M. Strand das Universidades da Florida e Minnesota dos Estados Unidos da América, em 1990, como sendo um processo de acompanhamento farmacoterapêutico responsável para atingir os objetivos definidos que melhorem a qualidade de vida do utente. Este conceito surgiu a par da evolução da função do farmacêutico, redefinindo o seu papel e a sua forma de intervenção na sociedade. ^[1]^[4]

O conceito veio reformular a atividade farmacêutica. O foco principal dos cuidados farmacêuticos são os utentes numa estreita relação utente/medicamento. A prestação de cuidados farmacêuticos visa melhorar a qualidade de vida dos utentes,^[1] procurando a cura da doença^[1], quando possível e, conseqüentemente, dos sintomas associados^[1], diminuindo a possibilidade de aparecimento de problemas decorrentes do uso do medicamento^[1]. Em situações crónicas, há a finalidade de desacelerar o processo da doença, dependendo das características inerentes à própria patologia. Os cuidados farmacêuticos podem ainda ser associados ao conceito de prevenção de doença, através da educação para a saúde, fomentando por exemplo, um estilo de vida saudável e ativo. Deste modo podemos afirmar que os cuidados farmacêuticos pretendem identificar, resolver e prevenir potenciais problemas associados ao uso do medicamento, tentando retirar o máximo de benefícios do uso do medicamento minimizando os efeitos adversos que daí possam decorrer. ^[1]^[4]

A prestação dos cuidados farmacêuticos apresenta vantagens não só para o utente como para o farmacêutico. O utente tem a possibilidade de melhorar a sua qualidade de vida através da diminuição do risco de problemas relacionados com o mau uso do medicamento; para o farmacêutico, a prestação de cuidados farmacêuticos é uma ferramenta de afirmação profissional, de responsabilização e de reconhecimento da importância da profissão. ^[4]

No entanto, o farmacêutico e o utente não vivem isolados no sistema de saúde. A par do farmacêutico, outros profissionais na área da saúde procuram também promover a saúde dos utentes. Desta forma, no exercício da sua profissão, o farmacêutico tem o dever de colaborar com os restantes profissionais de saúde, com a finalidade de promover a saúde dos utentes. Os cuidados farmacêuticos envolvem não só o utente, como também os diversos profissionais de saúde associados ao uso do medicamento (médicos, enfermeiros e auxiliares). ^[4]^[5]

3.2. Definição

O conceito de “Cuidados Farmacêuticos” desenvolveu-se na década de 90 do século XX. Desde a sua génese que o seu objetivo principal tem sido melhoria da saúde e do bem-estar do doente. De acordo com Hepler e Strand, os Cuidados Farmacêuticos, auxiliam a identificar os problemas de saúde dos utentes e, com recurso à farmacoterapia, melhorar esse estado de saúde e conseqüentemente a qualidade de vida dos utentes. Os objetivos a atingir, com a introdução do conceito, predem-se com a interrupção ou desaceleração do processo patológico ou mesmo a prevenção de uma doença e da sua sintomatologia. No entanto, este conceito não ficou estagnado, tendo sido adaptado e alterado por diversos autores. Em 1999, María José Faus e Francisco Martínez-Romero definiam Cuidados Farmacêuticos como “o seguimento do tratamento farmacológico do utente com dois objetivos: 1. Responsabilizar-se com o doente de que o medicamento vai fazer o efeito desejado pelo médico que o prescreveu ou pelo farmacêutico que o indicou; 2. Estar atento para que, ao longo do tratamento, não apareçam ou apareçam os mínimos problemas não desejados, caso apareçam, resolvê-los com a ajuda do médico” ^[1]. Ou seja, de acordo com estes autores, os Cuidados Farmacêuticos incluem os possíveis efeitos adversos decorrentes da utilização do medicamento. ^[1]

Em 1998, na cidade de Granada (Espanha), autores e investigadores na área do tratamento farmacológico reuniram-se e discutiram os problemas relacionados com os medicamentos (PRM). Dessa reunião surgiu um consenso (conhecido como Consenso de Granada) que instituiu uma ferramenta que permitiu homogeneizar a terminologia utilizada nos cuidados farmacêuticos, bem como uma metodologia de trabalho para avaliar os resultados da farmacoterapia dos doentes, de modo a identificar, prevenir e resolver possíveis PRM. ^[18]

Desde então, os Cuidados Farmacêuticos pretendem assegurar que o doente use o medicamento certo, na quantidade certa sem o surgimento de reações adversas. Desta forma, o conceito inicia-se no aconselhamento ou dispensa de medicamentos, passando pelo acompanhamento farmacoterapêutico e terminando na prevenção do aparecimento de efeitos secundários. ^{[1] [4]}

3.3. Introdução em Portugal

Por forma a implementar em Portugal, os programas de cuidados farmacêuticos, foi criado em 1999 o Departamento de Cuidados Farmacêuticos pela ANF, com o objetivo de introduzir, divulgar e monitorizar diversos programas específicos de cuidados farmacêuticos. [8]

Em 2001 foi desenvolvido um projeto piloto, que acompanhou a implementação dos programas de Cuidados Farmacêuticos, na DPOC/asma, diabetes e hipertensão, e avaliou ainda o sucesso da implementação dos mesmos. Este primeiro projeto foi delineado estando o farmacêutico em estreita relação com o médico. Este estudo foi avaliado pelo Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR) da ANF e pretendia avaliar o sucesso dos programas de Cuidados Farmacêuticos 6 meses após a sua implementação. Os resultados deste estudo revelaram que, a hipertensão arterial melhorou de forma significativa (151/85 mmHg para 137/78 mmHg, em termos médios), em apenas 6 meses, desde a implementação do programa de Cuidados Farmacêuticos. Do mesmo modo, houve uma melhoria nos dos valores da glicémia pós-prandial (passando de 207 mg/dL para 195 mg/dL em termos médios) no mesmo grupo de doentes. No entanto, este estudo teve resultados pouco relevantes devido à fraca adesão: na diabetes, por exemplo, apenas 25 em cada 10000 diabéticos foram objeto do estudo. Em 2006, um estudo desenvolvido pelo investigador holandês J.W. Foppe van Mil, intitulado “*A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe*”, e que envolveu treze países europeus concluiu que Portugal era um caso de sucesso na implementação de programas de Cuidados Farmacêuticos com especial atenção para o trabalho desenvolvido pela ANF e pela Ordem dos Farmacêuticos na criação de ferramentas (*softwares*, documentos e protocolos) úteis para o farmacêutico na prestação de cuidados farmacêuticos à comunidade. [8]

De 19 de novembro de 2012 a 30 de abril de 2013 foi desenvolvido um estudo transversal observacional em Portugal com o objetivo de analisar a adesão das farmácias aos programas de Cuidados Farmacêuticos. Todos os farmacêuticos portugueses, inscritos na base de dados da Ordem dos Farmacêuticos foram contactados via *mailing*. Os resultados deste estudo foram comparados com os resultados do estudo de 2006 dando origem ao artigo intitulado “*Snapshot of community pharmacy resources and services in Portugal: Results from the European «Behavioral Pharmaceutical Care Scale» study*”, apresentado no Congresso Nacional dos Farmacêuticos em Lisboa em 2007. O estudo de 2012/2013 desenvolveu-se selecionando uma resposta por cada farmácia existente à data em Portugal

(2937). No entanto, obtiveram-se apenas 23.35% de respostas. De acordo com os resultados obtidos verificou-se que havia cada vez mais farmácias a prestarem serviços de medição de parâmetros bioquímicos. A medição dos valores de colesterol era a mais solicitada. Conclui-se ainda, que havia mais farmácias com gabinete para atendimento privado, para além de estarem mais integradas em projetos de promoção da saúde pública seja pela realização de rastreios ou pela promoção de consultas de nutrição ou cessação tabágica, entre outras (comparando com 2006). Um dos aspetos negativos revelado pelo estudo foi a quantidade de farmacêuticos que participou na monitorização dos doentes, que baixou face aos dados de 2006. Este último detalhe leva a querer que há cada vez mais a preocupação com a revisão da medicação e não tanto com a promoção dos Cuidados Farmacêuticos, parecendo haver uma centralização da atenção na terapêutica e não no doente.^[8]

Em suma, 6 anos depois do estudo de 2006 e cerca de 13 anos depois da implementação do conceito de Cuidados Farmacêuticos ocorreram alterações visíveis no funcionamento das farmácias comunitárias. No entanto, “a prestação de Cuidados Farmacêuticos em Portugal pode continuar a considerar-se limitada”.^[8]

3.4. Utilidade do programa de cuidados farmacêuticos

Os programas de Cuidados Farmacêuticos são importantes para a afirmação do farmacêutico enquanto agente de saúde pública; para o reconhecimento da farmácia enquanto local primário de prestação de cuidados de saúde e para o utente, que sendo o centro da atenção do programa de cuidados farmacêuticos, reconhece aí uma ferramenta segura para atingir o bem-estar e a sua saúde. No entanto, fruto de um mercado económico competitivo, que muitas vezes exige rapidez no atendimento e que tende a restringir a atividade do farmacêutico à dispense de medicamentos, os cuidados farmacêuticos (de acordo com opiniões recolhidas (cf. Anexo I)), apesar de inerentes à profissão, muitas vezes não se conseguem concretizar devidamente. Neste sentido, (ainda de acordo com uma das opiniões recolhidas (cf. Anexo I)), a prestação de Cuidados Farmacêuticos é algo que exige uma constante aquisição de conhecimentos, por forma a prestar ao utente o melhor serviço que visa a melhoria da sua qualidade de vida (cf. Anexo I).

4. Problemas decorrentes da utilização de medicamentos

4.1. Reações adversas

A aplicação dos Cuidados Farmacêuticos centra-se quer na obtenção da saúde ou na eliminação da patologia, quer na identificação, prevenção e resolução dos problemas decorrentes da utilização indevida do medicamento. Da mesma forma como a definição de Cuidados Farmacêuticos foi evoluindo, alargada e clarificada, o mesmo ocorreu com a definição de PRM. Em 1990, os criadores da definição de Cuidados Farmacêuticos definiram os PRM como sendo “uma circunstância para um paciente e momento concreto, que pode interferir com um resultado ótimo da sua farmacoterapia”.^[1] Nos anos 90 do século XX foram também definidas oito categorias de problemas relacionados com os medicamentos. O farmacêutico deve saber identificar estes problemas. Ao resolvê-los vai contribuir para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida do utente.^{[1][4]}

Tabela 1. Tipos de problemas decorrentes da utilização indevida do medicamento, proposta em 1990 por Strand e seus colaboradores.

Tipo de problemas relacionados com o medicamento
1. O utente não usa o medicamento que necessita.
2. O utente usa um medicamento mal escolhido para a sua patologia.
3. O utente usa uma posologia inferior à eficaz.
4. O utente usa uma posologia superior à necessária.
5. O utente não cumpre com a posologia prescrita.
6. O utente tem uma reação adversa que afeta a eficácia.
7. O utente sofre com uma interação medicamentosa que diminui a eficácia ou aumenta a toxicidade.
8. O utente não necessita mas usa os medicamentos.

Em 1998, a definição inicial de PRM foi revista, reduzindo para seis as categorias dos PRM. Apoiados nos princípios publicados por Strand e seus colaboradores, foram definidos os critérios que permitiram classificar os PRM, designadamente: a necessidade, efetividade e segurança do uso do medicamento. Essas alterações resultaram na publicação de uma nova definição de PRM: “Um PRM é um problema de saúde vinculado com a farmacoterapia de um utente que interfere ou pode interferir com os resultados de saúde esperados com esse utente; entendendo como problema de saúde: todo aquele que requerer ou pode requerer uma ação não só por parte do agente de saúde, mas incluindo o próprio utente.”^{[1][4]}

A terminologia dos PRM foi revista aquando do Terceiro Consenso de Granada, onde se adotou o termo de resultados negativos associados ao uso de medicamentos como sendo “problemas de saúde, alterações não desejadas no estado de saúde do doente

atribuíveis ao uso (ou desuso) dos medicamentos. Para medi-los utiliza-se uma variável clínica (sintoma, sinal, evento clínico, medição metabólica ou fisiológica, morte), que não atinge os objetivos terapêuticos estabelecidos para o doente.” Mesmo depois de uma atualização, o termo PRM ainda se encontra difundido na comunidade científica, sendo a sua substituição difícil de concretizar. ^[17]

4.2. Efeito das reações decorrentes da utilização de medicamentos

O principal objetivo do uso de medicamentos é a promoção da saúde e bem-estar, procurando a cura de uma doença ou a minimização dos sintomas de uma patologia. No entanto, a farmacoterapia pode falhar e surgem assim problemas indesejados para os utentes. ^[17] Desta forma, Strand e seus colaboradores alertaram para o problema da má utilização dos medicamentos, salientando a importância de se procurarem as causas e respetivas consequências. ^{[4] [17]}

Podem ser diversos os problemas decorrentes da má utilização dos medicamentos:

- Prescrição inadequada: o utente tem um determinado problema, mas não recebe um tratamento adequado para o seu problema de saúde. ^[4]
- Seleção inapropriada da medicação: foi prescrito ao doente um medicamento indicado, no entanto, aquando da toma, este seleciona um diferente. ^[4]
- Dose subterapêutica: a dose prescrita ao utente não permite atingir os objetivos terapêuticos desejados. ^[4]
- Falha na receção do medicamento: o utente não consegue ter acesso ao medicamento prescrito, por razões pessoais, psicológicas e/ou económicas. ^[4]
- Dose excessiva: o utente recebe uma dose excessiva de medicamento o que acaba por ter um risco superior ao benefício. ^[4]
- Reação adversa ao medicamento: o utente apresenta uma patologia que decorre de uma reação adversa a um outro medicamento. ^[4]
- Interação medicamentosa: são prescritos ao utente medicamentos que podem resultar em interações medicamentosas entre eles. ^[4]
- Uso de um medicamento diferente do da prescrição: é prescrito ao utente um dado medicamento, mas este acaba por optar por outro. ^[4]

Todos os efeitos decorrentes do mau uso de medicamentos podem provocar no utente um aumento da mortalidade ou morbidade. Todavia, cabe também aos farmacêuticos a prevenção do aparecimento destes efeitos. Aquando da dispensa do medicamento, o farmacêutico com conhecimento sobre os tipos de problemas associados à utilização do medicamento, poderá prevenir reações adversas, garantir o bom uso ou até referenciar ao médico e proporcionar de certa forma um aumento da qualidade de vida do utente, em detrimento do aumento da sua morbidade ou mortalidade. ^[4]

5. Patologias

5.1. Introdução

Desde 2010, a população portuguesa tem vindo a seguir a tendência dos restantes países desenvolvidos. Desta forma, Portugal tem hoje menos população e cada vez mais envelhecida. Dos cerca de 10,3 milhões de habitantes de Portugal, cerca de 21% têm mais de 65 anos. Cerca de 1 milhão de portugueses tem mais de 75 anos. [2]

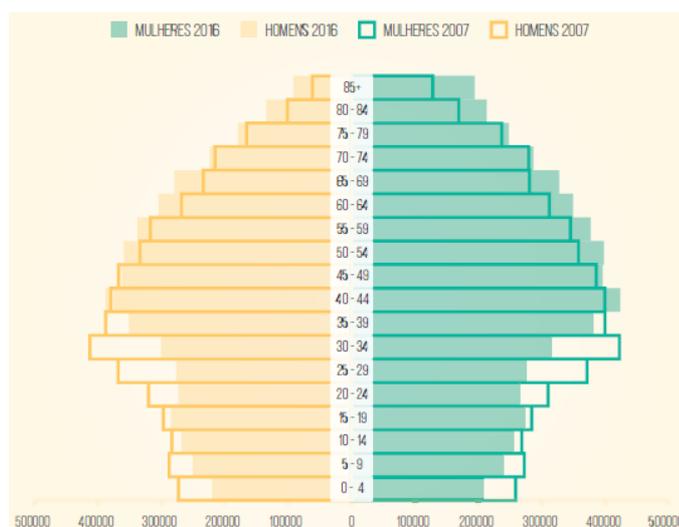


Figura 1 - Pirâmide etária da população portuguesa, 2007 e 2016.
Fonte: INE 2018

Associado ao envelhecimento da população, surgem diversas patologias crónicas que afetam a qualidade de vida dos utentes, dos cuidadores e familiares e o próprio Serviço Nacional de Saúde. As patologias que mais afetam a população portuguesa são a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, as dislipidémias e a DPOC. [2]

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morbilidade e mortalidade em Portugal. A sua prevenção passa pela análise dos fatores de risco, pelo estudo do seu impacto e por uma criteriosa análise estatística. A prevenção dos fatores de risco que potenciam as doenças cardiovasculares são uma ferramenta útil para a melhoria e promoção da saúde pública. [2]

Devido à elevada incidência na população portuguesa, as patologias referidas anteriormente (diabetes, dislipidémias, DPOC e hipertensão), mereceram uma especial atenção, tendo-se focado este trabalho nessas patologias.

5.2. Hipertensão

5.2.1. Incidência na população portuguesa

Para assegurar a irrigação dos tecidos e ao passar nas artérias, o sangue exerce uma pressão nas paredes desses vasos. Essa pressão pode ser medida, sendo os valores normais para a pressão arterial sistólica de 120 mmHg e diastólica de 80 mmHg, num indivíduo saudável. Quando os seus valores estão excessivos e continuamente elevados estamos perante um quadro de hipertensão arterial. A hipertensão é um dos fatores de risco cardiovascular que pode potenciar a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais, enfartes agudos do miocárdio, entre outras. É uma das patologias mais prevalentes na população portuguesa. Atualmente, cerca de 36% dos portugueses entre os 25 e os 74 anos apresenta um quadro de hipertensão arterial. No entanto, esta é uma patologia que afeta sobretudo o género masculino e é mais comum entre a população mais idosa. Cerca de 71% dos portugueses dos 65 aos 74 anos apresentam um quadro de hipertensão arterial. ^[2]

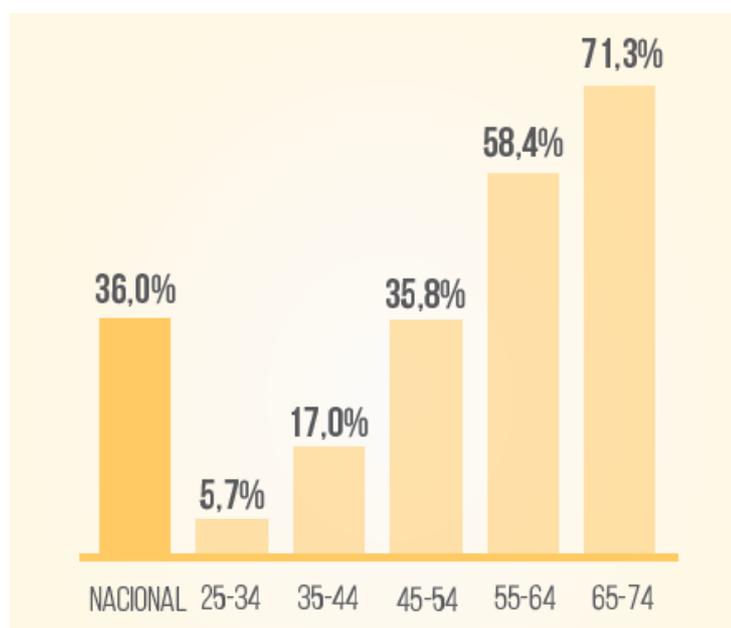


Figura 2 - Prevalência da hipertensão arterial em Portugal por grupo etário.
Fonte: INSA | INSEF, 2017

Cerca de 70% dos hipertensos portugueses conhecem a sua condição e estão medicados para a patologia. Destes, 71% apresentam valores normais de tensão arterial. A incidência da patologia varia consoante a zona geográfica de Portugal, sendo mais elevada no Alentejo e no Norte do país. É na região de Lisboa e do Vale do Tejo que a população tem mais conhecimento sobre a hipertensão, bem como acerca da terapêutica farmacológica existente. Nos últimos anos, há um crescente conhecimento sobre a doença, estando os

utentes mais informados, mudando os seus hábitos de vida que poderiam ser propensos ao aparecimento da hipertensão arterial. [2] [3]

	Hipertensão arterial % (IC95%)		Conhecimento % (IC95%)		Tratamento médico % (IC95%)		Controlo % (IC95%)	
Total	36,0	(34,3-37,7)	69,8	(64,8-74,3)	69,4	(65,2-73,3)	71,3	(67,6-74,7)
Grupo etário	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p = 0,1493$	
25-44 anos	12,1	(10,1-14,3)	44,7	(32,9-57,1)	38,4	(28,1-49,8)	72,7	(60,4-82,4)
45-54 anos	35,8	(31,3-40,6)	53,5	(45,0-61,9)	54,3	(45,7-62,5)	66,7	(58,6-73,9)
55-64 anos	58,4	(51,4-65,0)	79,9	(74,4-84,5)	78,1	(73,9-81,8)	75,5	(69,9-80,4)
65-74 anos	71,3	(65,7-76,4)	82,2	(77,9-85,8)	85,0	(81,5-88,0)	69,0	(63,5-74,1)
Sexo	$p = 0,0069$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p = 0,0155$	
Masculino	39,6	(34,3-37,7)	62,5	(56,2-68,3)	60,7	(55,5-65,6)	67,2	(63,5-70,7)
Feminino	32,7	(30,1-35,5)	77,8	(71,9-82,7)	78,9	(72,9-83,9)	74,7	(69,3-79,4)
Região	$p = 0,6084$		$p = 0,3847$		$p = 0,2246$		$p = 0,1828$	
Norte	37,4	(34,6-40,2)	65,9	(58,0-73,1)	65,5	(56,5-73,4)	72,7	(67,6-77,3)
Centro	35,8	(29,1-43,1)	71,4	(62,8-78,7)	68,9	(61,7-75,3)	64,0	(56,4-71,1)
LVT	35,1	(33,0-37,2)	73,5	(61,5-82,7)	74,2	(66,9-80,3)	74,2	(65,1-81,6)
Alentejo	37,9	(32,2-43,9)	72,0	(67,9-75,8)	70,0	(61,5-77,4)	67,2	(58,9-74,6)
Algarve	32,6	(28,7-36,9)	71,1	(65,2-76,3)	69,8	(64,9-74,4)	68,0	(60,0-75,1)
Madeira	34,6	(30,3-39,2)	64,7	(55,7-72,8)	66,0	(56,1-74,7)	70,2	(66,7-73,4)
Açores	33,6	(29,9-37,6)	62,9	(58,8-66,9)	65,9	(57,9-73,2)	67,9	(62,1-73,2)

Figura 3 - Prevalência da hipertensão arterial em Portugal, seu conhecimento, tratamento e controlo segundo o grupo etário, sexo e região.
LVT- Região de Lisboa e Vale do Tejo; IC95% - Intervalo de Confiança de 95%.

5.2.2. Custo para o Serviço Nacional de Saúde

Sendo a hipertensão arterial uma das patologias com maior incidência e recorrência na população portuguesa, assume-se igualmente como uma área que merece uma especial atenção no que concerne aos Cuidados Farmacêuticos. Se a prevalência de doentes hipertensos em Portugal é significativa, também é elevada a poupança resultante da prestação de cuidados farmacêuticos no controlo da hipertensão arterial, o que se traduz no aumento de qualidade de vida, podendo ascender em cerca de 5,7%. [6]

Quanto ao Serviço Nacional de Saúde, a prestação de cuidados farmacêuticos pode reduzir cerca de 1,5M de consultas, mais de 7500 hospitalizações ou episódios de urgência. Desta forma, estima-se uma poupança geral para os recursos do SNS na ordem dos 119,3M€. [6]

Separando os cuidados prestados pelos farmacêuticos comunitários nas áreas de gestão e controlo da doença e na promoção da adesão à terapêutica, pode concluir-se que a poupança para o SNS é de 1.120,6 mil euros e 102.183,3 mil euros, respetivamente. [6]

Desta forma, concluiu-se que a prestação dos cuidados farmacêuticos em doentes hipertensos pode ter um grande impacto na promoção de saúde pública e na gestão de recursos de saúde, o que evidencia a importância da classe profissional. [6]

5.2.3. Intervenção farmacêutica

A intervenção farmacêutica pode subdividir-se nos programas de gestão e acompanhamento da doença, nas evidências sobre a adesão à terapêutica e na identificação de indivíduos não controlados. Atualmente, esta intervenção farmacêutica está facilitada, resultante do uso dos serviços farmacêuticos prestados nas farmácias comunitárias. [6]

Sendo a hipertensão arterial um fator de risco cardiovascular, a medição frequente dos valores de tensão arterial, permite um maior controlo da doença. Para além disso, o farmacêutico poderá seguir diversas *guidelines* para que o aconselhamento seja feito de uma forma mais responsável. O farmacêutico, poderá aconselhar um estilo de vida saudável, nomeadamente: aumento da prática de exercício físico, cessação tabágica, restrição do álcool, conselhos para o cumprimento da terapêutica prescrita. [9]

Para facilitar a intervenção farmacêutica na hipertensão (ou em qualquer outra patologia referida no trabalho), o farmacêutico tem à sua disposição um procedimento operativo simples denominado Método Dáder, que o auxilia no seguimento farmacoterapêutico do doente por forma a torná-lo sistematizado, contínuo e documentado. O Método de Dáder visa obter informações sobre a patologia do doente e sobre a sua história farmacoterapêutica. Finda a avaliação, estabelece-se um plano de intervenções para melhorar ou manter o estado de saúde do doente. Aplicado na hipertensão, esse plano de intervenções pode prender-se com a restrição de sal, prática de exercício físico ou garantia de adesão à terapêutica, por exemplo. [17]

No geral, com auxílio de ferramentas operativas como o Método Dáder o farmacêutico poderá de forma mais eficiente intervir no seguimento farmacoterapêutico de três formas: intervir na educação do doente (educar na utilização do medicamento, reforço da necessidade de adesão à terapêutica ou educar nas medidas não farmacológicas); intervir na quantidade de medicamentos (alterar a dose, alterar a dosagem ou alterar a frequência da administração); intervir na estratégia farmacológica (adicionar, retirar ou substituiu um medicamento). [17]

5.3. Diabetes Mellitus

5.3.1. Incidência na população portuguesa

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica associada ao aumento dos níveis de glicose no sangue (hiperglicemia). Esta doença pode ocorrer por alterações na libertação ou ação da insulina, produzida pelas células beta pancreática. A diabetes divide-se ainda em dois tipos: diabetes tipo I (patologia que surge sobretudo em jovens e crianças, podendo ser diagnosticada também em adultos); diabetes tipo II (é a forma mais comum de diabetes, surge sobretudo na idade adulta podendo surgir também em crianças). Os seus critérios de diagnóstico, definidos pela OMS para indivíduos sem qualquer outra patologia são: ^[11]

- Valores normais: Glicémia <110 mg/dL;
- Glicemia em jejum ≥126 mg/dL (em duas medições);
- Glicemia a qualquer hora ≥200 mg/dL (em duas medições).

A diabetes contribui significativamente para a mortalidade em Portugal. Embora seja uma doença mais comum nos homens do que nas mulheres e de maior prevalência nas pessoas mais idosas (principalmente diabetes *mellitus* tipo II) pode ser diagnosticada em todas as faixas etárias, independentemente do género. A diabetes contribui para a diminuição da qualidade de vida dos doentes. Os dados estatísticos revelam que a diabetes afeta 10% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 27-75 anos, com cerca de 24% dos diabéticos na faixa etária dos 65-74 anos. ^[10]

De acordo com a Figura 4, a prevalência da diabetes em Portugal é praticamente uniforme em todas as regiões, estando associada ao aparecimento de outras patologias que podem contribuir significativamente para a morbilidade, destacando-se a perda de visão, o pé diabético, nefropatia, neuropatia, doença vascular cerebral ou amputação. ^[10]

Em 2015, havia cerca de 11,8% de diabéticos não diagnosticados. Um outro dado indicava que 3,1 milhões de Portugueses com idades entre 20-79 anos possuíam um quadro de diabetes ou valores de glicémia próximos dos valores indicativos de hiperglicemia. Nos últimos anos tem também aumentado o número de internamentos devido à diabetes. ^[10]

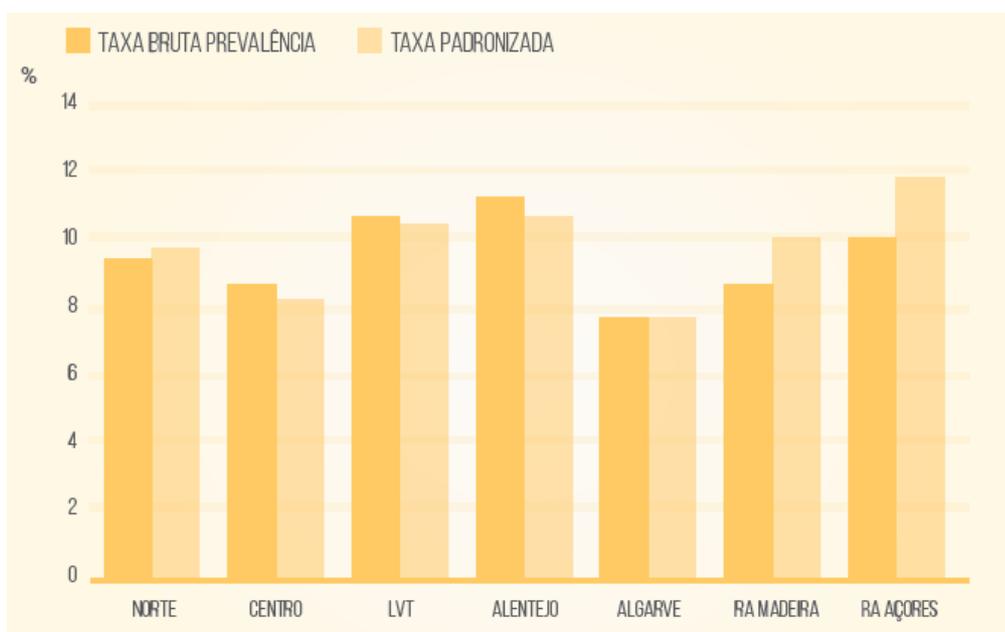


Figura 4 - Distribuição da prevalência da diabetes nas diversas regiões Portuguesas em indivíduos com idades entre 25 e 74 anos.

Fonte: INSEF - 2016

O número de fármacos anti-diabéticos tem vindo a aumentar em toda a Europa, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia. ^[10] Em 2015, 6,5% dos portugueses tomavam medicação de forma crónica para a diabetes. ^[10]

Desta forma, pela grande e generalizada prevalência da patologia, é de extrema importância uma monitorização, controlo e aconselhamento aos diabéticos por parte dos farmacêuticos, que estarão a contribuir para uma melhoria da saúde pública geral. ^[10]

5.3.2. Custo para o Serviço Nacional de Saúde

Atendendo à taxa de incidência da diabetes na população portuguesa e ao crescente número de medicamentos prescritos para a patologia, é de esperar que os gastos com a diabetes também tenham crescido exponencialmente. Todavia, o custo da diabetes não se restringe à terapêutica farmacológica, mas com diversos dispositivos médicos úteis para o controlo da patologia: lancetas, tiras, máquinas medidoras de glicémia, canetas de insulina, entre outros. ^[10]

Em 2014, os custos diretos com a diabetes chegaram a quase 1550 milhões de euros, o que representa 0,9% do PIB português e 10% das despesas globais da saúde. Estes valores tiveram um aumento no ano de 2015 de 0,1 e 1 ponto percentual respetivamente. ^[10]

Custos
(em Milhões de Euros)

Portugal	2013	2014	2015
Medicamentos Ambulatório Total	227,5 M€*	246,3 M€*	276,4M€*
Medicamentos Ambulatório SNS	226,0 M€	242,5 M€	260,8 M€
Tiras-Teste de Glicemia	52,8 M€	50,9 M€	52,6 M€
Tiras-Teste de Glicemia – Encargo SNS	43,5 M€	43,1 M€	44,7 M€
Hospitalização – GDH's Total Diabetes	454,8 M€	479,7 M€	434,6 M€
Hospitalização – GDH's DP Diabetes	34,3 M€	35,2 M€	40,4 M€
Bombas Infusoras de Insulina e Consumíveis – SNS	1,2 M€	1,3 M€	1,4 M€

GDH – ACSS/DGS; IMS Health; Infarmed; DGS; CCF-MS; Tratamento OND

Figura 5 - Custos diretos para o SNS com a diabetes nos anos de 2013, 2014 e 2015 em milhões de euros.

5.3.3. Intervenção farmacêutica

O Farmacêutico, enquanto agente de saúde pública deve promover o uso responsável do medicamento e a manutenção da efetividade e segurança dos medicamentos, assumindo um papel fundamental na adesão e na gestão terapêutica das pessoas com diabetes *mellitus*. O seu papel, no cuidado de doentes com diabetes, vai além da dispensa de medicamentos, uma vez que inclui a avaliação da farmacoterapia, medição da glicémia, educação do doente sobre a adoção de um estilo de vida saudável (por exemplo, alimentação saudável, prática de atividade física) e promoção do autocuidado, bem como a gestão de caso. ^[15]

Em suma, o programa de cuidados farmacêuticos, aplicado à diabetes é uma ferramenta de trabalho para o farmacêutico que permite acompanhar o utente e avaliar a evolução da doença. Para além disso, permite ainda garantir a adesão à terapêutica e até reportar ao médico efeitos decorrentes da má utilização dos medicamentos. Todas estas medidas trarão uma melhora da qualidade de vida do utente diabético. ^[15]

5.4. Dislipidémias

5.4.1. Incidência na população portuguesa

A dislipidémia é um termo que engloba as anomalias qualitativas e quantitativas dos lípidos no sangue. Esta patologia pode verificar-se pelo aumento dos níveis do colesterol, dos triglicéridos, da diminuição dos níveis de colesterol HDL ou da associação de uma destas alterações. É um dos principais fatores de risco da arterosclerose (doença onde há

deposição de gordura nas paredes dos vasos sanguíneos, com consequente formação de placas e impedimento de irrigação), sendo a principal causa de morte nos países desenvolvidos, não sendo Portugal exceção. ^[13]

Os valores recomendados são os seguintes:

Colesterol Total - <190 mg/dL

Colesterol LDL - <115 mg/dL

Colesterol HDL - >40 mg/dL (homem); >45 mg/dL (mulher)

Triglicéridos - <150 mg/dL

A arteriosclerose é a consequência mais habitual das dislipidémias, o que requer maior estudo e atenção. Em 2015, havia em Portugal cerca de 52,3% da população com idades entre os 25 e 74 anos de idade tinham valores iguais ou superiores ao recomendado de colesterol total. Também o número de utentes a tomar medicação para a hipercolesterolemia aumentou para 63,3%, não variando com o género. No entanto, a incidência desta patologia não é uniforme, sendo mais prevalente na região Centro (74,4%) e na Região Autónoma dos Açores (69,7%) em oposição à Região de Lisboa e Vale do Tejo que detém o valor mais baixo (57,8%). ^[12]

Analisando dados estatísticos sobre a hipercolesterolemia, pode-se afirmar que a patologia em Portugal, é mais incidente em pessoas sedentárias, pouco escolarizadas e sem qualquer atividade profissional. ^[12]

5.4.2. Custo para o Serviço Nacional de Saúde

Em Portugal, a utilização de antidislipidémicos manteve uma tendência de crescimento entre 2010-2014, com um aumento em termos médios do número de embalagens dispensadas neste período, de 7,6 milhões em 2010 para 10,5 milhões em 2014. Todavia, o custo para o Serviço Nacional de Saúde, referente ao consumo destes medicamentos, reduziu significativamente entre 2010 e 2013 (- 68 M€). Esta redução parece justificar-se com uma maior utilização de antidislipidémicos recentes, nomeadamente a pitavastatina e a pravastatina, em associação com o fenofibrato. Para além disso, também os preços dos medicamentos mais usuais no tratamento das dislipidémias diminuíram, e consequentemente os custos para o SNS. A análise da utilização de antidislipidémicos por classe terapêutica, expressa por 1000 habitantes dia, revela que os mais consumidos

pertencem à classe das estatinas, particularmente a sinvastatina, a atorvastatina e a rosuvastatina. ^[14]

Os custos para o Serviço Nacional de Saúde e para o utente, baixaram de forma significativa desde 2010, com um valor mensal de 4,42€ para o Serviço Nacional de Saúde e de 7,16€ para o utente em 2014, em oposição aos valores de 11,91€ e 9,97€ em 2010, respetivamente. ^[14]

5.4.3. Intervenção Farmacêutica

A intervenção farmacêutica na dislipidémia passa por aconselhar o utente acerca da identificação de sinais e sintomas e/ou fatores de risco para a dislipidémia ou doenças cardiovasculares. Implica também a medição dos parâmetros auto relatados e avaliar os riscos cardiovasculares. O farmacêutico desempenha, assim, um papel importante no aconselhamento sobre a adoção de estilos de vida saudáveis, como forma de prevenção do aumento dos níveis séricos de colesterol e/ou triglicéridos e, em consequência, os processos isquémicos que se relacionam com a aterosclerose. Por conseguinte, a intervenção farmacêutica na dislipidémia tem como objetivo principal contribuir para o controlo e prevenção da patologia, gestão dos medicamentos, educação e seguimento do doente ^[14]. A implementação do programa de cuidados farmacêuticos, associado ao registo dos valores bioquímicos é uma mais-valia para retardar o progresso da doença, garantir a adesão à terapêutica e assim evitar-se mais facilmente um estado de morbilidade indesejado também pelo utente. ^[14]

5.5. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

5.5.1. Incidência na população portuguesa

A DPOC é uma doença respiratória prevalente, crónica que envolve a inflamação e espessamento das vias aéreas e que dificulta a própria respiração. Atualmente, esta designação engloba a bronquite crónica e o enfisema pulmonar. Na bronquite crónica os brônquios estão inflamados e com secreções que dificultam a respiração. Esta situação pode manifestar-se como tosse, falta de ar ou pieira. O enfisema pulmonar, está associado à perda de elasticidade do pulmão por lesão dos alvéolos, o que dificulta a oxigenação do sangue. ^[2]

^[16]

O tabaco é a principal causa da DPOC. No entanto, podem existir outras causas designadamente: emoções, mudanças de temperatura, poluição, entre outros fatores. Na maioria dos casos, a medicação prescrita para a DPOC passa pela utilização de broncodilatadores, acondicionados em dispositivos que requerem uma utilização correta, de forma a garantir a eficácia e eficiência dos fármacos. ^{[2] [16]}

Embora preocupante, a DPOC, a par da asma, não representa uma grande taxa de mortalidade em Portugal. Em 2017 existiam em Portugal Continental 136.958 portugueses com DPOC diagnosticada. Também nos internamentos, Portugal é um dos países da OCDE com menor percentagem de doentes internados por DPOC. Para estes números positivos em muito contribuiu: a educação antitabágica, medidas preventivas nos Cuidados de Saúde Primários, o acesso a exames de espirometria, prescrição eletrónica para cuidados respiratórios domiciliários e tratamentos de reabilitação respiratória. ^[2]

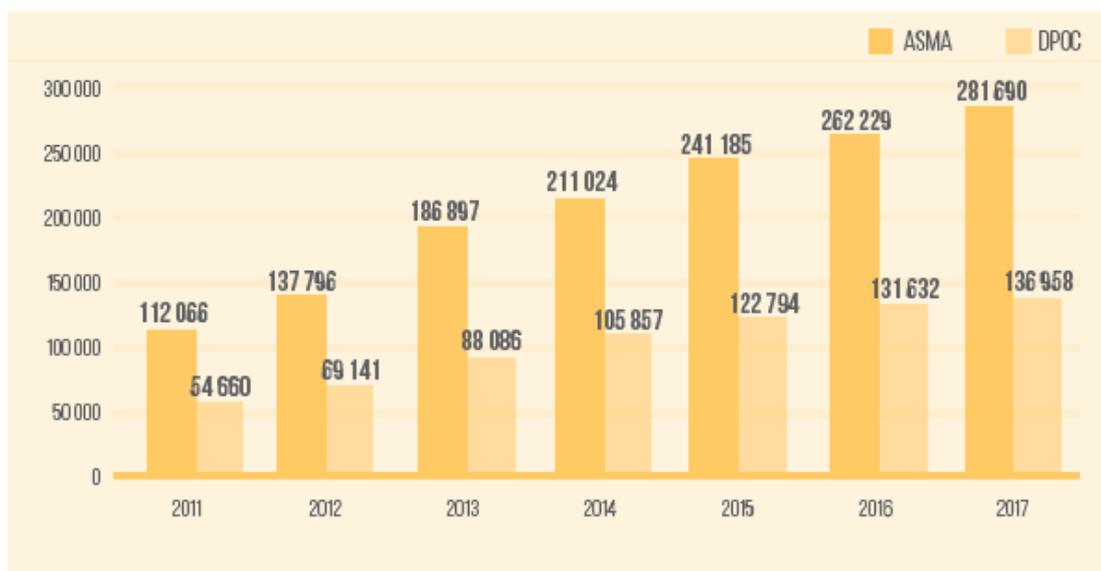


Figura 6 - Número de utentes ativos com diagnóstico de Asma e DPOC, Portugal Continental, 2011-2017
Fonte: DGS (2018)

5.5.2. Intervenção Farmacêutica

A intervenção farmacêutica nos utentes com DPOC consiste no aconselhamento sobre a autogestão e modificação de comportamentos de risco, visando a promoção da saúde, como a sessação tabágica, a realização de exercício físico regular e de hábitos alimentares equilibrados; reforçar as orientações recebidas por parte do médico; prevenir, detetar e procurar resolver os problemas que possam surgir com os medicamentos que os utentes tomam, sempre em colaboração com o médico. A DPOC não possui até à atualidade uma terapêutica curativa. Desta forma torna-se essencial a implementação de

programas de Cuidados Farmacêuticos por forma a evitar o agravamento da doença, registar o número de exacerbações ou crises e garantir a adesão adequada à terapêutica. Um acompanhamento próximo do utente trará certamente, vantagens para o mesmo. ^[15]

6. Informação disponível sobre os Programas de Cuidados Farmacêuticos

A Associação Nacional de Farmácias disponibiliza, através do portal, Programas de Cuidados Farmacêuticos para várias patologias, *guidelines* de intervenção destinadas a prestação de cuidados farmacêuticos e fluxogramas de intervenção farmacêutica nas patologias (cf. Anexo II), propondo medidas que levam a uma contínua melhoria dos serviços prestados pelas farmácias aos cidadãos, nomeadamente a gestão dos medicamentos, a educação do doente, com aconselhamento para a alteração de comportamentos de risco, e o seu seguimento.

7. Realização de inquéritos aos utentes

7.1. Objetivos

No sentido de conhecer de uma forma mais real o grau de literacia (conhecimento/capacidade de usar a leitura e a escrita como forma de adquirir conhecimentos, desenvolver as próprias potencialidades e participar ativamente na sociedade) que os doentes possuem sobre os Cuidados Farmacêuticos, em concretamente na hipertensão, dislipidémia, DPOC e diabetes, foi realizado um inquérito. Através deste inquérito foi traçado o perfil sociodemográfico dos utentes das farmácias comunitárias, tendo em conta: a idade, as habilitações literárias, o género, entre outras variáveis. Um outro objetivo foi saber qual o local a que as pessoas recorriam quando têm dúvidas sobre a medicação prescrita ou na aquisição de um medicamento não sujeito a receita médica e ainda as razões que levam os utentes a preferir a farmácia a outros locais semelhantes.

No presente trabalho pretendemos avaliar o grau de conhecimento dos utentes sobre os cuidados farmacêuticos especialmente os utentes diabéticos, hipertensos, com dislipidémias ou com doença pulmonar obstrutiva crónica. No entanto, esse conhecimento não foi questionado de forma direta, mas sim interpretado de acordo com a percentagem de doentes medicados, que admitiram terem esclarecido as suas dúvidas com o farmacêutico.

7.2. Metodologia utilizada

O questionário foi criado em texto através do programa “Word”. Posteriormente, o inquérito foi preenchido de forma presencial por 164 utentes da Farmácia Moderna em Viseu. Simultaneamente foi transcrito para o programa “Google Forms”, o que permitiu um acesso mais eficaz, rápido e prático dos utentes ao questionário. Obtiveram-se desta última forma 633 respostas válidas. Na totalidade responderam ao inquérito 797 pessoas.

O questionário é constituído por duas partes: numa primeira secção constam questões para a caracterização sociodemográfica da amostra; numa segunda secção constam questões que permitiram avaliar o conhecimento dos utentes sobre Cuidados Farmacêuticos.

Posteriormente, as respostas aos inquéritos foram traduzidas graficamente.

7.3. Resultados

7.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Para verificar se as respostas foram diferentes consoante o método de inquérito, os resultados do questionário foram analisados de duas formas separadas: presencialmente e via Internet.

- Idade dos inquiridos

A. Questionário presencial

De acordo com o Gráfico 1, os utentes que mais responderam ao inquérito presencial pertenciam à faixa etária dos 21-35 anos. Os idosos com mais de 65 anos representam também uma proporção significativa de utentes que responderam ao questionário.

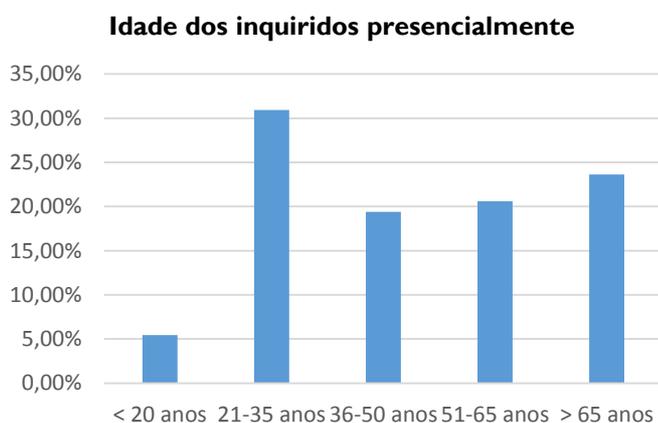


Gráfico 1- Distribuição dos inquiridos presencialmente por faixa etária.

B. Questionário aplicado via *Internet*

No que se refere aos inquiridos via *Internet*, ver Gráfico 2, existe uma maior taxa de resposta em utentes com idades compreendidas entre os 21-35 anos, com um valor percentual de quase 50% dos respondentes.

A discrepância dos resultados, entre as formas de inquérito, deve-se possivelmente à utilização da *Internet*, mais frequente nos jovens em oposição aos idosos.



Gráfico 2 - Distribuição dos inquiridos via *Internet* por faixa etária.

- Género dos inquiridos

A. Questionário presencial

No que diz respeito ao género (cf. Gráfico 3), também é evidente uma diferença significativa nos resultados obtidos via *Internet* nos obtidos presencialmente. Assim, enquanto nas respostas obtidas pessoalmente há uma distribuição mais equilibrada entre pessoas do género feminino e do género masculino, os inquiridos via *Internet* são maioritariamente do género feminino (75%).



Gráfico 3 - Distribuição por género dos inquiridos presencialmente.

B. Inquérito respondido via *Internet*

Género dos Inquiridos

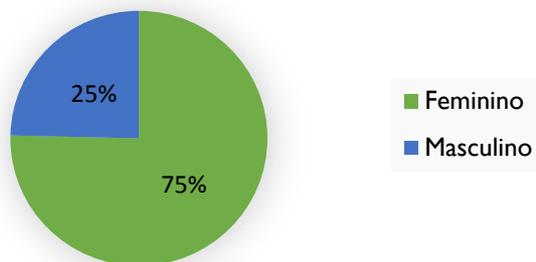


Gráfico 4 - Distribuição por género dos inquiridos via *Internet*.

- Habilitações dos inquiridos

A. Questionário presencial

Caracterizando os inquiridos pessoalmente quanto ao seu nível de escolaridade, verifica-se que 27,27% possuem o primeiro ciclo do ensino básico, seguindo-se os que possuem o ensino secundário (26,67%). Constatam-se que a maioria dos inquiridos tem no máximo o 3º ciclo (cf. Gráfico 5).

Nível de escolaridade dos inquiridos pessoalmente

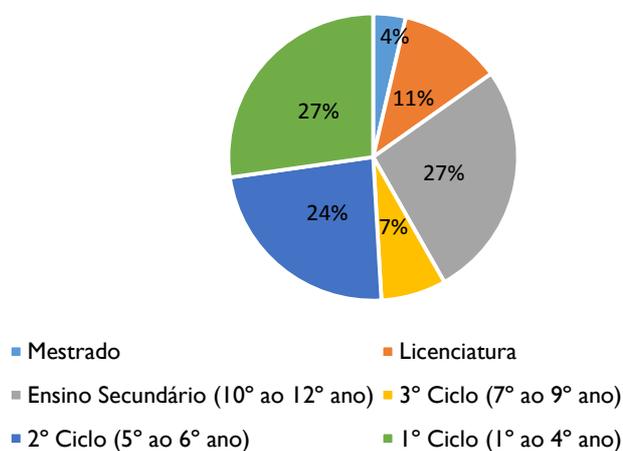


Gráfico 5 - Distribuição percentual dos inquiridos presencialmente por grau de escolaridade.

B. Inquérito respondido via *Internet*

Em relação aos inquiridos via *Internet*, a maioria possui um nível de escolaridade igual ou superior ao ensino secundário (cf. Gráfico 6).

Nível de escolaridade dos inquiridos via *Internet*

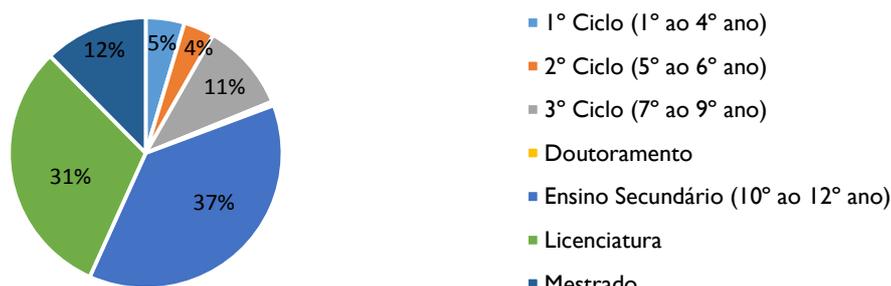


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos inquiridos via *Internet* por grau de escolaridade.

- Zona de residência dos inquiridos

A. Questionário presencial

Constata-se que os inquiridos presencialmente residem maioritariamente em meio rural (64%) (cf. Gráfico 7).

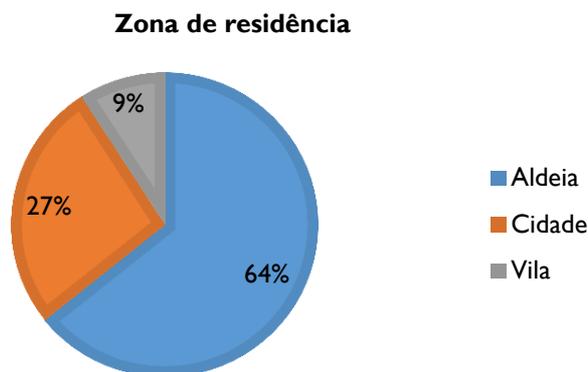


Gráfico 7 - Distribuição percentual do local de residência dos inquiridos presencialmente.

B. Inquérito respondido via *Internet*

Os resultados da zona de residência dos inquiridos via *Internet* indicam que 48% também residem em meio rural, com 32% a residirem em meio urbano, um valor percentual mais elevado comparativamente aos inquiridos de forma pessoa, onde apenas 27% residem em meio urbano (cf. Gráfico 8).

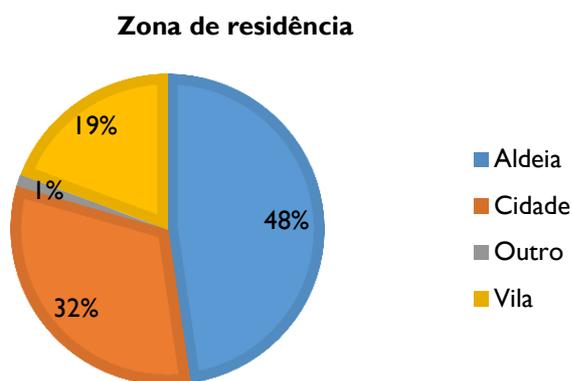


Gráfico 8 - Distribuição percentual do local de residência dos inquiridos via *Internet*.

A. Questionário presencial

7.3.2. Onde se dirigem os inquiridos quando necessitam de informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar

Foi feito um conjunto de perguntas, correlacionadas, cujas respostas revelam que a maioria dos inquiridos prefere dirigir-se à farmácia para obter informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar.

Quando pretende obter informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar onde é que habitualmente se dirige?

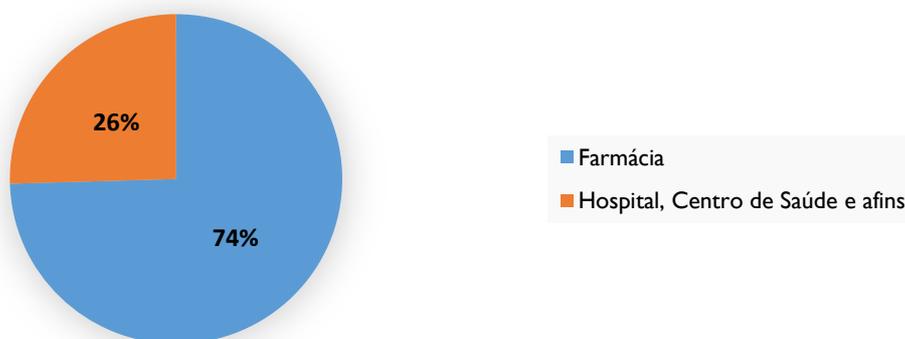


Gráfico 9 - Local de preferência dos inquiridos presencialmente para obtenção de informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar.

7.3.3. Onde se dirigem quando necessitam de adquirir um medicamento não sujeito a receita médica

Perguntou-se aos inquiridos presencialmente onde se dirigem quando necessitam de adquirir um medicamento não sujeito a receita médica, constatando-se que quase a totalidade da amostra referiu a farmácia (cf. Gráfico 10).

Quando necessita de adquirir um medicamento não sujeito a receita médica (MNSRM), onde se dirige?

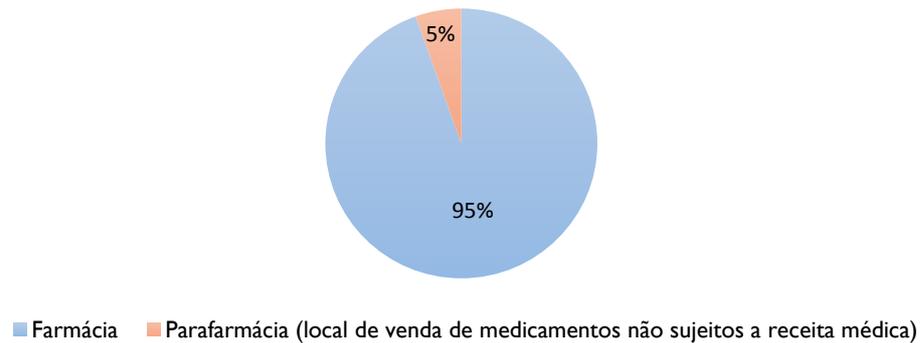


Gráfico 10 - Local de destino dos inquiridos presencialmente para obtenção de um MNSRM.

Dos inquiridos que responderam dirigir-se à farmácia quando necessitam de adquirir um medicamento não sujeito a receita médica, 31% justificou que essa procura se deve ao preço dos medicamentos, 24% à localização, 21% à competência, 19% ao aconselhamento e 5% à comodidade (cf. Gráfico 11).

Por que razão prefere dirigir-se a uma Farmácia?

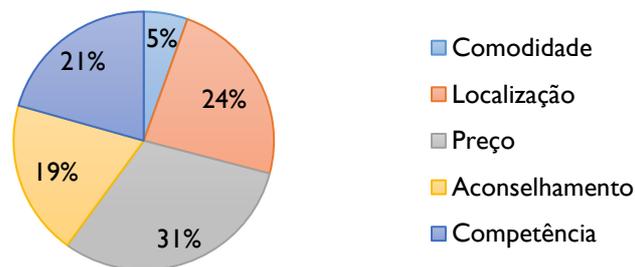


Gráfico 11 - Razão pela qual preferem dirigir-se à farmácia os inquiridos pessoalmente.

A. Questionário respondido via *Internet*

7.3.4. Onde se dirigem os inquiridos quando necessitam de informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar

Constata-se que a grande maioria dos inquiridos, que responderam via *Internet*, também se dirigem à farmácia quando necessitam de informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar, com uma percentagem a ultrapassar os 80% (cf. Gráfico 12).

Estes resultados estão em conformidade com os apurados em relação aos inquiridos cujo protocolo de aplicação dos questionários foi de forma direta.

Quando pretende obter informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar onde é que habitualmente se dirige?

■ Farmácia ■ Hospital, Centro de Saúde e afins

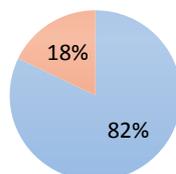


Gráfico 12 - Local de destino dos inquiridos via *Internet* para obtenção de informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar.

7.3.5. Onde se dirigem quando necessitam de adquirir um medicamento não sujeito a receita médica

De igual modo, há maior preferência dos inquiridos via *Internet* a dirigirem-se à farmácia quando necessitam de adquirir um medicamento não sujeito a receita médica, com uma percentagem a rondar os 90%, valor semelhante aos inquiridos de forma presencial (cf. Gráfico 10).

Quando necessita de adquirir um medicamento não sujeito a receita médica (MNSRM), onde se dirige?

■ Farmácia ■ Parafarmácia (local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica)

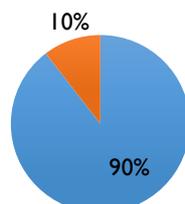


Gráfico 13 - Local de destino dos inquiridos via *Internet* para obtenção de um MNSRM.

Dos inquiridos que responderam dirigir-se à farmácia, o principal motivo apontado é o preço dos medicamentos (37%), seguindo-se por questões de localização (19%), comodidade (16%), aconselhamento (15%) e, com menor percentagem, a competência (13%). Estes resultados estão em conformidade com os apurados em relação aos inquiridos cujo protocolo de aplicação dos questionários foi presencial (cf. Gráfico 11).

Por que razão prefere dirigir-se a uma Farmácia?

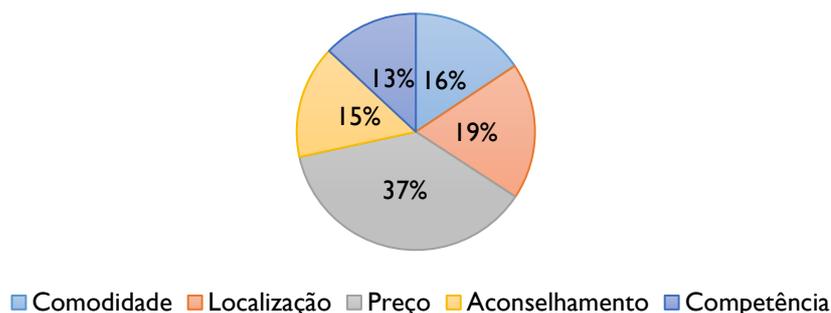


Gráfico 14 - Razão pela qual preferem dirigir-se à farmácia os inquiridos via *Internet*.

- Cuidados farmacêuticos

Com o intuito de perceber se os utentes conheciam os programas de cuidados farmacêuticos, selecionaram-se, em cada uma das patologias, os doentes medicados que admitiram ter tido dúvidas a cerca da sua patologia, ou da medicação prescrita e que as esclareceram junto do farmacêutico. Admitiu-se de antemão, que o esclarecimento deste tipo de dúvidas, acompanhadas do aconselhamento farmacêutico, são parte integrante dos Programas de Cuidados Farmacêuticos.

As tabelas seguidamente apresentadas são o resumo dos resultados dos questionários:

A. Questionário presencial

Tabela 2 - Resultado do questionário sobre cuidados farmacêuticos junto dos inquiridos presencialmente.

Patologia	% de incidência da doença	% de doentes medicados	% de doentes com dúvidas acerca da medicação prescrita ou patologia	% de doentes que esclareceu as dúvidas com o farmacêutico
Diabetes	33,5	95,0	37,0	54,0
Hipertensão	26,3	90,0	75,0	46,0
Dislipidémias	25,3	60,0	57,0	48,0
DPOC	14,9	70,0	25,0	15,0
Reconhecimento do conceito de "Cuidados Farmacêuticos"	29,7%			

Os utentes (164), que responderam ao questionário presencial, tinham no mínimo uma patologia diagnosticada. Dos inquiridos presencialmente, 35,5% (58 utentes) tinham diabetes. Dos utentes diabéticos, 38 tinham apenas diabetes sendo que 20 tinham diabetes e dislipidemia. A hipertensão incide sobre 24,3% (42). Destes, 27 tinham apenas hipertensão sendo que os restantes 15 tinham hipertensão e DPOC. Relativamente às dislipidemias, 25,3% (41) dos inquiridos afirmaram ter esta patologia, sendo que destes, apenas 21 diz ter exclusivamente essa patologia. A DPOC afeta 14,9% (23) dos inquiridos, destes apenas 8 tem exclusivamente DPOC, a restante percentagem afirma ter DPOC e Hipertensão. De todos os utentes inquiridos, foram os hipertensos, que mais admitem terem dúvidas sobre a medicação prescrita ou sobre a patologia. No entanto, foram os doentes diabéticos medicados que mais admitiram esclarecer as suas dúvidas com farmacêutico. Desta forma, na nossa opinião, são os utentes diabéticos que mais reconhecem no farmacêutico a capacidade para esclarecer as suas dúvidas, tendo por isso mais conhecimento sobre o Programa de Cuidados Farmacêuticos e o que ele implica.

B. Questionário dirigido via *Internet*

Tabela 3 - Resultado do questionário sobre cuidados farmacêuticos junto dos inquiridos via *Internet*.

Patologia	% de incidência da doença	% de doentes medicados	% de doentes com dúvidas acerca da medicação prescrita ou patologia	% de doentes que esclareceu as dúvidas com o farmacêutico
Diabetes	6,32	97,0	55,0	21,0
Hipertensão	52,7	90,0	19,0	3,0
Dislipidémias	8,53	63,0	78,0	12,0
DPOC	32,45	73,0	69,0	20,0
Reconhecimento do conceito de "Cuidados Farmacêuticos"	28,8%			

Os utentes (633), que responderam ao questionário através da *Internet*, tinham no mínimo uma patologia diagnosticada. Dos inquiridos via *Internet*, 6,32% (41) tinham diabetes. Todos os utentes diabéticos revelaram ter apenas diabetes. A hipertensão incide sobre 52,70% (333 utentes) destes 310 tem apenas hipertensão sendo que 33 tem hipertensão e dislipidemia. Relativamente às dislipidemias, 8,53% (54) dos inquiridos afirma ter esta patologia, sendo que destes, apenas 21 diz ter exclusivamente essa patologia. A DPOC afeta 32,45% (205) dos inquiridos. Os doentes com DPOC afirmam também ter apenas uma patologia. De todos os utentes, foram os dislipidémicos que mais admitiram ter dúvidas sobre a medicação prescrita ou sobre a patologia. No entanto, foram os doentes diabéticos medicados que mais admitiram esclarecer as suas dúvidas junto do farmacêutico. Desta forma, na nossa opinião, são os utentes diabéticos que mais reconhecem no farmacêutico a capacidade para esclarecer as suas dúvidas, tendo por isso mais conhecimento sobre o Programa de Cuidados Farmacêuticos e o que ele implica.

7.4. Análise

De acordo com as respostas obtidas presencialmente, concluiu-se que a amostra reflete uma população mais envelhecida e mais rural, com uma distribuição mais equitativa de género e com menos grau de escolaridade. Quanto ao perfil sociodemográfico dos inquiridos via *Internet*, constatou-se uma maior prevalência de utentes com idades compreendidas entre os 21-35 anos, possuindo mais de metade um nível de escolaridade igual ou superior ao ensino secundário. Ambas as amostras preferem dirigir-se à farmácia para a aquisição de MNSRM ou para esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com a medicação prescrita, comparando com a Parafarmácia e Hospitais ou Centros de Saúde respetivamente. O que leva estes utentes a preferirem deslocar-se à farmácia é essencialmente o preço dos medicamentos e a localização da mesma.

No que aos Cuidados Farmacêuticos diz respeito podemos concluir o seguinte: a patologia que mais afeta a população inquirida presencialmente é a Diabetes; para os inquiridos via *Internet* é a Hipertensão; Dos doentes medicados os que mais demonstraram ter dúvidas sobre a medicação prescrita foram, nos inquiridos via *Internet*, os dislipidémicos e nos inquiridos presencialmente os hipertensos.

De acordo com os resultados obtidos, somos da opinião que ambos os grupos reconhecem pouco o conceito de Cuidados Farmacêuticos (28,8% dos inquiridos via *Internet* e 29,7% dos inquiridos pessoalmente), embora façam uso do que ao conceito é inerente

(aconselhamento, esclarecimento de dúvidas e promoção da saúde). Dos inquiridos quer presencialmente, quer via *Internet* são, na nossa opinião, os diabéticos que têm maior conhecimento sobre o Programa de Cuidados Farmacêuticos, uma vez que são estes os grupos de utentes, que em maior percentagem recorrem ao farmacêutico para esclarecer as suas dúvidas sobre a patologia ou medicação prescrita. Entre os inquiridos via *Internet* é mais evidente o acesso à *Internet* para esclarecimento das suas dúvidas (c.f. Anexo III).

8. Conclusões

Numa sociedade cada vez mais envelhecida e com várias doenças crónicas, a prestação de Cuidados Farmacêuticos é essencial para garantir a promoção da saúde. O farmacêutico, enquanto agente de saúde pública e especialista do medicamento tem a responsabilidade de ir ao encontro das necessidades dos doentes e trabalhar por forma a garantir o seu bem-estar e diminuir os sintomas ou avanços das doenças crónicas.

Os programas de Cuidados Farmacêuticos são ferramentas vocacionadas para o bem-estar do doente que agilizam as intervenções farmacêuticas tornando-as mais práticas, lógicas, metódicas, eficazes e eficientes. Assim sendo o Farmacêutico consegue ainda evitar os problemas decorrentes da utilização dos medicamentos e garantir o bom uso dos mesmos.

Apesar de ser um conceito pouco reconhecido pelos utentes no seu global, estes reconhecem as capacidades do farmacêutico (onde se enquadram as relacionadas com a prestação dos Programas de Cuidados Farmacêuticos) e é com ele que uma boa parte esclarece as suas dúvidas sobre as patologias e sobre a medicação prescrita. De acordo com os dados que recolhemos através dos questionários realizados, são os utentes diabéticos, mais idosos, residentes em zonas rurais e com poucas habilitações que mais reconhecem ao farmacêutico a capacidade de esclarecer as suas dúvidas. Na nossa opinião são estes doentes que maior conhecimento tem sobre os Programas de Cuidados Farmacêuticos, embora de forma indireta. De igual modo, entre os mais jovens, são também os diabéticos que, na nossa opinião, maior conhecimento tem sobre o Programa de Cuidados Farmacêuticos e assim esclarecerem as suas dúvidas.

Em suma, o farmacêutico é um profissional de saúde reconhecido pela população e que, fazendo uso de métodos como os Programas de Cuidados Farmacêuticos se evidencia enquanto promotor de saúde e bem-estar.

9. Bibliografia

- [1] – FAUS, M.J. – **Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social.** *Ars Pharmaceutica*, 41: 1 (2000) 137-143.
- [2] – PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Retrato da Saúde 2018.** Lisboa: Ministério da Saúde, 2018. ISBN 978-989-99480-1-3.
- [3] – RODRIGUES, A., GAIO, V. et al. - **Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015).** *Boletim Epidemiológico de Doenças Cardiovasculares – artigos breves.* Nº2 (2017), p.1-4. [Acedido a 28 de janeiro de 2019]. Disponível na Internet: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4760/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia8-2017_artigo2.pdf
- [4] – HEPLER, C. D., STRAND, L. M. – **Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care.** *Am. J. Hosp. Pharm.* Volume 47 (1990 Marc.) 533-541.
- [5] – ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos.** Lisboa. [Acedido a 30 de janeiro de 2019]. Disponível na Internet: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/codigo_deontologico_da_of_4436676175988472c14020.pdf
- [6] – ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. – **Valor social e económico das intervenções em Saúde Pública dos farmacêuticos nas farmácias em Portugal – Sumário executivo.** Outubro de 2015. [Acedido a 30 de janeiro de 2019]. Disponível na Internet: file:///C:/Users/cinti/Downloads/valor_social_e_economico_2015_1081987374593e8a7217c8b.pdf
- [7] – ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. – **A Farmácia Comunitária.** [Acedido a 8 de fevereiro de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
- [8] – MARTINS, S., ALVES DA COSTA, F., CARAMONA, M. (2015). **IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM PORTUGAL, SEIS ANOS DEPOIS.** *Revista Portuguesa De Farmacoterapia*, 5(4), 4-12. [Acedido a 19 de fevereiro de 2019]. Disponível na Internet: <https://doi.org/10.25756/rpf.v5i4.38>
- [9] – FARMÁCIAS PORTUGUESAS. – **Prevenir a Hipertensão.** [Acedido a 6 de março de 2019]. Disponível na Internet em: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/glossario-de-saude/doencas-e-condicoes-de-saude/prevenir-a-hipertensao.html>

- [10] – SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA. – **Diabetes: Factos e Numeros – O Ano de 2015**– Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Edição de 12/2016 [Acedido a 9 de abril de 2019]. Disponível na Internet em: https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/03/OND-2017_Anexo2.pdf
- [11] – SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA (SPN). – **Relatório de Anual 2008 – Gabinete de Registo. Diabetes: Factos e Números**; 2009. [Acedido a 9 de abril de 2019]
- [12] – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. – **1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde**. Lisboa: INSA IP, 2016. [Acedido a 9 de abril de 2019]. Disponível na Internet em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4115/3/1_INSEF_rel%C3%B3rio_estado-de-saude.pdf
- [13] – FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA – **Dislipidémia**. Fundação Portuguesa de Cardiologia [Acedido a 09 de abril de 2019] . Disponível na Internet em: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/dislipidemia/>
- [14] – ARAÚJO, A., FERNANDES, E. (s.d.) – Doenças do sistema circulatório, principal causa de morte em Portugal. Consumo de antidiislipidémicos no SNS nos últimos cinco anos. 2015 (20-21) [Acedido a 09 de abril de 2019]. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/2219894/Consumo+de+antidiislipid%C3%A9micos+no+SNS+nos+%C3%BAltimos+cinco+anos/248ac066-8e99-451c-b9a4-184fbff617b7?Version=1.0>
- [15] – CORRER, C. J., ROTTA I., PHARM, B., SALGADO T.M., FERNANDEZ-LLIMOS (2012) – **Tipos de Serviços Farmacêuticos Clínicos: O que dizem as Revisões Sistemáticas?** Acta Farmacêutica Portuguesa, Vol. 12, 24-42.
- [16] – Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais. – El impacto global de la Enfermedad Respiratoria -Segunda edição. 2017. México, Associação Latino-americana do tórax.
- [17] – HERNÁNDEZ, D.S. E OUTROS. - **Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico, 2009**, versão em português europeu. Edições Universitárias Lusófonas, Lisboa. 2010. I.S.B.N.: 978-972-8881-75-7. [Acedido a 20 de junho de 2019]. Disponível em: http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia_dader.pdf
- [18] – H. SANTOS, P. IGLÉSIAS, F. FERNÁNDEZ-LLIMÓS, M. J. FAUS, L. M. RODRIGUES. - **Segundo consenso de granada sobre Problemas relacionados com medicamentos - Tradução intercultural de espanhol para português (europeu).**

Acta médica portuguesa 2004; 17:59-66. [Consultado a 20 de junho de 2019]. Disponível na Internet em: https://www.researchgate.net/publication/303131921_Segundo_Consenso_de_Granada_sobre_Problemas_relacionados_com_Medicamentos

9. Anexos

Anexo I – Opiniões

As seguintes opiniões foram recolhidas com o intuito de perceber a utilidade prática da aplicação dos Programas de Cuidados Farmacêutico, no seio da Farmácia Comunitária.

“É imprescindível a curto prazo, que a Farmácia Comunitária apresente à população outros Cuidados Farmacêuticos bem estruturados, protocolizados e remunerados na forma de Consultas Farmacêuticas para diferenciar a Farmácia dos restantes Serviços de Saúde. Esta já é uma realidade em algumas Farmácias, mas o conceito ainda é muito desconhecido. A Farmácia continua a ser o primeiro contacto do utente com um profissional de saúde. Assim sendo, é necessário desenvolver ao máximo o que a nossa profissão pode oferecer na prevenção de doença, na incidência e prevalência da morbilidade e melhoria da qualidade de vida da nossa população”.

Opinião da Dra. Ângela Lourenço – Farmácia Moderna de Viseu

“No que toca a cuidados farmacêuticos existem muitos pontos passíveis de melhoria. Por exemplo, aumentar o tipo de serviços que podemos fazer, nomeadamente a renovação de algum receituário e um maior acompanhamento no que toca à revisão de medicação e no acompanhamento farmacoterapêutico. Seria também benéfico criar, de alguma forma, uma maior proximidade ao médico, nomeadamente o de família, (principalmente quando há medicamentos esgotados ou quando eles passam medicamentos descontinuados)”.

Opinião da Dra. Filipa Lagoas – Farmácia Moderna de Viseu

“A prestação de Cuidados Farmacêuticos, seja desde o acompanhamento de uma doença crónica, prestação de serviços ou revisão terapêutica, está muitas vezes suprimida nas Farmácias Comunitárias. Isto deve-se à pressão do mercado competitivo que tenta tornar o farmacêutico num mero dispensador de medicamento, facto com o qual lutamos diariamente. No entanto com a concretização dos programas de cuidados farmacêuticos conseguir-se-ia afirmar os farmacêuticos no seio dos profissionais de saúde, a farmácia enquanto local de prestação de saúde. Para além disso seria uma ferramenta importante para garantir ao utente a condição da sua saúde”.

Opinião da Dra. Âgueda Alves – Farmácia Moderna de Viseu

**Anexo II – Informação disponibilizada pela Associação Nacional de Farmácias
- Guideline de prestação de Cuidados Farmacêuticos na Diabetes:**

Metodologia e Procedimentos da Prestação de Cuidados Farmacêuticos

Nível I: autovigilância, identificação de diabéticos não controlados e de indivíduos suspeitos de diabetes.

A. Autovigilância

Definida na cláusula III do presente Protocolo.

B. Identificação de diabéticos não controlados

É efetuada através de determinações regulares de glicemia capilar aos diabéticos, na farmácia, com referência à consulta médica dos doentes com valores frequentemente acima dos objetivos terapêuticos registados pelo médico no Guia do Diabético ou, na ausência desse registo, dos valores internacionalmente aceites:

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS PARA A GLICÉMIA CAPILAR
Glicémia capilar de jejum 80 – 120 mg/dL
Glicémia capilar pós-prandial <180 mg/dL

C. Identificação de indivíduos suspeitos de diabetes

É orientada para os indivíduos que apresentem sinais/sintomas e/ou fatores de risco para a diabetes e inclui a determinação da glicemia capilar, com referência à consulta médica daqueles que se considerem suspeitos de diabetes.

SINAIS/SINTOMAS DE DIABETES
Poliúria, polidipsia e polifagia
Perda de peso
Infeções urinárias de repetição
Mulheres com infeções vaginais de repetição
Feridas de cicatrização difícil
Etc.

FATORES DE RISCO PARA A DIABETES TIPO 2
Idade > a 45 anos
Excesso de peso (IMC > 25 kg/m ²)
História familiar de diabetes (pais ou irmãos com diabetes)
Inatividade física habitual
Tolerância diminuída à glucose ou anomalia da glicémia em jejum, identificadas previamente
Mulheres com história de diabetes gestacional ou com filhos de peso > a 4 kg à nascença
Hipertensão arterial (pressão arterial > 140/90 mmHg)
Dislipidémia
História de doença vascular
Síndrome do ovário poliquístico

VALORES DE GLICÉMIA CAPILAR DE SUSPEITA DE DIABETES
Glicémia capilar de jejum > 110 mg/dL
Glicémia capilar ocasional > 200 mg/dL

Indivíduos sintomáticos

Referir à consulta médica os indivíduos com 1 valor de glicémia acima dos indicados na tabela anterior.

A presença de sinais/sintomas de diabetes obriga, por si só, o farmacêutico a referir o indivíduo à consulta médica. No entanto, aconselha-se a realização de um teste de glicémia capilar.

Indivíduos assintomáticos

Referir à consulta médica os indivíduos com, pelo menos, 2 valores de glicémia acima dos indicados na tabela anterior.

IMC – Índice de Massa Corporal

Ocasional – qualquer hora do dia independentemente da hora da última refeição

Jejum – ausência de ingestão calórica durante, pelo menos, 8 horas

Pós-prandial – 1,5 h a 2 h após uma refeição

Anexo III – Folha de registo de parâmetros ao abrigo do Programa de Cuidados Farmacêuticos, disponibilizada informaticamente pela ANF

REGISTO DE PARÂMETROS

Nome do Doente: _____ Tel.: _____ Cód. Doente: _____
 Médico Assistente: _____ Local de Trabalho: _____ Tel.: _____
 Sexo: ____ Idade: ____ Altura (m): ____ Estados Fisiopatológicos: _____ Alergias: _____



Programas de Cuidados Farmacêuticos
 Associação Nacional dos Farmácios

	Objectivos Terapêuticos	Data:						
		Hora:						
		jejum pós-prandial ocasional						
Peso (kg)								
IMC (kg/m ²)								
Pulsação (bpm)								
Pressão Arterial (mmHg)								
Glicemia (mg/dl.)								
Colesterol Total (mg/dl.)								
Triglicédeos (mg/dl.)								
Observações								

© Copyright, Associação Nacional dos Farmácios #HDFCS107/03

Anexo IV – Gráficos que traduzem as respostas obtidas

- Respostas obtidas pessoalmente (Total: 164)

Diabetes

- Pergunta: É diabético?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a incidência da diabetes na população.

Respostas: Sim – 33,5% Não – 66,5%

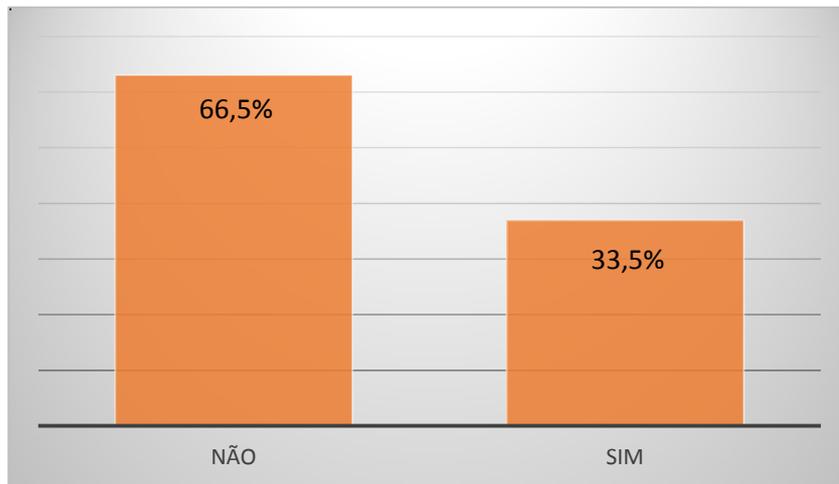


Figura 1 - Incidência da diabetes nos inquiridos pessoalmente.

- Diabéticos medicados

Pergunta: Está medicado/a (sendo diabético)?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de diabéticos medicados.

Respostas: Sim – 95% Não – 5%



Figura 2 - Percentagem de diabéticos que estão medicados.

- Dúvidas acerca da medicação prescrita

Pergunta: Teve dúvidas sobre a medicação prescrita, ou patologia?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de diabéticos medicados que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita.

Respostas: Sim – 37% Não – 63%



Figura 3 - Percentagem de diabéticos medicados com dúvidas sobre a medicação prescrita ou sobre a patologia.

- Profissional ou local de esclarecimento das dúvidas

Pergunta: Com quem esclareceu as suas dúvidas?

Com esta pergunta pretendeu-se saber com quem é que os diabéticos medicados, que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita as esclareceram.

Respostas: Farmacêutico – 54% Médico – 28% Internet – 18%

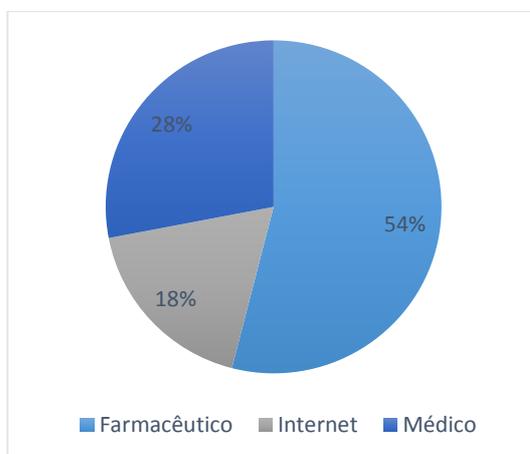


Figura 4 - Locais/profissionais com quem os diabéticos medicados esclareceram as suas dúvidas.

Hipertensão

- Incidência da hipertensão

Pergunta: Tem hipertensão?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a incidência da hipertensão na população.

Respostas: Sim – 26,3% Não – 73,7%

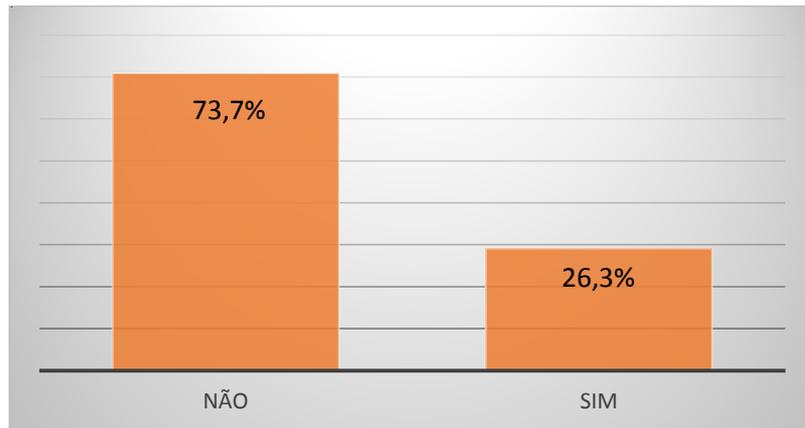


Figura 5 - Incidência da hipertensão.

- Hipertensos medicados

Pergunta: Está medicado/a (sendo hipertenso)?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de hipertensos medicados.

Respostas: Sim – 90% Não – 10%

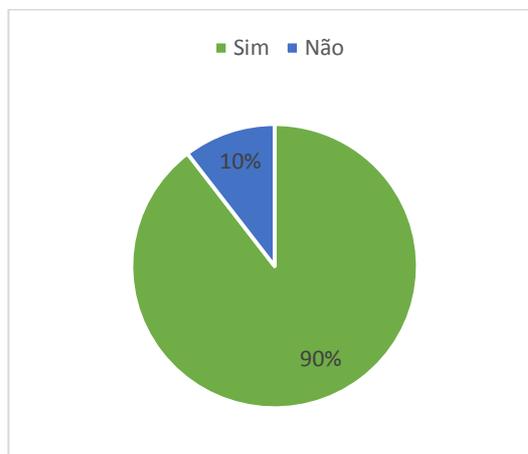


Figura 6 - Percentagem de hipertensos medicados.

- Dúvidas acerca da medicação prescrita

Pergunta: Teve dúvidas sobre a medicação prescrita?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de hipertensos medicados que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita.

Respostas: Sim – 75% Não – 25%

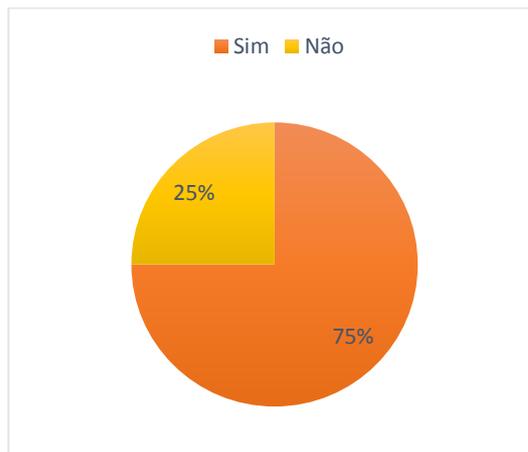


Figura 7 - Percentagem de hipertensos medicados que tiveram dúvidas sobre a patologia ou medicação prescrita.

- Profissional ou local de esclarecimento das dúvidas

Pergunta: Com quem esclareceu as suas dúvidas?

Com esta pergunta pretendeu-se saber com quem é que os hipertensos medicados, que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita as esclareceram.

Respostas: Farmacêutico – 46% Médico – 35% Internet – 19%

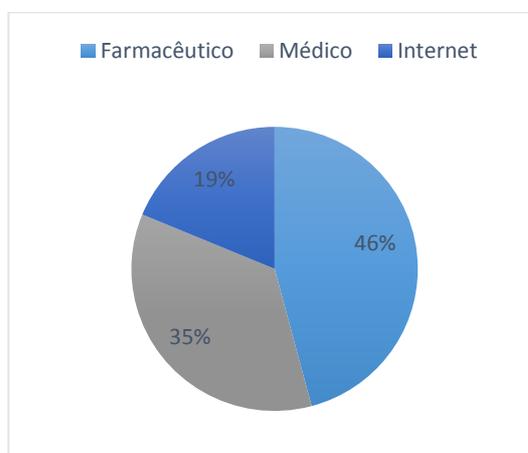


Figura 8 - Local / profissional com o qual os hipertensos medicados esclareceram as suas dúvidas.

Dislipidemia

- Incidência da dislipidemia

Pergunta: Teve os valores de colesterol ou triglicéridos elevados sendo-lhe diagnosticada dislipidemia?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a incidência dos dislipidémicos entre a população.

Respostas: Sim – 25,3% Não – 74,7%

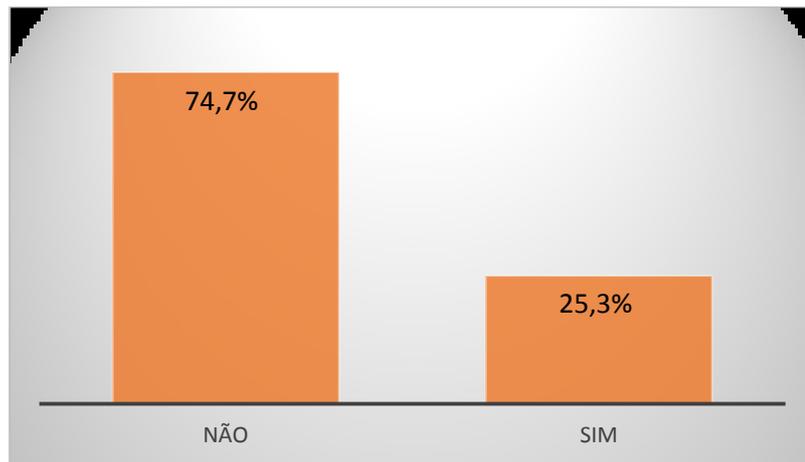


Figura 9 - Incidência da dislipidemia.

- Dislipidémicos medicados

Pergunta: Está medicado/a (sendo dislipidémicos)?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de dislipidémicos medicados.

Respostas: Sim – 60% Não – 40%

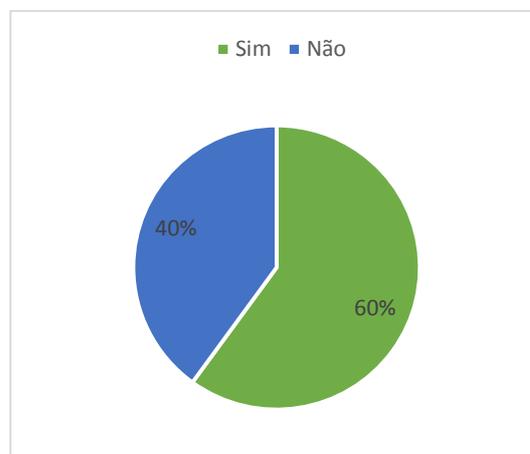


Figura 10 - Percentagem de dislipidémicos medicados.

- Dúvidas acerca da medicação prescrita

Pergunta: Teve dúvidas sobre a medicação prescrita?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de dislipidémicos medicados que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita.

Respostas: Sim – 57% Não – 43%

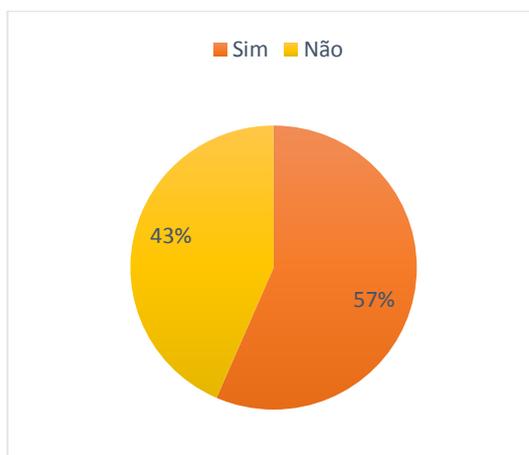


Figura 11 - Percentagem de dislipidémicos medicados que tiveram dúvidas sobre a patologia ou medicação prescrita.

- Profissional ou local de esclarecimento de dúvidas

Pergunta: Com quem esclareceu as suas dúvidas?

Com esta pergunta pretendeu-se saber com quem é que os dislipidémicos medicados, que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita as esclareceram.

Respostas: Farmacêutico – 48% Médico – 35% Internet – 13% Outro – 4%

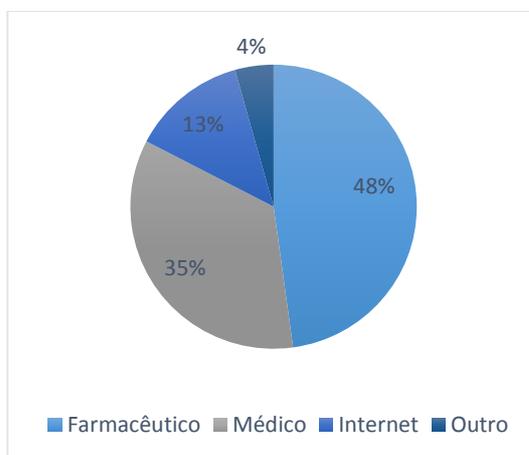


Figura 12 - Local ou profissional com o qual os dislipidémicos medicados esclareceram as suas dúvidas.

DPOC

- Incidência da DPOC

Pergunta: Tem DPOC?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a incidência dos doentes com DPOC entre a população.

Respostas: Sim – 14,9% Não – 85,1%

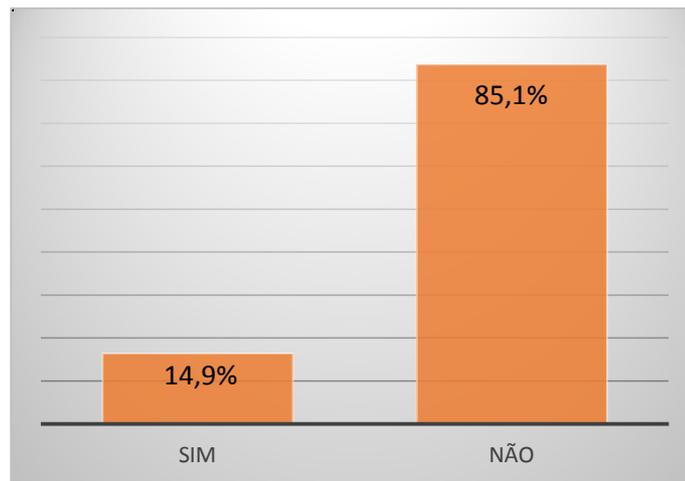


Figura 13 - Incidência da DPOC.

- Doentes com DPOC medicados

Pergunta: Está medicado/a (tendo DPOC)?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de doentes com DPOC medicados.

Respostas: Sim – 70% Não – 30%

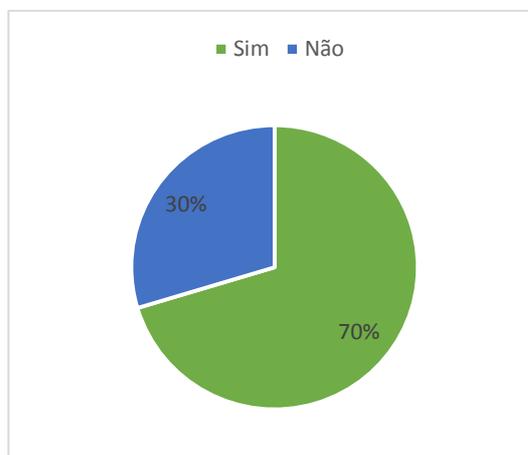


Figura 14 - Percentagem de doentes com DPOC medicados.

- Dúvidas acerca da medicação prescrita

Pergunta: Teve dúvidas sobre a medicação prescrita?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de doentes com DPOC medicados que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita.

Respostas: Sim – 25% Não – 75%



Figura 15 - Percentagem de doentes com DPOC que tiveram dúvidas sobre a patologia ou medicação prescrita.

- Profissional ou local de esclarecimento de dúvidas

Pergunta: Com quem esclareceu as suas dúvidas?

Com esta pergunta pretendeu-se saber com quem é que os doentes com DPOC medicados, que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita as esclareceram.

Respostas: Farmacêutico – 15% Médico – 59% Internet – 19% Outro – 7%

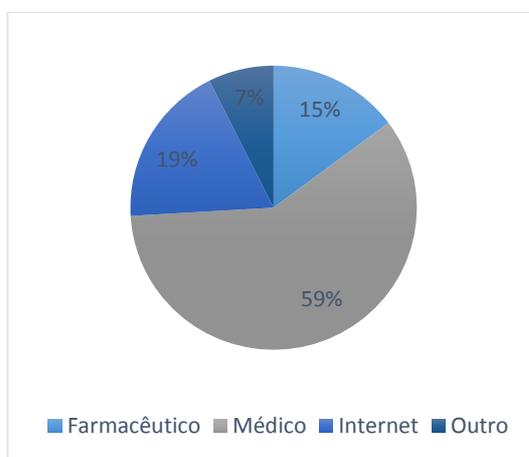


Figura 16 - Local ou profissional com o qual os doentes com DPOC esclareceram as suas dúvidas.

Reconhecimento do conceito de cuidados farmacêuticos

Pergunta: Já ouviu falar em cuidados farmacêuticos?

Com esta pergunta pretendeu-se perceber se os inquiridos reconheciam diretamente o conceito de Cuidados Farmacêuticos.

Respostas: Sim – 29,70% Não – 70,30%

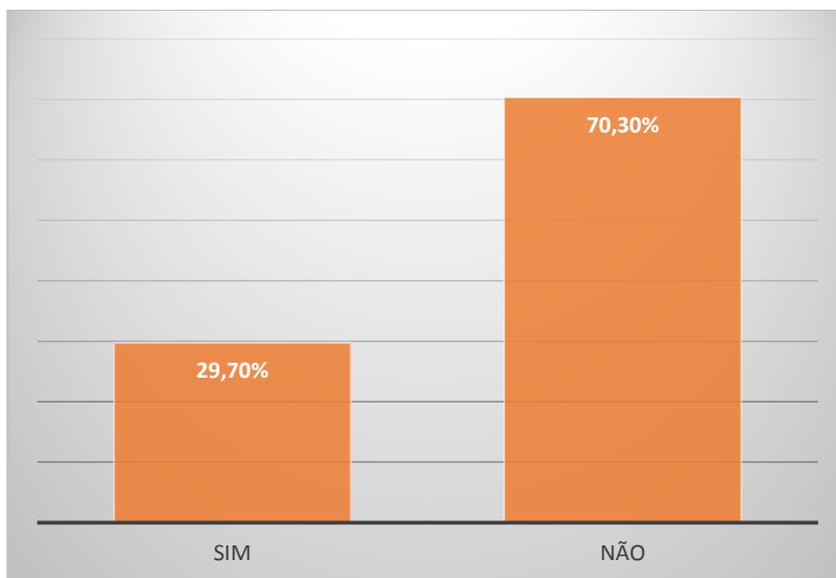


Figura 17 - Percentagem de doentes que reconhecem o conceito de Cuidados Farmacêuticos.

Valor reconhecido ao farmacêutico

Nesta pergunta pediu-se aos inquiridos que numa escala numérica de 0 a 10, os inquiridos atribuísem um número consoante o valor reconhecido ao farmacêutico.

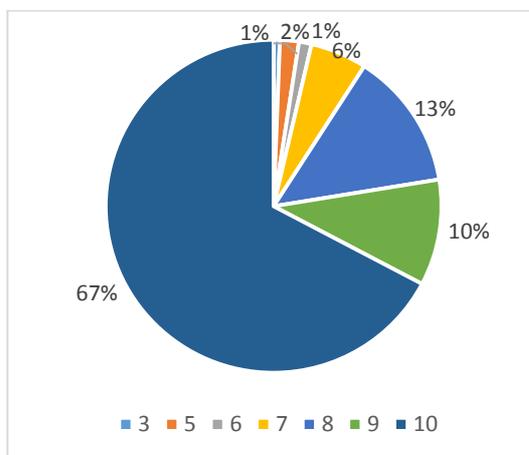


Figura 18 - Valor reconhecido ao farmacêutico de 0 a 10.

Resposta anterior traduzida em Tabela:

Valor dado ao farmacêutico	Nº de respostas	Percentagem
1	0	0,00%
2	0	0,00%
3	1	0,61%
4	0	0,00%
5	3	1,82%
6	2	1,21%
7	8	5,45%
8	22	13,33%
9	17	10,30%
10	111	67,27%

- Respostas obtidas via *Internet* (Total de 633)

Diabetes

- Incidência da diabetes

Pergunta: Tem diabetes?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a incidência de diabéticos entre a população.

Respostas: Sim – 6,32% Não – 93,68%

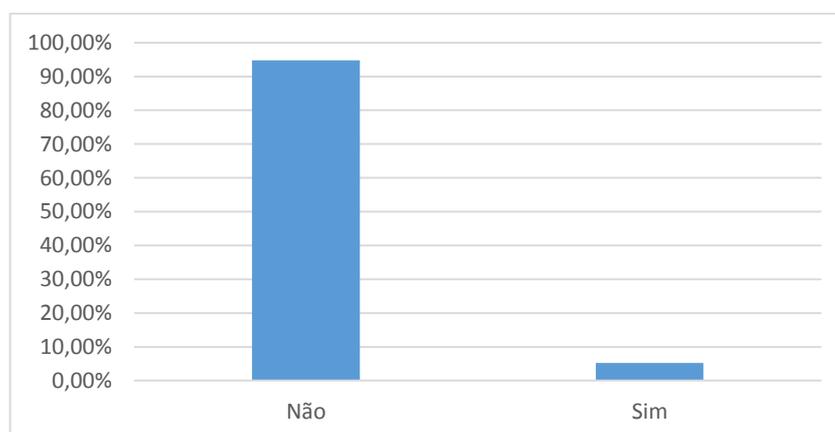


Figura 19 - Incidência da diabetes.

- Diabéticos medicados

Pergunta: Está medicado/a (sendo diabético)?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de diabéticos medicados.

Respostas: Sim – 97% Não – 3%



Figura 20 - Percentagem de diabéticos medicados.

- Dúvidas acerca da medicação prescrita

Pergunta: Teve dúvidas sobre a medicação prescrita?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de diabéticos medicados que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita.

Respostas: Sim – 55% Não – 45%

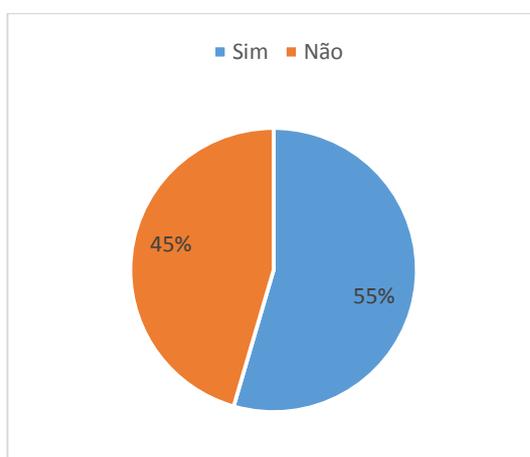


Figura 21 - Percentagem de diabéticos medicados que tiveram dúvidas sobre a patologia ou sobre a medicação prescrita.

- Profissional ou local de esclarecimento das dúvidas

Pergunta: Com quem esclareceu as suas dúvidas?

Com esta pergunta pretendeu-se saber com quem é que os doentes diabéticos medicados, que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita as esclareceram.

Respostas: Farmacêutico – 21% Médico – 47% Internet – 25% Outro – 7%

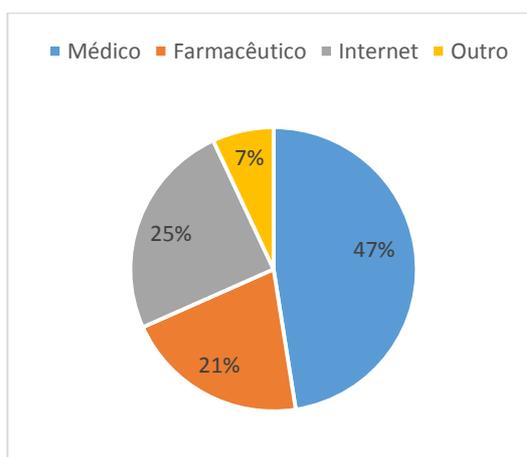


Figura 22 - Profissional ou local onde os diabéticos medicados esclareceram as suas dúvidas.

Hipertensão

- Incidência da hipertensão

Pergunta: Tem hipertensão?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a incidência de hipertensos entre a população.

Respostas: Sim – 52,7% Não – 47,3%

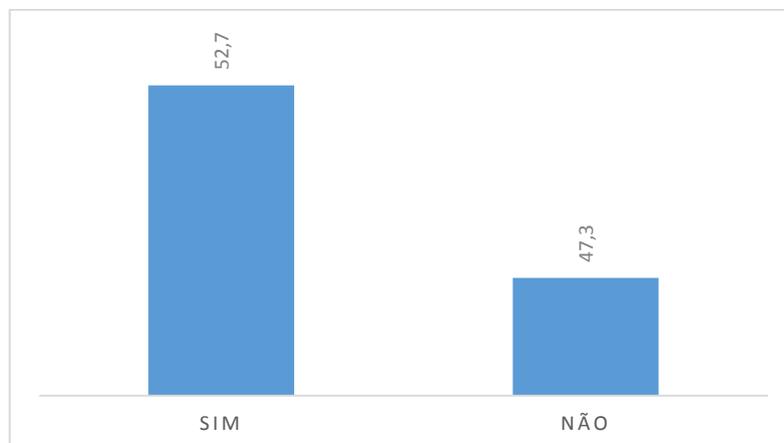


Figura 23 - Incidência da hipertensão.

- Hipertensos medicados

Pergunta: Está medicado/a (sendo hipertenso)?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de hipertensos medicados.

Respostas: Sim – 90% Não – 10%



Figura 24 - Percentagem de hipertensos medicados.

- Dúvidas acerca da medicação prescrita

Pergunta: Teve dúvidas sobre a medicação prescrita?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de hipertensos medicados que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita.

Respostas: Sim – 19% Não – 81%

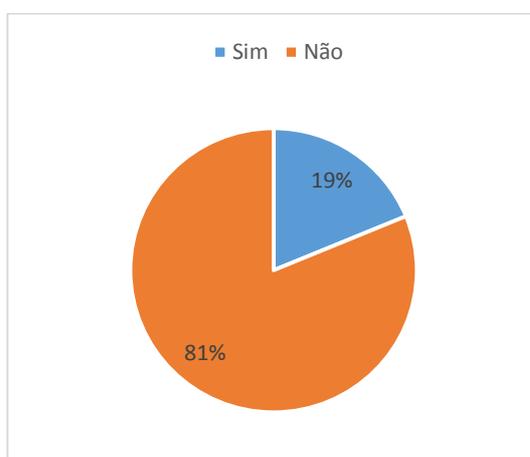


Figura 25 - Percentagem de hipertensos medicados que tiveram dúvidas sobre a patologia ou sobre a medicação prescrita.

- Profissional ou local de esclarecimento das dúvidas

Pergunta: Com quem esclareceu as suas dúvidas?

Com esta pergunta pretendeu-se saber com quem é que os doentes hipertensos medicados, que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita as esclareceram.

Respostas: Farmacêutico – 3% Médico – 75% Internet – 18% Outro – 4%

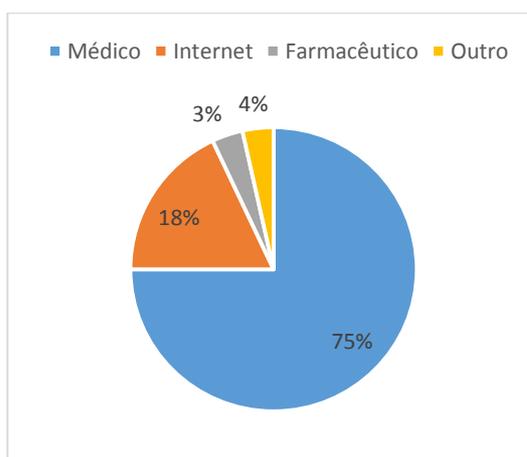


Figura 26 - Local ou profissional com o qual os hipertensos medicados esclareceram as suas dúvidas.

Dislipidemia

- Incidência da dislipidemia

Pergunta: Teve os valores de colesterol ou triglicéridos elevados sendo-lhe diagnosticada dislipidemia?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a incidência de dislipidémicos entre a população.

Respostas: Sim – 8,53% Não – 91,47%

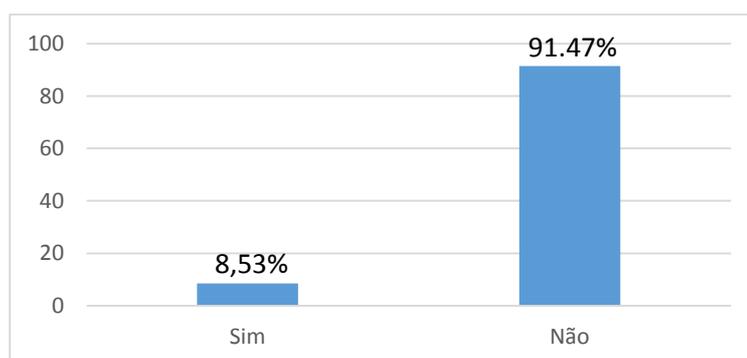


Figura 27 - Incidência das dislipidémias.

- Dislipidémicos medicados

Pergunta: Está medicado/a (sendo dislipidémicos)?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de dislipidémicos medicados.

Respostas: Sim – 63% Não – 37%

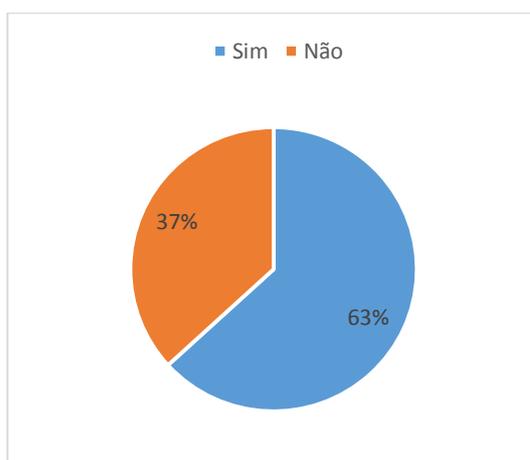


Figura 28 - Percentagem de dislipidémicos medicados.

- Dúvidas acerca da medicação prescrita

Pergunta: Teve dúvidas sobre a medicação prescrita?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de dislipidémicos medicados que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita.

Respostas: Sim – 78% Não – 22%

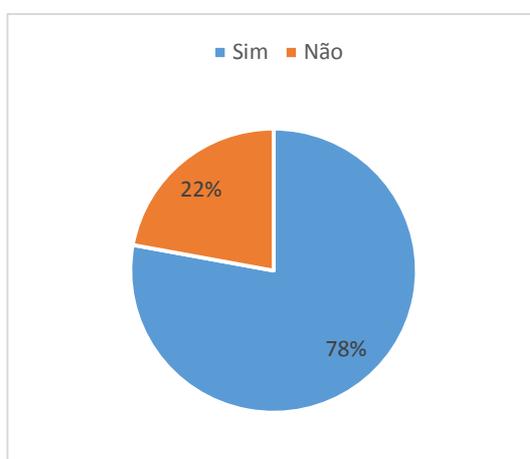


Figura 29 - Percentagem de dislipidémicos que tiveram dúvidas sobre a medicação ou sobre a patologia.

- Profissional ou local de esclarecimento de dúvidas

Pergunta: Com quem esclareceu as suas dúvidas?

Com esta pergunta pretendeu-se saber com quem é que os doentes dislipidémicos medicados, que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita as esclareceram.

Respostas: Farmacêutico – 12% Médico – 68% Internet – 8% Outro – 12%

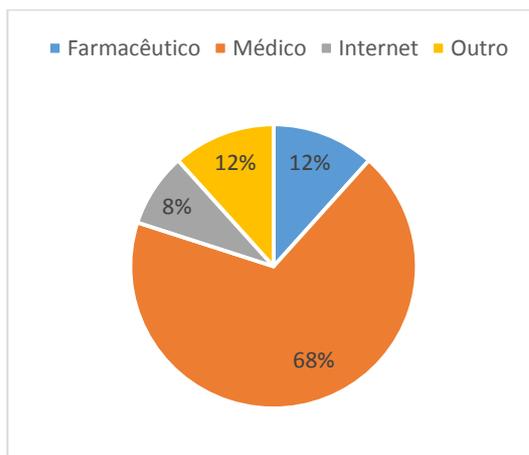


Figura 30 - Profissional ou local onde os dislipidémicos esclareceram as suas dúvidas.

DPOC

- Incidência da DPOC

Pergunta: Tem DPOC?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a incidência da DPOC entre a população.

Respostas: Sim – 32,45% Não – 67,55%

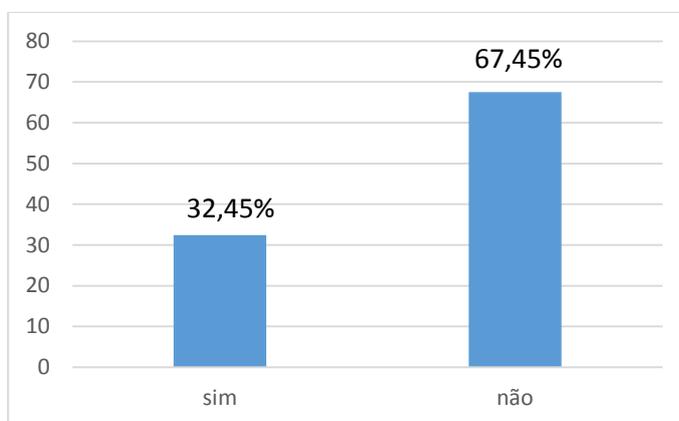


Figura 31 - Incidência da DPOC.

- Doentes com DPOC medicados

Pergunta: Está medicado/a (tendo DPOC)?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de doentes com DPOC medicados.

Respostas: Sim – 72,6% Não – 27,4%

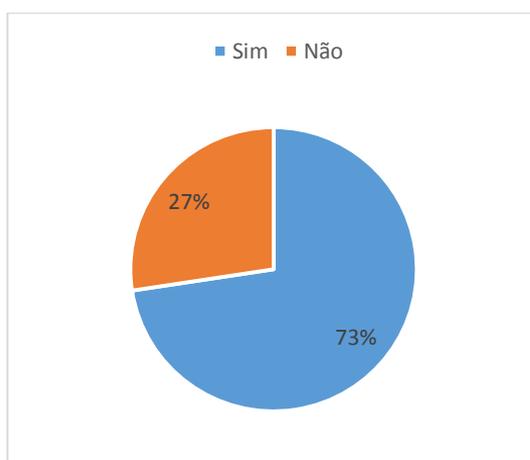


Figura 32 - Percentagem de doentes com DPOC medicados.

- Dúvidas acerca da medicação prescrita

Pergunta: Teve dúvidas sobre a medicação prescrita?

Com esta pergunta pretendeu-se saber a percentagem de doentes com DPOC medicados que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita.

Respostas: Sim – 69% Não – 31%



Figura 33 - Doentes com DPOC que tiveram dúvidas sobre a patologia ou sobre a medicação prescrita.

- Profissional ou local de esclarecimento de dúvidas

Pergunta: Com quem esclareceu as suas dúvidas?

Com esta pergunta pretendeu-se saber com quem é que os doentes com DPOC medicados, que tiveram dúvidas sobre a sua patologia ou sobre a medicação prescrita as esclareceram.

Respostas: Farmacêutico – 20% Médico – 67% Internet – 5% Outro – 8%

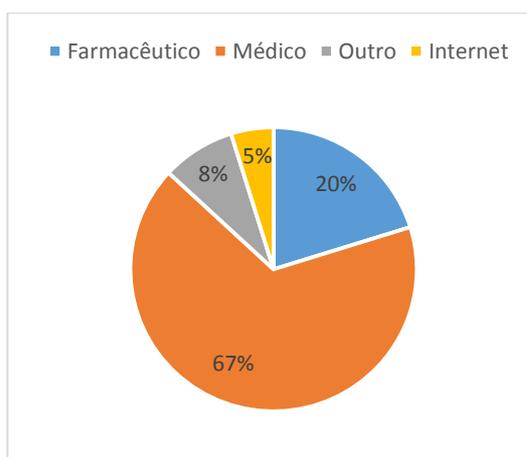


Figura 34 - Local ou profissional com o qual os doentes com DPOC esclareceram as suas dúvidas.

Reconhecimento do conceito de cuidados farmacêuticos

Pergunta: Já ouviu falar em cuidados farmacêuticos?

Com esta pergunta pretendeu-se perceber se os inquiridos reconheciam diretamente o conceito de Cuidados Farmacêuticos.

Respostas: Sim – 28,8% Não – 71,2%

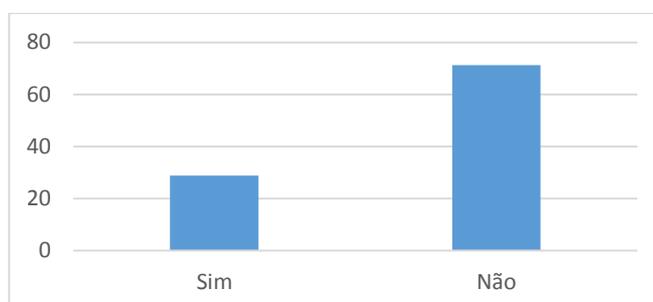


Figura 35 - Percentagem de inquiridos que dizem reconhecer diretamente o conceito de Cuidados Farmacêuticos.

Valor reconhecido ao farmacêutico

Pergunta: Considera o farmacêutico um profissional de saúde importante?

Nesta pergunta pediu-se aos inquiridos que numa escala numérica de 0 a 10, os inquiridos atribuissem um número consoante o valor reconhecido ao farmacêutico.

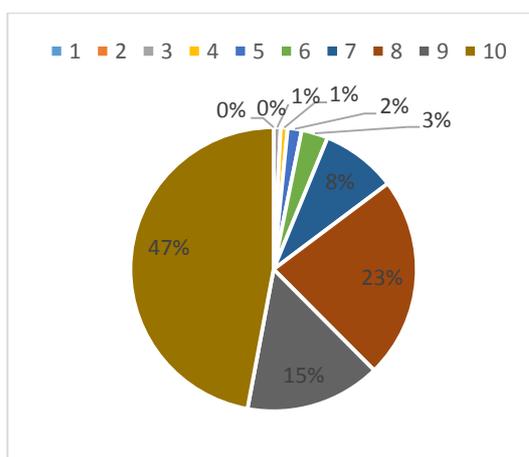


Figura 36 - Valor reconhecido ao farmacêutico de 0 a 10.

Resposta anterior traduzida em Tabela:

Valor dado ao farmacêutico	Nº de respostas	Percentagem
1	0	0
2	0	0
3	5	0,8
4	5	0,8
5	10	1,6
6	19	3
7	54	8,5
8	145	22,9
9	97	15,3
10	298	47,1