1 2 9 0

UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Marina Solnado Geraldes

Relatório de Estágio e Monografia intitulada "Acompanhamento farmacoterapêutico pós enfarte agudo do miocárdio" referentes à Unidade Curricular "Estágio", sob orientação da Dra. Ana Leite e Silva e da Professora Doutora Catarina Gomes e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Outubro de 2020

1 2 9 0

UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Marina Solnado Geraldes

Relatório de Estágio e Monografia intitulada "Acompanhamento farmacoterapêutico pós enfarte agudo do miocárdio" referentes à Unidade Curricular "Estágio", sob orientação da Dra. Ana Leite e Silva e da Professora Doutora Catarina Gomes e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Outubro de 2020

Eu, Marina Solnado Geraldes, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 2012142748, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada "Acompanhamento farmacoterapêutico pós enfarte agudo do miocárdio" apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

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

Coimbra, 27 de outubro de 2020.

Marina Solnado Geraldes

Agradecimentos

Aos meus pais, por todos os ideais e valores transmitidos, coragem nos momentos mais difíceis e possibilidade de nunca desistir do meu sonho de vida, patrocinando-me um segundo curso no ensino superior. Sem dúvida que vos devo tudo o que sou!

À minha irmã, que sempre viveu tudo comigo e me apoiou em todos os momentos.

Às minhas avós, Maria Luísa e Maria Margarida, por me terem criado desde pequenina e por ao longo de todos estes anos me terem educado, aquecido o coração e servido almoço entre a correria das minhas horas de almoço.

Aos meus tios e tias, que tiveram sempre o carinho e disponibilidade para me acompanhar em todo o meu percurso académico, tal como na vida.

Aos meus primos queridos, meus irmãos mais novos que sempre me apoiaram e partilharam boas energias.

Aos meus amigos e amigas, desde os que guardo ao longo das várias fases do meu percurso académico, àqueles com que a vida se encarregou de me cruzar, e que de uma forma tão presente sempre foram conforto.

À Professora Doutora Catarina Gomes, por todo o apoio, cuidado e disponibilidade sempre revelados para comigo neste percurso tão difícil para mim mas tão enriquecedor como foi a escrita da minha monografia.

À Dra. Ana Leite e Silva, minha mentora no estágio em farmácia comunitária, pela forma como me recebeu e integrou na sua equipa, pelos ensinamentos e conselhos que tão bem me transmitiu. A toda equipa técnica da Farmácia Coimbra por tão bem me terem acolhido, por me fazerem sempre sentir uma de vocês e por todos as partilhas de conhecimento e atenção que tiveram para comigo. Um obrigado sem fim!

À Professora Doutora Isabel Vitória que sempre foi a luz do meu caminho nesta luta tão longa mas tão bonita que culminou no alcance tão desejado das lindíssimas fitas roxas.

À Dra. Ana, à Dona Madalena e a todos aqueles com a qual me cruzei na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, por me terem ajudado a trilhar um caminho da qual tanto me orgulho.

A ti Coimbra, que me recebeste com quinze dias de vida e onde tão feliz consigo ser!

Índice

Parte I – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Introdução 8
Farmácia Coimbra 8
Análise SWOT 9
A. Pontos Fortes (*Strenghts*) 10
A.1. Localização da Farmácia e Horário de Funcionamento Alargado 10
A.2. Equipa técnica 10
A.3. Tarefas desempenhadas 11
A.4. Instalações funcionais e modernas 11
B. Pontos Fracos (*Weaknesses*) 12
B.1 Sazonalidade do Estágio 12
C. Oportunidades (*Opportunities*) 13
C.1. Formações Internas 13
C.2. SIFARMA 2000® 13
C.3. Projetos de saúde pública 14
C.4. Produtos de veterinária 14
D. Ameaças (*Threats*) 15
D.1. Locais de venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica 15
D.2. Receituário manual 16
Casos Clínicos 17
Caso 1 17
Caso 2 17
Caso 3 18
Conclusão 19

Parte II – Monografia "Acompanhamento farmacoterapêutico pós Enfarte Agudo do Miocárdio"

Lista de Abreviaturas 21
Resumo 22
Abstract 23
O enfarte agudo do miocárdio 24
Fatores de risco 24
Fatores modificáveis 25

Hipertensão Arterial 25
Obesidade 26
Tabagismo 27
Dislipidémia 28
Inatividade Física 29
Fatores não modificáveis 30
Idade e Sexo 30
História Familiar 30
Etnia 31
Novos fatores de risco 32
Risco Cardiovascular 32
Escalas de avaliação 33
Escala de Framingham 34
Escala Score 35
Acompanhamento Farmacoterapêutico 37
Tratamento 40
Farmacológico 40
Não farmacológico 42
A importância da Via Verde Coronária 44
Conclusão 46
Bibliografia 48

Parte I

Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Abreviaturas

FFUC – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

FC – Farmácia Coimbra

MNSRM – Medicamento não sujeito a receita médica

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

SWOT – Strenghts, Weakness, Opportunities, Threats

VALORMED – Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos, Lda.

Introdução

O estágio profissionalizante revelou-se a unidade curricular mais desafiante e estimulante de todo o meu percurso académico no MICF ministrado pela FFUC. Durante estes cinco meses tive a oportunidade de colocar à prova todos os conhecimentos que adquiri através das unidades curriculares teóricas do meu percurso académico mas também receber um conjunto imenso de aprendizagens que me permitiu construir uma bagagem para aquela que foi a profissão que sempre idealizei como sendo o espelho prático do que o meu coração sob a forma de vocação almejava para a minha vida.

O farmacêutico, designado noutros tempos como boticário, é atualmente um profissional de saúde importantíssimo no quotidiano da sociedade, uma vez que desempenha funções em distintas áreas, nomeadamente, nas Análises Clínicas, na Indústria Farmacêutica, na Distribuição Grossista, nos Assuntos Regulamentares, na Farmácia Hospitalar e na Farmácia Comunitária. É nesta última que o farmacêutico goza de um contacto privilegiado com o cidadão, zelando pela sua saúde e bem-estar. Assim, enquanto agente de saúde pública especializado no medicamento deve intervir precocemente na educação e promoção para a saúde na população, deve monitorizar terapêuticas estabelecidas e agilizá-las com o médico, deve promover o uso racional e responsável do medicamento em todas as faixas etárias, mas deve também sinalizar e acompanhar situações que requerem uma notificação no âmbito da farmacovigilância.

O estágio curricular em farmácia comunitária foi orientado pela Dra. Ana Leite e Silva, diretora técnica da Farmácia Coimbra, com uma duração de 810 horas, tendo início a 4 de novembro de 2019 e fim a 20 de março de 2020.

Farmácia Coimbra

A FC está localizada no Centro Comercial CoimbraShopping, situado na Avenida Doutor Mendes Silva, freguesia de Santo António dos Olivais, concelho de Coimbra.

A FC é propriedade da *Walk On By*, Lda. e possui uma equipa bastante acolhedora, dinâmica, jovem e versátil, constituída por profissionais muito competentes e humanos que permitiram o desenvolvimento aperfeiçoado das minhas competências técnicas, científicas, sociais e humanas.

A equipa é constituída por onze profissionais sendo coordenada pela diretora técnica, Dra. Ana Leite e Silva.

Profissional	Função
Dra. Ana Leite e Silva	Diretora Técnica
Dra. Catarina Pereira	Farmacêutica Adjunta
Dra. Diana Ferreira	Farmacêutica Substituta
Dra. Ana Sofia Gonçalves	Farmacêutica
Dra. Catarina Diogo	Farmacêutica
Dra. Judite Pinto	Farmacêutica
Dr. Daniel Gonçalves	Farmacêutico
Mariana Couras	Técnica de Farmácia
Anabela Lopes	Técnica de Farmácia
Cristiano Matos	Técnico de Farmácia
Débora Marques	Técnica Auxiliar de Farmácia

Análise SWOT

A análise *SWOT* por mim descrita neste relatório é baseada nas "Normas Orientadoras de Estágio do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas" sendo um acrónimo das palavras de origem inglesa *Strenghts, Weaknesses, Opportunities* e *Threats*.

Este modelo de relatório surgiu no seio empresarial há cerca de 60 anos, contudo continua nos dias de hoje a revelar-se uma mais-valia permitindo que exista uma avaliação crítica da minha contribuição e experiência profissional enquanto estagiária integrada na equipa da FC. O presente relatório tem como objetivo sistematizar aspetos relativos à minha frequência do estágio, à interligação de aprendizagens teóricas realizadas durante o curso com a realidade da prática profissional e ao enquadramento do plano de estudos do curso face às perspetivas futuras. A análise exaustiva por mim realizada sustenta-se em duas grandes dimensões: a interna, que amplia os pontos fortes e compreende, mas nunca esquece, os pontos fracos da minha formação individual; a externa, que destaca as oportunidades dadas, mas também as ameaças sentidas no decorrer desta etapa.

A. Pontos Fortes (*Strenghts*)

A.1. Localização da Farmácia e Horário de Funcionamento Alargado

A FC situa-se no centro comercial "CoimbraShopping" desde 2011 e está inserida no bairro Vale das Flores e como tal enquadrada numa zona residencial que tem comércio, escolas, faculdades, clínicas dentárias, clínicas veterinárias, o Centro de Saúde Norton de Matos e a Unidade de Saúde Familiar Briosa nas imediações das suas instalações, perante esta contextualização privilegiada na cidade tem uma grande afluência de clientes, bastante fidelizados e oriundos de diferentes estratos socioeconómicos e como tal, com necessidades diferenciadas que permitem um contacto direto com os mais variados problemas de saúde. Como facilidade e ponto atrativo, o acesso ao centro comercial é fácil quer a pé ou de carro e o mesmo dispõe de um grande parque de estacionamento totalmente gratuito distribuído em dois pisos, facto que permite boa aderência por parte dos seus utentes.

A farmácia está aberta todos os dias da semana, de segunda a domingo das 9h às 23h e realiza periodicamente o cumprimento de serviços noturnos.

A.2. Equipa técnica

A FC dispõe de uma equipa de trabalho bastante ativa e organizada, formada por sete farmacêuticos, três técnicos de farmácia e uma técnica auxiliar de farmácia, que se destacam pela simpatia e cordialidade, mas acima de tudo, dedicação, competência profissional e preocupação com o próximo.

Durante todas as etapas do meu estágio foi evidente a proximidade, disponibilidade e preocupação apresentadas por todos os colaboradores na minha integração e orientação enquanto estagiária. Sempre com o foco no atendimento ao balcão, cada elemento da equipa está diariamente organizado e coordenado para a manutenção das restantes tarefas na farmácia em ordem, entre elas, o atendimento telefónico, a correção de receituário ou o tratamento de reservas.

A disponibilidade demonstrada para esclarecer todas as minhas dúvidas em relação às distintas tarefas e procedimentos realizados por um farmacêutico comunitário permitiu a minha evolução na realização das várias atividades que realizei ao longo do estágio, desde a explicação em *backoffice* sobre o funcionamento de uma farmácia apoiada pelo *robô*, passando pela organização e gestão de reservas e encomendas, até ao momento em que estive ao balcão,

onde fui sempre bastante apoiada e motivada, permitindo-me em todas as etapas desenvolver a minha autoconfiança.

Assim, é importante destacar que sem dúvida a equipa técnica foi um dos importantes pontos fortes de todo o meu estágio, cooperando de diversas formas para a minha aprendizagem e desenvolvimento de competências profissionais e pessoais.

A.3. Tarefas desempenhadas

Um outro ponto forte que saliento no meu estágio é a panóplia de tarefas com a qual pude contactar. Deste modo, a FC costuma receber estagiários já há vários anos, tendo por isso um plano prévio definido que se vai agilizando em função de cada pessoa, e que nos permite desempenhar várias tarefas diárias e colaborar corporativamente com toda a equipa.

Discernindo que o trabalho de um farmacêutico comunitário vai muito além do que é o atendimento ao público, pude realizar tarefas como a receção e armazenamento de encomendas; prestação de serviços farmacêuticos de excelência e de promoção de saúde; agilização de espaços e reposição de produtos sazonais em lineares.

O meu estágio dividiu-se em três grandes momentos: inicialmente contactei com todas as atividades que envolvem o *backoffice* numa aprendizagem bastante diversificada e completa; numa segunda fase assisti aos atendimentos dos diferentes elementos da equipa, permitindo-me integrar na dinâmica de atendimento ao público, e finalmente, a parte mais desejada do estágio permitiu-me a concretização de atendimentos com a simultânea prestação de aconselhamentos farmacêuticos, quer ao balcão, quer no gabinete de utente, sendo esta uma fase de grandíssima responsabilidade, de um enorme crescimento profissional e de uma polivalente reunião de conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica com a prática farmacêutica quotidiana.

A.4. Instalações funcionais e modernas

A FC enquanto estabelecimento recente construído em 2011 é um espaço moderno e com ampla oferta de produtos e serviços que se encontra dividida por dois pisos contemplando diversas divisões recentes, de larga qualidade e operacionalidade.

No piso ascendente é possível encontrar uma área exclusiva reservada à gestão de encomendas, nomeadamente a receção e devolução de produtos, mas também a sua

introdução no *robô* para que este da forma mais eficiente proceda ao armazenamento e futuramente dispensa de produtos através do sistema SIFARMA 2000®.

No piso descendente encontra-se a área de atendimento ao utente, espaçosa e bem delineada de modo a melhor facilitar a livre circulação de utentes que visitam o espaço. Esta zona dispõe de cadeiras confortáveis para permitir que utentes com mais limitações físicas possam aguardar pela sua vez comodamente; dispõe de um sistema de atribuição de senhas para facilitar o atendimento ordeiro (opção de atendimento geral – senha A e a opção de atendimento prioritário – senha B), existindo um ecrã bem localizado que permite a visualização e o acompanhamento por parte dos utentes da relação número de senha/balcão onde serão atendidos; cinco balcões de atendimento e ainda, lineares bem sinalizados e muito organizados por categorias temáticas das diferentes marcas oferecidas pela farmácia.

A FC dispõe ainda de um armazém que fica fisicamente fora das suas instalações, guardando diferentes produtos, entre eles MNSRM em excesso ou remanescentes de referências de dermocosmética, que são repostos gradualmente na farmácia sempre que haja necessidade de *stock* dos mesmos. É também neste local que são guardados os produtos que se encontrem em processo de devolução ou que tenham integrado uma listagem de quebras da farmácia.

B. Pontos Fracos (*Weaknesses*)

B.1 Sazonalidade do Estágio

Como mencionado anteriormente, o meu estágio decorreu entre o final de 2019 e o início de 2020, compreendendo maioritariamente meses pertencentes à estação do inverno. Desta forma, as necessidades dos utentes que tiveram maior procura nos atendimentos foram descongestionantes nasais, água do mar, antigripais, pastilhas para a irritação e/ou para a dor de garganta, xaropes para a tosse seca e/ou produtiva e aconselhamentos sobre diferentes produtos possíveis de reforçarem o sistema imunitário. Assim, uma vez que esta fase é uma estação mais fria estes são os produtos mais vendidos e nesse sentido foi-me difícil contactar com vendas que ocorrem mais noutros momentos do ano, como por exemplo a primavera ou o verão onde a procura é sobretudo de protetores solares e cremes pós-solares, de repelentes de insetos, de anti-histamínicos e ainda de produtos como drenantes, promotores da perda de peso ou anti-celulíticos, dado que esta é uma fase marcada pelo calor e alergias, mas também pelo período de férias, de exposição solar e sobretudo da maior preocupação com o corpo.

C. Oportunidades (*Opportunities*)

C.1. Formações Internas

No decorrer do meu período de estágio foram várias as oportunidades que me foram concedidas para assistir a várias formações realizadas por delegados de informação médica das mais diversas áreas. Todos estes momentos decorreram nas instalações da FC e focaram-se em áreas relevantes na qual me foi possível melhorar o meu conhecimento sobre aconselhamentos em produtos de saúde. Assim, em todas as exposições realizadas adquiri mais e melhores competências que facilmente reconheço como tendo tido grande importância para a minha formação profissional, por exemplo na área da suplementação alimentar, onde destaco a PharmaNord®, mas também em temáticas como a hidratação ocular, os dispositivos médicos ou as novidades que surgiam no diversificado mundo da dermocosmética. Em todos estes momentos, e tentando não ter impacto no trabalho normal de um dia na farmácia, os delegados visitantes procuravam sempre segmentar de forma breve e concisa as características do produto de saúde, a diferenciação em relação aos produtos concorrentes já disponíveis, o público-alvo, e ainda deixar amostras ou *tester* em caso de estarem a promover uma novidade e como forma de melhor alcançar o cliente.

Este tipo de momentos são sem dúvida uma enorme mais-valia, uma vez que o farmacêutico a trabalhar na área da farmácia comunitária se deve sempre manter bastante atualizado e informado, realizando formação contínua para acompanhar as novidades da ciência e da indústria farmacêutica em particular, e consecutivamente melhor elucidar e aconselhar cada utente nas múltiplas situações que surgem no dia-a-dia da farmácia. Este facto foi um fator chave para elevar a minha confiança nos atendimentos e aconselhamentos realizados com as diferentes temáticas dos produtos de saúde.

C.2. SIFARMA 2000®

Nos cinco balcões de atendimento ao público disponíveis na FC cada um possuí um computador fixo com o *software* SIFARMA 2000®. Este sistema informático desenvolvido pela *Glintt* é uma enorme ajuda para a farmácia e sobretudo para a gestão de vários processos internos, uma vez que orienta o produto desde a sua entrada até à sua saída, permitindo de uma forma bastante integrada garantir o maior sucesso no desempenho da atividade farmacêutica e assegurando o bom funcionamento da farmácia. O SIFARMA 2000® permite realizar distintas tarefas, designadamente realizar e rececionar encomendas e devoluções, gerir *stock*, controlar psicotrópicos e benzodiazepinas, mas também organizar toda a informação

relativa à faturação e ao receituário. Ao nível do atendimento, este sistema tem incorporado em si detalhes de consulta rápida relativos aos produtos de saúde que facilitam e melhoram bastante o desempenho no momento da dispensa, uma vez que permite o acesso a indicações terapêuticas, posologia, contraindicações e interações medicamentosas, garantindo deste modo que a atenção está totalmente centrada no aconselhamento do utente.

C.3. Projetos de saúde pública

Vários são os medicamentos e resíduos destes, que se acumulam na casa dos portugueses e que são desprezados juntamente com o lixo doméstico, representando um risco para a saúde pública. Desde há vários anos que as farmácias de Norte a Sul do país têm vindo a implementar programas de modo a melhor consciencializar a sociedade em vários aspetos, a VALORMED foi a premissa criada para tratar os resíduos dos medicamentos, sendo a entidade responsável pela gestão dos resíduos de embalagens e medicamentos fora de uso.

Este projeto permite a existência de uma correta orientação dos resíduos de medicamentos num processo que inicia com a sua entrega nas farmácias e consecutiva recolha e tratamento seguro dos resíduos de medicamentos. Deste modo, é possível evitar que este tipo de produtos esteja junto de outros resíduos orgânicos e facilmente acessíveis à contaminação, promovendo melhorias a nível da saúde pública na sociedade. No meu período de estágio, recebi várias vezes sacos dos utentes destinados à VALORMED e assim consegui ter noção com a importância que as pessoas depositam neste programa e o seu grau de sensibilização e consciencialização para a separação deste tipo de resíduos.

Após a entrega dos resíduos e o seu depósito ser feito em contentores que a farmácia dispõe para o efeito, é necessário fechá-los e criar a sua guia de transporte no sistema informático, de modo a que possam seguir através dos distribuidores grossistas para o local onde serão finalmente tratados. Como atividade integrante do meu estágio, esta tarefa foi me confiada desde o início.

Este tipo de ações com elevada componente de intervenção comunitária fortalece o papel ativo do farmacêutico enquanto agente de saúde pública e marcam a sua importância na sociedade.

C.4. Produtos de veterinária

Pela sua localização geográfica na cidade, a FC está inserida num espaço envolto por várias clinicas veterinárias. Assim, foi-me possível durante o meu período de estágio ter um

grande contacto com atendimentos relacionados com esta temática. Estes momentos tornaram-se uma oportunidade para mim, dado que no plano de estudos do MICF apenas temos uma unidade curricular de cariz teórico que declina a nossa formação nesta área e na prática de farmácia comunitária esta possibilidade é sem dúvida um benefício. Alguns dos produtos mais dispensados nesta área são apenas acessíveis com receita médica obrigatória, até porque parte deles são de uso humano e como tal, é necessário que o utente apresente no ato da dispensa a receita do médico veterinário. Na grande maioria dos casos, as dispensas nesta área centram-se em produtos para administração aos animais de companhia e dedicam especial atenção à desparasitação interna e externa.

Em suma, foi sem dúvida uma matéria que aperfeiçoei muito durante o estágio.

D. Ameaças (*Threats*)

D.1. Locais de venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Apesar da localização da FC ser excecional, há que referir que à frente das suas instalações se encontra um hipermercado e dentro dele, uma parafarmácia, que atualmente pode dispensar medicamentos não sujeitos a receita médica, uma vez que o governo português através do Decreto-Lei n.º 134/2005 de 16 de Agosto veio validar a venda deste tipo de medicamentos fora das farmácias. Deste modo, foram reconhecidos benefícios para os consumidores em diferentes aspetos, quer em termos de acessibilidade, conseguida pelo incremento do número de pontos de venda, quer em termos da flexibilização do preço.

Esta possibilidade concedida pelo diploma governamental veio traduzir-se numa ameaça económica, uma vez que devido à dimensão e capacidade financeira, as grandes superfícies comerciais conquistam melhores preços de compra comparativamente com as farmácias comunitárias e consequentemente é-lhes possível oferecer preços de venda mais baixos. Para muitos portugueses, este torna-se um fator de atração, uma vez que se constata muitas vezes que vão à farmácia para serem aconselhados e terminam a finalizar a sua compra em locais de venda de MNSRM. Estes locais representam uma ameaça à rentabilidade e sustentabilidade da farmácia comunitária, mas também à própria profissão farmacêutica.

É importante destacar que a falta de formação dos profissionais que desempenham a dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica fora de farmácias pode ser considerada um problema de saúde pública, pois ao ato de dispensa de um medicamento deve estar associado um aconselhamento correto e completo sobre os efeitos secundários, as

contraindicações e interações do produto, uma vez que tudo isto são aspetos que comprometem de uma forma muito direta a segurança da sua utilização, e obviamente, a segurança do utente. Assim, constato que esta situação promove um apelo irracional e livre de preocupações à automedicação, que é demasiadas vezes feita de modo irresponsável, sem que haja o devido acompanhamento farmacoterapêutico ao utente prestado pelas farmácias.

D.2. Receituário manual

Hoje em dia, deparamo-nos com o facto da maioria das receitas serem desmaterializadas e consecutivamente nos chegarem à farmácia pela mão dos utentes através de suportes eletrónicos, isto é, de mensagem escrita ou de *e-mail*. Contudo, existem ainda alguns médicos que através das exceções previstas pela lei prescrevem de forma manual.

Tal situação acarreta em diferentes momentos uma dificuldade na leitura destas receitas. Nem sempre, mas algumas vezes é difícil fazer a leitura correta do que está escrito na receita manual pela caligrafia utilizada pelo prescritor, aumentando assim o risco de erro durante o ato de dispensa do medicamento. No sentido de não incorrer em erros grosseiros e gravosos na interpretação do receituário manual, e tal como fui desde sempre instruída, pedia sempre uma segunda confirmação por parte de um farmacêutico da equipa da FC, tendo deste modo a garantia sobre o medicamento dispensados ser o correto, e podendo sentir um maior conforto no ato da dispensa e consequentemente evitar colocar em risco a saúde do utente.

Casos Clínicos

Caso 1

Um utente do sexo masculino, com cerca de 45 anos, dirigiu-se à farmácia para adquirir um produto para uma tosse que tinha desenvolvido e já contava com 3 dias de evolução. Inicialmente, questionei-o sobre a possibilidade de a tosse da qual se queixa estar acompanhada de expetoração, sendo a resposta afirmativa por parte do senhor. Assim, perguntei também se habitualmente tomava medicação, se era diabético ou se tinha alguma patologia respiratória, cuja resposta foi apenas que realizava terapêutica diária para a hipertensão arterial e para o colesterol.

Deste modo, não existindo nenhuma contraindicação para as situações descritas cedi Fluimucil®, cujo princípio ativo é a acetilcisteína e se apresenta sob a forma de comprimidos efervescentes. Informei que aquele medicamento deveria ser tomado uma vez por dia, preferencialmente ao jantar e 30 minutos antes ou 30 minutos depois da refeição para aumentar a absorção. Finalmente, destaquei a importância do cumprimento de várias medidas não farmacológicas, entre elas a ingestão abundante de água à temperatura ambiente, a inalação de vapores de água, a humidificação do ar e terminei alertando para que em caso de persistência da sintomatologia que motivou aquela ida à farmácia, o senhor deveria procurar ser avaliado por um médico.

Caso 2

Uma utente do sexo feminino, com cerca de 45 anos, dirigiu-se à farmácia com queixas de ardor e prurido na região genital e referiu a presença de um corrimento vaginal esbranquiçado sem odor. Inicialmente questionei-a sobre o facto de sentir também algum desconforto a nível urinário, tendo essas queixas sido negadas pela senhora. Após monitorização farmacêutica, esclareci a utente que os sintomas apresentados poderiam estar associados a uma infeção fúngica vaginal, cientificamente denominada como candidíase vaginal, esta infeção muito frequente pode ter como causa as relações sexuais desprotegidas ou o uso de roupa interior de origem sintética e que é geralmente causada por um fungo oportunista presente na flora vaginal denominado *Candida albicans*. Aconselhei o MNSRM Candiset®, um creme vaginal contendo clotrimazol, princípio ativo de ação antifúngica. Este medicamento dispõe de 7 aplicadores incluídos na embalagem, tendo eu explicado que a aplicação deveria ser feita utilizando um aplicador por dia (ao deitar) e em seguida desprezado, devendo repetir o processo durante um máximo de 7 dias consecutivos. Terminei o atendimento, alertando a

senhora para o caso de volvidos os dias que indiquei de tratamento não verificar melhoria dos sintomas, deveria consultar um médico.

Caso 3

Um utente do sexo masculino, cerca de 30 anos, dirigiu-se à farmácia ao início da manhã, mencionando que se encontrava com diarreia de início súbito e solicitou um medicamento que travasse rapidamente os seus sintomas uma vez que era uma pessoa ativa e tinha um dia de trabalho pela frente. Inicialmente, perguntei ao utente há quanto tempo mantinha aquela sintomatologia, tendo obtido como resposta que seriam episódios que estavam a acontecer desde a madrugada desse dia e informou que não sentia nada mais de diferente no seu organismo. Feito o enquadramento da situação farmacológica, dispensei Imodium Rapid® com o respetivo aconselhamento farmacêutico e menção sobre a posologia do medicamento, neste caso apresenta-se sob a forma de comprimido orodispersível, devendo por isso ser dissolvido na boca e eliminando a necessidade de um copo de água para a sua toma, uma vantagem para que o pudesse utilizar sem afetar a sua jornada laboral. Deste modo, completando o atendimento, expliquei ao senhor que deveria também adotar medidas não farmacológicas, fundamentais para o sucesso do seu tratamento e que passavam pela abundante ingestão de líquidos de modo a assegurar a reposição do equilíbrio hidroeletrolítico acompanhando com uma alimentação equilibrada onde deveria desprezar alimentos risco em fibras e gorduras e a ingestão de álcool, uma vez que podiam agravar a sua condição atual.

Terminei o atendimento, referindo ao senhor que em caso de surgirem outros sintomas, tais como febre, dor abdominal ou vómitos, ou ainda de não melhorar a diarreia ao final de algumas horas com o tratamento indicado, que deveria procurar ser visto por um médico.

Conclusão

Pela excelência da sua proximidade à população, o farmacêutico comunitário é por questões económicas, geográficas e sociais, o profissional de saúde ao alcance mais imediato de toda a população em Portugal. Como profissão de elevada componente técnico-científica, o rigor, a determinação e a formação contínua são aspetos presentes na carreira de todos os profissionais dedicados às Ciências Farmacêuticas, de modo a dar sempre a melhor e mais específica resposta às solicitações dos utentes.

Com a naturalidade necessária, e de fácil conclusão com as oportunidades que me foram concedidas neste período, o conceito banal de que ser farmacêutico comunitário é apenas "vender medicamentos atrás de um balcão" foi por mim completamente desmistificado, destacando-se a importância de atos tão nobres como dispensar medicamentos, informar sobre a posologia, reportar reações adversas, aconselhar sobre a terapêutica, e ainda, numa vertente mais emocional, ouvir em muitos casos as queixas, as alegrias e as tristezas dos utentes que todos os dias connosco se cruzam.

Concluído o meu estágio na Farmácia Coimbra, onde me foi possível passar temporariamente pela inserção no mercado de trabalho através da realidade diária que este espaço me permitiu vivenciar, constato que graças a uma equipa de um profissionalismo ímpar me foi possível uma extraordinária preparação para aquilo que será a realidade profissional daqui em diante, permitindo-me sentir um maior conforto e segurança no desempenho de todas as tarefas que são da competência do farmacêutico comunitário. Deste modo, felicito a FFUC por esta tão gratificante oportunidade que é a unidade estágio curricular, devendo ser algo, sem dúvida, a manter em anos letivos subsequentes.

Com a certeza de que todas as dificuldades, medos e incertezas que ultrapassei me tornaram a cada dia do meu percurso formativo uma pessoa mais completa quer a nível pessoal e profissional, termino esta etapa com o coração completamente a transbordar de felicidade pois foi com ela que sonhei desde os meus 9 anos e que agora aos 26 vejo concluída de uma forma tão honesta e com tanto trabalho da minha parte e de todos quantos me ajudaram na concretização desde estágio. Deste período, levo para a vida uma experiência inimaginavelmente gratificante, pessoas únicas e de um carinho singular para comigo, e da Farmácia Coimbra a certeza de um manifesto trabalho de excelência diário, pautado pela qualidade e versatilidade, que será impossível algum dia esquecer.

Parte II

Monografia

"Acompanhamento farmacoterapêutico pós Enfarte Agudo do Miocárdio"

Lista de Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CT – Colesterol Total

DCV – Doença Cardiovascular

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ESG – European Score Group (European Society of Hipertension, European Society of Cardiology, European Society of Atherosclerosis, European Society of General Practice, European Heart Network, European Association for the Study of Diabetes, International Diabetes Foundation, International and European Societies of Behavioural Medicine)

FR – Fator de Risco

FRCV – Fatores de Risco Cardiovascular

HDL – Lipoproteína de Alta Densidade

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

LDL – Lipoproteína de Baixa Densidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

RCN – Resultados Clínicos Negativos

RCV – Risco Cardiovascular

SCORE – Sistema de Avaliação de Risco Coronário

TnC – Troponina Cardíaca

VVC – Via Verde Coronária

Resumo

O acompanhamento farmacoterapêutico é uma das mais prestigiantes atividades do farmacêutico permitindo-lhe de uma forma coordenada e multidisciplinar, organizar com outros profissionais de saúde a terapêutica do doente e deste modo garantir a segurança e a efetividade da terapêutica determinada para cada pessoa.

É necessário reconhecer a pertinência da existência de um serviço diferenciado como o acompanhamento farmacoterapêutico e identificá-lo como um cuidado de saúde pública relevante para otimizar os resultados terapêuticos dos doentes, sendo uma mais-valia para a qualidade de vida da população.

Deste modo, quando se conhece e acompanha o doente que sofreu um enfarte agudo do miocárdio (EAM) existe uma contribuição ativa para a diminuição significativa da morbi-mortalidade associada ao aumento da sua qualidade de vida.

Em Portugal e no mundo as doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser a principal causa de morte, tema que merece por isso estar na ordem do dia, ser objeto de debate e de investigação.

Assim, devido ao elevado número de EAM que todos os dias continuam a ser registados, destaco a importância deste doente ser posteriormente monitorizado de modo a garantir a sua saúde através da não existência de um re-enfarte, aparecimento ou agravamento de outra patologia pré-existente.

O acompanhamento farmacoterapêutico, através de uma prática profissional consciente e focada no doente, deverá assegurar o cumprimento da terapêutica instituída, incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis e ainda garantir a retoma ou início da prática de atividade física dentro do que seja a sua condição de cada pessoa após o evento cardiovascular.

Este trabalho apresenta o seu foco na revisão de algumas temáticas da literatura relativas ao EAM e explora a forma como melhor deve ser acompanhado o doente depois deste evento cardiovascular.

Palavras-chave: Acompanhamento Farmacoterapêutico, enfarte agudo do miocárdio, qualidade de vida, fator de risco, doença cardiovascular.

Abstract

Pharmacotherapeutic follow-up is one of the most prestigious activities a pharmacist can embrace, allowing him, in a coordinated and multidisciplinary way, organize the patient´s therapy with other health professionals, guaranteeing the safety and effectiveness of the therapy used for each person.

It is necessary to recognize the relevance of the existence of a differentiated service, such as pharmacotherapeutic follow-up, and identify it as a relevant public health matter to optimize patients' therapeutic results, being one of the most valuable aspects when considering the quality of life of a population.

Thus, when a patient who has suffered an acute myocardial infarction is properly accompanied, the pharmacotherapeutic follow-up has the ability to significantly decrease morbidity and mortality, allowing an increased quality of life.

In Portugal, and around the world, cardiovascular diseases continue to be the main cause of death, which justifies the need to put this subject under intense debate and investigation.

Therefore, considering the high number of AMIs that continue to be recorded every day, I highlight the importance of these patients being subsequently monitored, in order to guarantee their health, namely through the non-existence of a re-infarction, the appearance of new pathologies or worsening of pre-existing ones.

Pharmacotherapeutic follow-up, through conscious professional practice and focused on the patient, should ensure compliance with the established therapy, encourage the adoption of healthy eating habits, and still guarantee the resumption or beginning of physical activity, within what is the patient condition after the cardiovascular event.

This work presents its focus on the review of some subjects related to myocardial infarctions and explores how patients should be better monitored after this cardiovascular event.

Keywords: Pharmacotherapeutic follow-up; Acute myocardial infarction; Quality of life; Risk factor; Cardiovascular Disease.

O enfarte agudo do miocárdio

O EAM é uma das principais causas de morte em Portugal e no mundo. É uma patologia cardíaca possível de prevenir e sobre a qual deve haver atuação rápida aquando dos primeiros sintomas.

Cientificamente, o EAM é atribuído a uma situação em que haja 'evidência de valores elevados de troponina cardíaca (TnC) com, pelo menos, um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência (LSR)'.[1]

A nível clínico, o EAM traduz-se na oclusão de uma ou mais artérias coronárias, expressa através de um fenómeno de necrose na parte subsequente ao local onde o vaso está obstruído, que conduzem há existência de uma lesão do músculo cardíaco. Com prejuízos de diferentes graus para o doente, uma fração do coração irá ser afetada por esta lesão e irá condicionar a sua capacidade para as diversas atividades da vida diária.[2]

Fatores de risco

Define-se fator de risco quando existe prova epidemiológica que uma característica inata ou adquirida, um estilo de vida, um comportamento ou uma exposição a determinado ambiente se encontra diretamente relacionada com a hipótese de existir manifestação de um estado clínico anormal num indivíduo.

Por outro lado, distingue-se da definição de marcador de risco, uma vez que este não possui uma estreita relação com a exposição à causa e à existência de efeito, ou seja, da patologia e como tal não são suficientes por si só para identificar o risco cardiovascular (RCV) de cada indivíduo. Um marcador de risco pode ser parte integrante de processos biológicos fundamentais ou então ser indicador de uma doença de manifestação subclínica e como tal, não surge na ciência como um conveniente alvo terapêutico.[3]

Fatores modificáveis

Hipertensão Arterial

A circulação do sangue, que tem por destino chegar a todos as células e tecidos do organismo, implica que haja alguma pressão sobre as paredes das artérias. Esta pressão, que é normal e até essencial para que o sangue atinja o seu destino, é a chamada "tensão arterial".[4]

Assim, a hipertensão arterial (HTA) ocorre quando esta pressão se encontra elevada de forma crónica. A pressão arterial (PA) tem duas dimensões: a pressão arterial sistólica (PAS) ou "máxima" e a pressão arterial diastólica (PAD) ou "mínima". Relativamente à primeira, ela corresponde ao momento em que o coração contrai, enviando o sangue para todo o corpo, por outro lado, a segunda ocorre quando o coração relaxa para se voltar a encher de sangue.

Deste modo, a HTA é um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular (FRCV) modificáveis. É uma alteração bastante comum e um fator de risco muito pertinente para avaliar a ocorrência de EAM e de outras patologias cardíacas que hoje em dia são detentoras da nossa atenção, uma vez que originam inúmeras mortes como sua consequência.

Relativamente ao diagnóstico, e controlo da HTA, considera-se que estamos perante HTA quando os valores tensionais da PAS e PAD, respetivamente, se encontram acima dos 140 e/ou 90 m Hg tal como se encontra ilustrado na Tabela I.

Tabela I – Definição dos graus de HTA.[5]

Definições e classificações dos níveis da pressão arterial medidos no consultório (mmHg)			
CATEGORIA	SISTÓLICA		DIASTÓLICA
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal alta	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão grau 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão grau 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão grau 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	e	< 90

Quando a PA se mantém elevada durante algum tempo pode desencadear lesão nalguns órgãos, da qual faz parte o coração através de um evento cardiovascular como o EAM. Devido há existência de prevenção, a tensão arterial deve ser vigiada regularmente pelo utente que

pode realizar esse serviço farmacêutico na farmácia, podendo ou não estar inserido num programa de acompanhamento farmacoterapêutico.

Obesidade

A obesidade ocorre quando o número de calorias ingerido é superior ao gasto. Quando tal sucede, as calorias são armazenadas no organismo sob a forma de massa gorda, podendo vir a afetar a saúde do doente em vários aspetos.

Atualmente a obesidade é associada a vários efeitos hostis na saúde e tem forte relação com a DCV, sendo inclusive independente dos outros fatores de risco na manifestação de doença. Assim, tem sido frequentemente descrita na literatura em todo o mundo, sendo por isso um foco clínico não só a nível de tratamento, mas sobretudo de prevenção.[6]

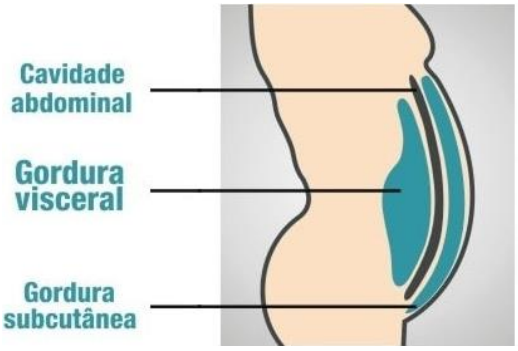

Figura 1 – Identificação dos diferentes tipos de gordura.

Desta forma, as medidas antropométricas são o melhor veículo para conduzir à avaliação da gordura corporal. São amplamente utilizadas na avaliação do estado nutricional dos indivíduos e permitem identificar desvios e riscos associados aos mesmos, conduzindo a resultados concretos. Através delas, é possível avaliar a obesidade de forma individual em cada indivíduo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou a obesidade como uma epidemia, uma vez que esta afeta a longevidade e a qualidade de vida da população em todo o planeta. Do mesmo modo, a obesidade conduz a um importante aumento do RCV, estimando-se, por exemplo, que a HTA seja 2,5 vezes mais frequente nos indivíduos obesos que em pessoas com peso normal.[7]

Através da utilização da fórmula do índice de massa corporal (IMC) é possível realizar o seu cálculo para cada indivíduo e consequentemente classificar o grau de obesidade de uma pessoa através da tabela infra mencionada (Tabela 2). Nesta avaliação determina-se o IMC através de um quociente, onde se divide o valor do peso (em Kg) pela altura elevada ao quadrado (em metros). Tendo como ponto de partida as instruções emanadas pela OMS, a definição de indivíduo com excesso de peso faz-se quando o IMC se encontra entre 25 e 30 e interpreta-se como obesidade quando o IMC possui um valor igual ou superior a 30.

Este índice não esclarece por exemplo a distribuição da gordura corporal, uma vez que quando se está perante um indivíduo com excesso de gordura corporal, não é possível localizar a zona do organismo em que esta se encontra. Por outro lado, de modo a objetivar mais os resultados do IMC, é necessário aplicar como ferramentas de avaliação, medidas como o perímetro abdominal e as pregas cutâneas.[8]

Segundo a Federação Portuguesa de Cardiologia quando são apresentados valores de perímetro abdominal (PAb) superiores a 88 cm nas mulheres e superiores a 102 cm nos homens é evidente a existência de um RCV muito elevado, que não deve ser ignorado uma vez que o perímetro abdominal é um indicador de saúde.[9] Nestas situações, a prevenção deve incidir sobre a redução da obesidade no doente, promovendo no seu dia-a-dia uma aposta forte na alteração do seu plano alimentar com a colaboração de uma equipa multidisciplinar de acompanhamento clínico, nutricional e farmacêutico.

Tabela 2 – Definição dos graus de obesidade.[9]

Classificação	IMC (Kg/m2)
Baixo peso	< 18.5
Variação normal	18.5 – 24.9
Pré-obesidade	25.0 – 29.9
Obesidade Classe I	30.0 – 34.9
Obesidade Classe II	35.0 – 39.9
Obesidade Classe III	≥ 40.0

Tabagismo

O consumo de tabaco, na Europa, é indicado como sendo responsável por mais de um milhão de mortes todos os anos, tendo tendência a frequentemente ultrapassar os 2 milhões de mortes, segundo dados da OMS. No caso particular de Portugal, o consumo de tabaco alcança cerca de um quarto da população, sendo a maior incidência no sexo masculino.

Sem dúvida que em pleno século XXI o tabagismo se assume como um grave problema de saúde pública, uma vez que é diretamente responsável por várias doenças da atualidade e também pela drástica redução da qualidade de vida e da longevidade humana.

Devido ao impulso manifestado para o desenvolvimento de eventos isquémicos e fomento do processo de aterosclerose, o tabaco é um fator de elevado risco para a manifestação e incidência das DCV.[10]

No caso específico do coração, é uma das causas mais relevantes para a existência de DC, uma vez que representa um risco enorme para o desenvolvimento de EAM, existindo um

registo de manifesta regularidade entre o volume de cigarros fumados por dia e o risco de exposição à patologia cardíaca.

As DCV são 2 a 4 vezes mais frequentes nos fumadores.[11] É sem dúvida um fator de risco modificável, uma vez que um individuo exposto é um individuo que acarreta risco de desenvolver a doença e um individuo não exposto vê a possibilidade de desenvolver doença cardiovascular muito reduzida, podendo ser nula.

Desta forma, o tabagismo está implicado na maior incidência de outras doenças como patologias oncológicas e patologias pulmonares, o que traduz numa necessidade de alteração deste comportamento para conseguir devolver saúde e qualidade de vida ao doente, sendo necessário para isso tomar uma medida preventiva e o mais efetiva possível. Dentro destas medidas podemos incluir o facto de deixar de fumar, de modo a reduzir os riscos de EAM, mas também de outras patologias como acidente vascular cerebral (AVC), angina de peito ou doença arterial periférica. Assim, é determinante que, tal como acontece com outros fatores de risco modificáveis, também com o tabagismo sejam promovidas ações de sensibilização no sentido de tentar reduzir o consumo de tabaco em todo o planeta.

Dislipidémia

A dislipidémia é um dos mais marcantes fatores de risco da aterosclerose, a principal causa de morte dos países desenvolvidos, onde se inclui Portugal e desta forma, representa um fator de risco para as DCV. As dislipidémias dizem respeito às diferentes anomalias qualitativas ou quantitativas dos diferentes lípidos que estão presentes no sangue, entre eles: lipoproteína de alta densidade (HDL), lipoproteína de baixa densidade (LDL), colesterol total (CT) e trigilicerídeos (TG).

Todos os tipos de dislipidémia representam um fator de destaque relativamente ao RCV, uma vez que a gordura acumulada nas paredes das artérias pode levar ao impedimento de uma forma parcial ou total do fluxo sanguíneo que adequadamente deve alcançar o coração e o cérebro.[12]

Assim, é essencial que sejam adotadas medidas preventivas de modo a garantir que o nível de lípidos no sangue esteja balizado e de acordo com os valores recomendados. Entre as diferentes formas de acompanhar o doente, destaca-se a realização periódica de análises sanguíneas, vigilância médica, introdução de terapêutica em caso de necessidade para controlo

dos parâmetros e informação ao doente sobre a importância de cumprir um plano alimentar rigoroso e adaptado às suas necessidades.[13]

A nível da farmácia comunitária estão disponíveis os testes rápidos que devem ser realizados em jejum e que traduzem informação sobre o CT de cada pessoa. Em caso de valores anormalmente elevados, faz parte do acompanhamento farmacoterapêutico do doente o encaminhamento ao médico de modo a esclarecer a origem daqueles parâmetros.

Tabela 3 – Valores recomendados para níveis de colesterol.[12]

	Valores recomendados
Colesterol Total	‹ 190 mg/dl
Colesterol LDL	‹ 115 mg/dl
Colesterol HDL	› 40 mg/dl no homem › 45 mg/dl na mulher
Triglicéridos	‹ 150 mg/dl

Inatividade Física

A inatividade física conhecida entre a comunidade científica como sedentarismo representa um dos fatores de risco mais preocupantes pela sua incidência no desenvolvimento de patologias de origem cardíaca.

Enquadrado nesta situação, Portugal é parte integrante dos países com índices mais diminutos de prática atividade física na Europa, facto que coloca a população portuguesa demasiado predisposta a várias doenças, com destaque para o elevado risco de desenvolver patologias cardiovasculares.

Desta forma, a prescrição clínica e execução de momentos relacionados com a atividade física revela-se fulcral, uma vez que reduz em larga escala o desenvolvimento ou agravamento de outros preocupantes fatores de risco como a HTA, as dislipidémias e a obesidade, preservando simultaneamente a existência de um estado saudável, através da presença de bem-estar físico e psíquico, decrescendo desta forma a incidência do risco e desenvolvimento de DCV.[14]

Fatores não modificáveis

Idade e Sexo

A prevalência da doença cardiovascular aumenta progressivamente com o avançar da idade, em indivíduos do sexo masculino, normalmente aos 60 anos, enquanto em indivíduos do sexo feminino se inicia após a menopausa, ou seja, habitualmente depois dos 50 anos e vai aumentando gradualmente com a idade.[15]

A diferença existente entre homens e mulheres relativamente ao RCV pode em parte ser determinada pelos cromossomas X e Y. Tal acontece porque durante o período de desenvolvimento fetal, as manifestações do fenótipo acontecem sob o desempenho das hormonas sexuais.

Após a menopausa, a mulher vê reduzida a produção da hormona que existe em predomínio no seu organismo, o estrogénio, sendo ele próprio o responsável pelo efeito cardioprotetor através da homeostase e da glicólise que confere maior proteção às mulheres até à entrada na menopausa. Esta condição exclusiva do sexo feminino vai interferir diretamente a nível do metabolismo lipídico com repercussões na placa aterogénica, dado que se regista aumento dos valores dos TG e do colesterol de baixa densidade (LDL) e consequente diminuição do colesterol de alta densidade (HDL).

Contudo, ainda antes dessa fase, as mulheres devem estar atentas e acompanhar regularmente os seus valores de colesterol e a possível associação com outros fatores de RCV nomeadamente com os modificáveis como a descuidada alimentação e a habituação tabágica, uma vez que a incidência das DCV está a crescer entre a população do sexo feminino e em idades cada vez mais precoces.[16]

História Familiar

A herança genética revela as implicações que os genes têm na normal função do coração e de todos os vasos sanguíneos que são parte integrante do processo de coagulação, permitindo melhor compreender a relação integral de todos os fatores de risco.

A história familiar manifesta de uma forma muito explícita o que se herda do pai e da mãe e se traduz codificado pelos genes sob a probabilidade de vir a desenvolver doença cardiovascular e esclarece por que é que um individuo com idade prematura pode desenvolver doença cardiovascular mais incidentemente do que outro que não tenha no seu familiar relato

de doença cardiovascular numa idade mais precoce. É possível constatar manifestações da carga genética em situações em que haja formação de trombos ou coágulos e como tal, deve existir um acompanhamento clínico quando existe história de saúde familiar que predisponha um indivíduo à exposição deste fator de risco, sendo assim possível apostar na prevenção desta tão importante patologia cardíaca.[14]

Estes fatores de risco não podem ser esquecidos. Se alguém da família teve no passado uma doença cardiovascular em idade jovem, a probabilidade de uma pessoa dessa família vir a ter também uma doença cardiovascular prematura é maior do que a de outra pessoa que não tenha uma história familiar marcada por doença cardiovascular.

Na prática clínica são diversos os estudos de epidemiologia que manifestam de forma evidente a importância e a relação que a história de saúde familiar de um indivíduo tem com o FR das DCV em idade jovem. Assim, define-se FR quando há condições cuja presença num dado indivíduo aumenta a possibilidade de aparecimento de doença cardiovascular e contribui para o seu desenvolvimento.[16]

Etnia

Os comportamentos tidos desde o nascimento em conjunto com o desempenho marcante que a biologia tem na condução do nível de risco a que cada individuo está exposto colocam a etnia como um importante FR modificável. Desta forma, o nível de cuidados de saúde a que cada cidadão tem acesso quer ao nível da prevenção, quer ao nível do tratamento é um fator diferenciador e marcante de desigualdades sociais entre raças/etnias, nomeadamente entre indivíduos de raça negra comparativamente com indivíduos de raça branca.[17]

Não está totalmente esclarecido pela ciência qual a exata relação entre a raça de um individuo e a sua predisposição para eventos cardiovasculares como o EAM, contudo esse conhecimento irá trazer melhor entendimento do RCV que está associado a cada um dos FR, quer no tratamento e diagnóstico, quer na sua prevenção. Desta forma, com avanços científicos e através do seu esclarecimento irá ser possível reduzir algumas diferenças observadas nas DCV das diversas etnias.

Novos fatores de risco

Atualmente é frequente recomendar o cálculo do FRCV utilizando os fatores de risco modificáveis que são bem conhecidos da comunidade científica, e também designados como FR clássico tais como o tabagismo, a HTA ou os níveis de colesterol no sangue. A sua utilização acontece maioritariamente nos protótipos aplicados em momentos de avaliação do RCV, uma vez que possibilitam classificar o risco de um modo adequado sob o ponto de vista da comunidade.

Contudo, hoje em dia, já é possível aplicar em estudos a utilização de novos fatores de risco que pode permitir alterar a classificação atribuída anteriormente a doentes que apresentassem um risco intermédio e deste modo permitir um melhor alcance da conciliação terapêutica. Desta forma surgem uma nova série de fatores de risco tais como os marcadores inflamatórios, entre eles a proteína C-reativa (PCR) ou o fibrinogénio; os marcadores como o ácido úrico, a troponina ou a homocisteína e ainda os mercadores referentes ao metabolismo lipídico como a apolipoproteína A1, a apoliporpoteína B100, o colesterol de alta densidade ou a fosfolipase A2. Este conjunto emergente de FR descrito está diretamente relacionado com diferentes mecanismos biológicos do ser humano tais como a fibrinólise, a função endotelial, a resposta inflamatória, a coagulação ou a regulação plaquetária.

Deste modo, a previsão é que futuramente este conjunto emergente de fatores de risco seja cada vez mais aplicado no cálculo do RCV pelo seu potencial de exercerem uma previsão cada vez próxima da realidade e no maior prazo possível da ocorrência de eventos cardiovasculares e consequentemente permita a possível prevenção de cada vez mais DCV.[18]

Risco Cardiovascular

A predisposição de um doente desenvolver um fenómeno de origem cardiovascular num espaço temporal bem delimitado é designada como o seu risco. Através do cálculo deste parâmetro é possível realizar uma estimativa do efeito sinérgico oriundo da simultaneidade dos diferentes fatores de risco a título individual. Contudo, para que haja uma intervenção concertada e baseada em medidas eficazes, é importante organizar medidas de intervenção precoces que possam conferir as necessárias alterações aos estilos de vida da população, mas também destaque para medidas farmacológicas diferenciadas.[19]

Através da prevenção primária é possível quebrar a evolução da doença ainda antes de esta ter manifestações clínicas. O grupo de maior risco deve ser identificado de modo que os

cidadãos mais vulneráveis sejam o conjunto de pessoas onde a prevenção deve incidir de uma forma mais prevalente. Desta forma, sempre que há mais prevenção, há necessariamente uma maior salubridade e uma melhor qualidade de vida do doente, mesmo sendo este um doente de risco.

No que concerne à prevenção necessária da DCV, a atenção deve ser para o RCV de cada individuo, englobando numa só avaliação todos os fatores existentes no meio e possíveis de agravarem a sua condição de saúde. Contudo, a maioria dos indivíduos possui um baixo nível de vários fatores de risco a título individual, mas quando avaliados de uma forma global podem corresponder a um risco abruptamente alto de desenvolver eventos cardiovasculares.[19]

Assim, é necessário realizar a avaliação do RCV sempre em uníssono com todo o conjunto de fatores a que o individuo está exposto de modo a que a forma de atuação seja a melhor, mais direcionada e sobretudo mais favorável a todas as condições do doente. Só assim é possível diminuir o risco global e efetivamente privilegiar a prevenção, podendo os clínicos orientar a abordagem que o doente necessita tendo em conta a totalidade dos fatores de risco e a sua real dimensão no que ao risco de DCV diz respeito.

Escalas de avaliação

Para que fosse possível avaliar o RCV de um modo concertado foram formuladas escalas de apoio que funcionam como importantes ferramentas para que de uma forma objetiva seja possível quantificar o RCV de cada indivíduo contabilizando de forma simultânea todos os diversos fatores de risco relacionados com a patologia cardiovascular.

A utilização destas escalas traz algumas vantagens uma vez que permitir avaliar de forma quantitativa o risco de cada indivíduo, destacando aqueles que possuam o risco mais elevado e que, como tal, necessitam de maior supervisão e acompanhamento clínico; permite avaliar a grau de intervenção da equipa clínica no doente a nível do possível início de tratamento terapêutico com fármacos, bem como da introdução das medidas não farmacológicas, em função do nível de RCV que este detiver; e, por fim, permite melhor direcionar o doente por especialidades médicas, definindo os adequados objetivos terapêuticos, de modo que este tenha o melhor acompanhamento possível.[20]

Outro facto importante a destacar é que estas escalas de avaliação utilizadas para aferir o RCV de cada indivíduo permitem de uma forma bem marcada identificar comportamentos

de risco e consequentemente consciencializar os doentes para a necessidade impetuosa de os mesmos serem alterados, com base na ciência e nos benefícios que a diminuição de comportamentos de risco traz à saúde de cada individuo.[20]

Diversificam-se as escalas para avaliação do RCV global de modo a melhor conciliar elementos e fatores de risco contudo, a abordagem deste trabalho recairá nas escalas *Framingham* e na escala *Systemic Coronary Risk Evaluation* (SCORE), uma vez que a segunda é a recomendada a nível europeu e mais concretamente em Portugal. Por outro lado, a escala de *Framingham* de origem americana tem muita relevância na identificação do termo risco global, mas também foi e continua a ser o ponto de partida para a construção de outras escalas de avaliação de RCV.[21]

Escala de *Framingham*

Tendo como ponto de partida o *Framingham Heart Study,* que ao longo de 50 anos numa cidade dos Estados Unidos da América como o mesmo nome, estudou fatores como o CT, a pressão arterial, o tabagismo, a diabetes ou o perfil lipídico num universo de mais de cinco mil indivíduos com idades variáveis entre 30 e 74 anos, e oriundos de distintas etnias, a escala *Framingham* é uma das mais famosas e utilizadas em todo o mundo, uma vez que avalia causas de doença e de morte. Com a sua utilização foi possível classificar os doentes em função do seu RCV em baixo, intermédio e alto.[22]

Embora seja a mais conhecida e utilizada em todo o mundo, esta escala possui várias limitações, nomeadamente ao nível da sua aplicabilidade e reprodutibilidade na Europa, uma vez que ela traduz a realidade americana com características fisiológicas e de raça muito concretas daquela população e contrastante com a realidade europeia.[23]

A escala de *Framingham* avalia a mortalidade e a morbilidade por doença coronária, tendo como causas associadas o EAM, o risco de desenvolver angina e ainda os óbitos registados por doença coronária.

Inicialmente, neste estudo foi considerado que um risco a 10 anos superior ou igual a 20% era o valor limite a partir da qual existiria forte recomendação para um controlo dos fatores de risco com consequente intervenção para alteração do mesmo. Desta forma, considera-se que um risco absoluto global de 20% nos 10 anos seguintes traduz o facto de num universo de 100 indivíduos com os mesmos fatores de risco, 20 irão sofrer um evento coronário, que pode ser fatal ou não fatal. [20]

Step 1

Age	
Years	Points
30-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	7
60-64	8
65-69	8
70-74	8

Step 2

Total Cholesterol		
(mg/dl)	(mmol/L)	Points
<160	≤4.14	-2
160-199	4.15-5.17	0
200-239	5.18-6.21	1
240-279	6.22-7.24	1
≥280	≥7.25	3

Key	
Color	Risk
green	Very low
white	Low
yellow	Moderate
rose	High
red	Very high

Step 3

HDL - Cholesterol		
(mg/dl)	(mmol/L)	Points
<35	≤0.90	5
35-44	0.91-1.16	2
45-49	1.17-1.29	1
50-59	1.30-1.55	0
≥60	≥1.56	-3

Step 4

Blood Pressure					
Systolic (mmHg)	Diastolic (mmHg) <80	80-84	85-89	90-99	≥100
<120	-3 pts				
120-129		0 pts			
130-139			0 pts		
140-159				2 pts	
≥160					3 pts

Step 8 (determine CHD risk from point total)

CHD Risk	
Point Total	10 Yr CHD Risk
≤-2	1%
-1	2%
0	2%
1	2%
2	3%
3	3%
4	4%
5	4%
6	5%
7	6%
8	7%
9	8%
10	10%
11	11%
12	13%
13	15%
14	18%
15	20%
16	24%
≥17	≥27%

Step 7 (sum from steps 1-6)

Adding up the points	
Age	____
Total Cholesterol	____
HDL Cholesterol	____
Blood Pressure	____
Diabetes	____
Smoker	____
Point Total	____

Step 5

Diabetes	
	Points
No	0
Yes	4

Step 6

Smoker	
	Points
No	0
Yes	2

Step 9 (compare to women of the same age)

Comparative Risk		
Age (years)	Average 10 Yr CHD Risk	Low* 10 Yr CHD Risk
30-34	<1%	<1%
35-39	1%	<1%
40-44	2%	2%
45-49	5%	3%
50-54	8%	5%
55-59	12%	7%
60-64	12%	8%
65-69	13%	8%
70-74	14%	8%

Figura 2 – Escala de *Framingham*.

Escala Score

Criada há 17 anos pelo *European Score Group* (ESG) com o propósito de retificar as falhas existentes na escala da *Framingham* na Europa, a escala *SCORE* é a mais completa forma de avaliar o RCV. Desta forma, permite estudar a DCV total avaliando a mortalidade que esta provoca através de factos como a doença coronária e não coronária fatais, desprezando os restantes eventos não fatais.

De modo a melhor avaliar o RCV para adultos entre os 40 e os 65 anos de idade é possível utilizar as tabelas disponíveis ao abrigo da escala *SCORE* que assentam na aplicação de diversas variáveis tais como, género, tabagismo, idade, CT e PAS. Com este elemento é possível calcular a probabilidade da existência de um fenómeno de causa cardiovascular fatal no prazo de 10 anos aplicando tabelas que distinguem sexo masculino e feminino, mas também fumadores e não fumadores. Contudo, há situações em que o RCV surge em idades mais precoces e como tal, foi também desenvolvido um modelo desta escala para indivíduos adultos com idade inferior a 40 anos, permitindo também aplicar a escala *SCORE* referente à existência de risco relativo pelo fator idade.

Na Europa este é o documento recomendado para a utilização em contexto clínico de modo a melhor organizar o RCV e acompanhar os doentes em todo o continente europeu.

Mais especificamente no caso português é adotado o mesmo instrumento de avaliação, que se encontra sintetizado através da circular normativa da Direção Geral de Saúde (DGS), data de abril de 2007.[21]

Primeiramente, a escala *SCORE* distingue através da utilização do mapa europeu zonas de baixo e zonas de alto RCV, uma vez que dentro do continente europeu se identificam diferenças significativas em relação às mortes registadas por doenças como o AVC ou o EAM. Portugal juntamente com outros países como França, Espanha, Itália, Luxemburgo, Bélgica Suíça e Grécia são classificados como países de baixo risco e por isso regem-se por um documento diferente dos restantes países que são considerados de alto risco.[20]

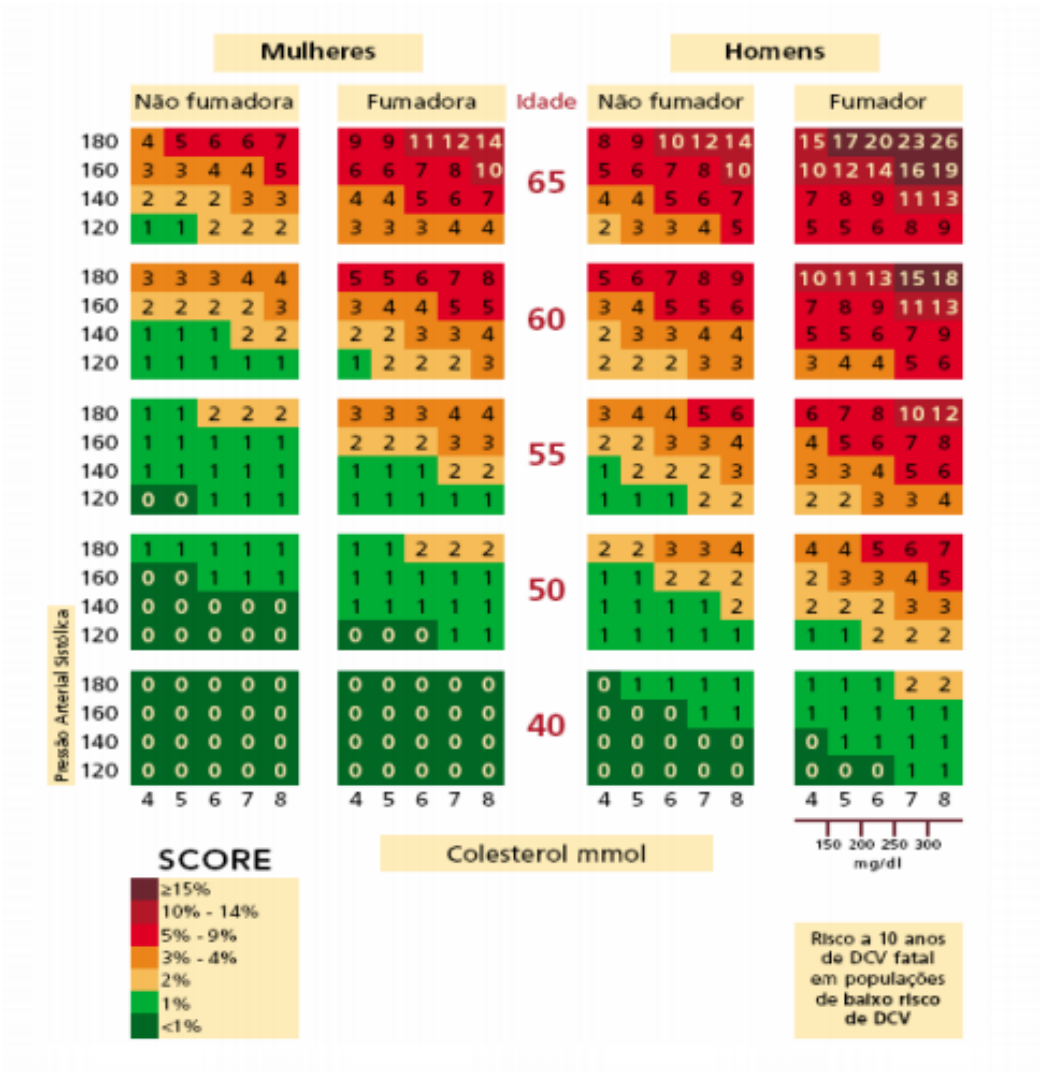

Figura 3 – Escala *SCORE* com o cálculo do RCV a 10 em populações de baixo risco.

Acompanhamento Farmacoterapêutico

A farmacologia é a base de tratamento clínico mais comum em todo o mundo. A utilização de medicamentos é aplicada para terapêuticas quer em ambiente hospitalar, quer também em contexto de ambulatório. Desta forma, o acompanhamento de processos terapêuticos, nomeadamente em populações de risco, deve acontecer de uma forma contínua, coordenada e multidisciplinar.

Contudo, podem surgir falhas terapêuticas e estas podem ter várias origens, desde as interrupções sem vigilância, por não terem sido atingidos os objetivos terapêuticos, ou ainda devido aos efeitos secundários provocados. Como tal, a farmacoterapia assegura três características que têm que ser inerentes a todos os fármacos: efetiva, necessária e segura. Por vezes estas premissas não se verificam e o medicamento mais indicado não está a ser utilizado no doente ou noutras situações a terapêutica é excessiva e por isso também não se torna segura a sua utilização. Por outro lado, registam-se problemas quando há inefetividade do fármaco pela sua origem qualitativa ou quantitativa.[24]

A atividade farmacêutica inclui a prestação de vários serviços quer no âmbito da farmácia hospitalar, quer no âmbito da farmácia comunitária sendo o acompanhamento farmacoterapêutico um deles. Nesta prática profissional, o farmacêutico tem responsabilidade sobre as necessidades do doente relativamente à sua medicação nomeadamente, ao nível da deteção, prevenção e resolução dos Resultados Clínicos Negativos (RCN) de um modo contínuo e sistemático. Deste modo, sendo uma prática clínica importante requer a colaboração em sintonia de uma equipa multidisciplinar e pró-ativa de vários profissionais de saúde de modo a que o resultado final se traduza em aspetos vários de melhor qualidade de vida para o doente.[25]

Tabela 4 – Categorização de Resultados Negativos da Medicação.[26]

Categorização de Resultados Negativos da Medicação (RNMs)	
Segurança	**Insegurança quantitativa** O doente tem um problema de saúde relacionado com uma insegurança quantitativa do medicamento.
	Insegurança não quantitativa O doente tem um problema de saúde relacionado com a insegurança não quantitativa de um medicamento.
Necessidade	**Problema de saúde de um medicamento desnecessário** O doente tem um problema de saúde oriundo de um fármaco que não necessita de tomar.
	Problema de saúde que necessita de tratamento O doente tem um problema de saúde para a qual ainda não está a fazer medicação.
Efetividade	**Inefetividade quantitativa** O doente tem um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da sua medicação.
	Inefetividade não quantitativa O doente tem um problema de saúde relacionado com uma inefetividade não possível de quantificar de um medicamento.

Contudo, tem outros objetivos, entre eles, o incremento da qualificação dos farmacêuticos que trabalham no âmbito do acompanhamento na área da farmácia comunitária e da farmácia hospitalar; permite detetar reações adversas e fazer a sua devida comunicação permitindo melhor compreender a farmacovigilância; identifica casos onde está presente a duplicação de terapêutica a um mesmo utente e ainda avalia em várias fases a adesão e reação do utente à terapêutica.[27]

Como ponto de partida para o trabalho quotidiano na área do acompanhamento farmacoterapêutico são avaliados os RCN, uma vez que, só com a sua utilização é possível identificar, prevenir e definir as intervenções farmacêuticas necessárias a estabelecer ao caso individual de cada doente.[28]

A entrevista ao doente é a primeira de várias etapas de todo o processo de acompanhamento farmacoterapêutico que inclui também a resposta e consulta de vários documentos de apoio que acompanhem cada pessoa ao longo de todo o seguimento. Da avaliação farmacoterapêutica fazem ainda parte outros momentos que devem acontecer sequencialmente e repetidos sempre que necessário, tal como se encontra ilustrado na Tabela 5:[29]

Tabela 5 – Etapas sequenciais de um processo de acompanhamento farmacoterapêutico.[29]

Etapa 1	Recolha de dados	Compilação de todos os dados clínicos do doente.
Etapa 2	Reconhecimento dos problemas	Sistematização de todos os problemas de saúde do doente e de toda a sua terapêutica.
Etapa 3	Definição da estratégia	Formulação de estratégias e planos de intervenção para o doente.
Etapa 4	Acompanhamento	Seguir o doente no seu progresso e evolução das situações diagnosticadas.

Durante todo o processo e em especial durante as entrevistas, a comunicação por parte dos vários elementos intervenientes na equipa, que está a fazer o acompanhamento para com o doente deve ser o mais cuidada possível devendo por isso ser utilizadas diferentes vias de comunicação, alternando-se entre a comunicação verbal e escrita, mas também entre a comunicação dual farmacêutico-utente e a comunicação a três entre farmacêutico-utente-médico. Desta forma, sendo bem sucedida esta fase é um passo determinante para o alcance de bons resultados durante todo o seguimento, uma vez que através da utilização de *guidelines* universais se consegue uma abordagem focada no doente, dinâmica, proactiva e em colaboração multidisciplinar.

Tabela 6 – Classificação das intervenções farmacêuticas orientadas para prevenir ou resolver RCN da farmacoterapia.[28]

	Intervenção	**Definição**
Intervenção na quantidade de princípio ativo	Alteração da dose	Adaptação da quantidade de medicamento a ser tomado em cada momento.
	Alteração da posologia	Alteração da frequência e/ou duração do tratamento.
Intervenção na estratégia farmacológica	Adicionar um fármaco	Inclusão de um medicamento não utilizado pelo doente.
	Retirar um fármaco	Eliminação de um medicamento em utilização pelo doente.
	Substituir um fármaco	Substituição de um medicamento utilizado pelo doente por outro de composição, forma farmacêutica ou via de administração diferente.
Intervenção na educação do doente	Redução do incumprimento involuntário da terapêutica	Educação do doente sobre instruções e cuidados para uma correta utilização e administração dos medicamentos.
	Redução do incumprimento voluntário da terapêutica	Educação do paciente para a importância da adesão ao tratamento.
	Educação sobre medidas não farmacológicas	Educação do utente para a adoção de diversas medidas benéficas para os seus objetivos terapêuticos.

Desta forma, com este tipo de acompanhamento é possível aplicar amplamente conhecimentos sobre questões relativas a medicamentos e à saúde no quotidiano da intervenção de um farmacêutico na sociedade, sendo assim possível alcançar os melhores resultados relativamente à terapêutica farmacológica, assim como melhorar a qualidade de vida dos doentes.[20]

O papel do farmacêutico é cada vez mais amplo e importante, e como tal os cuidados por ele prestados são reconhecidos como de excelência e como uma mais-valia para a saúde de várias gerações. Hoje em dia mantém-se o ideal patenteado por *Brodie* em 1980 quando se referia à prática profissional farmacêutica "inclui a determinação da necessidade dos medicamentos para uma situação pessoal e o fornecimento não só de fármacos mas também dos serviços necessários previamente, durante e após a terapêutica, de modo a garantir uma segurança ótima e a efetividade da terapêutica".

Tratamento

Farmacológico

Após um evento tão impactante na vida do doente, a mesma requer um conjunto considerável de alterações que vão permitir à pessoa passo a passo conquistar de novo a qualidade de vida que viu diminuir com o EAM.

Deste modo, no momento da alta hospitalar é necessário instituir na terapêutica do doente um conjunto de fármacos que vão ser a base da prevenção cardiovascular secundária. Em função do nível de risco que o doente apresente para o possível desenvolvimento de um novo evento cardiovascular são indicados um ou mais fármacos antiagregantes plaquetares. O primeiro, e que ficará como antiagreção plaquetar para sempre, é o ácido acetilsalicílico na dosagem de 100 mg, em situações onde o risco da pessoa seja moderado a baixo. Se estivermos perante um doente de elevado RCV é muito provável que a sua terapêutica apresente além do fármaco mencionado um outro fármaco antiagregantar plaquetar de nova geração, cujos princípios ativos sejam o clopidogrel, o ticagrelor ou o plasugrel de modo a melhor garantir a fluidez do sangue pretendida neste tipo de doentes.[30] Contudo, muitas vezes surge neste tipo de pessoas um elevado risco de hemorragia pelo facto de realizarem terapêutica dupla antiagregante e como tal, devem ser doentes muito informados da sua clinica, e por isso bastante vigilantes de si mesmos, mas também doentes muito acompanhados por

médicos e também por farmacêuticos através de programas como o acompanhamento farmacoterapêutico pós EAM.

Além do já mencionado, por todo o RCV que o doente apresente e pela sua relação direta com os seus níveis de colesterol, deve ser implementada uma terapêutica preventiva da dislipidémia através da utilização da atorvastatina ou da rosuvastatina, que são estatinas de um potencial mais forte, quando comparadas por exemplo com a sinvastatina, e por isso mais indicadas para o doente no pós-EAM. Estas estatinas podem ser prescritas ao doente em várias dosagens, situação que é adaptada a cada pessoa em função do seu RCV e que devem conduzir os valores de colesterol LDL próximo de 70 mg/dL². [31]

Em função da situação específica de cada doente, a terapêutica anti-hipertensora pode também variar tendo presente um ou dois fármacos com esta indicação. No momento da prescrição a opção é tomada entre um princípio ativo da classe dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (InECA), ou então é selecionado um fármaco antagonista dos recetores da angiotensina (ARA) no caso do primeiro não ser tolerado pelo doente.[31]

Finalmente, de modo a regular a frequência cardíaca do doente é introduzido no seu tratamento em ambiente ambulatório um fármaco beta-bloqueante que é juntamente com todos os outros fármacos supra mencionados, um medicamento de primeira linha após um evento como o EAM. Desta forma, dando preferência a princípios ativos beta-bloqueantes que sejam cardiosseletivos, a terapêutica com este tipo de fármacos deve ser suspensa um ano após o evento cardiovascular no caso de se registar boa função ventricular esquerda, salvaguardando outras patologias clinicas que necessitam da sua toma.[31]

Desta forma, o farmacêutico tem um papel preponderante sobre a continuidade da intervenção realizada em contexto hospitalar ao doente, bem como perante a sua transposição com sucesso para a sua vida quotidiana. Como qualquer outro evento emergente de saúde, o EAM deixa maiores ou menores sequelas e como tal, o doente deve ser extremamente bem acompanhado mesmo após a sua alta hospitalar.

O primeiro ano pós EAM além de ter variadíssimas mudanças no estilo de vida, comportamento alimentar e eventuais programas de cessação de dependências tem a introdução de um conjunto de medicação que isoladamente traz uma necessidade elevada de vigilância do doente mas que, no conjunto da terapêutica deve ser estritamente vigiada de modo a não poder desencadear nenhuma outra complicação de saúde. Muitas vezes, longe do que seria desejável, o doente após alta hospitalar não tem nova consulta, nem é encaminhado para nenhum programa de reabitação cardíaca que seria determinante para a sua evolução,

neste sentido, é junto do farmacêutico comunitário no contexto de uma situação de acompanhamento que o doente encontra a orientação que necessita. O profissional de saúde através do *feedback* e registos que vai recolhendo do doente irá melhor encaminhá-lo em caso de alguma alteração significativa, como por exemplo o confronto com valores elevados de pressão arterial mesmo em caso de cumprimento rigoroso da terapêutica por parte do doente deve ser um sinal de alerta; mas também uma criteriosa elucidação do doente após a sua alta hospitalar sobre os cuidados a ter com a sua medicação e possíveis reações adversas de cada um dos novos fármacos introduzidos, bem como as suas possíveis interações.

O acompanhamento farmacêutico após um evento cardiovascular como o EAM permite também garantir a periodicidade de vigilância que estes doentes necessitam dada a ampla necessidade de controlo dos fatores de risco concomitantes. Tal acontece uma vez que na maioria dos casos é uma população alvo de elevado risco e como tal, com variadas comorbilidades associadas. Nestes casos a consulta de rotina no médico de família ou na especialidade pode ser insuficiente, existindo a necessidade de partilhar a responsabilidade do seguimento destes doentes entre a equipa clínica, o farmacêutico e outros profissionais de saúde que o acompanhem, garantindo deste modo a capacitação do doente para o investimento no controlo dos seus fatores de risco, e da sua *compliance* terapêutica.[31]

Não farmacológico

Na grande maioria dos casos, um primeiro evento cardíaco é para um doente um momento de paragem e reflexão sobre a sua qualidade e esperança de vida.

Felizmente, após um episódio hemodinâmico a maioria das pessoas pode esperar uma vida extensa e com qualidade de vida. Contudo, cerca de um quinto dos doentes, depois dos 45 anos, pode repetir outro evento cardíaco da mesma natureza, facto que se regista de forma mais incidente nos primeiros cinco anos após o episódio inicial. Desta forma, é muito importante cumprir rigorosamente as indicações clínicas para evitar situações de re-enfarte no futuro, cumprindo com todas as medidas farmacológicas e não farmacológicas e assim assegurar a prevenção cardiovascular.

De entre as medidas não farmacológicas mais importantes a adotar, há algumas que se destacam:

- Respeitar e manter as consultas e exames médicos indicados de modo a garantir o acompanhamento clínico contínuo, facto que faz parte da responsabilidade partilhada entre o

doente e os cuidados de saúde. Afinal, é a única forma que a equipa de saúde tem para acompanhar a sua condição atual e recuperação clínica. O doente deve aproveitar ao máximo o tempo de consulta com o clínico, de modo a que todas as dúvidas e incertezas sejam ali esclarecidas.

- Tomar os medicamentos tal como foi explicado no momento da alta hospitalar seguindo todas as indicações terapêuticas reforçadas no ato de dispensa do medicamento. Ser muito rigoroso no cumprimento da posologia indicada para cada medicamento, respeitando o horário das tomas. É importante manter a medicação habitual de outras patologias, tomando todos os medicamentos, pois só assim é possível reduzir o risco de repetição de novo episódio cardiovascular.

- Alertar o doente para, agora mais do que nunca, reforçar os cuidados alimentares cuja atenção deve ser intensificada, obrigando na maioria dos casos a que seja delineado um plano de reeducação alimentar. Por outro lado, é importante alertar o doente para que exista um controlo na ingestão de bebidas alcoólicas, uma vez que esta deve ser evitada a fim de conquistar melhor qualidade de vida e como tal menores interferências fármaco-alimento.

- A par de tudo isto, e de forma complementar devem ser desenvolvidos vários planos de reabilitação cardíaca programados e supervisionados por uma equipa dinâmica de especialistas, sendo a coordenação médica determinante para que haja sucesso com doentes que já tenham sofrido um evento cardiovascular como o EAM.

- Os hábitos de vida têm enorme interferência na qualidade da mesma, e o doente em recuperação de um episódio cardiovascular como o EAM deve criar rotinas saudáveis, através da prática de exercício físico acompanhado, da procura de uma vida tranquila e com a maior ausência de *stress* possível, de modo a promover condições ímpares para o não desenvolvimento de nova incidência cardíaca.

Continua a ser um passo determinante para o alcance do sucesso na prevenção destes eventos cardiovasculares o facto de cada pessoa ser bem conhecedora dos fatores de risco que promovem a ocorrência de um enfarte. Este é um bom ponto de partida para ter sucesso em campanhas de sensibilização e promoção da prevenção. Mais de metade dos portugueses com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos possui pelo menos dois fatores de risco, devendo fazer parte do dever pessoal de cada cidadão controlar os fatores de risco que possui. Desta forma, com o cumprimento rigoroso de terapêutica de patologias crónicas, vigilância de pequenos sinais anómalos, um plano alimentar variado e equilibrado, e ainda o facto de o

cidadão não ser fumador contribuem em larga escala para a existência de saúde a par de maior qualidade de vida e como tal, maior ausência de patologia cardíaca.[32]

Tão importante como prevenir é saber reconhecer a doença à chegada dos seus primeiros sinais e agir imediatamente, contudo, para que tal aconteça é importante detetar os sintomas de um EAM, quer seja ou não a primeira vez que se esteja perante o evento cardiovascular.

O EAM apresenta indícios muito típicos tais como vómitos, náuseas, agitação, suores frios e dificuldade respiratória, mas normalmente é sempre bem marcado por uma dor súbita e pressão forte no peito que se estende para o pescoço, para as costas ou para o braço esquerdo. A identificação perentória destes sinais deve integrar a educação e sensibilização da população em geral mas mais especificamente os doentes que já sofreram um primeiro EAM, de modo a que possam de uma forma mais eficaz debelar um segundo EAM.[33]

Em suma, é uma mais valia perceber que os testemunhos de pacientes vítimas de EAM no passado são importantes marcos para promover na comunidade campanhas de divulgação sobre a relevância que tem a identificação de sintomas primários deste tipo de evento cardiovascular. Além disso, também se revelam essenciais para a sensibilização sobre a existência de fatores de risco que são modificáveis e sob os quais devemos intervir precocemente para reduzir as sequelas futuras e assim aumentar a qualidade de vida da pessoa durante e após a sua recuperação de um EAM. Os fatores de risco modificáveis sendo os que se relacionam com o nosso estilo de vida, alimentação e hábitos diários são os que uma vez eliminados colocam o doente numa situação menos vulnerável e consequentemente com maior qualidade de vida.[34]

A importância da Via Verde Coronária

O socorro e a emergência pré-hospitalar devem ser de imediato ativados de modo a que haja o melhor encaminhamento possível e que a ajuda mais diferenciada seja prestada a cada pessoa quando surgem fortes indícios através de sintomas primários de um possível episódio cardiovascular agudo. O 112, enquanto número nacional de emergência médica ao alcance de toda a população, deve ser nestes momentos contactado de modo a que à chegada do doente ao meio hospitalar mais próximo seja realizada sob o melhor acompanhamento e da forma mais adequada.

Antes de 2007, os doentes com suspeita de EAM eram assistidos no local pela emergência médica, entravam na urgência hospitalar e eram triados em igualdade de circunstâncias com doentes suspeitos de outras patologias. Este facto complicava muitas vezes a rápida e diferenciada assistência médica e sucessivamente a reversão urgente do quadro clinico que se impõe a estes doentes, onde o tempo é o fator determinante de todo o socorro.[32]

Contudo, a partir de 2007 e de modo a melhor acompanhar os casos suspeitos de EAM durante a emergência pré-hospitalar e à entrada do doente no serviço de urgência, foi implementada a via verde coronária (VVC). Este sistema permite que ao contactar o 112 e após ouvir o relato de quem está a comunicar uma situação de emergência onde haja identificação dos sintomas característicos de EAM, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) consiga melhor encaminhar a ajuda que deve enviar ao local e consequentemente dirigir o doente para uma unidade hospitalar com ajuda diferenciada a nível de patologia cardíaca. Por outro lado, permite coordenar a equipa que recolhe o doente e a equipa que aguarda a sua chegada no serviço de urgência especializado no tratamento de EAM, podendo desta forma o socorro ser prestado de uma forma mais especializada e sobretudo de uma forma mais célebre. Este acesso permite que o doente, em caso de se confirmarem as suspeitas que permitiram a ativação da VVC tenha um acesso mais fácil e rápido a um laboratório de hemodinâmica.

Atualmente reconhece-se que a implementação da VVC permitiu melhorar em muito o sucesso dos tratamentos em contexto de urgência médica, diminuindo as sequelas das vítimas e naturalmente melhorando bastante a sua recuperação e qualidade de vida após o evento cardiovascular. Assim, a angioplastia coronária é um processo na qual ocorre a desobstrução da artéria ou artérias coronárias que se encontram com fluxo interrompido e que consequentemente condicionam a normal irrigação do músculo cardíaco, ocorrendo este procedimento pela introdução de um cateter pela artéria femoral ou pela artéria radial.[28]

Desta forma, quanto mais breve for a intervenção hemodinâmica, maior será o benefício para a vítima mas, para tal é necessário que o tempo entre o início dos sintomas e realização da angioplastia coronária seja o menor possível. Para garantir o maior sucesso possível do procedimento hemodinâmico, o tempo até realização da angioplastia primária e após uma primeira observação médica na urgência deve ser um período máximo de 2 horas.[35]

As vantagens que foram acrescentadas à saúde pública e em particular à vida de cada doente após a introdução da VVC no Serviço Nacional de Saúde (SNS) foram diversas,

permitindo uma maior e melhor qualidade de vida após o EAM. Contudo, a maior vantagem que se identifica diz respeito à celeridade com que são iniciados tratamentos e procedimentos hemodinâmicos, fundamentais para o alcance de um positivo resultado terapêutico. Por outro lado, o transporte da vítima para a unidade hospitalar com equipa clínica diferenciada para reverter o EAM também é outra das vantagens da implementação da VVC uma vez que assegura que, mesmo não sendo o hospital mais próximo, é o que tem seguramente melhor capacidade de resposta a um evento cardiovascular deste tipo.

Segundo Rui Ferreira, antigo diretor do Programa Nacional para as Doenças Cerebrocardiovasculares, entre 2005 e 2011 os óbitos por EAM viram o seu valor reduzido num número muito significativo, passando de 12% para 8% fruto da aposta feita na VVC que se tornou numa mais-valia. Destaca também que cada vez mais mortes podem ser evitadas se existir a educação e sensibilização dos cidadãos para este flagelo, com especial incidência na população-alvo que já teve previamente um EAM.[33]

Conclusão

É inquestionável o impacto que a saúde tem na qualidade de vida de uma pessoa, nomeadamente quando atualmente já fica possível prevenir muitas patologias através do acompanhamento rigoroso e criterioso do doente. Tudo isto se torna ainda mais importante quando falamos do coração e do bem que lhe fazemos quando estamos a promover a prevenção nesta área clínica.

As práticas preventivas que têm vindo a ser adotadas ao longo dos últimos anos devem ser um ideal a manter no futuro de modo a ganhar saúde e qualidade de vida nas várias faixas etárias da população e assim reduzir cada vez mais o número de mortes por DCV em Portugal e no mundo.

O acompanhamento farmacoterapêutico marca a diferença na vida de um doente no sentido de o esclarecer, alertar e assistir quer num momento de internamento hospitalar, ou maioria das vezes quando o doente já teve alta médica mas continua a realizar terapêutica em regime de ambulatório.

No caso das doenças crónicas, que atingem uma elevada percentagem da população, elas necessitam na maioria dos casos de um regime de polimedicação e para que seja garantida a segurança e eficácia do medicamento, é necessário que haja acompanhamento do doente,

salvaguardando todas as intervenções que sejam imprescindíveis realizar através de um regime regular de prevenção.

Este ato farmacêutico tão nobre merece cada vez mais um lugar de destaque na equipa multidisciplinar que faz o acompanhamento clínico da pessoa, uma vez que se torna o elo com o doente de uma forma próxima, mas também pela sua qualificação enquanto perito do medicamento. Neste processo de acompanhamento farmacoterapêutico são avaliadas e introduzidas medidas farmacológicas, mas também medidas não farmacológicas, tendo como premissa assegurar a melhor adesão do doente à terapêutica, de modo a garantir a sua cada vez melhor qualidade de vida.

Bibliografia

1. EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY - 4ª Definição Universal de EM. **Recomendações de Bolso de 2018 da ESC - 4.ª Definição Universal de EM**. (2018).

2. BRANCO, Maria João; NUNES, Baltazar - Sinais de Alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral: Uma observação sobre conhecimentos e atitudes. (2008).

3. WANG, Thomas J. - New cardiovascular risk factors exist, but are they clinically useful? **European Heart Journal**. ISSN 0195668X. 29:4 (2008) 441–444.

4. FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA - **Tensão e Hipertensão arterial** [Consult. 28 abr. 2020]. Disponível em: http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/

5. SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO - **Hipertensão Arterial (HTA): O que é?** [Consult. 2 mai. 2020]. Disponível em: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/ 24/89

6. CERCATO, Cintia *et al.* - Risco cardiovascular em uma população de obesos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. ISSN 0004-2730. 44:1 (2000) 4.

7. CREAGER, Mark A.; LIBBY, Peter - Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management. 287: (2002) 12.

8. RIBEIRO FILHO, Fernando F. *et al.* - Gordura visceral e síndrome metabólica: Mais que uma simples associação. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. ISSN 00042730. 50:2 (2006) 230–238.

9. FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA - **Obesidade** [Consult. 5 mai. 2020]. Disponível em: http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/obesidade/

10. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - **Doenças cardiovasculares** [Consult. 28 abr. 2020]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/10/04/doencas-cardiovasculares/

11. FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA - **Tabagismo** [Consult. 23 jun. 2020]. Disponível em: http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/tabagismo/

12. FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA - **Dislipidémia** [Consult. 9 mai. 2020]. Disponível em: http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/dislipidemia/

13. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Abordagem terapêutica das dislipidémias no adulto.

ISSN 16714512. (2017).

14. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto**. 1ª ed. ISBN 9789726752127.

15. DITCHFIELD, G. M. - The primary prevention of coronary heart disease in women. **Parliamentary History**. ISSN 17500206. 15:2 (1996) 231–244.

16. BOURBON, Mafalda *et al.* - **Doenças cardiovasculares: como prevenir?** Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, (2020)

17. LILLIE-BLANTON, Marsha *et al.* - Disparities in cardiac care: Rising to the challenge of Healthy People 2010. **Journal of the American College of Cardiology**. ISSN 07351097. 44:3 (2004) 503–508.

18. BACKER, Guy G. DE - New risk markers for cardiovascular prevention. **Current Atherosclerosis Reports**. ISSN 15346242. 16:8 (2014).

19. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE. **Normas da Direcção Geral da Saúde**. (2015) 1–16.

20. MAFRA, Filipa; OLIVEIRA, Helena - Avaliação do risco cardiovascular - Metodologias e suas implicações na prática clínica. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. ISSN 2182-5173. 24:3 (2008) 391–400.

21. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Circular Normativa_ Risco Global Cardiovascular. [s.d.]) 1–6.

22. WILSON, Peter W. F. *et al.* - Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. **Circulation**. ISSN 00097322. 97:18 (1998) 1837–1847.

23. CONROY, R. M. *et al.* - Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: The SCORE project. **European Heart Journal**. ISSN 0195668X. 24:11 (2003) 987–1003.

24. BARRIS, D.; FAUS, M. J. - Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. **Ars Pharmaceutica**. ISSN 00042927. 44:3 (2003) 225–237.

25. ARMANDO, Pedro *et al.* - Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. **Atencion Primaria**. ISSN 02126567. 36:3 (2005) 129–134.

26. HERNÁNDEZ, Daniel Sabater; DÁDER, Maria José Faus; CASTRO, Martha Milena Silva

- **Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico - Terceiro Consenso de Granada**. ISBN 9789728881757.

27. MENESES, Luis Lima De; LÚ, Maria; SÁ, Cia Barreto - Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. **Geriatrics, Gerontology and Aging**. ISSN 2447-2115. 4:3 (2010) 154–161.

28. SABATER, Daniel *et al.* - Types of pharmacist intervention in pharmacotherapy follow-up. **Seguimiento Farmacoterapeutico**. 3:2 (2005) 90–97.

29. VASQUEZ, Victoria *et al.* - Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. **Pharmacy Practice**. ISSN 1885-642X. 2:3 (2004) 189–194.

30. BARTNIK, M. *et al.* - Atualização Sobre a Terapêutica Antiagregante Plaquetária Dupla na Doença Coronária. **Sociedade Portuguesa de Cardiologia**. (2017).

31. MARTINS, Ana Sofia *et al.* - Prevenção Secundária Pós-Enfarte Agudo do Miocárdio, Um Estudo Multicêntrico. **Sociedade Portuguesa de Hipertensão**. (2018) 11–14.

32. SILVA, Pedro Marques Da - **Do enfarte agudo do miocárdio ao assumir da doença**, atual. 2018. [Consult. 15 jun. 2020]. Disponível em: https://www.spmi.pt/do-enfarte-agudo-do-miocardio-ao-assumir-da-doenca/

33. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Via verde para a vida. **Teste Saúde**. ISSN 1541-0048. 102:2013) 18–21.

34. BRAGA, Carlos Galvão - **Cuidados após um enfarte agudo do miocárdio**, atual. 2019. [Consult. 1 jul. 2020]. Disponível em: https://www.atlasdasaude.pt/artigos/cuidados-apos-um-enfarte-agudo-do-miocardio

35. MARQUES, Nuno *et al.* - The impact of direct access to primary angioplasty on reducing the mortality associated with anterior ST-segment elevation myocardial infarction: The experience of the Algarve region of Portugal. **Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition)**. ISSN 21742049. 31:10 (2012) 647–653.