

U. PORTO



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

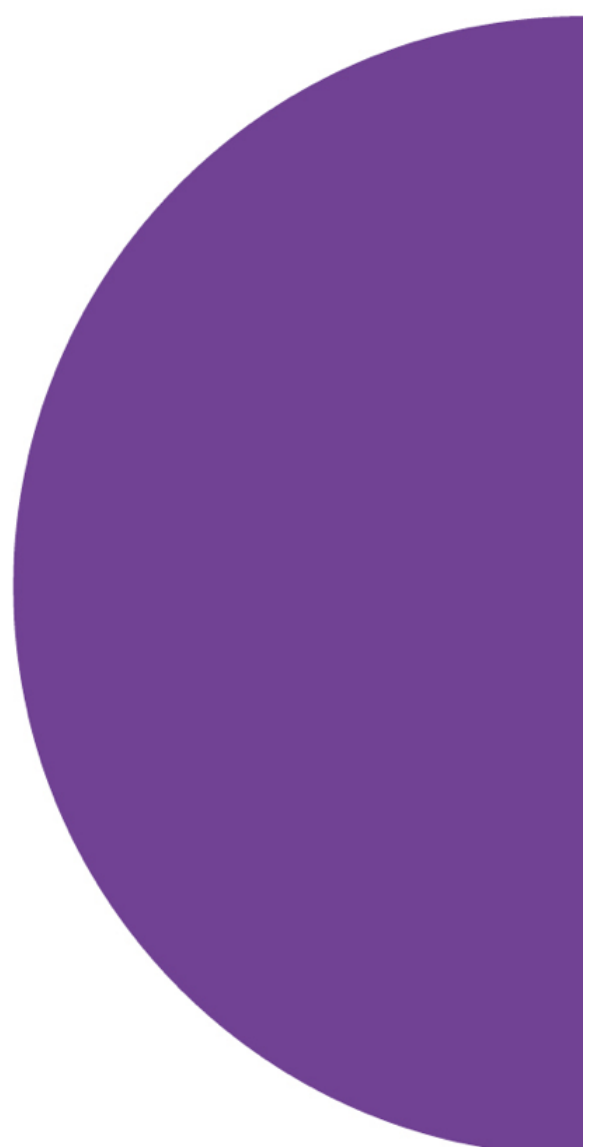
REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia Silveira

Beatriz Silva da Cruz

M

2018-2019



Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto
Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Silveira

janeiro de 2019 a julho de 2019

Beatriz Silva da Cruz

Orientador: Dra. Maria Olívia Justino Matias Magalhães Silveira

Tutor FFUP: Prof. Doutora Susana Casal

setembro de 2019

Declaração de Integridade

Declaro que o presente relatório é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 23 de setembro de 2019

Beatriz Silva da Cruz

Agradecimentos

Chegada a hora da despedida, é altura para agradecer a todas as pessoas que tornaram o meu sonho realidade.

Gostaria de começar por agradecer à Dra. Maria Olívia Silveira, diretora técnica da Farmácia Silveira, por ter possibilitado a realização deste estágio. Foi um prazer enorme aprender e trabalhar consigo. Um agradecimento a toda a equipa da Farmácia Silveira por me ter sentido sempre parte da equipa, por me ensinarem que é com os erros que se aprende e que não devemos ter medo de nada. Sempre disse e volto a repetir: são uma equipa de excelência. Um especial agradecimento à Cátia Santos, por ser “o cérebro por trás desta operação”, por me tirar todas as dúvidas e por toda a paciência, e à Dra. Diana Gomes, por me ter ensinado de uma forma exemplar e pela amizade. Gostaria de agradecer também ao Sr. Morato, utente assíduo da farmácia, por todo o carinho e compreensão demonstrados desde o primeiro atendimento e pelas boas conversas.

Aos professores da Comissão de Estágios da FFUP, em especial à minha tutora, Prof. Dra. Susana Casal. Obrigada pela disponibilidade e atenção dispensada durante todo o meu período de estágio.

À FFUP, por ter sido a minha casa durante estes 5 anos. Obrigada aos docentes, não docentes e aos meus colegas, por me terem acolhido tão bem desde o primeiro dia, por todo o conhecimento e memórias que levo comigo para a vida.

À AEFFUP, por ter sido a minha segunda casa, literalmente, durante 2 anos. Obrigada por todas as horas que passamos juntos, por todas as reuniões infinitas às terças-feiras à noite, saraus, rastreios, brincadeiras e risadas. Um obrigada especial aos meus “amigos da AE”: ao meu parceiro Rosa, à minha *mini me* Bia Rios, às lutadoras de cristais Júlia e Lili.

Aos meus melhores amigos, Du, Marcos, Mi, Manu, MJ, Né, Sandi e Sarix, por estarem sempre presentes, por partilharem comigo o bom e o mau da faculdade, por fazerem de mim a pessoa que sou hoje. Que mesmo desalojados, continuemos sempre juntos, porque os amigos da faculdade são para a vida. Um agradecimento especial à Nessie, porque se cheguei até aqui, o devo a ela, e à Mónica, por ter acreditado sempre em mim.

Às minhas amigas de sempre e para sempre, Dani e Mariana.

Por último, à minha família: aos meus pais, à minha Tatá e à minha Madrinha, pelo apoio incondicional que sempre me deram, para que conseguisse cumprir os meus objetivos com sucesso e por nunca me deixarem desistir dos meus sonhos. Ao meu irmão, por ser o melhor do mundo inteiro. Aos meus avós maternos, por serem as pessoas mais importantes da minha vida. E à minha estrelinha, Avó Zira, porque sei que estaria muito orgulhosa de mim.

Aquele abraço antes que seja tarde!

Resumo

A conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas culmina com a realização de um estágio curricular em Farmácia Comunitária. Deste modo, o estágio permite pôr em prática todo o conhecimento teórico adquirido ao longo de cinco anos de estudo e ainda adquirir novos conhecimentos essenciais para o desempenho da profissão farmacêutica.

Com o presente relatório pretende-se expor as atividades realizadas na Farmácia Silveira desde o mês de janeiro até ao mês de julho de 2019 e encontra-se dividido em duas partes. A parte I descreve o dia-a-dia de uma farmácia comunitária, expondo as principais funções exercidas pelo farmacêutico, enquanto que a parte II compreende os dois projetos desenvolvidos no âmbito do estágio, envolvendo os temas “Rastreio Cardiovascular na Farmácia – Avaliação do Risco Cardiovascular e Medidas de Prevenção” e “Consulta de Aconselhamento Farmacêutico sobre a Menopausa”, com o objetivo de realçar a importância do papel do farmacêutico na educação e promoção para a saúde.

Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CT – Colesterol Total

DCI - Denominação Comum Internacional

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

DT – Diretor(a) Técnico(a)

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

FS – Farmácia Silveira

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MRS - *Menopause Rating Scale*

MSRM - Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PCHC - Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal

PS – Produtos de Saúde

RCV – Risco Cardiovascular

SCORE – *Systematic Coronary Risk Evaluation*

SI – Sistema Informático

SNS - Sistema Nacional de Saúde

TG – Triglicerídeos

THS - Terapêutica Hormonal de Substituição

Índice

Parte I – Descrição das Atividades Desenvolvidas no Estágio Curricular

1. Introdução.....	1
2. Farmácia Silveira.....	2
2.1. Localização, Horário de Funcionamento e Direção Técnica	2
2.2. Organização do Espaço Físico e Funcional	2
2.2.1 Espaço Exterior	2
2.2.2 Espaço Interior	2
2.3. Recursos Humanos	4
2.4. Gestão da Farmácia	4
2.4.1 Sistema Informático	4
2.4.2 Gestão de Stocks	5
2.4.3 Fornecedores e Critérios de Aquisição	5
2.4.4 Realização de Encomendas	6
2.4.5 Receção e Conferência de Encomendas	7
2.4.6 Armazenamento	8
2.4.7 Controlo dos Prazos de Validade e Devoluções	9
3. Dispensa de Medicamentos e de outros produtos	9
3.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica	10
3.1.1 Prescrição Médica	10
3.1.2 Validação da Prescrição Médica	12
3.1.3 Dispensa de Medicação	12
3.1.4 Sistemas de Participação de Medicamentos	13
3.1.5 Processamento de Receituário e Faturação	14
3.1.6 Medicamentos Psicotrópicos e Estupefacientes	14
3.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	15
3.3. Outros Produtos Farmacêuticos	15
4. Serviços e Cuidados de Saúde prestados na Farmácia Silveira	16
4.1. Determinação de parâmetros bioquímicos e biofísicos.....	17
4.2. Administração de Medicamentos Injetáveis.....	17
4.3. Recolha de resíduos de medicamentos.....	18
5. Formação Contínua.....	18
1. Projeto I: Rastreio Cardiovascular na Farmácia – Avaliação do Risco Cardiovascular e Medidas de Prevenção.....	20
1.1. Justificação do Tema do Projeto.....	20
1.2. Doenças Cardiovasculares	20
1.2.1. Fatores de Risco.....	21
1.2.2. Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE).....	24
1.3. Objetivos.....	26
1.4. Metodologia	26

1.5.	Resultados e Discussão	27
1.6.	Conclusões	30
2.	Projeto II: Consulta de Aconselhamento Farmacêutico sobre Menopausa 30	
2.1.	Justificação do Tema do Projeto	30
2.2.	Menopausa e Climatério	31
2.2.1.	Sintomatologia	32
2.2.2.	Tratamento	34
2.2.3.	Avaliação da Sintomatologia – <i>Menopause Rating Scale</i>	36
2.3.	Objetivos	37
2.4.	Metodologia	37
2.5.	Resultados e Discussão	38
2.6.	Conclusão	39
3.	Conclusão Final	40
	Referências Bibliográficas	41
	Anexo I – Tabela Score: Risco Cardiovascular para Adultos com Idade Igual ou Superior a 40 Anos e Igual ou Superior a 65 Anos	48
	Anexo II – Cartaz de Divulgação do Rastreio Cardiovascular Realizado na FS	49
	Anexo III – Cartaz de Divulgação alusivo ao Mês do Coração e às DCV, cedido pela Wocadi®	49
	Anexo IV - Folheto Informativo Distribuído aos Utentes da FS sobre DCV e Fatores de Risco (Frente e Verso)	50
	Anexo V – Estudo Estatístico dos Resultados Obtidos no Rastreio Cardiovascular na FS	52
	Anexo VI – Menopause Rating Scale: Avaliação da Sintomatologia	54
	Anexo VII – Cartaz de Divulgação do Consulta de Aconselhamento Farmacêutico Realizada na FS	55
	Anexo VIII – Estudo Estatístico dos Resultados Obtidos na MRS após a Consulta de Aconselhamento Farmacêutico sobre a Menopausa	55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Cronograma de Atividades Desenvolvidas No Estágio	1
Tabela 2 - Formação Contínua Durante o Estágio	19
Tabela 3 - Classificação da PA em Indivíduos com mais de 18 Anos (Adaptado De [23])	21
Tabela 4 - Critérios de Diagnóstico de DM e Categorias de Risco Aumentado para Diabetes (Adaptado De [25]).....	22
Tabela 5 - Valores de PA dos Utentes Rastreados	28
Tabela 6 - Interpretação dos Resultados Obtidos na MRS.....	37
Tabela 7 – Sub-Escalas da MRS e Frequência da Sintomatologia das Utentes da FS	39

Parte I – Atividades Realizadas na Farmácia

1. Introdução

Atualmente, a profissão farmacêutica, para além da dispensa de medicamentos, tem um papel extremamente importante perante a comunidade, quer seja na promoção da saúde pública, na melhoria dos cuidados de saúde ou no uso racional do medicamento. Sendo assim, após 5 anos no curso Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, chegou a altura de entrar em contacto com a realidade farmacêutica e colocar em prática, no estágio curricular, tudo o que me foi ensinado.

O meu estágio curricular em Farmácia Comunitária teve início a 28 de janeiro de 2019 na Farmácia Silveira (FS), em Fânzeres (Gondomar) e terminou no final do mês de julho de 2019, sob orientação da Dra. Maria Olívia Silveira, que acompanhou todas as atividades desenvolvidas. O horário de estágio foi das 10h00 às 13h00 e das 14h00 às 18h00, perfazendo um total de 35 horas semanais.

Neste documento está descrito o dia-a-dia de uma farmácia comunitária, bem como o papel do farmacêutico no desempenho da sua atividade profissional. Assim, encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte aborda todas as atividades desenvolvidas durante o estágio e a segunda parte foca nos dois projetos desenvolvidos ao longo do mesmo.

O cronograma abaixo (Tabela 1) é referente às atividades desempenhadas durante os seis meses de estágio.

Tabela 1 - Cronograma de atividades desenvolvidas no estágio

Atividades desenvolvidas durante o estágio	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho
Receção de encomendas							
Armazenamento de produtos e reposição de <i>stock</i>							
Controlo dos prazos de validade							
Gestão de devoluções							
Determinação de parâmetros bioquímicos							
Atendimento com supervisão							
Atendimento sem supervisão							
Projeto 1 – Rastreio Cardiovascular							
Projeto 2 – Consulta de Aconselhamento Farmacêutico sobre Menopausa							

2. Farmácia Silveira

2.1. Localização, Horário de Funcionamento e Direção Técnica

A FS está situada em Fânzeres, no concelho de Gondomar, distrito do Porto, tendo aberto as suas portas em fevereiro de 1983, pela atual proprietária e Diretora Técnica (DT), Dra. Maria Olívia Silveira. A FS encontra-se numa zona residencial bastante movimentada e nas suas imediações há vários estabelecimentos de comércio, restauração, escolas e transportes públicos.

O horário de funcionamento, de acordo com a legislação em vigor [1], é das 9h às 21h, de segunda a sábado, exceto nos dias em que a FS se encontra de Serviço Permanente, mantendo-se aberta 24 horas ininterruptamente.

2.2. Organização do Espaço Físico e Funcional

2.2.1 Espaço Exterior

A FS encontra-se inserida num prédio habitacional, numa das principais avenidas da freguesia, estando bastante destacada devido à sua grande fachada principal. No entanto, a FS tem outra fachada, na parte traseira do edifício, de fácil acesso, pois possui uma rampa de acesso para pessoas com mobilidade reduzida, cadeiras de rodas e carros de bebés. Junto a esta entrada, há ainda uma outra entrada traseira, para facilitar a receção de encomendas e deste modo, agilizar o processo inerente ao mesmo.

No espaço exterior encontra-se o letreiro “Farmácia Silveira” e de acordo com o Decreto-Lei Nº307/2007, de 31 de agosto [2], ambas as fachadas possuem a “cruz verde”, nome da DT e horário de funcionamento. Na entrada principal, para além de possuir a calendarização das farmácias em Serviço Permanente no município, esta contém ainda a cruz identificativa das Farmácias Portuguesas.

2.2.2 Espaço Interior

O espaço interior da farmácia sofreu remodelações recentemente, de modo a oferecer aos utentes um espaço mais moderno e acolhedor. Este divide-se em dois pisos com várias áreas. No piso principal, encontra-se a área de atendimento ao público, gabinete de atendimento personalizado, gabinete de atendimento de serviços não farmacêuticos, armazém e zona de receção de encomendas, laboratório,

escritório da DT e instalações sanitárias. O piso inferior está destinado aos colaboradores da FS com copa, balneário com cacifos, casa de banho e garagem.

A zona de atendimento ao público é bastante ampla e iluminada, dispondo de cinco postos de atendimento. Existe um sistema de senhas para que os utentes sejam atendidos de forma ordeira e segundo as suas prioridades. Os utentes da FS têm à sua disposição zonas de descanso, balança eletrónica, expositores e lineares de Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal (PCHC), produtos de uso veterinário, suplementos alimentares e ainda uma zona de puericultura bastante completa. Os lineares de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) e os medicamentos de uso veterinário encontram-se atrás dos postos de atendimento, estando o acesso aos utentes vedado. É de referir que todos os produtos e MNSRM expostos estão estrategicamente organizados e a sua rotatividade é feita com base na sazonalidade e em campanhas promocionais. Esta otimização é feita em parceria com a *Glintt®*, através do seu serviço *Adjustt®*.

Contiguamente à zona de atendimento, encontra-se a área de apoio ao atendimento. É uma zona composta por dois armários com gavetas e a divisão é feita em cinco grupos, organizadas por ordem alfabética da Denominação Comum Internacional (DCI): Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM); MNSRM; Produtos de Saúde (PS); Águas e Colutórios; Produtos Capilares. O armazenamento é sempre feito tendo em conta a validade dos produtos e segundo o sistema *First Expired, First Out* (FEFO). Para armazenamento de produtos de frio, nesta zona existe também um frigorífico onde são mantidos a uma temperatura entre os 2 e os 8°C.

No gabinete de atendimento personalizado procede-se à avaliação de parâmetros bioquímicos dos utentes (colesterol total, triglicerídeos, perfil lipídico completo, glicemia, hemoglobina glicosilada e ácido úrico), medição da tensão arterial, administração de medicamentos injetáveis e vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação. Por sua vez, no outro gabinete prestam-se serviços não farmacêuticos, tais como consultas de psicologia, podologia e nutrição.

As encomendas são rececionadas e conferidas na zona de receção de encomendas, que depois seguem para a área de apoio ao atendimento. É neste mesmo espaço que se encontra o armazém, com o objetivo de arrumar os medicamentos e produtos excedentes. A organização é feita por ordem alfabética,

apenas dividindo-se em MSRM e MNSRM/PS. É de realçar que este local apresenta um quadro *Kaizen*, elaborado em parceria com a consultoria da *Glintt®*, que contém várias informações importantes, tabelas de cumprimento de objetivos, de tarefas, quadros de divulgação de campanhas em vigor e que serve também de apoio às reuniões feitas periodicamente com a equipa da FS.

O quadro Kaizen foi um instrumento bastante útil no decorrer do meu estágio, pois através deste consegui orientar-me melhor e focar nos objetivos a cumprir por todos os colaboradores da FS.

2.3. Recursos Humanos

De acordo com a legislação [2], o DT pode ser coadjuvado, nas suas tarefas, “por farmacêuticos, técnicos de farmácia e por pessoal devidamente habilitado, sob a sua direção e responsabilidade”. A equipa da FS é composta, para além da DT, por duas farmacêuticas adjuntas, quatro farmacêuticos e três técnicas de farmácia.

É importante referir que a equipa é bastante organizada e motivada, com conhecimento teórico e prático de excelência, o que faz com que a FS tenha um ótimo funcionamento.

Durante o estágio tive a oportunidade de aprender com todos os elementos da equipa, acompanhando de perto todas as funções que cada um desempenhava. É de salientar que todos demonstraram uma vontade enorme de ensinar e de colaborar sempre comigo.

2.4. Gestão da Farmácia

2.4.1 Sistema Informático

Na FS o Sistema Informático (SI) utilizado é o *Sifarma® 2000*, comercializado pela *Glintt®*. Este sistema é utilizado para inúmeras tarefas diárias executadas na farmácia, nomeadamente no apoio ao atendimento, na gestão e receção de encomendas, devoluções, gestão de *stocks*, controlo de prazos de validade, entre outras variadíssimas funcionalidades.

Este software apresenta-se de forma muito clara e intuitiva, tendo sido uma ferramenta essencial no decorrer do estágio, uma vez que disponibiliza bastante informação técnico-científica, permitindo alargar os meus conhecimentos, o que me

trouxe mais segurança na dispensação de medicação, prestando assim um bom atendimento ao utente.

2.4.2 Gestão de Stocks

Uma boa gestão de *stocks* de medicamentos e de outros PS é fundamental para suprir as necessidades dos utentes [3], bem como para manter a rentabilidade financeira da farmácia, prevenindo por um lado, ruturas de *stocks* e por outro, acumulação de produtos sem saída. Assim, esta tarefa é de elevada importância, ficando a cargo da DT.

O SI é um instrumento imprescindível, visto que consoante a rotatividade do produto, é definido um *stock* máximo e mínimo e permite ainda uma análise do histórico de vendas. Deste modo, sempre que um produto atinge o seu *stock* mínimo, este é automaticamente colocado pelo SI na encomenda diária, sendo previamente analisada pela responsável antes do envio aos fornecedores. Além disso, é fundamental ter em conta vários fatores, tais como sazonalidade e campanhas comerciais.

Outro aspeto importante é a elaboração de inventários que tem como finalidade analisar se o *stock* descrito no SI é o mesmo que o *stock* físico. Este processo é feito com alguma regularidade (mensal ou aleatoriamente, como por exemplo, durante um atendimento) e as falhas podem ser detetadas no armazenamento de produtos (**ponto 2.4.6.**) ou no controlo de prazos de validade (**ponto 2.4.7.**).

Durante o meu período de estágio, acompanhei a validação de encomendas diárias e tive oportunidade de colaborar ativamente na correta gestão de stocks. Considero que foram tarefas úteis, pois permitiu que me familiarizasse com os diversos medicamentos e as suas formas farmacêuticas.

2.4.3 Fornecedores e Critérios de Aquisição

A compra de produtos faz parte dos principais critérios de uma gestão farmacêutica adequada. Como a farmácia é retalhista na cadeia de distribuição, pode fazer as suas encomendas através dos distribuidores grossistas, chamados de fornecedores, ou então diretamente aos laboratórios. Esta última tem como vantagem as margens de lucro obtidas devido às quantidades mínimas exigidas pelos

laboratórios. Por sua vez, os fornecedores não exigem quantidades mínimas, sendo uma opção fundamental para a realização de encomendas diárias pela comodidade e rapidez.

O principal fornecedor da FS é a *OCP Portugal*, concentrando a maior parte das suas encomendas devido à qualidade do serviço prestado e às condições comerciais. A responsabilidade desta escolha recai sobre a DT e a principal razão relacionada com a escolha deste fornecedor deve-se ao facto de a FS pertencer ao grupo de compras *ADDOPharm®*. Este grupo como trabalha essencialmente com este distribuidor, consegue maiores margens e descontos. No entanto, a FS também trabalha com outras empresas de distribuição, nomeadamente a *Alliance Healthcare*, *Empifarma/Magium* e *Cooprofar*, de modo a satisfazer todas as necessidades dos utentes.

2.4.4 Realização de Encomendas

À semelhança da grande maioria das farmácias, a FS efetua vários tipos de encomendas, nomeadamente **encomendas diárias, instantâneas, via verde** e as **diretas ao laboratório**.

As **encomendas diárias** são realizadas duas vezes por dia, através do SI que vai gerando automaticamente uma nota de encomenda, tendo em conta os *stocks* dos produtos. No entanto, a nota de encomenda tem de ser validada pela responsável que também analisa sugestões de encomenda, tais como possíveis bonificações ou descontos e envia diretamente ao fornecedor.

As **encomendas instantâneas** são realizadas de forma pontual, principalmente no momento do atendimento, de modo a suprimir as necessidades do utente. Pode ser feita através do SI ou via telefónica. Deste modo, é possível saber o dia e a hora em que chega o produto pretendido e informar o utente.

A **encomenda por Via Verde** é feita para medicamentos rateados, onde os fornecedores possuem poucas unidades do medicamento e fornecem uma quantidade limitada às farmácias, que justifiquem esse pedido através de receita médica. Desta forma, a continuidade do tratamento por parte do doente é salvaguardada.

As **encomendas diretas ao laboratório** são feitas através de uma negociação entre os delegados de informação farmacêutica dos respetivos laboratórios e a

responsável de encomendas. Assim, os delegados analisam o histórico de vendas da farmácia e avançam com uma proposta.

Durante o estágio tive a oportunidade de acompanhar a execução de algumas encomendas diárias. Para além disso, executei autonomamente encomendas instantâneas sempre que faltava algum medicamento, analisando de forma crítica qual o fornecedor que apresentava a melhor condição de venda.

2.4.5 Receção e Conferência de Encomendas

Todas as encomendas que chegam à FS são entregues em local apropriado, com acesso ao exterior a partir de uma porta traseira, tal como mencionado anteriormente, de modo a não perturbar o atendimento dos utentes. Estas chegam em contentores apropriados e com a identificação do fornecedor. Deve-se ter em atenção e dar prioridade aos produtos de frio que chegam em contentores específicos e que devem ser acondicionados no frigorífico mal cheguem à farmácia.

Assim, inicia-se o processo de receção. Em primeiro lugar, deve-se verificar se as encomendas se fazem acompanhar da fatura ou guia de remessa e respetivos duplicados. De seguida e através do SI, no separador “Receção de Encomendas”, valida-se o número do documento, seguido do valor total da fatura e faz-se a leitura ótica dos códigos de barras ou insere-se o Código Nacional do Produto (CNP) de cada produto, um a um. Deste modo, para cada linha de produto confirmam-se vários aspetos, nomeadamente o código do produto, designação do produto, quantidade pedida e enviada, Preço de Venda ao Público (PVP), Preço de Venda Autorizado (PVA), Margem, Desconto, Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA), Preço de Venda à Farmácia e valor final do produto. Também se verifica o Prazo de Validade (PV) que constam nos produtos, de modo a proceder à sua alteração no SI, caso esta seja inferior à validade que consta na linha do produto.

Em relação às reservas de produtos, quando se dá entrada de um produto e este está reservado para um utente, o SI dá a indicação de reserva e assim, é possível separar dos restantes produtos e avisar o utente que o produto já se encontra na farmácia.

Após a leitura dos produtos, estes são separados segundo o método *Kaizen* em 4 cestos, consoante o seu *stock* (*stock 0*, *stock 1*, *stock 2*, *stock* ≥ 3), o que facilita no armazenamento e é fundamental para detetar *stocks* errados.

Depois, verifica-se o valor total presente na fatura com o valor total da encomenda no SI. Aquando o término da receção, o SI automaticamente cria uma lista de produtos esgotados, permitindo a sua transferência para outro fornecedor e reportar esta informação à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED). As guias das benzodiazepinas e estupefacientes são carimbadas e assinadas pela DT, sendo os originais guardados na farmácia durante três anos e os duplicados são enviados para os fornecedores. Este processo já é realizado sem papel, no caso da *OCP Portugal* e *Cooprofar*, sendo necessário validar a nível informático.

A primeira função que desempenhei na FS foi a receção de encomendas o que me permitiu um primeiro contacto com os medicamentos e com o SI muito forte. Aquando a receção de encomendas, tive oportunidade de memorizar algumas substâncias ativas e nomes comerciais, o que facilitou mais tarde no processo de atendimento e dispensa.

2.4.6 Armazenamento

Após a receção das encomendas, as condições para uma conservação correta dos medicamentos e outros PS têm de ser todas asseguradas [3]. Para isso, são necessárias condições de iluminação, temperatura (inferior a 25°C), humidade (inferior a 60%) e ventilação específicas no armazenamento, que são verificadas e registadas duas vezes por dia. No caso de produtos de frio, a temperatura do frigorífico deverá estar entre os 2°C e os 8°C.

Considerando os psicotrópicos uma exceção, já que são armazenados de imediato em gavetas específicas e fora do alcance dos utentes, os restantes produtos seguem para a zona de apoio ao atendimento nos cestos (já referidos anteriormente) e devem ser arrumados pela ordem do seu *stock*. Há vários locais onde os produtos podem ser arrumados: gavetas deslizantes e frigorífico (zona de apoio ao atendimento), gavetas dos balcões de atendimento (produtos com elevada rotação), lineares e expositores. Os produtos em excesso são arrumados em armários no armazém, por ordem alfabética, na zona de receção de encomendas.

Como já foi referido anteriormente, o armazenamento é feito tendo em consideração o PV, segundo o método FEFO, facilitando o processo de escoamento de produtos.

2.4.7 Controlo dos Prazos de Validade e Devoluções

O controlo de PV é feito todos os meses de forma a assegurar as condições de qualidade, eficácia e segurança necessárias.

Sendo assim, retira-se do SI listagens de produtos, de forma alfabética, com prazo a terminar nos três meses seguintes. Procede-se à confirmação manual dos PV e *stocks*, que depois é registada no SI, validando ou corrigindo os PV. Os produtos com prazo a terminar são identificados e separados e, no caso de não ser viável o seu escoamento, estes são devolvidos ao fornecedor juntamente com uma nota de devolução.

Para além de produtos com validade curta ou fora do prazo, há outras situações em que se pode fazer devolução de produtos, como é o caso de produtos encomendados por engano ou não encomendados, produtos danificados e ainda produtos de recolha obrigatória ordenada pelo INFARMED ou pelo respetivo laboratório.

Assim, recorrendo ao SI e no menu “Gestão de Devoluções”, é emitida uma nota de devolução, em triplicado, na qual consta a identificação da farmácia, a identificação do produto, a quantidade a devolver, a razão da devolução e o número da fatura correspondente. Uma cópia da nota de devolução (triplicado) é arquivada na FS até que a devolução seja regularizada e as restantes (original e duplicado) são colocadas juntamente com o produto a devolver, no caixote do respetivo fornecedor. Caso a devolução seja aceite pelo fornecedor, faz-se a regularização através da emissão de uma nota de crédito a descontar no pagamento seguinte ou através do envio de novos produtos. Caso a devolução não seja aceite, a farmácia acarreta com o prejuízo.

A partir do terceiro mês de estágio, realizei todos os meses o controlo dos PV juntamente com o resto da equipa da FS. Também tive a oportunidade de gerir e regularizar algumas devoluções, principalmente de produtos que chegavam danificados, por terem sido pedidos por engano ou então devido ao cancelamento de reservas por parte dos utentes.

3. Dispensa de Medicamentos e de outros produtos

Após a aquisição de conhecimentos na receção, gestão e armazenamento das encomendas, chegou a fase de entrar em contacto com os utentes e a dispensa de

medicamentos, que é, sem dúvida, uma das atividades que exige mais responsabilidade por parte do farmacêutico.

A cedência de medicamentos é definida como o ato profissional em que o farmacêutico, após a avaliação da medicação, dispensa medicamentos e PS aos utentes, acompanhados de prescrição médica, em regime de automedicação ou aconselhamento farmacêutico, tendo sempre em conta as BPF [3].

Esta etapa do estágio foi, para mim, a mais exigente e ao mesmo tempo, a mais satisfatória.

3.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

De acordo com a Legislação Portuguesa, MSRM são todos aqueles que reúnam uma das seguintes condições:

- De forma direta ou indireta, possam constituir um risco para a saúde do doente, mesmo quando usados para o fim que se destinam;
- De forma direta ou indireta, possam constituir um risco para a saúde do doente, mesmo quando são utilizados com frequência e em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;
- Conttenham substâncias cuja atividade ou reações adversas seja importante aprofundar;
- Destinem-se à administração parentérica.

Deste modo, qualquer medicamento que se enquadre nas condições acima referidas, só pode ser dispensado nas farmácias, mediante a apresentação de receita médica válida por parte do utente [4].

3.1.1 Prescrição Médica

A prescrição médica é feita por via eletrónica ou, excetuando alguns casos, por via manual. Obrigatoriamente deve incluir a DCI da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação e a posologia, podendo, no entanto, apresentar a denominação comercial por marca ou indicação do nome do titular da Autorização de Introdução no Mercado (AIM) [5]. Assim, o utente pode optar por um medicamento de um determinado grupo homogéneo, ou seja, de um conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, forma farmacêutica, dosagem e via de administração, no qual inclua pelo

menos um medicamento genérico existente no mercado – levando a uma utilização mais racional do medicamento. Por sua vez e mediante justificações técnicas, tais como exceção a) Medicamentos com margem ou índice terapêutico estreito, b) Reação adversa prévia e c) Continuidade de tratamento superior a 28 dias, o médico prescritor tem a possibilidade de inibir o direito de opção do utente [6,7].

Como o utente não tem direito de opção nas exceções a) e b), cabe ao farmacêutico dispensar o medicamento constante na receita. No entanto, na exceção c) o utente pode optar por medicamentos com PVP igual ou inferior ao do medicamento prescrito [6].

As farmácias são obrigadas a ter disponível para venda três dos cinco medicamentos com o preço mais baixo do grupo homogéneo e deve dispensar o de menor preço, salvo se o utente preferir outra opção [5].

As receitas médicas podem ser classificadas como **receitas médicas renováveis, receitas médicas especiais e receitas médicas restritas**, dependendo do MSRM. As **receitas médicas renováveis**, como o próprio nome indica, estão relacionadas com a prescrição de medicamentos para certas doenças ou em tratamentos prolongados e que podem ser adquiridos mais do que uma vez, sem implicar a segurança da sua utilização. Apresentam 3 vias, com validade máxima de seis meses, sem precisar de prescrição médica. As **receitas médicas especiais** referem-se a medicamentos com substâncias classificadas como estupefacientes, psicotrópicos ou que possam causar toxicodependência ou serem utilizadas para fins ilegais, caso sejam utilizadas de forma anormal. Os medicamentos com utilização reservada a meios especializados estão sujeitos a **receitas médicas restritas** [4].

Nos dias de hoje, a desmaterialização da receita médica é uma realidade do SNS [7, 8]. Contudo, existem ainda três tipos de prescrição: Prescrição Eletrónica Desmaterializada (Receita Sem Papel), Prescrição Eletrónica Materializada (renovável ou não), Prescrição Manual (receita médica pré-impressa, não renovável, prevista apenas em casos de falência do SI, inadaptação do prescritor, prescrição ao domicílio ou prescrição máxima de 40 receitas médicas por mês) [6].

De acordo com o Despacho n.º 2935-B/2016, de 25 de fevereiro de 2016, a Receita Sem Papel tornou-se obrigatória a 1 de abril de 2016, para todas as entidades do SNS [8].

3.1.2 Validação da Prescrição Médica

É essencial efetuar a validação da prescrição médica, antes da dispensa dos medicamentos. Assim sendo, é preciso confirmar os vários processos da validação:

Em relação à **Prescrição Eletrónica**:

- Número da receita, local de prescrição, nome do médico prescriptor, número da cédula profissional e a especialidade médica;
- Dados do utente, tais como nome e número do utente, bem como regime especial de comparticipação, caso seja aplicável;
- Entidade financeira responsável e número de beneficiário, acordo internacional e sigla do país, quando aplicável;
- DCI da substância ativa, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem e quantidade de embalagens;
- Data da prescrição e assinatura do médico prescriptor.

Em relação à **Prescrição Manual**, para além dos pontos antes mencionados, deverá:

- Conter o motivo da exceção legal;
- Não conter rasuras, caligrafias diferentes, usar canetas diferentes ou prescrever a lápis.

Durante o meu período de estágio, lidei com várias falhas de prescrição, dos quais destaco a falta do motivo da exceção legal e assinatura do médico prescriptor, o que impedia a validação da prescrição.

3.1.3 Dispensa de Medicação

Segundo as BPF, “a informação ao utente é fundamental para o uso racional dos medicamentos” [3]. Deste modo, depois de proceder à validação da prescrição médica, segue-se a dispensa propriamente dita, assegurando que a informação é toda transmitida ao utente e de forma clara, como por exemplo, a forma como deve ser tomado, a duração do tratamento e eventuais cuidados a ter em atenção.

Recorre-se ao SI para dispensar o medicamento/produto prescrito, inserindo os códigos de acesso e indicação (quando aplicável) de eventuais planos de comparticipação complementar do utente. No fim, o SI exige a verificação dos

medicamentos dispensados, evitando possíveis erros que poderiam colocar a segurança do utente em risco. A partir do dia 9 de fevereiro de 2019, tornou-se obrigatória a colocação de um código de barras bidimensional (Código *Datamatrix*) que apresenta um número único e exclusivo para cada embalagem e ainda um selo de aprovação de adulterações. Desta forma, permite saber se a embalagem foi aberta ou alterada desde que saiu das instalações do fabricante.

Durante o decorrer do estágio, tentei sempre esclarecer as dúvidas dos utentes de forma clara, quer de forma escrita ou através da comunicação oral. Algumas vezes tive que recorrer ao SI, ao Folheto Informativo ou aos colegas da farmácia para garantir sempre o melhor atendimento possível aos utentes.

3.1.4 Sistemas de Comparticipação de Medicamentos

Para garantir a igualdade de acesso aos medicamentos foi criado o regime de comparticipações do Estado no preço dos medicamentos de venda ao público, regulado por lei. Os medicamentos comparticipados são sempre sujeitos a receita médica, no entanto nem todos os MRSM são comparticipados [4].

No regime geral, o Estado paga uma percentagem do preço de venda ao público dos medicamentos, de acordo com os seguintes escalões e consoante a sua classificação farmacoterapêutica:

- Escalão A – 90%;
- Escalão B – 69%;
- Escalão C – 37%;
- Escalão D – 15% [6].

Em relação aos pensionistas, a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos integrados no Escalão A é acrescida de 5%, enquanto que nos escalões B, C e D é acrescida de 15%, segundo o nº1 do Artigo 19º do Decreto-Lei nº 48-A/2010, de 13 de maio [9].

Para que a comparticipação seja feita, na receita médica tem de constar com especificidade a entidade responsável pela comparticipação, como por exemplo o Sistema Nacional de Saúde (SNS). No entanto, há ainda sistemas de complementaridade, dos quais o utente beneficia tanto da comparticipação do SNS como também de outra entidade, como por exemplo, o Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários (SAMS), muito comum na FS.

Para além dos regimes mencionados acima, há ainda regimes especiais de comparticipação de medicamentos, de acordo com determinadas patologias, como lúpus, paramiloidose, entre outros.

3.1.5 Processamento de Receituário e Faturação

A gestão de receituário e faturação é essencial e tem como objetivo de detetar e, conseqüentemente, corrigir erros, como por exemplo, prazos de validade das prescrições expirados, erros de dispensa ou alterações de preço em vigor, mas também para que a farmácia possa receber o valor correspondente às comparticipações. Sendo assim, as receitas manuais são separadas de acordo com o plano de comparticipação e organizadas em lotes de 30 unidades por ordem crescente. No final do mês, a partir do SI, é emitido o Verbete de Identificação do Lote, dos lotes completos até ao momento de emissão. No último dia de cada mês, é emitida uma fatura mensal de medicamentos e a “Relação de Resumos de Lote”. As receitas que são comparticipadas pelo SNS são enviadas para o Centro de Conferência de Faturas da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e as receitas com outro tipo de comparticipação são enviadas para a Associação Nacional das Farmácias (ANF). No final, o valor correspondente à comparticipação é devolvido à farmácia.

Durante os seis meses de estágio, tive a oportunidade de participar nas várias etapas deste processo, quer de conferência, quer de fecho de receituário realizado no último dia do mês.

3.1.6 Medicamentos Psicotrópicos e Estupefacientes

Os medicamentos que contêm substâncias ativas classificadas como psicotrópicos ou estupefacientes são sujeitos a um controlo mais rigoroso por parte do INFARMED. Este controlo deve-se ao facto de apesar de trazerem benefícios terapêuticos, podem causar dependência psíquica e/ou física quando utilizados de forma incorreta [4].

Uma vez que estão associados a uma forte prática ilícita, estes medicamentos só podem ser dispensados através de receita médica especial.

A dispensa destes medicamentos através do SI requer o preenchimento dos dados pessoais relativos ao utente e ao adquirente, caso se trate de pessoas

diferentes, bem como a identificação do médico prescritor. No final da venda, é impresso um documento comprovativo da venda do psicotrópico com um número do registo, o qual fica arquivado na farmácia durante um período de três anos.

Ao longo do meu estágio, dispensei vários medicamentos psicotrópicos e contactei com a regulamentação em vigor, nomeadamente por confirmação do registo de entradas e saídas.

3.2. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

De acordo com o Estatuto do Medicamento [4], os MNSRM podem ser dispensados sem receita médica, tal como o próprio nome indica, visto que são utilizados há vários anos e apresentam um perfil de segurança bem conhecido. Sendo assim, são aqueles que podem ser dispensados por indicação farmacêutica ou num contexto de automedicação, de forma responsável e apenas em problemas de saúde transitórios e ligeiros. É função do farmacêutico analisar a história clínica do utente e ponderar o risco/benefício da utilização do MNSRM. Neste aconselhamento farmacêutico, é importante que o utente receba toda a informação relevante à medicação, posologia e cuidados especiais. Caso seja necessário, o farmacêutico deve sugerir que o utente consulte o seu médico ou outro profissional de saúde especializado.

Segundo o artigo 115º, do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, os MNSRM não são comparticipados, exceto nos casos previstos na legislação que define o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos [4]. O PVP destes medicamentos é definido pela farmácia.

Ao longo do meu estágio, deparei-me com várias situações de aconselhamento farmacêutico e automedicação. Considerei que foi um desafio ainda maior, uma vez que nem todos os utentes se automedicavam corretamente e tive que intervir e explicar os riscos inerentes, o que nem sempre foi aceite da melhor forma pelos mesmos.

3.3. Outros Produtos Farmacêuticos

Para além dos MSRM e dos MNSRM, a FS oferece uma vasta variedade de produtos farmacêuticos que visam satisfazer as necessidades dos seus utentes. Deste modo, o farmacêutico tem um papel bastante ativo, uma vez que pode fazer

um aconselhamento personalizado e adequado, através de todos os seus conhecimentos.

Segundo o artigo 33º, do Decreto-Lei N.º 307/2007, de 31 de agosto, “as farmácias podem fornecer ao público os seguintes produtos: (...) medicamentos e produtos veterinários; medicamentos e produtos homeopáticos; produtos naturais; dispositivos médicos; suplementos alimentares e produtos de alimentação especial; produtos fitofarmacêuticos; produtos cosméticos e de higiene corporal; artigos de puericultura; produtos de conforto” [2]. Estes produtos estão enquadrados numa legislação própria.

Em relação aos medicamentos manipulados, a FS opta por pedir a outras farmácias quando chega alguma prescrição deste género. O procedimento consiste em ligar à farmácia que prepara os manipulados, confirmar a preparação e de seguida, enviar por *fax* ou via digital, a receita referente. Depois os manipulados são enviados por um distribuidor juntamente com a fatura.

Durante os seis meses de estágio, contactei com a vasta gama de produtos disponíveis na FS, tendo um papel ativo na sua venda. De entre os mais comuns, estão os produtos cosméticos e de higiene corporal, suplementos alimentares e produtos veterinários. Uma das minhas maiores dificuldades foi familiarizar-me com a ampla oferta de produtos dermocosméticos da FS, tendo aproveitado alguns tempos livres para conhecer melhor os mesmos.

4. Serviços e Cuidados de Saúde prestados na Farmácia Silveira

Para além da dispensa de medicamentos, as farmácias podem prestar serviços farmacêuticos com o objetivo de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes [2].

Deste modo, a FS oferece bastantes serviços farmacêuticos, tais como monitorização de parâmetros bioquímicos e biofísicos, administração de medicamentos injetáveis (quer sejam vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação ou outros medicamentos injetáveis) e recolha de resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso. Para além destes, a FS oferece uma vasta gama de outros serviços prestados por profissionais de saúde externos, tais como podologia, psicologia, nutrição clínica e nutrição *EasySlim®*.

4.1. Determinação de parâmetros bioquímicos e biofísicos

Em relação aos parâmetros bioquímicos, os utentes podem realizar determinações dos valores de colesterol total, triglicerídeos, glicemia e ácido úrico. Utiliza-se um aparelho denominado Reflectron®, através de punção capilar.

Recentemente, a FS adquiriu um aparelho chamado COBAS®, que permite a determinação do perfil lipídico e hemoglobina glicosilada. Ainda dentro destes parâmetros, a FS realiza testes de gravidez às utentes que pretendam.

Relativamente aos parâmetros biofísicos para além da medição da pressão arterial e da frequência cardíaca, através de um esfigmomanómetro automático, a FS disponibiliza aos seus utentes a determinação do peso e altura, com recurso a uma balança. Esta por sua vez, fornece ainda o valor do índice de massa corporal, com base no peso e altura do utente, revelando os valores de referência.

Durante o período de estágio, realizei todas as determinações acima mencionadas e pude esclarecer várias dúvidas dos utentes e ainda prestar aconselhamento relativamente a medidas não farmacológicas, melhorias no estilo de vida e alertar para vários fatores de risco, com os quais me deparei.

4.2. Administração de Medicamentos Injetáveis

Este serviço é apenas realizado por farmacêuticos com formação complementar específica e reconhecida pela Ordem dos Farmacêuticos. Tal como já abordei, as vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação são também administradas, como descrito na Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro [10].

Não me foi possível a observação da administração de nenhum injetável, no entanto, percebi desde logo, a enorme importância da administração de medicamentos injetáveis na farmácia, quer pela maior comodidade que oferece aos utentes, quer pela confiança que os farmacêuticos habilitados transmitem. Durante o registo no SI deste serviço, questionava o utente se seria a primeira vez que ia utilizar aquele medicamento, se a resposta fosse afirmativa, confirmava junto das farmacêuticas habilitadas, já que existe sempre a hipótese de ocorrer uma reação anafilática por parte do utente. Deste modo, era preferível que a toma fosse feita no centro de saúde.

4.3. Recolha de resíduos de medicamentos

Com o objetivo de reduzir o impacto ambiental negativo causado pelos resíduos de embalagens vazias e dos medicamentos fora de uso, foi criada a VALORMED®.

A VALORMED® é uma sociedade, sem fins lucrativos, responsável pela gestão destes mesmos resíduos e tem como objetivo a implementação de um sistema autónomo e seguro de recolha e tratamento dos resíduos. Assim, consegue-se preservar a saúde pública, evitando que estes se encontrem acessíveis, como qualquer outro resíduo [11].

Os utentes da FS têm ao seu dispor este serviço, onde podem entregar embalagens vazias e medicamentos fora do prazo de validade, ou fora de uso, que são colocados no contentor de cartão da VALORMED®. Quando se encontra cheio, é selado e procede-se ao registo no SI. Posteriormente, o contentor é recolhido e segue para a estação de incineração.

Constatei que os utentes estão bastante sensibilizados para o impacto negativo deste tipo de produtos, mostrando-se bastante recetivos nesta iniciativa. Assim, é recorrente a entrega de resíduos na farmácia, o que me deixou muito impressionada e me permitiu realizar várias vezes a selagem destes contentores especiais e fazer o registo a nível informático, para depois serem levados pelos distribuidores.

5. Formação Contínua

Atualmente, a atividade farmacêutica requer uma constante atualização de conhecimentos técnico-científicos de novos produtos que são lançados no mercado, o que não seria possível sem frequentar formações complementares e contínuas ao longo da carreira. Por isso, as formações complementares têm como objetivo atualizar os conhecimentos dos farmacêuticos atualizados e desenvolver as suas competências, para que sejam capazes de prestar o melhor aconselhamento possível ao utente.

*Ao longo de todo o estágio tive oportunidade de assistir a várias formações, as quais se encontram listadas na **Tabela 2**.*

Tabela 2 – Formação contínua durante o estágio

FORMAÇÃO	ORGANIZAÇÃO	LOCAL	DATA E DURAÇÃO
PRODUTOS JOWAÉ®	Alès Group®	Farmácia Silveira	6/03/2019 1h
CUIDAR PRIMAVERA - VERÃO	ADDOPharm®	Hotel <i>Tryp</i> Expo	16/05/2019 6h
TÉCNICAS DE VENDA	Farmácia Silveira	Farmácia Silveira	19/05/2019 7h
MARKETING DIGITAL	ADDOPharm®	Hotel <i>Tryp</i> Expo	22/05/2019 5h
COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA	Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto	Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto	23/05/2019 6h
GAMA DE SUPLEMENTOS BIOACTIVO®	PharmaNord®	Hotel <i>Holiday Inn</i> Gaia	29/05/2019 7h
PRODUTOS ESTHEDERM®	NAOS®	Hotel Porto Palácio	30/05/2019 7h30
MYCO CLEAR® GAMA ALOCLAIR® ALOBABY® GUROSAN® GURONENERGY®	Jaba Recordati®	Farmácia Silveira	5/06/2019 1h30
BIOACTIVO® GLUCOSAMINA DUPLO	PharmaNord®	Farmácia Silveira	26/06/2019 30 min

Parte II – Projetos Desenvolvidos Durante o Estágio Curricular

1. Projeto I: Rastreio Cardiovascular na Farmácia – Avaliação do Risco Cardiovascular e Medidas de Prevenção

1.1. Justificação do Tema do Projeto

Desde o início do meu estágio, percebi que a população que frequenta a FS é maioritariamente idosa, sofrendo de várias doenças crónicas e, portanto, polimedicada. Devido a este facto, os idosos deslocam-se várias vezes à farmácia, quer seja para levantarem a sua medicação (principalmente anti- hipertensores, antidiabéticos ou antidiabéticos), quer em busca dos serviços farmacêuticos, nomeadamente para controlo do CT ou da PA.

Sendo assim, achei oportuna a realização de um projeto que analisasse a prevalência de DCV (Doenças Cardiovasculares), bem como o RCV (Risco Cardiovascular), a partir de uma amostra de utentes da FS. Para isso, organizei um Rastreio Cardiovascular em parceria com a *Wocadi®*, que decorreu no dia 17 de maio de 2019, no Dia Mundial da Hipertensão, entre as 09:00h e as 18:00h.

1.2. Doenças Cardiovasculares

A principal causa de morte em Portugal são as DCV, o que faz com que sejam uma das prioridades no que toca ao planeamento em saúde, sendo necessário prevenir o seu aparecimento ou o seu agravamento [12, 13].

As DCV, como o próprio nome indica, são doenças que afetam o sistema circulatório, nomeadamente vasos sanguíneos e artérias, e são quase todas causadas por aterosclerose [13]. A aterosclerose é caracterizada pelo estreitamento e endurecimento das grandes e médias artérias e tem como consequência o seu bloqueio progressivo, dificultando o fluxo sanguíneo dentro das mesmas [14, 15]. A placa aterosclerótica ou placa de ateroma é desenvolvida por acumulação de placas fibrosas, após um desequilíbrio na homeostasia entre o endotélio e as células musculares lisas dos vasos sanguíneos saudáveis [14, 16].

A cadeia de acontecimentos patológicos e fisiológicos que são responsáveis pela evolução da aterosclerose, é despoletada pela exposição a múltiplos fatores de risco e prolonga-se ao longo de vários anos. Níveis baixos de c-HDL (Colesterol – Lipoproteína de Alta Densidade), níveis elevados de c-LDL (Colesterol – Lipoproteína de Baixa Densidade), TG, HTA (Hipertensão Arterial), DM (Diabetes *Mellitus*),

excesso de gordura visceral e tabagismo são exemplos de fatores de risco que podem estar na origem da disfunção endotelial [17]. A rutura de uma placa aterosclerótica faz com que o risco de trombose, enfarte agudo do miocárdio (EAM) ou acidente vascular cerebral (AVC) aumente consideravelmente. [18]

Sendo assim, é fundamental fazer alterações no estilo de vida de modo a reduzir os fatores de risco associados, prevenindo a formação de placas e consequentemente, DCV.

1.2.1. Fatores de Risco

Por definição, fator de risco é a condição que faz com que o RCV aumente e por sua vez, a probabilidade de ocorrer alguma DCV aumenta também [13].

Há dois tipos de fatores de risco: os modificáveis e os não modificáveis. Enquanto que os primeiros são passíveis de sofrerem algum tipo de intervenção e correção, sempre na ótica de prevenção, nos segundos isso já não é possível, pois já são intrínsecos [19].

Os **fatores de risco modificáveis** são os seguintes:

Hipertensão Arterial: HTA é o principal fator de risco para se desenvolver um AVC [20]. Os valores recomendados de PA devem ser inferiores a 140/90 mmHg, desde que não tragam contraindicações e que sejam tolerados [21]. Na **tabela 4** encontra-se a classificação da PA para indivíduos com mais de 18 anos, segundo a DGS. É de extrema importância uma monitorização regular da PA, visto que é muitas vezes “silenciosa” quando se apresenta elevada. O consumo excessivo de sal pelos portugueses é uma das principais causas da origem e agravamento desta doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o valor diário recomendado é de apenas cinco gramas por dia [22].

Tabela 3 - Classificação da PA em indivíduos com mais de 18 anos – Adaptado [23]

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	120 - 129	80 - 84
Normal - Alta	130 - 139	85 - 89
HTA Grau I	140 - 159	90 - 99
HTA Grau II	160 - 179	100 - 109
HTA Grau III	≥ 180	≥ 110

Diabetes Mellitus (DM): é uma doença crónica, sendo caracterizada por um aumento dos níveis de glucose na circulação sanguínea. Uma vez que a DM apresenta várias co-morbilidades, os diabéticos podem desenvolver tanto complicações microvasculares como macrovasculares, exemplo destas últimas é que podem levar a EAM ou a AVC, sendo deste modo considerada um fator de risco importante [24]. Na tabela abaixo (**Tabela 5**), estão descritos os critérios de diagnóstico, de acordo com as normas da DGS, sendo que se entende por sintomas clássicos a poliúria, polifagia, polidipsia, perda de peso involuntária e xerostomia [25].

Tabela 4 - Critérios de diagnóstico de DM e categorias de risco aumentado para diabetes – Adaptado [25]

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
DIABETES MELLITUS	a) Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dL; ou b) Glicemia ocasional ≥ 200 mg/dL + Sintomas Clássicos; ou c) Glicemia ≥ 200 mg/dL às 2h na Prova de Tolerância à Glucose Oral (PTGO) com 75g de glucose; ou d) Hemoglobina Glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$
ANOMALIA DA GLICEMIA EM JEJUM (AGJ)	Glicemia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dL
TOLERÂNCIA DIMINUÍDA À GLICOSE (TDG)	Glicemia às 2h na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dL

Dislipidemias: traduzem-se numa elevação do CT e TG no plasma ou então, na diminuição dos níveis de c-HDL, o que contribui para a aterosclerose [26]. Deste modo, é essencial manter os níveis de CT inferiores a 190 mg/dL, sendo que o nível de c-LDL não deve ser superior a 115 mg/dL, enquanto que o valor de c-HDL deve ser superior a 45 mg/dL, no sexo feminino, e superior a 40 mg/dL no sexo masculino [27, 28].

É importante salientar que numa população de alto risco (DM tipo 2 e DCV estabelecida), os níveis de CT não devem ultrapassar os 175 mg/dL e os de c-LDL devem ser inferiores a 100 mg/dL [27].

As dislipidemias podem ser classificadas em primárias, relacionadas com a genética ou então, em secundárias, causadas pelo estilo de vida e outros fatores. Sendo assim, pode-se fazer alterações no estilo de vida do utente, com a finalidade de minimizar a dislipidemia, caso se trate de uma dislipidemia secundária [26].

Obesidade: está relacionada com várias co-morbilidades, nomeadamente HTA, DM tipo 2, dislipidemia, doença arterial coronária (DAC), entre outras, uma vez que causa um aumento significativo do volume sanguíneo total e do débito cardíaco e consequentemente, a uma diminuição da resistência periférica total.

Em pessoas adultas, um Índice de Massa Corporal (IMC) com valores entre 25 a 29,99 kg/m², indica excesso de peso, enquanto que um IMC ≥ 30 kg/m² é sinónimo de obesidade [29].

Uma dieta equilibrada rica em gorduras saturadas, frutas e vegetais e uma redução do consumo de sal, traduzem-se em medidas que podem minimizar este fator de risco.

Sedentarismo: realizar atividade física por lazer, está associada a uma redução de cerca de 30 a 50% no risco de DCV, tanto nos homens como nas mulheres, quer seja em idade adulta ou idosa.

A prática de exercício físico para além de permitir a manutenção de um peso saudável, permite também um controlo dos níveis de PA, colesterol e glicemia. É recomendado 30 minutos de atividade física moderada, por dia [30].

Tabagismo: nos dias de hoje, o consumo de tabaco é a principal causa de doença e de mortes que podem ser evitadas, nos países desenvolvidos [31]. Ao fumar, dá-se um aumento agudo da PA e da frequência cardíaca, que perdura 15 minutos após fumar um cigarro. Estudos realizados demonstram que pessoas fumadoras apresentam valores de PA diária mais elevados, quando comparados com pessoas não-fumadoras [32].

Álcool: nos adultos saudáveis, a ingestão de poucas ou moderadas quantidades de álcool por dia não revelam um impacto substancial na hemodinâmica ou na PA, até pelo contrário, aumenta os valores de c-HDL, impede a agregação

plaquetária e ainda favorece a fibrinólise. Por outro lado, um consumo excessivo de álcool está associado a um aumento transitório na PA e a um incremento dos valores de c-LDL, o que faz com que a probabilidade de desenvolver aterosclerose aumente [16, 33]. Recomenda-se o consumo máximo de 2 copos por dia, no caso dos homens e em relação às mulheres, recomenda-se a ingestão de 1 copo por dia.

Os fatores de risco não modificáveis são:

Sexo: em indivíduos do sexo masculino, o risco de ter um ataque cardíaco é mais elevado do que em indivíduos do sexo feminino, no entanto, a diferença diminui assim que as mulheres atingem a menopausa e o risco de DCV a partir dos 65 anos é igual para os dois sexos. Nas mulheres, uma hormona chamada estrogénio apresenta características antiaterogénicas, visto que tem capacidade de aumentar a síntese de c-HDL e a degradação de c-LDL, relaxar o miocárdio, entre outros aspetos benéficos. É de realçar que quando as mulheres são afetadas pelas DCV, estas apresentam maior gravidade [34, 35].

Idade: em idade mais avançada, a probabilidade de desenvolver DCV aumenta. De facto, 80% das mortes relacionadas com este tipo de doença, dá-se em indivíduos com mais de 65 anos. À medida que se envelhece, o coração tem tendência a deixar de funcionar corretamente, uma vez que deixa de ter capacidade de bombear o sangue corretamente [34].

Hereditariedade: indivíduos com história familiar de DCV, apresentam uma maior possibilidade de vir a ter este tipo de doenças. O risco é ainda mais acrescido, quando aliados a um fundo genético predisponente a DCV, praticam estilos de vida não saudáveis. Não sendo possível exercer controlo sobre este fator de risco, resta apenas adotar um modo de vida saudável [36].

1.2.2. *Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE)*

Atualmente, utiliza-se na prática clínica sistemas de avaliação de RCV com a finalidade de aplicar medidas para reduzir esse mesmo risco. Após o cálculo do RCV, consegue-se identificar utentes com alto risco e intervir, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Segundo as Diretrizes Europeias, é recomendado o método de avaliação SCORE, que é um sistema europeu de estimativa do RCV, desenvolvido em 2003 e elaborado com base em vários estudos de coorte europeus.

O modelo SCORE avalia o risco absoluto a dez anos de um primeiro evento CV fatal, em indivíduos que não tenham já desenvolvido alguma doença aterosclerótica. O modelo pode ser aplicado a pessoas com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos e tem em conta alguns fatores de risco, nomeadamente sexo, idade, tabagismo, PA sistólica e CT [37]. É um método de fácil uso, uma vez que é bastante intuitivo e apresenta uma linguagem comum para todos os profissionais de saúde, permitindo também uma análise objetiva, ao mesmo tempo que multifatorial. Contudo, apresenta as desvantagens de avaliar o risco fatal e não o risco total, de ser restrito ao nível das faixas etárias e não tem em conta os vários grupos étnicos [38].

A interpretação do risco deve ser feita no sentido populacional e não individual, ou seja, um risco de 5% sugere que, por cada 100 indivíduos numa situação semelhante de estimativa de RCV, 5 apresentam risco fatal cardiovascular nos próximos 10 anos [39].

Segundo a Norma N.º 005/2013 da DGS, a classificação pode ser feita em quatro níveis diferentes de RCV:

a) Risco CV muito alto:

- I. Sem necessidade de avaliação SCORE:
 - i. Utente portador de DCV aterosclerótica documentada, independentemente do território vascular afetado, como sejam, enfarte do miocárdio, síndrome coronário agudo, revascularização coronária ou outro procedimento de revascularização arterial, AVC isquémico, doença arterial periférica;
 - ii. Utente com DM tipo 2 ou tipo 1, com um ou mais fatores de risco CV e/ou lesão dos órgãos-alvo (tal como microalbuminúria: 30-300 mg/24 horas);
 - iii. Utente com doença renal crónica grave [taxa de filtração glomerular (TGF) inferior a 30 ml/min/1.73 m²].
- II. Utente com avaliação SCORE igual ou superior a 10%.

b) Risco CV alto:

- I. Sem necessidade avaliação SCORE:
 - i. Utente com fatores de risco vascular isolados, muitos elevados, tais como, HTA grave (de grau 3) ou dislipidemia familiar;
 - ii. Utente com DM tipo 2 ou tipo 1, mas sem outros fatores de risco CV ou lesão de órgão-alvo;
 - iii. Utente com doença renal crónica moderada (TFG entre 30-59 ml/min/1.73 m²).
- II. Utente com avaliação SCORE igual ou superior a 5%, mas inferior a 10%.

c) Risco CV moderado:

- I. Utente com avaliação SCORE igual ou superior a 1%, mas inferior a 5%.

d) Risco CV baixo:

- I. Utente com avaliação SCORE inferior a 1% [39].

Portugal é considerado um país de baixo RCV, deste modo, para avaliação do risco SCORE, usa-se a tabela que consta no Anexo I.

1.3. Objetivos

A realização do Rastreio Cardiovascular na FS teve os seguintes propósitos:

- Assinalar o Dia Mundial da Hipertensão;
- Avaliar o RCV de uma amostra de utentes da FS;
- Demonstrar a relevância de monitorizar frequentemente os valores das medições dos parâmetros bioquímicos e biofísicos;
- Identificar fatores de risco que não estejam controlados;
- Alertar e sensibilizar a população a adotar estilos de vida saudáveis;
- Divulgar junto dos utentes da FS, o novo equipamento COBAS®, que permite a avaliação do perfil lipídico completo e a hemoglobina glicosilada;

1.4. Metodologia

Tal como já foi referido, o Rastreio Cardiovascular realizou-se no dia 17 de maio, nas instalações da FS.

A divulgação do mesmo foi feita através de um cartaz elaborado por mim (Anexo II) e afixado na montra da FS, com uma semana de antecedência, no gabinete de atendimento personalizado e em todos os postos de atendimento. Para além disso, a *Wocadi®* disponibilizou imagens alusivas ao Mês do Coração (mês de maio) e às DCV (Anexo III), que foram passadas na televisão da FS.

Numa primeira fase do rastreio foi feito um questionário, elaborado através do *GOOGLE Forms®*, a todos os participantes, com o intuito de avaliar possíveis fatores de risco de DCV. Foi questionado quando tinha sido a última visita ao médico; a ocorrência de DCV, nomeadamente EAM, AVC, trombose, doença cardíaca isquémica, doença vascular periférica e doença vascular cardíaca; se fazia alguma terapia farmacológica para o sistema cardiovascular e/ou para outras patologias; se tinha hábitos tabágicos; se praticava exercício físico; foram recolhidos também os dados pessoais do utente, tais como nome, data de nascimento, sexo e nacionalidade.

Numa segunda fase, foram feitas as medições dos vários parâmetros em análise: altura, peso, IMC, PA, frequência cardíaca e CT. De seguida, foi calculado o risco SCORE e feito o aconselhamento farmacêutico apropriado a cada caso.

Foi entregue a todos os participantes um folheto informativo elaborado por mim, acerca das DCV, dos fatores de risco e maneiras de prevenir o aparecimento de DCV (Anexo IV).

Os dados obtidos das medições foram todos registados num cartão próprio, de modo a que haja um acompanhamento contínuo dos parâmetros pelo próprio utente, pelos colegas da farmácia ou pelo médico de família.

Caso o utente apresentasse um valor de CT > 190 mg/dL, era oferecido, por cortesia da *Wocadi®*, o perfil lipídico completo, numa próxima visita à farmácia.

1.5. Resultados e Discussão

O Rastreio Cardiovascular contou com a presença de 23 participantes, 14 (61%) eram do sexo feminino e 9 (39%) do sexo masculino. Em relação às idades dos rastreados, o espectro foi desde os 48 anos até aos 85 anos, sendo que a média de idades foi de 59,5.

Começando a análise dos resultados pelo IMC, apenas 4 (17%) utentes apresentam peso normal, enquanto que 12 (53%) apresentam excesso de peso e 7

(30%) têm obesidade de classe I [40]. Contudo, apenas 1 (4%) utente referiu já ter sido diagnosticado com obesidade.

No que diz respeito aos parâmetros bioquímicos, nomeadamente à PA, 4 (17%) rastreados apresentam uma PA superior a 140/90 mmHg, distribuindo-se os restantes como descrito na tabela abaixo (Tabela 5).

Tabela 5 - Valores de PA dos utentes rastreados

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Utentes
Ótima	< 120	< 80	5 (22%)
Normal	120 - 129	80 - 84	4 (17%)
Normal - Alta	130 - 139	85 - 89	10 (43%)
HTA Grau I	140 - 159	90 - 99	4 (17%)

É de salientar que 10 (43%) dos inquiridos já tinham sido diagnosticados pelo médico de família com HTA e medicamentos, sendo que 6 (60%) apresentavam a PA bem controlada. Os 4 restantes continuavam a apresentar PA > 140/90 mm/Hg e quando questionados se tomavam a medicação para a HTA, alguns utentes referiram que se esqueciam.

Relativamente ao CT, um pouco mais de metade dos rastreados (52%) apresenta valores de CT inferiores a 190 mg/dL, enquanto que 11 (48%) apresenta CT elevado. É importante referir que o valor de CT mais alto registado foi de 277 mg/dL. Aos rastreados que apresentam CT normal, foram inquiridos sobre o facto de fazerem terapêutica medicamentosa para o efeito e apenas 5 (41%), ou seja, menos de metade, afirmaram que o faziam. Outro facto alarmante, é o número de indivíduos que apresentam valores de CT elevado e que não tomam medicação, 9 em 11, o que corresponde a 82%.

Em relação aos hábitos tabágicos, surpreendentemente, 13 (56%) pessoas afirmaram que nunca fumaram, 3 (13%) são fumadoras e 7 (30%) são ex-fumadoras (Gráfico 1 do Anexo V). Os 3 fumadores disseram que fumam entre 10 a 20 cigarros por dia (Gráfico 2 do Anexo V), o que equivale a quase um maço de tabaco por dia. Dos ex-fumadores, 6 deixaram o vício há mais de um ano, enquanto que 1 deixou entre o meio ano e um ano (Gráfico 3 do Anexo V). Nenhum utente referiu ter um consumo excessivo de álcool.

Quando inquiridos sobre a prática de exercício físico, 12 (52%) utentes referiram que despendem cerca de 1 a 2 horas por semana, 4 (17%) praticam cerca de 3 horas e mais de um quarto (26%) dos indivíduos afirmaram que não realizavam nenhuma atividade física (Gráfico 4 do Anexo V).

No que diz respeito às práticas sedentárias, como trabalho no computador, ver televisão ou momentos de leitura, 5 (22%) dos inquiridos relataram despende mais de 20 horas semanais e 6 (26%) afirmaram não gastar mais do que 3 horas da sua semana para estas práticas (Figura 5 do Anexo V).

Apenas 1 (4,3%) dos 23 utentes rastreados referiu ter sofrido um AVC, quando questionados sobre o diagnóstico prévio de DCV. De salientar que só 4 (17%) inquiridos referiram ter história familiar de DCV.

Relativamente ao risco SCORE, 10 (43%) utentes apresentam um risco muito alto, dos quais 9 utentes é devido à idade (superior a 65 anos) e 1 por ter já tido um AVC. 11 (48%) dos 23 rastreados apresentam risco moderado e apenas 2 (9%) apresentam risco SCORE baixo.

Após o questionário e as medições dos parâmetros bioquímicos, foi prestado o devido aconselhamento farmacêutico. Deste modo, aos utentes que apresentaram excesso de peso, foi sublinhada a importância de uma alimentação saudável e aos que apresentaram um IMC indicativo de obesidade, foi sugerida uma consulta médica. Aos rastreados que apresentaram os valores mais elevados que os valores de referência e que não tinham sido diagnosticados previamente, foram alertados para a importância de fazerem um controlo mais rigoroso e regular dos valores, tendo sido sugerida uma consulta médica, assim que possível. Aos inquiridos que revelaram valores elevados e que já tinham sido diagnosticados, foram questionados sobre a medicação que tomavam e como tomavam e foi salientada a importância da adesão à terapêutica. Os utentes que apresentaram o valor de CT superior a 190 mg/dL foram referenciados, para que numa próxima ida à farmácia, realizassem o perfil lipídico completo, de forma gratuita. A todos os rastreados foi referida a importância de fazerem alterações no seu estilo de vida, de modo a adotarem um modo de vida mais saudável, quer seja reforçarem os cuidados na alimentação, quer seja na prática de exercício físico mais regular.

1.6. Conclusões

A adesão ao Rastreio Cardiovascular surpreendeu-me bastante, uma vez que os próprios utentes se dirigiam aos profissionais da FS para esclarecer dúvidas e pedir mais informação acerca do mesmo, tendo preenchido as vagas disponíveis rapidamente.

Dado o baixo nível de literacia em saúde dos utentes da FS, o rastreio foi uma mais valia, no que diz respeito ao ensino da população relativamente às DCV. Sabendo do risco a elas inerente, há uma maior preocupação dos utentes para consultarem o médico, percebendo se é necessária ou não uma abordagem farmacológica.

Após análise dos dados, pode-se concluir que a população que frequenta a FS não está diagnosticada e não se encontra a fazer terapia farmacológica para as suas patologias.

Relativamente aos utentes já diagnosticados, foi notória uma falta de informação em relação à medicação que se encontravam a fazer, traduzindo-se numa falta de adesão à terapêutica. Este facto intensifica a necessidade de haver uma conversa com o utente sobre a sua medicação, tanto por parte do farmacêutico como por parte do médico.

Conclui-se que só com o trabalho conjunto dos vários profissionais de saúde se consegue passar a mensagem correta ao utente, permitindo que este cumpra com as indicações da prescrição e faça alterações no seu estilo de vida, diminuindo, desta forma o risco de desenvolver DCV.

2. Projeto II: Consulta de Aconselhamento Farmacêutico sobre Menopausa

2.1. Justificação do Tema do Projeto

Ao longo do meu estágio, em conversa com algumas utentes, percebi que a menopausa não era um tema muito abordado e que muitas desvalorizam a sintomatologia associada a este evento fisiológico, por ser “normal” e por “não haver muito a fazer”.

Sendo o farmacêutico muitas vezes o primeiro contacto com os utentes, este deverá tentar intervir junto das mulheres, quer seja para melhor entendimento desta fase, quer para mitigar a sintomatologia.

Deste modo, achei oportuna a realização de um projeto em que fosse possível abordar com clareza este tema junto das utentes da FS, num ambiente mais íntimo. Para isso, elaborei uma Consulta de Aconselhamento Farmacêutico, em parceria com o grupo *ADDOPharm®*, que ofereceu toda a informação necessária sobre o tema, o que permitiu o êxito desta iniciativa. A atividade decorreu no dia 28 de maio de 2019, no Dia Internacional da Saúde Feminina, entre as 09:00h e as 18:00h.

2.2. Menopausa e Climatério

A **menopausa** é um acontecimento biológico que faz parte do envelhecimento natural da mulher [41]. É definida pela data da última menstruação, resultante da falência ovárica, que normalmente dá-se entre os 45 e os 55 anos. Em Portugal, a média de idades em que ocorre a menopausa é de 48 anos [41, 42].

O diagnóstico é feito de uma forma retrospectiva, ou seja, considera-se que uma mulher entrou na menopausa, após 12 meses seguidos de amenorreia [41, 42]. No entanto, o diagnóstico pode ser confirmado através do doseamento sérico da Hormona Foliculoestimulante (FSH) (> 40 mUI/mL) e do Estradiol (< 20 - 30 pg/mL) [43].

Muitas vezes equivocado com a menopausa, surge o termo **climatério**, que por sua vez, é a fase da vida da mulher que ocorre entre o declínio da função ovárica e o seu termo absoluto [42]. A progressiva diminuição da reserva folicular culmina com a decadência dos níveis de estrogénio, estando associada com frequência à sintomatologia do climatério [42, 44]. Depreende 3 fases, a **pré-menopausa** (início do declínio da função ovárica até à menopausa), a **peri-menopausa** (pré-menopausa até um ano após a última menstruação) e a **pós-menopausa** (período que começa com a última menstruação) e cuja individualização não é linear [42, 43].

Uma vez que a deficiência em estrogénio afeta vários tecidos e órgãos, o climatério apresenta uma vasta gama de sinais e sintomas. É de notar que a intensidade dos sintomas é diretamente proporcional à velocidade com que se dá a carência estrogénica. A curto prazo destaca-se a sintomatologia vasomotora, perturbações do sono e alterações no estado de humor. A médio prazo possivelmente surgem alterações cutâneas e a síndrome génito-urinária da menopausa (SGUM). As complicações cardiovasculares, osteoporose e doenças neurocognitivas, como a

Doença de Alzheimer podem ser repercussões mais tardias associadas ao climatério [43].

Atualmente, com o aumento da esperança média de vida, as mulheres vivem mais de um terço das suas vidas em menopausa, o que faz com estes sintomas e complicações tenham cada vez mais impacto na qualidade de vida das mulheres [43].

2.2.1. Sintomatologia

Tal como mencionado anteriormente, a sintomatologia associada ao climatério está relacionada com o hipoestrogenismo e divide-se em 3 componentes temporais: sintomatologia precoce, sintomatologia a médio prazo e sintomatologia tardia [43].

Sintomatologia Precoce

Sintomas Vasomotores: são os mais frequentes da mulher menopáusica. Incluem os chamados “afrontamentos” e os suores, como resultado da vasodilatação cutânea da parte superior do corpo. Começam com uma súbita sensação de calor, associada a sudorese severa, sucedendo-se calafrios. São acompanhados por um aumento da frequência cardíaca e do fluxo sanguíneo periférico. Um IMC elevado, tabagismo e práticas sedentárias são alguns fatores que parecem estar relacionados à frequência elevada desta sintomatologia e como tal, são fatores modificáveis. Não são sintomas previsíveis nem controláveis [41, 45].

Perturbações do Sono: cerca de 50% das mulheres pós-menopáusicas relatam episódios de insónia [42]. A apneia de sono é outro distúrbio *major* relacionado com as alterações do padrão do sono. Geralmente, o que acontece é que a mulher na menopausa acorda várias vezes durante o sono com “calores” e como consequência, tem dificuldade em voltar ao sono profundo. Não obstante, as alterações no estado de humor também podem estar relacionadas com esta sintomatologia [41].

Sintomas Psicológicos: estudos apontam para que em 20% dos casos, a mulher menopáusica desenvolva uma depressão. Apesar de os mecanismos não estarem bem esclarecidos, tudo aponta que se dê uma desregulação da serotonina e da noradrenalina, devido às flutuações dos níveis de estrogénio, influenciando

diretamente o humor, explicando deste modo, sintomas como humor depressivo, falta de memória e concentração e ainda irritabilidade [46, 47]. Por outro lado, os suores noturnos (sintomas vasomotores) e alterações no estado do sono, podem ser a causa da depressão do humor, bem como eventos emocionais e sociais, associados a esta fase da vida da mulher [46].

Sintomatologia a Médio Prazo

SGUM: antigamente designada de atrofia vulvovaginal, é caracterizada como um conjunto de sinais e sintomas relacionados com o hipoestrogenismo e com outras hormonas sexuais, envolvendo as várias partes da anatomia sexual da mulher. Os sintomas da síndrome resumem-se a secura vaginal, ardor e irritação local, bem como desconforto e dor no ato sexual [42]. No entanto, existe tratamento para alívio desta sintomatologia que acarreta implicações a nível da vida sexual da mulher, apesar de muitas não terem conhecimento [48].

O défice de estrogénios, na bexiga, é a causa da perda de sensibilidade do músculo detrusor e cursa com o aumento da frequência urinária, noctúria e incontinência [41].

Alterações Cutâneas: normalmente dá-se uma aceleração do envelhecimento e um aparecimento mais repentino das “rugas”, devido à diminuição de estrogénios, uma vez que leva à perda progressiva do colagénio tecidual, causando diminuição da tonicidade da pele [45].

Sintomatologia Tardia

Complicações Cardiovasculares: as alterações ao nível do sistema cardiovascular constituem a principal causa de morte na pós-menopausa [42]. O estrogénio, durante a vida da mulher, funciona como escudo protetor contra o RCV, deste modo, quando a mulher atinge a menopausa e perante o défice de estrogénios, dá-se um aumento do RCV. De entre os vários fatores de risco que agravam na pós-menopausa estão: aumento do perímetro abdominal, diminuição da tolerância à glicose, dislipidemia e aumento da HTA [42, 49].

Osteoporose: nos primeiros 10 anos após a menopausa, devido ao hipoestrogenismo, constata-se um aumento precoce da incidência de osteoporose. Este facto deve-se ao aumento do metabolismo de reabsorção óssea e consequente decréscimo da fixação de cálcio nos ossos, que pode ser detetado por alterações nos marcadores de atividade óssea [41].

2.2.2. Tratamento

Terapia Farmacológica

Terapêutica Hormonal: o uso da Terapêutica Hormonal de Substituição (THS) apesar de contestável, comprova-se como eficaz no alívio e controlo de alguma sintomatologia associada ao climatério [50]. Com a THS não se pretende fazer uma substituição literal das hormonas, mas sim voltar a ter um equilíbrio, com o intuito de remediar as consequências da falta de hormonas endógenas [44]. Assim, pretende-se que a THS faça parte de uma intervenção global e não isolada, que deve envolver tanto medidas farmacológicas como não farmacológicas, para que haja um aumento na qualidade de vida da mulher menopáusicas. Para isso, é também essencial fazer uma avaliação cuidada e individualizada das queixas, dos fatores de risco associados, mas acima de tudo, dar lugar às preferências e expectativas da mulher, para que haja uma melhor adesão à terapêutica [50]. Deste modo, é também importante salientar a relevância de uma decisão ponderada quanto à dose e duração do tratamento com THS, tendo em vista os riscos que acarreta, bem como os objetivos do tratamento [51].

A THS comprovou-se como sendo o tratamento mais eficaz no controlo dos sintomas vasomotores e na SGUM [44]. Neste último caso, e quando comparados com placebo, os estrogénios vaginais revelaram eficácia no tratamento, aliviando sintomas como a secura, desconforto, frequência urinária e na prevenção de infeções urinárias [52]. A terapia com estrogénio tópico, em doses reduzidas, é utilizada em queixas de secura vaginal e desconforto no ato sexual [51].

Os estrogénios isolados são considerados a melhor escolha para o tratamento de mulheres submetidas a histerectomia, enquanto que a associação com progestativos é aconselhada para prevenção de hiperplasias do endométrio. Por sua

vez, o estrogénio pode ser administrado por via oral, por via transdérmica ou como já foi referido, por via vaginal [53].

Estudos recentes revelam que o risco de cancro da mama está mais aumentado quando se recorre a THS combinada, quando comparada com a terapia com estrogénios isolados, podendo, também, estar relacionado com a duração do tratamento [53, 54]. Apesar do risco de cancro da mama ser menor aquando terapia com estrogénios isolados, esta está associada ao risco de hiperplasia do endométrio, bem como outros tipos de cancro [53].

Terapêutica Não Hormonal: lubrificantes vaginais e hidratantes não hormonais revelaram eficácia em mulheres menopáusicas que apresentam poucos sintomas urogenitais e são também uma alternativa para as que apresentam risco de neoplasia, caso recorressem aos estrogénios vaginais [52].

Terapias com fitoestrogénios, nomeadamente isoflavonas de soja, revelam efeito estrogénico e parecem atenuar alguns sintomas vasomotores, contudo ainda é necessário fazer mais estudos neste âmbito [53].

Também para alívio dos sintomas vasomotores, os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina têm vindo a revelar eficácia [52].

Muitas mulheres recorrem a este tipo de terapia, uma vez que nem todas podem ou desejam recorrer a THS para atenuar a sintomatologia associada à menopausa [55]. Deste modo, compete ao médico compreender a mulher menopáusica, incentivando-a a participar na tomada de decisão da terapêutica e informando-a das atuais evidências científicas, bem como dos prós e contras inerentes a toda o processo [56].

Terapia Não Farmacológica

É essencial adotar medidas não farmacológicas, para evitar complicações a longo prazo, nomeadamente risco de DCV [53]. Tanto a obesidade como um elevado perímetro abdominal são fatores de risco para aumentar a HTA, desenvolver DM tipo 2 e consequentemente, aumentar o risco de DCV. No entanto, é também necessário a prática de atividade física regular, cessação tabágica e alterações nos hábitos alimentares [53, 57].

A acupuntura, a prática de yoga e exercícios de respiração são terapias que têm vindo a ser descritas em estudos como benéficas no alívio da sintomatologia da menopausa. Contudo, existem ainda várias limitações nestes estudos, o que não permite tirar conclusões assertivas [58].

2.2.3. Avaliação da Sintomatologia – *Menopause Rating Scale*

A *Menopause Rating Scale* (MRS) (anexo VI) foi desenvolvida em 1992, com o intuito de servir como suporte clínico para os profissionais de saúde, documentando os sintomas associados à menopausa e acompanhando as alterações durante o tratamento [59].

Nos dias de hoje, a MRS é uma ferramenta usada com o objetivo de:

- Avaliar o impacto da sintomatologia;
- Comparar a severidade dos sintomas ao longo do tempo e em diferentes condições;
- Analisar as alterações antes e depois da terapia [60].

Segundo a MRS, os **sintomas** associados ao climatério são separados em três diferentes grupos:

- a) Sintomas somato-vegetativos: suores/calores, transtornos do sono, desconfortos cardiovasculares e problemas osteoarticulares;
- b) Sintomas psicológicos: tristeza e estado depressivo, mudanças de humor, ansiedade e exaustão/fadiga.
- c) Sintomas urogenitais: problemas sexuais, problemas urinários e secura vaginal [60].

Esta ferramenta apresenta uma lista de 11 questões relacionadas com a sintomatologia característica do climatério, com uma linguagem bastante acessível para todas as utentes, para que estas sejam capazes de fazer uma autoavaliação dos seus sintomas. Assim, para cada pergunta há uma escala (zero a quatro pontos), sendo que se atribui quatro pontos quando a utente avalia o sintoma com muita severidade e zero pontos para quando o sintoma não está presente [59, 60].

Para além da pontuação total da MRS, que vai desde zero (assintomática) a 44 (sintomas muito severos), obtém-se o somatório dividido em três sub-escalas (relacionadas com os três grupos de sintomas): somato-vegetativo (questões 1, 2, 3 e 11), psicológico (questões 4, 5, 6 e 7) e urogenital (questões 8, 9 e 10). Deste modo,

consegue-se perceber qual o conjunto de sintomas que apresenta maior impacto na qualidade de vida da utente e orientar as intervenções consoante as suas necessidades específicas [59, 60].

Com a **tabela 6** é possível a interpretação dos resultados que se obtém a partir da escala [61].

Tabela 6 - Interpretação dos resultados obtidos na MRS

SINTOMAS (pontuações)	Somato- vegetativos	Psicológicos	Urogenitais	TOTAL
Sem sintomas	0 - 2	0 - 1	0	0 - 4
Ligeiros	3 - 4	2 - 3	1	5 - 8
Moderados	5 - 8	4 - 6	2 - 3	9 - 16
Severos	> 9	> 7	> 4	> 17

2.3. Objetivos

A realização da Consulta de Aconselhamento Farmacêutico sobre a Menopausa na FS teve os seguintes objetivos:

- Assinalar o Dia Internacional da Saúde Feminina;
- Sensibilizar a população, ajudando na identificação precoce dos sintomas;
- Avaliar a sintomatologia associada à menopausa de uma amostra de utentes da FS através da MRS;
- Prestar aconselhamento farmacêutico, demonstrando o papel ativo do farmacêutico, como profissional de saúde de excelência e de confiança, junto da sociedade;

2.4. Metodologia

Como já foi referido anteriormente, a Consulta de Aconselhamento Farmacêutico realizou-se no dia 28 de maio, nas instalações da FS.

A divulgação da mesma foi feita através de um cartaz elaborado por mim (Anexo VII) e afixado, com uma semana de antecedência, na montra da FS, no gabinete de atendimento personalizado e em todos os postos de atendimento. A consulta também foi divulgada nas redes sociais da FS.

O momento da consulta foi dividido em duas fases. Na primeira fase, preencheu-se os dados pessoais das utentes e foi-lhes questionado acerca dos seus sintomas relacionados com a menopausa, à medida que a MRS ia sendo preenchida. Na segunda fase, analisou-se os resultados obtidos da escala e prestou-se aconselhamento farmacêutico.

Foi entregue a todos os participantes um folheto informativo da *ADVANCIS®*, acerca da menopausa, dos sintomas e da gama de suplementos à base de isoflavonas de soja da marca.

Os dados e respostas das utentes à MRS, foram posteriormente passados para um formulário da *GOOGLE®*, o *GOOGLE Forms®*, para facilitar a análise estatística.

2.5. Resultados e Discussão

Foram realizadas consultas de aconselhamento farmacêutico a 7 utentes da FS. No entanto, a MRS só foi aplicada a 4 mulheres, visto que uma utente referiu ainda ter menstruação e quis apenas *“tirar umas dúvidas e preparar-me para o aqui aí vem” [sic]*, outras duas referiram que a última vez que tiveram menstruação foi há menos de 6 meses. Sendo assim, foram só tidas em conta as utentes que referiram, no mínimo, 12 meses de amenorreia (pela análise da data da última menstruação), uma vez que a menopausa é diagnosticada de forma retrospectiva [62]. Deste modo, a análise dos resultados resume-se às utentes em menopausa. Sendo assim, apenas 4 resultados foram analisados.

Em relação à idade das 7 participantes, esta variou entre os 51 anos e os 61 e a média foi de 54,75 anos. Relativamente à idade de estabelecimento da menopausa, a média de idades é de 47,5 anos, que se encontra dentro do intervalo que se encontra na literatura, ou seja, entre os 45 anos e os 55 anos [62].

Quando inquiridas acerca da terapêutica instituída para o tratamento/alívio dos sintomas, apenas uma referiu a toma de Tibolona e Sertralina, enquanto que as outras 3 disseram que não faziam nenhum tipo de terapia, o que comprova que as mulheres não procuram ajuda dos profissionais de saúde para o alívio da sintomatologia associada à sua condição, mesmo que a sua qualidade de vida seja afetada.

Relativamente à sintomatologia, sem dúvida que o causa mais preocupação às utentes é o seu esgotamento físico e mental (4 respostas para “severo”) e o estado

de ânimo depressivo (3 relatam muita severidade). No **anexo VIII** encontra-se os gráficos com os dados estatísticos das utentes relativamente à frequência dos vários sintomas da menopausa.

Em relação ao total da pontuação, metade das utentes apresentam sintomas severos, enquanto que a outra metade apresenta sintomas moderados. Em relação às sub-escalas da sintomatologia, nomeadamente aos sintomas somato-vegetativos, as respostas também se dividem, uma metade apresenta sintomas ligeiros e a outra metade apresenta sintomas moderados. Todas as inquiridas apresentam sintomatologia severa quando se trata do foro psicológico, enquanto que relativamente aos sintomas urogenitais, as respostas já divergem: 2 utentes revelam sintomas moderados, 1 revela sintomas severos e 1 revela sintomatologia ligeira. Na **tabela 7** encontra-se as sub-escalas da MRS, bem como a frequência das pontuações obtidas relativas à sintomatologia.

Tabela 7 – Sub-escalas da MRS e frequência da sintomatologia das utentes da FS

SUB-ESCALAS	SEM SINTOMAS	LIGEIOS	MODERADOS	SEVEROS
SINTOMAS SOMATO-VEGETATIVOS	0	2	2	0
SINTOMAS PSICOLÓGICOS	0	0	0	4
SINTOMAS UROGENITAIS	0	1	2	1

Quanto à intervenção farmacêutica propriamente dita, foi aconselhada às 4 utentes que façam alterações no estilo de vida, tal como exercício físico e alimentação mais saudável, devido ao RCV mais acentuado nesta fase e ainda terapia com isoflavonas de soja.

2.6. Conclusão

O principal resultado da Consulta de Aconselhamento Farmacêutico da Menopausa foi um aumento da sensibilização das utentes da FS, tendo, por consequência um aumento da sua literacia na matéria em questão.

Ainda que originados por uma amostragem reduzida, os resultados provenientes da análise dos questionários fornecem-nos algumas conclusões. Em primeiro lugar, é notório que há uma resistência das mulheres em estado pré, peri ou pós-menopáusico de procurar assistência junto dos profissionais de saúde, como comprova a percentagem de mulheres que não está sob qualquer tratamento de alívio da sintomatologia, mesmo em casos severos. Este cenário poderá ser provocado por uma desvalorização das queixas, assumindo que os sintomas provocados pela menopausa são parte natural do processo de envelhecimento ou então pelo desconhecimento de terapia farmacológica e/ou de suplementação que possa atenuar esses mesmos sintomas. Poderá ainda contribuir para a inércia na procura de tratamento o facto da maioria dos sintomas severos serem de índole psicológica e/ou nervosa e serem, na maioria das vezes, associados ao climatério. Em segundo lugar e por último, o farmacêutico comunitário, neste contexto, deve adotar uma postura ativa e preventiva, por saber que se trata de uma situação pouco identificada e valorizada pelo utente. A intervenção deve assentar sempre tendo em conta o objetivo de aliviar os sintomas, assim como aumentar a literacia do utente no assunto, de modo a prevenir futuros episódios não tratados.

3. Conclusão Final

Através da realização do estágio curricular, consegui perceber e compreender de uma forma realista, o meu contributo enquanto profissional de saúde e ainda a importância do papel do farmacêutico comunitário na sociedade. Ao longo dos 6 meses, surgiram novos desafios, permitindo que a aprendizagem fosse uma constante no meu dia-a-dia.

Após a concretização dos projetos a que me propus, pode-se concluir que há uma grande iliteracia na saúde, levando a falhas na adesão à terapêutica, comprometendo o bem-estar dos utentes. Sendo assim, e para além do farmacêutico comunitário ter um papel extremamente importante intervindo junto destes, é crucial que haja uma boa articulação entre os vários profissionais de saúde, para que a mensagem ao utente seja passada de forma correta e concisa.

O verdadeiro desafio começa agora. Saio do estágio curricular com a certeza de que foi uma experiência marcante, em que me ajudou a crescer tanto a nível profissional como pessoal.

Referências Bibliográficas

- [1] Decreto-Lei N.º 53/2007, de 8 de março – Regula o horário de funcionamento das farmácias de oficina;
- [2] Decreto-Lei N.º 307/2007, de 31 de agosto – Regime Jurídico das Farmácias de Oficina;
- [3] Santos, HJ; Cunha, IN; Coelho, PV; Cruz, P; Botelho, R; Faria, G; et al. (2009). Boas Práticas Farmacêuticas para Farmácia Comunitária (BPF). 3ª Edição. Conselho Nacional da Qualidade – Ordem dos Farmacêuticos;
- [4] Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto - Estatuto do Medicamento;
- [5] Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro - Regime jurídico dos medicamentos de uso humano;
- [6] INFARMED (2014). Normas Relativas à Dispensa de Medicamentos e Produtos de Saúde. Disponível em: <http://www.infarmed.pt> (acedido a 7 de agosto de 2019);
- [7] Portaria n.º 198/2011, de 18 de Maio - Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica de medicamentos;
- [8] Ministério da Saúde. Despacho n.º 2935-B/2016. Diário da República n.º 39/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-02-25;
- [9] Diário da República n.º 93/2010, 1º Suplemento, Série I de 2010-05-13: Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio. Aprova o regime geral das participações do Estado no preço dos medicamentos, altera as regras a que obedece a avaliação prévia de medicamentos para aquisição pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, procedendo à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 195/2006, de 3 de Outubro, e modifica o regime de formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica participados, procedendo à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de março;

- [10] Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro - Define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias;
- [11] VALORMED: Quem Somos. Disponível em: <http://www.valormed.pt/> (acedido a 22 de agosto de 2019);
- [12] Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares Em Números (2015), Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt> (acedido a 22 de agosto de 2019);
- [13] Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/> (acedido a 22 de agosto de 2019);
- [14] Yelle, D. (2005). Atherosclerosis, *N Engl J Med*. 21;352(16):1685-95;
- [15] George, J. (2015). Pathophysiology of Coronary Artery Disease, *Interventional Cardiology Imaging*, Springer. p. 29-46;
- [16] Manual MSD: Aterosclerose. Acessível em: <https://www.msdmanuals.com> (acedido a 27 de agosto de 2019);
- [17] Rahman MS, Woollard K. (2017). Atherosclerosis, *The Immunology of Cardiovascular Homeostasis and Pathology*. 1st ed. Springer International Publishing Ag, Londres, 121- 144;
- [18] Azis M, Yadav KS (2016). Pathogenesis of Atherosclerosis, A Review. *Medical & Clinical Reviews*; 2: 22;
- [19] Sociedade Portuguesa de Hipertensão: Fatores de Risco Cardiovascular. Disponível em: <https://www.sphta.org.pt> (acedido a 27 de agosto de 2019);
- [20] Sociedade Portuguesa de Hipertensão: *Guidelines* de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão. Disponível em: <https://www.sphta.org.pt> (acedido a 27 de agosto de 2019);
- [21] Norma da Direção Geral da Saúde N°026/2011, Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial (2011). Disponível em: <https://www.dgs.pt/> (acedido a 27 de agosto de 2019);

- [22] Dia Mundial da Hipertensão (2017), Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt> (acedido a 28 de agosto de 2019);
- [23] Norma da Direção Geral da Saúde N°020/2011, Hipertensão Arterial: definição e classificação (2013). Disponível em: <https://www.dgs.pt/> (acedido a 28 de agosto de 2019);
- [24] Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Diabetes 2017 (2017). Ministério da Saúde, Portugal. Disponível em: <https://www.dgs.pt/> (acedido a 28 de agosto de 2019);
- [25] Norma da Direção Geral da Saúde N°002/2011. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus (2011). Disponível em: <https://www.dgs.pt/> (acedido a 28 de agosto de 2019);
- [26] Manual MSD: Dislipidemias. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com> (acedido a 28 de agosto de 2019);
- [27] Norma da Direção Geral da Saúde N° 019/2011. Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto (2017). Disponível em: <https://www.dgs.pt/> (acedido a 28 de agosto de 2019);
- [28] Tousoulis, D., et al. (2011), Pathophysiology of atherosclerosis: the role of inflammation. *Current pharmaceutical design*; 17(37): p. 4089-4110;
- [29] Lavie, C.J., R.V. Milani, and H.O. Ventura (2009), Obesity and cardiovascular disease: risk factor, paradox, and impact of weight loss. *Journal of the American College of Cardiology*. 53(21): p. 1925-1932;
- [30] Wannamethee, S. Goya, and A. Gerald Shaper (2001). Physical activity in the prevention of cardiovascular disease. *Sports medicine* 31.2: 101-114;
- [31] Direção Geral da Saúde: Consumo de Tabaco: Estratégias de Prevenção e Controlo. Disponível em: <https://www.dgs.pt/> (acedido a 28 de agosto de 2019)
- [32] Sociedade Portuguesa de Hipertensão: Tabaco e Hipertensão Arterial. Disponível em: <https://www.sphta.org.pt> (acedido a 28 de agosto de 2019);

- [33] Piano, M. (2017) Alcohol's Effects on the Cardiovascular System. *Alcohol Res*; 38 (2): 219 – 241;
- [34] Heart Disease Risk Factors. Cardiovascular disease can take many forms: high blood pressure, coronary artery disease, valvular heart disease, stroke, or arrhythmias. Disponível em: <https://www.texasheart.org> (acedido a 28 de agosto de 2019);
- [35] Pedrosa, D.F., et al., Efeitos benéficos do estrogênio no sistema cardiovascular. *PerspectivasOnLine* 2007-2011, 2014. 3(12);
- [37] Sociedade Portuguesa de Hipertensão: Qual é o risco de vir a ter HTA? Disponível em: <https://www.sphta.org.pt> (acedido a 28 de agosto de 2019);
- [38] Oxford Academic: 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Disponível em: <https://academic.oup.com> (acedido a 28 de Agosto de 2019);
- [39] Hobbs, F., et al. (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, *European Heart Journal*, 37(29): p. 2315-2381.
- [40] Direção-Geral da Saúde, Norma nº 005/2013 - Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*). Disponível em: <https://www.dgs.pt/> (acedido a 29 de agosto de 2019);
- [41] Associação de Doentes Obesos e Ex-Obesos de Portugal: Calcule o seu IMC. Disponível em: <https://www.adexo.pt/tratamento/imc> (acedido a 29 de agosto de 2019);
- [41] Cavadas, F., Nunes, A., Pinheiro, M., Silva, P. (2010). Abordagem na Menopausa nos Cuidados de Saúde Primários, *Ata Médica Portuguesa*. 23: 227-236;
- [42] Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2016). Consenso Nacional sobre a Menopausa. Disponível em: <http://www.spginecologia.pt> (acedido a 1 de setembro de 2019);

- [43] Circular Informativa da Direção Geral da Saúde Nº 01/2011: Menopausa – Conceitos e Estratégias. Disponível em: <https://nocs.pt/menopausa-conceitos-e-estrategias/> (acedido a 1 de setembro de 2019);
- [44] Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2004). Consenso e Estratégias Para a Saúde da Mulher na Pós-Menopausa. Disponível em: <http://www.spginecologia.pt> (acedido a 1 de setembro de 2019);
- [45] Antunes, S., Marcelino, O., Aguiar, T., (2003). Fisiopatologia da Menopausa, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19:353-7;
- [46] Dalal PK, Agarwal M (2015). Postmenopausal syndrome. *Indian Journal of Psychiatry*; 57: S222;
- [47] Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L (2004). Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Archives of general psychiatry*; 61: 62-70;
- [48] Portman DJ, Gass ML (2014). Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Climacteric*; 17: 557-563;
- [49] Rosano GMC, Vitale C, Marazzi G, Volterrani M (2007). Menopause and cardiovascular disease: the evidence. *Climacteric*; 10: 19-24;
- [50] Prata, L., (2003). Cuidados de saúde à mulher no climatério e menopausa - Um desafio para a medicina familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 19: 345-349;
- [51] De Villiers TJ, Gass MLS, Haines CJ, Hall JE, Lobo RA, Pierroz DD, et al (2013). Global consensus statement on menopausal hormone therapy. *Climacteric*; 16: 203- 204;
- [52] Rahn DD, Carberry C, Sanses TV, Mamik MM, Ward RM, Meriwether KV, et al (2014). Vaginal estrogen for genitourinary syndrome of menopause: a systematic review. *Obstetrics and gynecology*; 124: 1147;

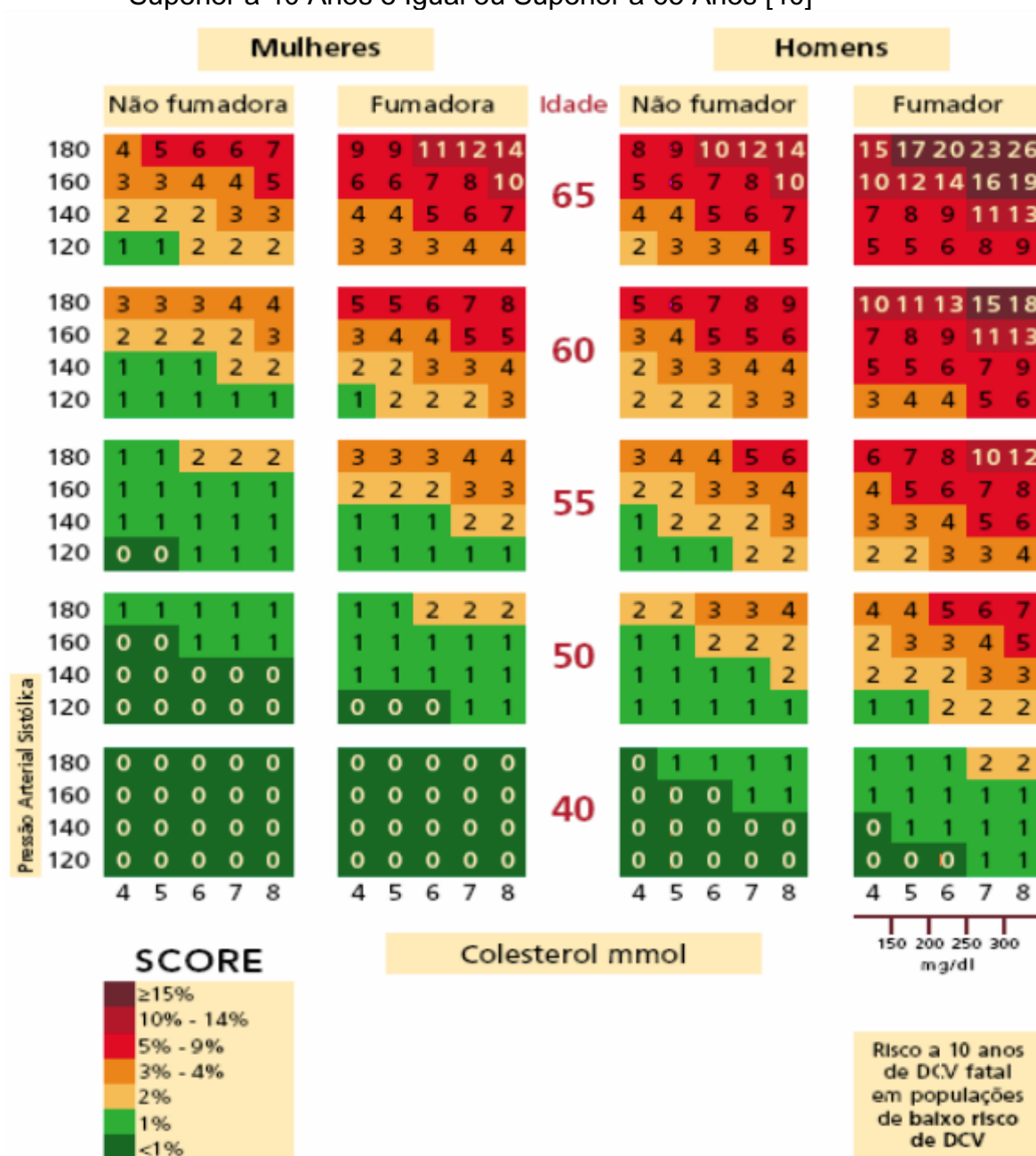
- [53] Hickey M, Davis SR, Sturdee DW (2005). Treatment of menopausal symptoms: what shall we do now?. *The Lancet*; 366: 409-421;
- [54] Beral, V., Peto, R., Pirie, K., Reeves, G., (2019). Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence, *The Lancet*.
- [55] Mintziori G, Lambrinoudaki I, Goulis DG, Ceausu I, Depypere H, Erel CT, et al (2015). EMAS position statement: Non-hormonal management of menopausal vasomotor symptoms. *Maturitas*; 81: 410-413;
- [56] Martins, M., Fernandes, JL., Costa, V., (2011). Fitoestrogénios no tratamento dos sintomas vasomotores da peri e pós-menopausa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 27: 444 – 50;
- [57] Simkin-Silverman LR, Wing RR, Boraz MA, Kuller LH (2003). Lifestyle intervention can prevent weight gain during menopause: results from a 5-year randomized clinical trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 26: 212-220;
- [58] Innes KE, Selfe TK, Vishnu A (2010). Mind-body therapies for menopausal symptoms: a systematic review. *Maturitas*; 66: 135-149;
- [59] Berlim Center for Epidemiology and Health Research (2008): MRS – the menopause rating scale. Disponível em: <http://www.menopause-rating-scale.info> (acedido a 31 de agosto de 2019);
- [60] Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP (2003). International versions of the menopause rating scale (MRS). *Health and quality of life outcomes*; 1: 28;
- [61] Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA (2004). The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health and Quality of life Outcomes*; 2: 45;

[62] Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2016): Consenso Nacional sobre a Menopausa. Disponível em: <http://www.spginecologia.pt> (acedido a 31 de agosto de 2019)

[63] ADDOPharm (2018). Manual de Intervenção Farmacêutica na Menopausa: *Menopause Rating Scale: Avaliação da Sintomatologia*.

Anexos

Anexo I – Tabela Score: Risco Cardiovascular para Adultos com Idade Igual ou Superior a 40 Anos e Igual ou Superior a 65 Anos [40]



RASTREIO CARDIOVASCULAR

17 de Maio de 2019



Cuide do Seu, Cuide de Si

Avaliação Gratuita:

- Tensão Arterial;
- Frequência Cardíaca;
- Colesterol Total;
- Índice de Massa Corporal;



Anexo III – Cartaz de Divulgação alusivo ao Mês do Coração e às DCV, cedido pela Wocadi®.



Anexo IV - Folheto Informativo Distribuído aos Utentes da FS sobre DCV e Fatores de Risco (Frente e Verso)

RASTREIO CARDIOVASCULAR

As Doenças Cardiovasculares (DCV) afetam o coração e os vasos sanguíneos.

Afetam pessoas de todas as idades, incluindo mulheres e crianças.

São quase todas provocadas pelo depósito de placas de gordura e cálcio no interior das artérias que dificultam a circulação sanguínea nos órgãos, podendo impedi-la. Esta doença é chamada de **aterosclerose**.

Quando aparece nas artérias coronárias, pode causar **angina de peito** ou provocar um **enfarte do miocárdio**.

Quando se desenvolve nas artérias do cérebro, pode causar um **acidente vascular cerebral (AVC)**.



É fundamental controlar os fatores de risco. Mas quais são eles?

São divididos em 2 categorias:

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS:

- Pressão arterial elevada (Hipertensão Arterial);
- Colesterol elevado (Hipercolesterolemia);
- Triglicerídeos elevados (Dislipidemia);
- Glicemia elevada (Diabetes);
- Excesso de peso e Obesidade;
- Hábito de fumar;
- Abuso de bebidas alcoólicas;
- Pouco exercício físico (Sedentarismo).

FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS:

- Idade;
- Sexo;
- Genética.



CONHEÇA OS SEUS VALORES

Consulte o seu Farmacêutico para que lhe meça a Pressão Arterial, os níveis de Colesterol e de Glicose, e Índice de Massa Corporal (IMC) e avalie o seu Risco Cardiovascular.

Sabia que em Portugal, o enfarte do miocárdio e o AVC são das principais causas de morte?



A situação pode ser alterada, uma vez que estas doenças podem ser prevenidas quando se adota um ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL E VIGILÂNCIA REGULAR!

Para prevenir o aparecimento de DCV deve:

- Praticar atividade física regular (pelo menos 30 minutos, 5 vezes por semana);
- Privilegiar hábitos alimentares saudáveis (comer mais fruta, vegetais, fibras, peixe reduzir o consumo de gorduras, açúcar e sal);
- Manter o peso corporal com IMC < 25;
- Controlar regularmente a tensão arterial, os níveis de colesterol, triglicérideos e glicemia.

Bibliografia:

Sistema Nacional de Saúde – SNS, Doenças Cardiovasculares.
Direção Geral de Saúde – DGS, A saúde dos portugueses. Perspectiva 2015.
Federação Portuguesa de Cardiologia, Dia Mundial do Coração.



Anexo V – Estudo Estatístico dos Resultados Obtidos no Rastreio Cardiovascular na FS

Relativamente aos hábitos tabágicos:

23 respostas

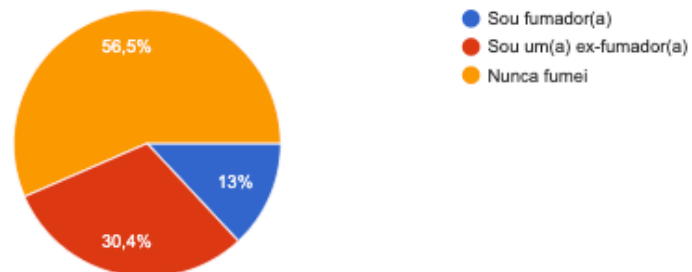


Gráfico 1 - Dados Estatísticos relativos aos Hábitos Tabágicos

Em média, por dia, quantos cigarros fuma?

23 respostas

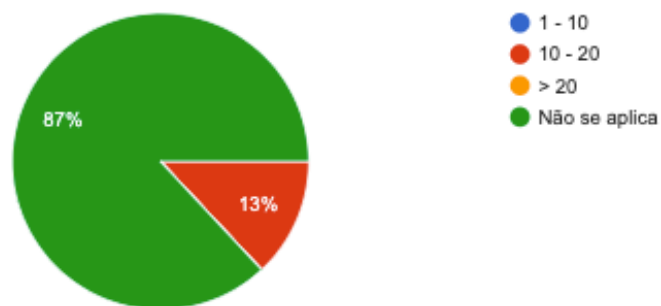


Gráfico 2 - Média de Cigarros Fumados por Dia

Há quanto tempo deixou de fumar?

23 respostas

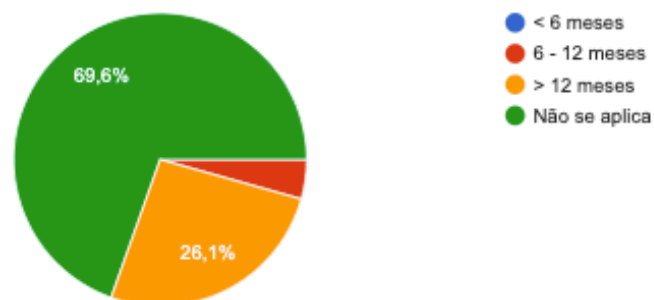


Gráfico 3 - Dados Estatísticos relativos à Abstinência do Tabaco

Relativamente à atividade física, em média, quanto tempo despende por semana (caminhada, ginástica, dança, etc)?

23 respostas

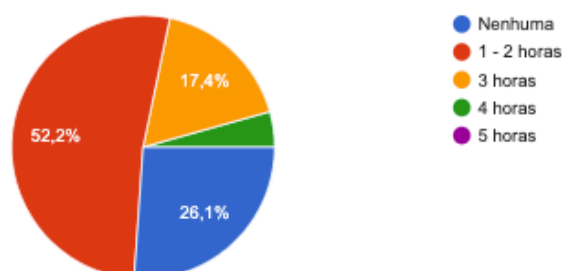


Gráfico 4 - Dados Estatísticos relativos à Prática de Exercício Físico

Relativamente às práticas sedentárias, em média, quanto tempo despende por semana (trabalho no computador, ver televisão, leitura, etc)?

23 respostas

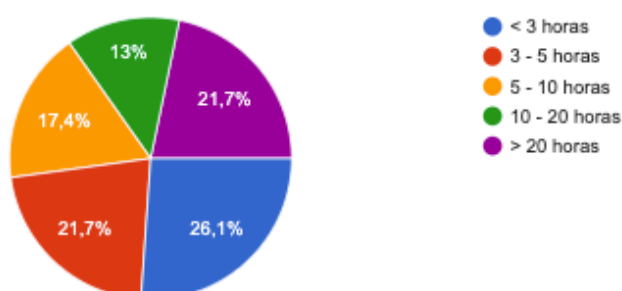


Gráfico 5 - Dados Estatísticos relativos às Práticas Sedentárias

Anexo VI – Menopause Rating Scale: Avaliação da Sintomatologia [63]



Menopause Rating Scale (MRS) | Avaliação da sintomatologia

Nome da utente: _____ Código da utente: _____

Data nascimento: ____/____/____

Data aproximada da última menstruação (mês/ano): _____

Toma medicamentos/suplementos para tratar sintomas da menopausa? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais? _____

Classifique os seguintes sintomas de acordo com a severidade com que os sente, atualmente:

SINTOMAS	Nenhum (0)	Pouco severo (1)	Mode- rado (2)	Severo (3)	Muito severo (4)
1-Suores, calores ou falta de ar					
2-Desconforto no peito (ritmo cardíaco irregular, pressão no peito)					
3-Problemas de sono (dificuldade em adormecer, dormir toda a noite e despertar cedo)					
4-Estado de ânimo depressivo (sente-se deprimida, triste ou com flutuações de humor)					
5-Irritabilidade (sente-se nervosa, tensa ou agressiva)					
6-Ansiedade (sente-se impaciente ou em pânico)					
7-Esgotamento físico e mental (diminuição do desempenho, falta de concentração, falta de memória)					
8-Problemas sexuais (problemas na atividade sexual, satisfação sexual ou falta de desejo)					
9-Problemas de bexiga (dificuldade em urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar)					
10-Secura vaginal (sensação de secura, ardor e problemas durante a relação sexual)					
11-Problemas musculares e nas articulares (dores reumáticas e nas articulações)					

TOTAL (soma de todas as questões): _____

Sintomas somato-vegetativos (questões 1, 2, 3 e 11): _____

Sintomas psicológicos (questões 4, 5, 6 e 7): _____

Sintomas urogenitais (questões 8, 9 e 10): _____

Há quanto tempo começaram os sintomas anteriormente descritos? _____

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

- ☐ Aconselhamento alimentação saudável
- ☐ Aconselhamento atividade física
- ☐ Aconselhamento no âmbito da cessação tabágica
- ☐ Aconselhamento de medicamento(s)/suplemento(s) para tratar os sintomas da menopausa. Qual(ais)? _____
- ☐ Promoção adesão terapêutica/toma correta dos medicamentos
- ☐ Encaminhamento a consulta médica (registar contacto do utente e solicitar *feedback* após consulta médica. Efetuar contacto telefónico proativo 1 mês após referênciação)
- ☐ Outra. Qual? _____

v1 (09/02/2018)

**Anexo VII – Cartaz de Divulgação do Consulta de Aconselhamento Farmacêutico
Realizada na FS**



**CONSULTA GRATUITA DE
ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO**

MENOPAUSA

DIA 28 DE MAIO DE 2019

Se tem entre 40 e 58 anos e apresenta alguns dos seguintes sintomas:

- Calores,
- Fadiga,
- Diminuição da libido,
- Secura vaginal,
- Irritabilidade,

Pergunte como se pode inscrever.

farmácia
SILVEIRA

Anexo VIII – Estudo Estatístico dos Resultados Obtidos na MRS após a Consulta de Aconselhamento Farmacêutico sobre a Menopausa

1. Suores, calores ou falta de ar

4 respostas

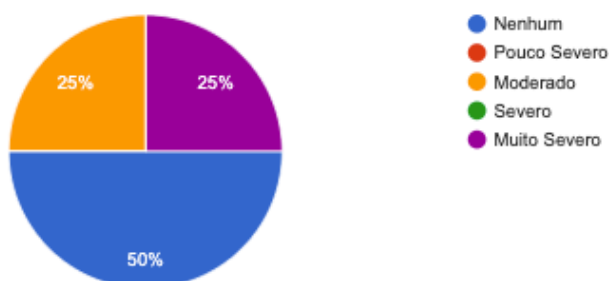


Gráfico 6 - Dados estatísticos relativos aos Suores/calores

2. Desconforto no peito (ritmo cardíaco irregular, pressão no peito)

4 respostas

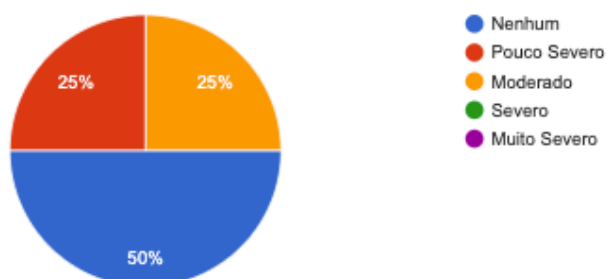


Gráfico 7 - Dados Estatísticos relativos às Alterações Cardiovasculares

3. Problemas de sono (dificuldade em adormecer, dormir toda a noite e despertar cedo)

4 respostas

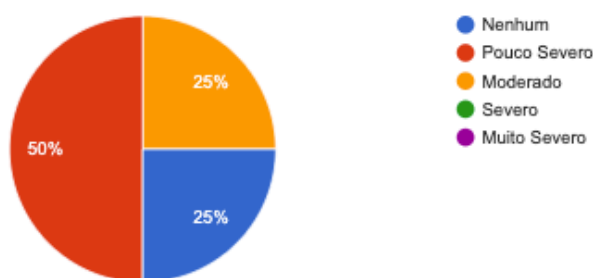


Gráfico 8 - Dados Estatísticos relativos a Transtornos do Sono

4. Estado de ânimo depressivo (sente-se deprimida, triste ou com flutuações de humor)

4 respostas

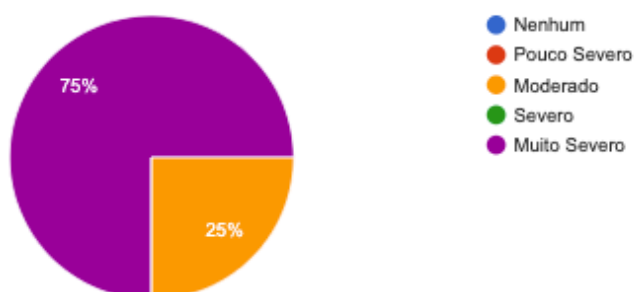


Gráfico 9 - Dados Estatísticos relativos ao estado depressivo

5. Irritabilidade (sente-se nervosa, tensa ou agressiva)

4 respostas

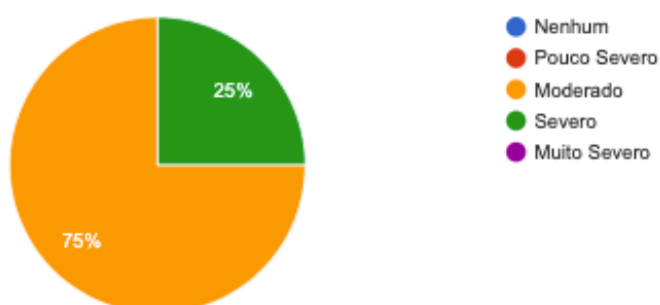


Gráfico 10 - Dados Estatísticos relativos à Irritabilidade

6. Ansiedade (sente-se impaciente ou em pânico)

4 respostas

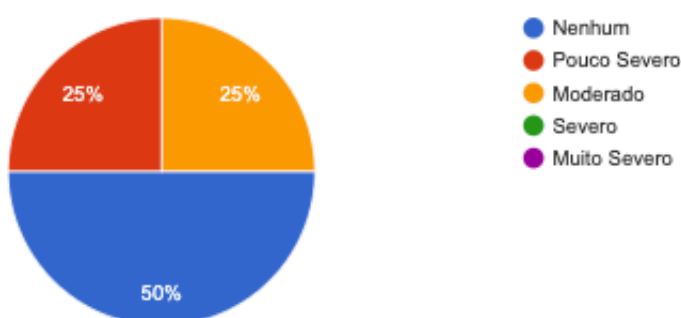


Gráfico 11 - Dados Estatísticos relativos à Ansiedade

7. Esgotamento físico e mental (diminuição do desempenho, falta de concentração, falta de memória)

4 respostas



Gráfico 12 - Dados Estatísticos relativos à Exaustão

8. Problemas sexuais (problemas na atividade sexual, satisfação sexual ou falta de desejo)

4 respostas

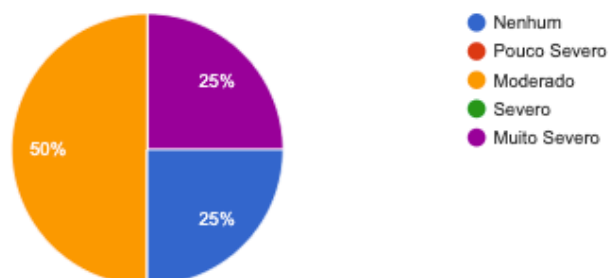


Gráfico 13 - Dados Estatísticos relativos a Problemas Sexuais

9. Problemas de bexiga (dificuldade em urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar)

4 respostas

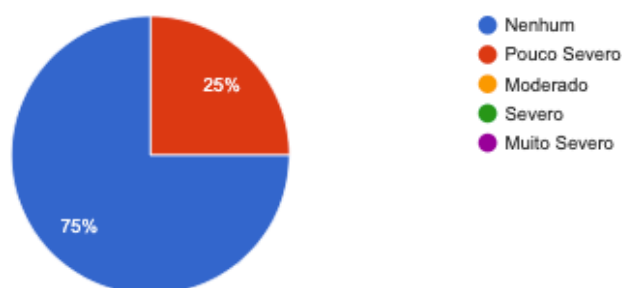


Gráfico 14 - Dados Estatísticos relativos a Problemas Urinários

10. Secura vaginal (sensação de secura, ardor e problemas durante a relação sexual)

4 respostas

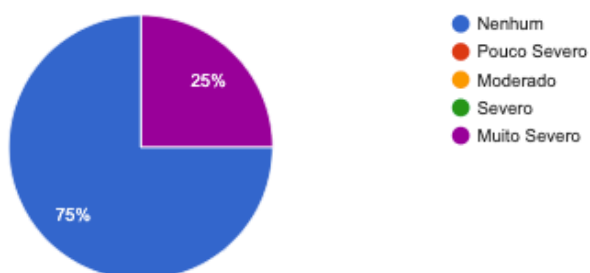


Gráfico 15 - Dados Estatísticos relativos à Secura Vaginal

11. Problemas musculares e articulares (dores reumáticas e nas articulações)

4 respostas

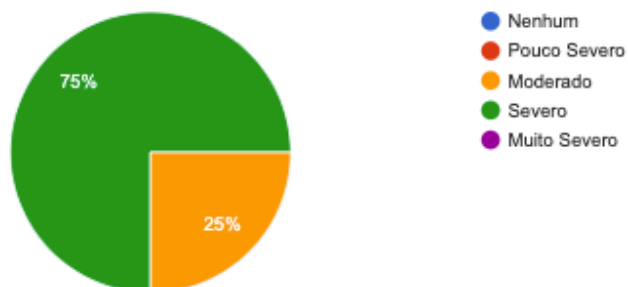


Gráfico 16 - Dados Estatísticos relativos aos Problemas Osteoarticulares