



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Inês Rosa Lourenço

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “O Papel do Farmacêutico no Auxílio ao Cuidador Informal” referente à Unidade Curricular “Estágio”, sob orientação, do Dr. João Maia e da Professora Doutora Victoria Bell e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Setembro de 2020



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Inês Rosa Lourenço

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “O Papel do Farmacêutico no Auxílio ao Cuidador Informal” referente à Unidade Curricular “Estágio”, sob orientação, do Dr. João Maia e da Professora Doutora Victoria Bell e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Setembro de 2020

Eu, Inês Rosa Lourenço, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2013145460, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada “O Papel do Farmacêutico no Auxílio ao Cuidador Informal” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

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

Coimbra, 11 de setembro de 2020.

Inês Rosa Lourenço

(Inês Rosa Lourenço)

Quero agradecer...

Aos meus pais,

pelo apoio e amor incondicionais em todas as etapas da minha vida, por sempre acreditarem em mim e por todas as palavras encorajadoras nos momentos mais difíceis. Os agradecimentos nunca serão suficientes.

À Professora Doutora Victoria Bell,

por me ter dado o privilégio de poder escolher um tema que me é tão pessoal, pela ajuda e orientação preciosas nesta monografia, sem as quais a mesma não seria possível, e pela compreensão e simpatia.

À toda a equipa da Farmácia Machado,

por me terem acolhido de braços abertos, pela paciência e por todos os conhecimentos que me transmitiram. Sinto que cresci e evoluí durante o meu estágio e, por isso, o meu mais sincero obrigado.

Aos meus amigos, em especial à Ana Lúcia, à Ana Fresco, ao Diogo, ao André, à Ana Isabel, à Ana Machado, à Ângela e à Joana,

pelos momentos mágicos que passámos ao longo destes anos, pelo carinho, pela amizade e por estarem sempre presentes. Sinto-me sortuda por fazerem parte da minha vida e espero que assim continue.

Às minhas amigas, Marta e Mariana,

por estarem presentes na minha vida desde os meus 4 anos de idade, pelo apoio e coragem que sempre me deram, mesmo quando duvidava de mim mesma, e por conseguirem sempre animar-me.

Ao meu colega de estágio Nuno Canoeiro,

por ser a melhor companhia durante as horas de estágio, por saber sempre como me fazer rir e por ser a pessoa inteligente e alegre que é.

A Coimbra,

por me ter visto crescer nestes últimos anos, por me ter posto à prova em diversas ocasiões e por me ter dado oportunidades incríveis e inesquecíveis, que irão sempre ficar guardadas no meu coração.

Dedico este trabalho aos meus falecidos avós, Alfredo Rosa Bértolo e Adosinda Zuzarte, e à minha avó paterna, Rosa Almeida, as minhas inspirações na escolha deste tema e na minha vida.

“As you grow older you will discover that you have two hands.

One for helping yourself, the other for helping others.”

- Audrey Hepburn

Índice

Parte I – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária Farmácia Machado

Abreviaturas.....	1
I. Introdução.....	2
II. A Farmácia Machado.....	3
III. Análise SWOT.....	4
I) Forças.....	4
A) Conhecimento de línguas estrangeiras.....	4
B) Formação científica.....	5
C) Formação em medição de parâmetros bioquímicos.....	5
D) Integração na equipa técnica.....	6
II) Fraquezas.....	6
E) Primeiro estágio em Farmácia Comunitária.....	6
F) Associação de substância ativa ao nome comercial.....	7
G) Lacunas de conhecimento em determinadas áreas.....	7
H) Timidez inicial.....	8
III) Oportunidades.....	8
I) Localização da farmácia.....	8
J) Formações complementares.....	9
K) Novo módulo de atendimento.....	9
L) Dinamização da farmácia.....	10
M) Serviço de nutrição e dietética.....	11
N) Protocolo com a Liga Portuguesa Contra o Cancro.....	11
IV) Ameaças.....	12
O) Concorrência com locais de venda de MNSRM.....	12
P) Ausência de preparação de medicamentos manipulados.....	12
Q) Tempos mortos.....	13
R) Medicamentos esgotados.....	13
S) Automedicação por parte do utente.....	14
T) Receita manual.....	14
IV. Casos Clínicos.....	16
V. Conclusão.....	18
Referências Bibliográficas.....	19

Parte II – Monografia

“O Papel do Farmacêutico no Auxílio ao Cuidador Informal”

Abreviaturas.....	21
Resumo.....	22
Abstract.....	23
I. Notas Introdutórias.....	24

2. A População Idosa.....	25
2.1. Alterações Psicológicas e Emocionais do Utente Idoso.....	27
2.2. Alterações Fisiológicas do Utente Idoso.....	27
2.3. Polimedicação e a População Idosa.....	30
2.4. Cuidados a Ter com o Idoso.....	32
2.4.1. Saúde do Idoso.....	32
2.4.2. Ambiente Seguro.....	33
2.4.3. Qualidade de Vida do Idoso.....	34
3. O Cuidador Informal.....	34
3.1. Direitos e Deveres do Cuidador Informal.....	35
3.2. Medidas de Apoio ao Cuidador Informal.....	37
4. Papel do Farmacêutico.....	38
5. Conclusão.....	43
Referências Bibliográficas.....	44

Índice de Figuras Parte I

Figura 1 - Logotipo da Farmácia Machado.....	3
Figura 2 - Esquema síntese da análise SWOT.....	4

Índice de Gráficos Parte II

Gráfico 1 - Índice de envelhecimento de países europeus.....	25
Gráfico 2 - Esperança de vida e Anos de vida saudável à nascença por sexo, Portugal, (2018).....	26
Gráfico 3 - Proporção da população com 25 ou mais anos com certas doenças crónicas por grupo etário, Portugal, (2014).....	28
Gráfico 4 - Proporção da população com 15 anos ou mais, que presta cuidados informais, Portugal, (2014).....	35
Gráfico 5 - Proporção da população, com 15 ou mais anos, que mediu a tensão arterial, o nível de colesterol e nível de glicémia com profissionais de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista, Portugal, (2014).....	39

Índice de Tabelas Parte II

Tabela 1 - Direitos do cuidador informal.....	36
Tabela 2 - Deveres do cuidador informal.....	36

Parte I

Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

FARMÁCIA MACHADO

Abreviaturas

ANF – Associação Nacional de Farmácias

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CNPEM – Código Nacional para Prescrição Eletrónica de Medicamentos

DCI – Denominação Comum Internacional

GIS – Gestão de Informação em Saúde

IPO – Instituto Português de Oncologia

IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

MSRM – Medicamento Sujeito a Receita Médica

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

I. Introdução

O seguinte relatório descreve a minha experiência durante a realização do Estágio Curricular em Farmácia Comunitária, que se insere no plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

O estágio curricular funciona como uma ferramenta fulcral para a aplicação e consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, sendo, a partir deste, que cada estudante tem o primeiro contacto com a profissão farmacêutica, que poderá vir a desempenhar futuramente. Com este intuito, realizei um estágio, com uma duração total de 810 horas, em Farmácia Comunitária, na Farmácia Machado, em Coimbra, que teve início a 16 de setembro de 2019 e terminou a 24 de janeiro de 2020.

O estágio mencionado será descrito e analisado, seguidamente, através de uma Análise SWOT, que é um método utilizado para definir os pontos fortes (*Strengths*), pontos fracos (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) de uma organização ou indivíduo, servindo, assim, como um utensílio de diagnóstico relevante. Os pontos fortes e fracos constituem uma análise interna à organização ou, neste caso, ao presente estágio, e estes podem ser mutáveis, consoante o tempo e o trabalho dispensados. As oportunidades e ameaças consideram-se parte de um nível externo e consistem em factores extrínsecos que podem afectar positiva ou negativamente o desempenho, sendo inconstantes. Esta análise é útil no mundo empresarial para estimar e otimizar o desempenho a nível de mercado mas pode, também, ser aplicada no presente relatório para avaliar o desempenho pessoal e as características negativas e positivas do referido estágio.^{[1]. [2]}

Para além da referida análise, irão, igualmente, ser apresentados dois breves casos práticos de aconselhamento. Estes casos representaram uma mais-valia no meu percurso como estagiária, podendo, assim, aplicar os conhecimentos científicos adquiridos e pôr-me à prova num ambiente profissional.

II. A Farmácia Machado

A Farmácia Machado situa-se na Rua Dr. Bernardo Albuquerque, na zona de Celas, na cidade de Coimbra. Recentemente, a sua localização foi alterada, reabrindo num novo estabelecimento fixo na mesma rua. Esta mudança mostrou-se positiva para a farmácia visto que o novo local é mais amplo, havendo, desta forma, mais espaço para a circulação de utentes e para a criação de gôndolas apelativas, com os produtos em destaque. A localização atual é favorável visto estar numa zona movimentada, próxima do Hospital da Universidade de Coimbra (CHUC) e do Centro de Saúde de Celas. Proporciona, ainda, o fácil acesso aos utentes fidelizados, de maneira a que estes possam continuar a frequentar a sua farmácia de confiança.

A equipa da farmácia é formada pelo diretor técnico, Dr. João Maia, quatro farmacêuticas, entre elas, a diretora adjunta que se reformou, durante o estágio, e um técnico de farmácia. A equipa possui uma formação diversificada e consistente, em diversas áreas, permitindo um atendimento mais direcionado e personalizado.

A farmácia usufrui de um horário de funcionamento muito flexível, estando aberta a o público de segunda a sexta-feira, das 8h às 21h e aos sábados, das 9h às 13h. Encontra-se, no entanto, encerrada aos domingos e alguns feriados. Contudo, partilha dias de serviço com outras farmácias da área de Coimbra, conforme calendário estipulado no início de cada ano civil. O horário alargado permitiu-me ter uma perspectiva mais aprofundada da dinâmica da farmácia e contactar com todos os membros da equipa, podendo tirar partido dos conhecimentos partilhados.

A farmácia é, ainda, aderente ao Cartão Saúde das Farmácias Portuguesas. Com este cartão, os utentes podem acumular pontos, aquando da compra de produtos de saúde e bem-estar ou de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) e estes podem ser rebatidos por produtos do catálogo ou podem ser convertidos em vales de dinheiro. ^[3]



Figura 1 - Logotipo da Farmácia Machado.

III. Análise SWOT



Figura 2 - Esquema síntese da análise SWOT.

I) Forças

A) Conhecimento de línguas estrangeiras

Coimbra é uma cidade atrativa, do ponto de vista turístico e académico, tendo, portanto, um número avantajado de estrangeiros que visitam a cidade durante todo o ano. Para além disso, o facto de a universidade ter sido declarada Património Mundial pela UNESCO, em 2013, fez com que a afluência e variedade de turistas aumentassem.

Desta forma, o domínio da língua inglesa e as noções de outras línguas tornaram-se uma ferramenta imprescindível durante o atendimento ao público. Consegui, assim, entender, comunicar e ajudar os utentes de maneira prática e fluída, colocando-os à vontade para exporem mais claramente os seus problemas. Estes conhecimentos foram, também,

indispensáveis em pesquisas de informação científica sobre medicamentos distintos e na leitura de folhetos informativos de medicamentos importados do estrangeiro.

B) Formação científica

O MICF oferece uma formação académica variada, com conteúdos programáticos de áreas distintas, que enriquecem o estudante. Os conhecimentos adquiridos mostraram-se indispensáveis na realização das tarefas propostas durante o estágio, nomeadamente no atendimento e na organização da farmácia. Permitiram, também, ter uma perspectiva crítica relativamente aos problemas apresentados pelos utentes e detectar erros, quer nas prescrições médicas quer no ato de automedicação.

Apesar de existirem especificidades relacionadas com a farmácia comunitária que não são abordadas profundamente durante o curso, a formação científica forneceu bases teóricas que foram, igualmente, úteis para compreender e assimilar os novos conhecimentos e pô-los em prática, num contexto profissional.

C) Formação em medição de parâmetros bioquímicos

Durante o percurso académico, tive a oportunidade de participar numa acção de formação sobre deteção e controle dos fatores de risco nas doenças cardiovasculares, onde se praticaram medições de tensão arterial, glicemia e colesterol. Ainda durante o curso, adquiri conceitos importantes relacionados com este tema que demonstraram ser essenciais no futuro.

A Farmácia Machado apresenta variados serviços à população, sendo a medição de parâmetros bioquímicos, como o colesterol, glicemia e triglicéridos, um exemplo desses mesmos serviços. Como a população, que frequenta a farmácia, é diversificada, a solicitação deste tipo de medições é constante e, portanto, realizei algumas medições, nomeadamente glicemia e tensão arterial, ao longo do meu estágio. Por isso, todos os conhecimentos adquiridos anteriormente mostraram ser uma vantagem no meu desempenho e no aconselhamento ao utente, mediante os resultados obtidos.

D) Integração na equipa técnica

Desde o início, a equipa da Farmácia Machado mostrou-se recetiva a acompanhar, orientar e instruir os seus estagiários. O acolhimento e integração, a partilha de conhecimentos e o esclarecimento de dúvidas, que foram surgindo, foram factores essenciais no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Como este foi o meu primeiro contacto com a farmácia comunitária, foi necessário um acompanhamento mais personalizado e metucioso pois existiam diversas funções, com as quais ainda não estava familiarizada. No entanto, apesar da minha inexperiência, todos os membros da equipa me conseguiram orientar, de forma explícita, tornando o meu estágio dinâmico e instrutivo. Para além do bom relacionamento existente com a equipa, também se notou uma interacção positiva entre os estagiários, criando-se um ambiente de entreatajuda e cumplicidade entre todos.

Todos estes aspetos combinados, deram lugar a um espírito, no local de trabalho, assertivo e activo, que permitiu uma melhoria diária na prestação e aprendizagem dos estagiários, tornando-os, assim, mais preparados enquanto futuros profissionais de saúde.

II) Fraquezas

E) Primeiro estágio em Farmácia Comunitária

Ao longo do percurso académico, oportunidades de estágio não são escassas, sendo vantajoso para os alunos. No entanto, eu decidi aproveitar para explorar outras áreas da indústria farmacêutica e, por isso, este estágio foi a minha primeira experiência no mundo da farmácia comunitária.

Ao ser o primeiro contacto com esta área, houve muitos conhecimentos básicos e indispensáveis para as tarefas diárias de uma farmácia que ainda não me eram familiares. Isso fez com que a minha evolução inicial fosse mais lenta e demorada, tendo realizado, primeiramente, trabalho de *back office* e de observação.

No entanto, na primeira semana de estágio, o director técnico referiu a importância de se participar em todas as tarefas inerentes à farmácia, para facilitar o nosso trabalho e para melhorar o funcionamento da farmácia. Consequentemente, o estágio tornou-se dinâmico e cedo pude ter contacto com o atendimento ao público, tirando dúvidas regularmente, o que me ajudou, mais tarde, quando comecei a atender assiduamente.

F) Associação de substância ativa ao nome comercial

Durante o curso, eram-nos sempre apresentados os princípios ativos e a Denominação Comum Internacional (DCI), e, por isso, quando iniciei o estágio, um dos problemas com que me deparei foi a associação destes ao nome comercial.

Legalmente, a prescrição médica é redigida por DCI e cabe ao utente a decisão entre o medicamento de marca comercial ou o seu, respetivo, medicamento genérico. Assim, apercebi-me que os utentes, ainda, reconhecem e preferem, maioritariamente, os nomes comerciais e, por essa razão, questões, relativas à escolha do medicamento, surgiram, regularmente, tornando o meu atendimento moroso e ineficiente, inicialmente.

Na presença de receitas electrónicas materializadas, a tarefa era facilitada pela introdução do Código Nacional para Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM), conseguindo, desta forma, identificar o medicamento desejado. No entanto, quando eram apresentadas receitas manuais, a dificuldade do trabalho elevava-se consideravelmente. Para combater esta lacuna, utilizava o sistema informático, presente na farmácia, Sifarma2000® e solicitava auxílio à equipa, que se demonstrava plenamente disponível.

G) Lacunas de conhecimento em determinadas áreas

Apesar de todo o conhecimento e bases científicas, necessárias à realização do estágio com sucesso, que o MICE oferece, houve certas áreas em que senti determinadas lacunas existentes.

As dificuldades residiam, nomeadamente, no aconselhamento de MNSRM, a produtos de higiene pessoal e oral e de cosmética. Muitas destas lacunas podem ser colmatadas, durante o curso, particularmente, na cadeira opcional Gestão de Informação em Saúde (GIS). No entanto, nem todos os estudantes têm acesso a esses conteúdos detalhadamente e o extenso programa faz com que haja pormenores que não sejam aferidos corretamente.

No final do estágio, houve temas que acredito que estejam dominados, através de pesquisa pessoal autónoma, auxílio dos colaboradores da farmácia e da presença em formações. Mesmo assim, considero que ainda existem tópicos que preciso dominar que são necessários para a melhoria do meu atendimento ao público.

H) Timidez inicial

Apesar da minha adaptação à farmácia e à equipa ter sido bem sucedida, inicialmente, senti alguma timidez e medo em solicitar algum auxílio, quando necessário. Isso, também, foi muito notório em tarefas novas, as quais não estava acostumada a realizar.

Todavia, ultrapassado o constrangimento inicial, a requisição de apoio e indicações aos colaboradores da farmácia tornou-se mais fácil e recorrente com o tempo e com a adaptação à farmácia. Também, a disponibilidade da equipa, já referida anteriormente no ponto I. Forças (Integração na equipa técnica), foi fundamental para a superação, com êxito, desta fraqueza.

III) Oportunidades

I) Localização da farmácia

Como referido anteriormente, a Farmácia Machado localiza-se numa zona movimentada e polivalente, perto do CHUC e do Centro de Saúde de Celas e, também, de estabelecimentos de ensino e de restauração. Tudo isto faz com que haja uma grande afluência de utentes de variadas faixas etárias.

Devido à sua proximidade com vários consultórios médicos, de diferentes especialidades, e com o hospital, é muito frequente a presença de utentes que recorrem à farmácia após as suas consultas. Assim, pude experienciar atendimentos distintos e familiarizar-me com casos e medicamentos de múltiplos grupos farmacoterapêuticos. Estive, ainda, em contacto com pessoas com uma elevada faixa etária (idosas), o que me ajudou a presenciar casos de polimedicação e a aperceber-me da complexidade e importância de se fazer um atendimento preciso, pormenorizado e eficaz, devido ao elevado número de medicamentos e de receitas.

Além disso, o fluxo de utentes mais jovens permitiu-me executar atendimentos relacionados com os MNSRM e com produtos cosméticos e de higiene pessoal, o que se tornou bastante desafiante. Como, geralmente, estes utentes tendem a solicitar produtos não sujeitos a receita médica, esperam, também, um atendimento mais pessoal e costumam fazer várias questões referentes ao produto em si, aos sintomas e à toma. Por isso, tive de conseguir superar as minhas dúvidas, com pesquisa por conta própria e auxílio da equipa, e ultrapassar a falta de confiança e timidez para oferecer um atendimento mais assertivo, eficiente e útil para o utente.

J) Formações complementares

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de frequentar duas formações externas – uma sobre o sistema gastrointestinal e outra focada no tema da dor. Ao participar nestas formações, consegui consolidar conhecimentos já adquiridos e, também, assimilar novos. Pude, ainda, contactar com novos produtos, que iriam ser comercializados.

Para além das formações externas, tive, também, a oportunidade de assistir a uma acção de formação, realizada na própria farmácia, da marca MartiDerme®. Esta formação foi vantajosa pois pude adquirir algum conhecimento sobre a área da cosmética e, principalmente, sobre os produtos à venda na farmácia, podendo, mais tarde, aconselhar os utentes.

A indústria farmacêutica está, sempre, em constante inovação, com diversos produtos e medicamentos a entrarem no mercado, todos os anos. Portanto, considero que a participação neste tipo de formações seja uma mais-valia para o farmacêutico, pois, desta forma, está a instruir-se em matérias atuais, podendo, posteriormente, fazer um atendimento mais detalhado e conciso.

K) Novo módulo de atendimento

A Farmácia Machado, como sócia da ANF (Associação Nacional de Farmácias), utiliza o sistema informático Sifarma2000®, desenvolvido pela empresa Glintt. Este sistema, é uma ferramenta essencial para a execução de, praticamente, todas as tarefas diárias, que se realizam numa farmácia comunitária.

O Sifarma2000® é o sistema utilizado por 90% das farmácias comunitárias em Portugal, tendo sido criado para auxiliar as farmácias nos processos de gestão interna (como a realização e receção de encomendas, gestão de stocks e de validades, etc.) e no atendimento. Este sistema possui um dicionário científico que serve de apoio ao farmacêutico, quando este apresenta dúvidas no decurso do atendimento.^[4] No entanto, um novo módulo de atendimento começou a ser desenvolvido e estaria prevista a sua implementação nas farmácias, a partir de janeiro de 2020.

Com este novo módulo de atendimento, sendo um projeto piloto, a Glintt deu a possibilidade a um grupo de farmácias de testarem este sistema e terem um período gradual de transição. Durante este período, as farmácias têm a oportunidade de trabalhar com os

dois sistemas em simultâneo e dar o seu *feed-back* à empresa, de modo a que sejam executadas correções no novo sistema, antes que este entre no mercado de trabalho.

Como a Farmácia Machado se encontra no grupo de farmácias que testam o novo módulo de atendimento, eu, para além de ter trabalhado com o Sifarma2000[®], tive contacto com o novo sistema e pude familiarizar-me com este, antes da sua implementação. Observei que o novo sistema, para além de ter um *design* gráfico melhorado e inovador, é mais intuitivo. Este permite ao farmacêutico separar os produtos dispensados em função do seu IVA, retroceder no processo de venda sempre que houver algum erro, não tendo, assim, de se cancelar a venda e rebater os produtos do catálogo do Cartão Saúde de forma mais simples e eficaz. Contudo, pude, também, verificar que ainda existem lacunas no sistema, nomeadamente ao nível de receção de encomendas (estas eram sempre efetuadas no sistema antigo), vendas suspensas e à visualização do histórico de venda dos utentes, que é algo vantajoso para o farmacêutico.

Ainda assim, apesar de todos os inconvenientes e das falhas deste novo módulo de atendimento, considero a minha experiência, com este, benéfica. Pois, mesmo com todas as mudanças e melhorias que, provavelmente, irão ser feitas, consegui estar em contacto com o novo sistema, que irá, posteriormente, constituir o *software* da maioria das farmácias comunitárias, em Portugal.

L) Dinamização da farmácia

A Farmácia Machado é composta por uma equipa, maioritariamente, jovem e activa, com ideias criativas e atrativas, que tornam a farmácia dinâmica e aprazível.

Durante o meu estágio, pude testemunhar e ajudar nas várias campanhas feitas nos lineares de cosmética e produtos pessoais. Geralmente, no decorrer destas campanhas, eram organizados espaços com os produtos em destaque e eram feitos cartazes apelativos com as respetivas promoções. Pude, ainda, experienciar o *marketing online*, através de *posts* nas redes sociais.

Além disso, como o meu estágio realizou-se durante o primeiro semestre, abrangendo, assim, a época natalícia, que é bastante favorável ao consumo, especialmente, de produtos de cariz pessoal. Por isso, pude colaborar na decoração do espaço, com enfeites alusivos à época, na organização de gôndolas, com os produtos alvo e na realização de cartazes alegóricos.

M) Serviço de nutrição e dietética

Atualmente, muitas farmácias oferecem diversos serviços aos utentes, com a presença de profissionais qualificados, de forma a facilitar a aquisição destes mesmos serviços com qualidade e a um preço mais acessível. Desta forma, as farmácias melhoram a sua resposta ao público, tornando-se inovadoras e atrativas, num mercado de trabalho concorrido.

A Farmácia Machado possui um serviço de nutrição, com uma nutricionista, que dá consultas todas as terças-feiras. Estas consultas dividem-se em duas categorias: as primeiras consultas, que servem para fazer uma avaliação nutricional inicial, e as consultas de acompanhamento, que são feitas quinzenalmente e que servem de apoio ao utente no que toca ao seu regime alimentar e estilo de vida.

Devido à existência destas consultas, a Farmácia usufrui de uma gama de produtos de dietética específicos, da marca *EasySlim*. Esta marca oferece uma série de produtos distintos, desde sobremesas, a sopas e *snacks*, atendendo às necessidades dos utentes. Assim, durante o meu estágio, tive a possibilidade de ter contacto com esta gama de produtos e pude observar o acompanhamento dos utentes, adquirindo conhecimentos no processo.

N) Protocolo com a Liga Portuguesa Contra o Cancro

A Farmácia Machado está localizada perto do IPO (Instituto Português de Oncologia) de Coimbra, o que lhe concede a vantagem de criar um protocolo com a Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Com este protocolo, os utentes, que frequentam o IPO, podem adquirir os medicamentos necessários na farmácia, sem custo. As dívidas são, posteriormente, abatidas pela Liga Portuguesa contra o Cancro. Desta forma, os utentes, com dificuldades financeiras, são auxiliados, visto que, como pude comprovar, a despesa, com medicamentos oncológicos, ainda é vantajada. Para além do carácter comunitário, este protocolo é também benéfico para a farmácia pois assegura, assim, utentes regulares e fidelizados.

IV) Ameaças

O) Concorrência com locais de venda de MNSRM

Com a perda de exclusividade de venda dos MNSRM, podendo estes ser vendidos em hipermercados e parafarmácias, a viabilidade económica das farmácias comunitárias diminuiu. Para além da conveniência, que provém do facto de as pessoas frequentarem, regularmente, as grandes superfícies, também, os preços mais acessíveis, fazem com que seja difícil para as farmácias competirem com estes locais.

Geralmente, estes locais possuem descontos acentuados nos produtos, através dos fornecedores. Assim, torna-se inviável, para a farmácia, praticar os mesmos preços, fazendo com que, neste tipo de produtos, perca clientes e que estes acabem por frequentar as farmácias com o propósito de aviamento de receitas. Para além disso, já existem alguns locais, como as parafarmácias, que optam por ter farmacêuticos e técnicos de farmácia no atendimento, o que faz com que tenham um atendimento personalizado aliado a preços mais acessíveis.

Por estes motivos, durante o meu estágio, não tive tanto contacto com requisições de MNSRM (exceptuando, alguns), quanto gostaria e ainda, notei a dificuldade que existe na competição de preços. No entanto, penso que com estratégias e campanhas, como as que foram feitas no meu percurso na farmácia, juntamente com o atendimento personalizado e profissional do farmacêutico, esta seja uma ameaça ultrapassável.

P) Ausência de preparação de medicamentos manipulados

Apesar de, nas novas instalações da Farmácia Machado, existir um laboratório equipado e ordenado para a preparação de medicamentos manipulados, esta prática foi muito diminuta e não tive, portanto, a oportunidade de a experienciar, durante o meu estágio.

Atualmente, a prescrição de formulações manipuladas tem sido substituída por formas industrializadas, sendo, particularmente, utilizadas a nível hospitalar. Por isso, estas existem, geralmente, para casos mais específicos, contribuindo para um decréscimo da sua prática nas farmácias comunitárias.

Por conseguinte, não consegui ter uma aplicação prática de conhecimentos adquiridos, previamente, nessa área, não estando, assim, tão preparada para casos futuros que possam surgir.

Q) Tempos mortos

Apesar da localização da farmácia ser favorável e do horário ser alargado, fazendo com que haja algum movimento diário, a existência de tempos mortos é inevitável. Estes tempos mortos eram mais comuns nos dias em que as condições climatéricas não eram favoráveis (dias de chuva, por exemplo) e nos finais de semana, visto que há uma tendência para a diminuição da população naquela área.

Conjuntamente, tendo uma equipa diversa e não sendo a única estagiária, muitas vezes, as tarefas diárias de *back office* eram, facilmente, repartidas e, assim, realizadas num curto período de tempo. Ainda, o facto de existirem picos de afluência de utentes, durante o atendimento, fazia com que a intensidade de trabalho não fosse regular. Tudo isto, tornava, por vezes, o estágio pouco rentável, nalguns dias.

No entanto, devido à dinâmica da equipa da farmácia, estes tempos eram aproveitados para organizar o espaço físico da farmácia, criar campanhas para as épocas típicas (como o Natal), explorar informação científica acerca dos medicamentos e realizar algumas tarefas de gestão da farmácia, como verificação de *stocks* e prazos de validade dos produtos.

R) Medicamentos esgotados

A escassez de medicamentos foi uma problemática bastante visível, no período de estágio. Frequentemente, os medicamentos requisitados encontravam-se rateados (disponíveis nos armazenistas mas em quantidades limitadas) ou, inclusivamente, esgotados.

Esta carência constitui um inconveniente para a farmácia e para o próprio utente e pode ser considerado, mesmo, como uma ameaça grave para a saúde deste - nos casos de medicamentos esgotados, a nível nacional, nas farmácias em que ainda não existe um medicamento genérico correspondente e nos casos de medicação de toma crónica. Esta situação, também, gera um dilema nas farmácias no que toca à sua credibilização perante o utente e, posteriormente, à fidelização do mesmo.

Para combater este obstáculo, quando me deparava com a solicitação de um medicamento esgotado, tentava contactar outras farmácias da zona de Coimbra e os fornecedores, com o intuito de perceber qual a disponibilidade do medicamento e, assim, prestar auxílio ao utente. No caso de não haver mais opções viáveis, tentava explicar,

sucintamente, a situação em questão e remetia o utente, se houvesse possibilidade, ao médico prescriptor para que a terapêutica atual fosse substituída por uma equivalente.

S) Automedicação por parte do utente

Atualmente, o utente tem acesso a muita informação científica e, por isso, regularmente, mostra-se interessado na própria saúde e toma iniciativa no que toca a cuidados primários e à automedicação.

Esta curiosidade pode ser vantajosa se utilizada da maneira correta - recolher informação sobre uma determinada condição e questionar o médico ou farmacêutico, com o intuito de esclarecer a veracidade dessa mesma informação e solicitar conselhos. No entanto, o que se verifica, muitas vezes, é uma constante manutenção de falsas convicções, o que se pode tornar perigoso para a saúde do utente.

Durante o meu período de estágio, particularmente, quando comecei no atendimento ao público, constatei que, neste campo, o farmacêutico não tem uma tarefa facilitada. Às vezes, surgiam utentes que requisitavam medicamentos, díspares dos necessários para a sua condição, aconselhados por familiares e amigos ou, mesmo, encontrados através de uma pesquisa própria, e não se mostravam abertos a uma discussão esclarecedora. Outro caso comum era a solicitação de MSRM, particularmente, antibióticos, sem a prescrição médica necessária e a recusa da venda do mesmo levava à partida do utente.

Considero que estes casos são, infelizmente, bastante recorrentes e constituem uma ameaça grave, não só para a saúde pública mas, também, para o papel do farmacêutico, como profissional de saúde. Por isso, julgo que campanhas de sensibilização, dirigidas ao utente, focando esta situação, aliadas a um diálogo elucidativo, podem ser uma forma de, pelo menos, abrandar esta exacerbada prática de automedicação.

T) Receita manual

A receita manual distingue-se da prescrição eletrónica, por exigir mais atenção, compreensão e procedimentos por parte do farmacêutico, no ato da dispensa. Existem diversos elementos que fazem com que esta receita seja válida, como a identificação do utente, do número de beneficiário, da entidade responsável e do regime de participação. Deve, também, constar o motivo que justifica a prescrição deste tipo de receita, assinatura e

vinheta do médico prescritor, a data de validade (trinta dias) e o número de unidades prescritas. Neste último caso, podem ser prescritas até quatro embalagens no total, sendo que, do mesmo princípio ativo, só podem ser prescritas duas embalagens, excetuando as unidoses.

Após a venda, estas prescrições são sujeitas a uma segunda verificação, por vários membros da equipa, para impedir que haja envio do receituário com lapsos. A não deteção de erros acarreta prejuízos monetários para a farmácia pois leva a que não ocorra o reembolso do valor da participação. Por esse motivo, o ato da dispensa tem de ser minucioso e rigoroso.

Apesar de este tipo de prescrição já não ser tão usual, ainda tive a oportunidade de estar em contato com diversos casos e de visualizar todo o processo. Portanto, percebi a dificuldade implícita nestas receitas, desde a interpretação até aos muitos detalhes que se tem de ter em conta. Considero, ainda, que estas prescrições podem representar uma ameaça, não só para a farmácia, mas, também, para a saúde do utente pois estas estão sujeitas a uma maior porção de lapsos por parte do profissional de saúde.

IV. Casos Clínicos

1) Uma senhora dirigiu-se à farmácia, afirmando que a filha de 21 anos estava com diarreia há cerca de dois dias. Solicitou algo que ajudasse na situação visto que a filha se encontrava em época de frequências.

- Primeiramente, coloquei um conjunto de questões, que considerei pertinentes, para conseguir aconselhar melhor a utente. Perguntei se a filha apresentava outros sintomas, tais como vômitos, febre ou dor abdominal, ao que a senhora me respondeu que não. Questionei se as fezes possuíam vestígios de sangue e obtive uma resposta negativa, novamente. Por fim, também questionei se mais algum membro da família possuía os mesmos sintomas e se a filha se encontrava a tomar alguma medicação. A senhora afirmou que não.
- Consoante o caso apresentado, dispensei Imodium Rapid® (loperamida). O Imodium Rapid® apresenta-se como uma opção terapêutica favorável, pois proporciona um alívio rápido das dejeções diarreicas. Tem, ainda, a vantagem de ser um comprimido orodispersível, sendo de fácil administração. ^[5] Considerei esta como uma alternativa terapêutica ideal, visto a filha não apresentar mais nenhum sintoma relevante e ter sido informada que teria uma frequência no dia seguinte.
- Informei, também, a senhora que poderia levar um medicamento probiótico, como o UL-250®, para acelerar a recuperação da filha e repor/equilibrar a flora intestinal.
- Aconselhei a utente a tomar algumas precauções, tais como evitar laticínios e comidas muito condimentadas e reforçar a hidratação, ingerindo líquidos (água ou infusões) para auxiliar na reposição de fluídos e electrólitos.
- Para finalizar, informei que se a filha não evidenciasse melhoras no prazo de três dias ou demonstrasse alterações sintomatológicas, deveria recorrer ao médico.

2) Um senhor, de aproximadamente 50 anos, dirigiu-se à farmácia, queixando-se de tosse há alguns dias, que o incomoda durante o sono. Referiu já ter tomado pastilhas, que não aliviaram a situação. Por isso, solicitou algo diferente para a tosse.

- Antes de aconselhar o utente, questionei sobre o tipo de tosse que o senhor apresentava (seca ou produtiva). O utente referiu que a tosse parecia seca mas não tinha total certeza. De seguida, questionei se o senhor sofria de alguma patologia

respiratória, como asma ou bronquite, ao que me respondeu que não. E perguntei, ainda, se era diabético, tendo obtido uma resposta positiva.

- Visto o utente já ter tomado pastilhas e estas não terem surtido efeito, decidi optar por um dos xaropes com mais saída na farmácia, o Veltuss[®]. Este xarope é um suplemento alimentar natural e possui componentes que conferem alívio da tosse e da garganta irritada. Não possui sacarose nos seus constituintes sendo, por isso, adequado para pessoas diabéticas. Assim, pode ser considerada como uma opção terapêutica favorável.
- Para finalizar, aconselhei o utente a manter a hidratação, ingerindo líquidos, nomeadamente água e a elevar a cabeceira da cama, para facilitar a respiração. Informei, também, que se a tosse continuasse e/ou surgissem outros sintomas, o senhor deveria recorrer ao aconselhamento médico.

V. Conclusão

O farmacêutico é um profissional de saúde polivalente, demonstrando, no dia-a-dia, as suas diversas facetas. Apresenta-se como o elo de ligação entre os utentes e o medicamento e como um educador para a saúde na comunidade, promovendo o uso racional do medicamento e as práticas necessárias para manutenção de uma vida saudável. O seu trabalho não passa só por dispensar medicamentos, tendo, também, muitas vezes, de dominar conhecimentos da área da gestão e da publicidade, para uma melhor promoção da sua farmácia.

O meu estágio curricular, decorrido na Farmácia Machado, constituiu uma etapa fulcral na minha preparação enquanto futura farmacêutica. Durante este período, pude consolidar conhecimentos, adquiridos ao longo do curso, integrar a realidade do mundo do trabalho e desenvolver as minhas capacidades, a nível profissional e pessoal. Para além disso, pude perceber o que é ser, verdadeiramente, farmacêutico e a importância que este representa na sociedade.

Termino, assim, esta fase do meu percurso como estudante do MICE que me proporcionou confiança no meu futuro, como farmacêutica.

Referências Bibliográficas

1. PORTAL ADMINISTRAÇÃO - **Análise SWOT (Matriz): Conceito e aplicação** (2014). [Consult. 5 fev. 2020]. Disponível na Internet: <http://www.portal-administracao.com/2014/01/analise-swot-conceito-e-aplicacao.html>
2. BPLANS - **How to Do a SWOT Analysis for Better Strategic Planning** [Consult. 5 fev. 2020]. Disponível na Internet: <https://articles.bplans.com/how-to-perform-swot-analysis/>
3. FARMÁCIAS PORTUGUESAS – **Como funciona o cartão Saúde?** [Consult. 6 fev. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/sauda/como-funciona>
4. GLINTT – **SIFARMA** [Consult. 6 mar. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.glintt.com/pt/o-que-fazemos/ofertas/SoftwareSolutions/Paginas/Sifarma.aspx>
5. INFARMED, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. – **Folheto informativo: Imodium Rapid 2 mg comprimido orodispersível**. Lisboa: INFARMED, I.P., (2019) [Consult. 20 mar. 2020]. Disponível na Internet: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Parte II

Monografia

**“O Papel do Farmacêutico no Auxílio ao
Cuidador Informal”**

Abreviaturas

AINEs – Anti-inflamatórios Não Esteróides

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MPI – Medicamentos Potencialmente Inadequados

MPO – Medicamentos Potencialmente Omissos

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAM – Reações Adversas do Medicamento

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados

START – *Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment*

STOPP – *Screening Tool of Older Person's Prescriptions*

Resumo

Ao longo dos últimos anos, ocorreram alterações demográficas acentuadas que se traduziram no crescente envelhecimento da população mundial. Portugal enquadra-se neste panorama, tendo uma percentagem de população idosa, consideravelmente, superior à população jovem. Por este motivo, as necessidades de auxílio ao idoso amplificaram-se e o recurso ao cuidador informal tornou-se mais usual.

A 6 de setembro de 2019, foi aprovado o estatuto do cuidador informal, através da Lei n.º 100/2019. Este diploma reconhece a importância do cuidador informal e regula os seus direitos e deveres.

Neste trabalho pretendemos abordar os desafios impostos à sociedade e aos profissionais de saúde decorrentes do envelhecimento da população. Serão retratados alguns dos problemas frequentemente existentes na população idosa, será descrita a importância do cuidador informal no apoio ao doente idoso e será destacado papel do farmacêutico, como profissional de saúde, na assistência e na educação em saúde a ambos.

Palavras-Chave: idoso, cuidador informal, papel do farmacêutico, novo estatuto do cuidador informal.

Abstract

Over the past few years, world demographics have changed, into an aging worldwide population. Portugal fits this panorama, its percentage of elderly population being, considerably, bigger than its percentage of youth. Therefore, there has been an increase in the need for support of the elderly population and the existence of informal caregivers has become more usual.

On September 6th, the official status of informal caregivers was approved, through the Law n.º 100/2019. This intends to highlight the importance of the informal caregivers and define their rights and duties.

In this paper we intend to address the challenges imposed on society and health professionals, due to the aging of the population. We will discuss some of the problems frequently found in the elderly population, describe the importance an informal caregiver holds whilst responsible for an elderly patient, and the role of pharmacists, as health professionals, in health care and education, will be highlighted.

Keywords: elderly, informal caregiver, role of the pharmacist, new status of the informal caregiver.

I. Notas Introdutórias

A saúde é considerada um bem precioso, que deve ser preservado pelo máximo tempo possível. Envelhecer saudavelmente e com autonomia é, atualmente, um dos principais objetivos da sociedade. ^[1] O dito “envelhecimento saudável” é um conceito em voga que pode ser descrito como o processo de desenvolvimento e conservação das capacidades físicas e mentais, sendo essencial para o bem-estar da população, nomeadamente das pessoas idosas. As relações interpessoais, com a comunidade e com a sociedade, também têm um forte impacto no processo de envelhecimento. ^[2]

A Lei de Bases da Saúde, Lei n.º. 95/2019, de 4 de setembro, no artigo 1.º, refere que “o direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social”, sendo uma responsabilidade conjunta de todos os estratos, constituintes da sociedade. O regulamento também refere que “a sociedade tem o dever de contribuir para a proteção da saúde em todas as políticas e setores de atividade”. ^[3]

De acordo com a Lei de Bases da Saúde, todas as pessoas têm direito a: ^[3]

- Proteção da sua saúde, sem serem discriminadas;
- Aceder aos cuidados básicos de saúde, dignamente e num tempo considerado clinicamente viável;
- Escolher a entidade prestadora de cuidados de saúde que pretendem;
- Promoção de qualidade de vida durante o envelhecimento, favorecendo o domínio independente das decisões, que afetam a sua vida;
- Ser assistidas por um familiar ou pessoa eleita para o efeito.

A Lei n.º. 100/2019, de 6 de setembro, aprova o estatuto do cuidador informal¹e regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada².

A população idosa é, maioritariamente, exposta a riscos, como o isolamento social e a dependência física, mental e económica, e tem um estado de saúde vulnerável, que se enquadra na definição de “pessoa cuidada”. ^[2] Devido ao aumento da população idosa, as ofertas atualmente existentes para a prestação de cuidados de saúde a estes cidadãos

¹ Cuidador informal é um indivíduo (familiar ou não) que presta auxílio a pessoas dependentes, de acordo com as suas necessidades específicas. ^[4]

² Pessoa cuidada é uma pessoa que requiere cuidados permanentes, por se apresentar numa situação de dependência. ^[5]

começam a ser insuficientes. Alguns autores têm mesmo questionado se qualidade e a qualidade dos serviços oferecidos atendem às necessidades dos estados mais envelhecidos. [6] Devido a estas situações, o recurso a cuidadores informais têm-se tornado cada vez mais frequente.

2. A População Idosa

De acordo com J. Nazareth, na segunda metade do século XX, surgiu o fenómeno designado envelhecimento demográfico. Este fenómeno é consequência direta do aumento da esperança média de vida e da baixa taxa de natalidade. De acordo com o referido autor, o envelhecimento demográfico é mais evidente nos países mais desenvolvidos, onde se inclui Portugal. [7]

Dados recentes revelam que o índice de envelhecimento, em Portugal, está criticamente, elevado, encontrando-se entre os cinco países europeus com um maior índice. Este índice demonstra a relação entre o número de idosos e a população jovem de uma determinada área. Assim, podemos afirmar que Portugal pode ser categorizado como um “país envelhecido”. [8]

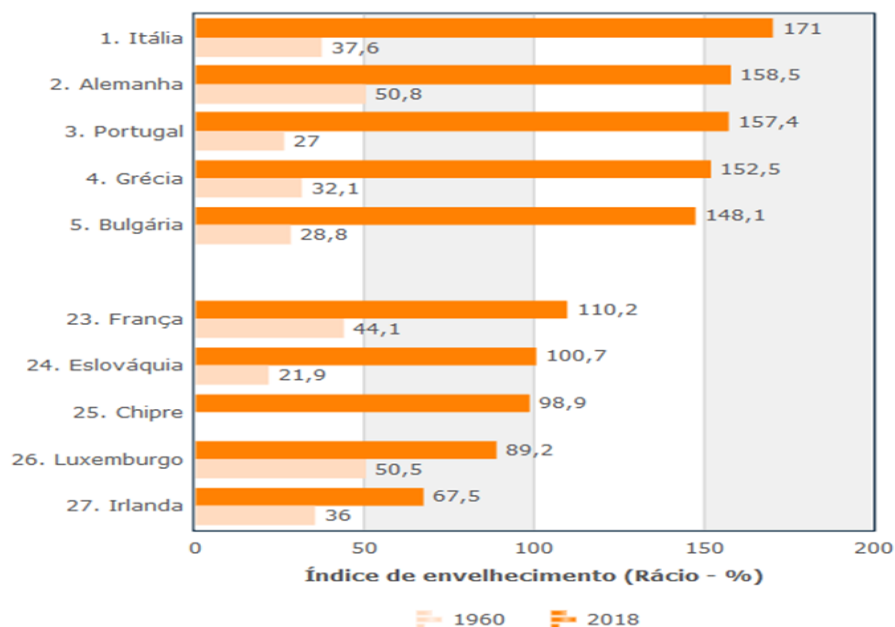


Gráfico I - Índice de envelhecimento de países europeus [8]

Apesar de não ser totalmente consensual, considera-se idoso, uma pessoa mais de 65 anos ^[9]. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o processo de envelhecimento resulta de uma acumulação de danos moleculares e celulares, ao longo do tempo, que leva a um decréscimo progressivo das capacidades físicas e mentais. Este processo não está apenas relacionado com o avanço na idade dos indivíduos, sendo, também, condicionado por fatores sociais, económicos, culturais, históricos e ambientais. Assim, pensa-se que o envelhecimento é um processo gradual e natural, que inclui mudanças biopsicossociais dos indivíduos, durante a sua vida. ^{[2], [10]} Deste modo, o envelhecimento não é estático e não se desenvolve da mesma forma em todos os indivíduos. Ou seja, poderão existir idosos com 80 anos com algumas capacidades físicas e mentais semelhantes às dos jovens, assim como indivíduos, com idades compreendidas entre 60 e 70 anos, que necessitem de cuidados específicos e auxílio para a realização de tarefas diárias. ^{[10], [11]} Deste modo, o conceito de esperança média de vida é distinto do conceito de esperança de vida saudável. Enquanto a esperança média de vida representa a duração média da vida de uma população, a esperança de vida saudável define-se como o número de anos de vida saudável de um indivíduo. ^{[12], [13]}

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a esperança média de vida, em Portugal, foi estimada em 80,80 anos e a esperança de vida saudável foi estimada em 58,6 anos. A primeira é considerada mais elevada nas mulheres do que nos homens, enquanto a segunda é mais baixa no sexo feminino, como o representado no gráfico seguinte. ^[12]

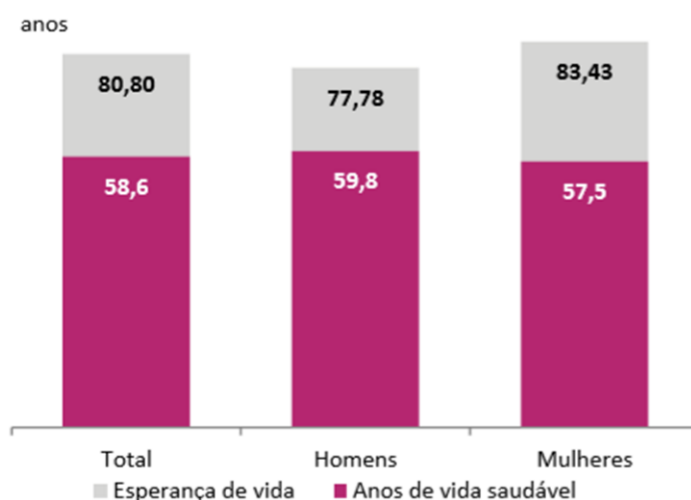


Gráfico 2 - Esperança de vida e Anos de vida saudável à nascença por sexo, Portugal (2018) ^[12]

A discrepância entre a esperança média de vida e a esperança de vida saudável está relacionada com condicionantes genéticas, fisiológicas e étnicas, mas também com hábitos alimentares, como o tabaco e o álcool, e comportamentos sociais. As condições económicas

podem igualmente ter impacto negativo na saúde do indivíduo quando limitam o seu acesso aos serviços de saúde ^[11]. Do que foi exposto podemos constatar que as alterações demográficas advêm de um conjunto abrangente de fatores.

2.1. Alterações Psicológicas e Emocionais do Utente Idoso

De acordo com dados da OMS, mais de 20% dos adultos, com idade superior a 60 anos, sofrem algum tipo de patologia neurológica ou mental, sendo as mais comuns a demência e a depressão. A demência é uma condição onde existe degeneração da memória, do pensamento e do comportamento. Enquanto a depressão é um estado psicológico pouco diagnosticado e tratado, pois os seus sintomas são confundidos com os de outras doenças.

[14]

Atualmente, ainda não existe medicação disponível para a cura da demência. No entanto, várias ações podem ser tomadas por familiares e cuidadores, no sentido de adiar ou minimizar os efeitos desta patologia. Detetar precocemente as mudanças comportamentais, otimizar a saúde física e mental do idoso, assistir o idoso na toma da medicação prescrita para o controlo dos sintomas e identificar e tratar as patologias de carácter físico associadas são algumas das medidas que podem ajudar a controlar a demência. ^[14]

2.2. Alterações Fisiológicas do Utente Idoso

O processo de envelhecimento é um processo complexo que não se limita a fatores intrínsecos. Porém, com o avanço da idade, surgem modificações anatómicas e fisiológicas, relevantes no organismo humano. ^[15] Deste modo, a população idosa tem uma maior predisposição para contrair doenças crónicas, deficiências físicas e outras condições indesejáveis. ^[9] Por exemplo, a prevalência da doença de Parkinson aumenta 3,5% em idades superiores a 85 anos, e a prevalência de acidente vascular cerebral aumenta de 3% para 30%.

[1]

Em 2014, de acordo com dados recolhidos no Inquérito Nacional de Saúde (INS), as dores crónicas, na zona lombar, cervical e no pescoço, foram as queixas mais frequentes na população com idade superior a 15 anos. Segundo dados da mesma fonte 2,1 milhões de

peças mencionaram sofrer de artrose e 2,2 milhões de hipertensão. Constata-se ainda, através do referido inquérito, que a incidência de doenças crónicas é maior na população idosa, conforme podemos verificar no gráfico 3 [16].

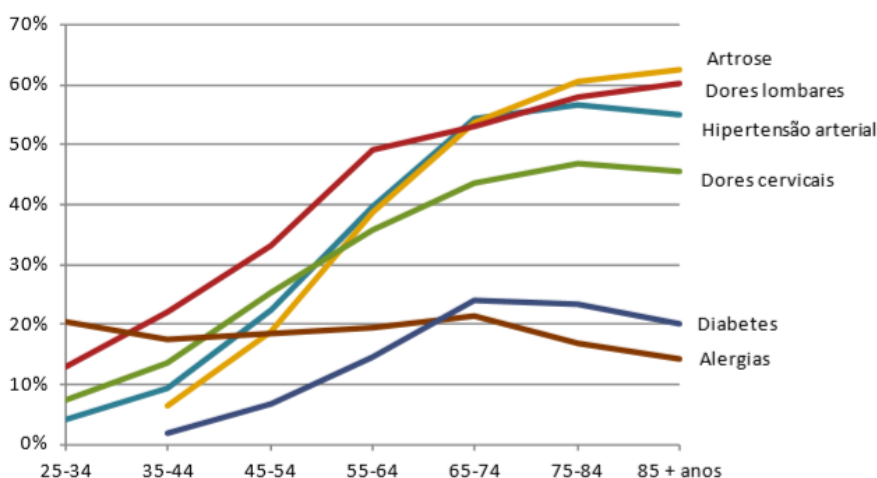


Gráfico 3 - Proporção da população com 25 ou mais anos com certas doenças crónicas por grupo etário, Portugal, (2014) [16]

Durante o envelhecimento, muitos órgãos começam a perder funções fisiológicas e há redução da capacidade de recuperação dos mesmos. [17] Esta situação manifesta-se, com frequência, no pós-operatório, onde a recuperação pode ser mais longa e pode haver um maior número de complicações posteriores. [18]

✓ Sistema Cardiovascular

A idade é, por si só, um fator de risco cardiovascular. Para além de aumentar a probabilidade do aparecimento de doenças cardiovasculares pode, ainda, alterar a forma como estas se manifestam. Com o avanço da idade o sistema cardiovascular sofre uma diminuição da sua eficácia contráctil, com consequências na saúde dos indivíduos. [17], [18]

O envelhecimento do sistema cardiovascular altera a parede arterial e a matriz vascular. Os vasos estreitam, aumentando a pressão arterial sistólica, a resistência vascular sistémica e a pós-carga cardíaca. Estas modificações podem levar ao aumento da pressão arterial e provocar a atrofia do ventrículo esquerdo que terá de elevar a ejeção de sangue para compensar a deficiência no transporte do mesmo. [17]

As doenças do sistema cardiovascular são das patologias mais comuns na população idosa ^[18].

✓ Sistema Nervoso

Com o avanço da idade, a produção de neurotransmissores centrais, como a acetilcolina e a serotonina, fica reduzida, o que conduz a uma perda de memória e de funções motoras. ^{[17], [18]} Há, ainda, diminuição da velocidade de condução nervosa, provocando um declínio gradual da transdução de sinal no tronco cerebral e na medula espinhal. O número de células musculares inervadas por cada axónio também diminui, levando a uma atrofia muscular. ^[17]

Para além destas alterações, há um aumento da formação de radicais livres de oxigénio, que têm a capacidade de danificar proteínas, ácidos nucleicos e lípidos, essenciais ao bom funcionamento do organismo ^[18].

✓ Sistema Respiratório

Os pulmões saudáveis possuem capacidade de efetuar trocas gasosas. Com o avanço da idade há perda da massa muscular que envolve os pulmões ^{[17], [18]}. Alterações estruturais na caixa torácica e na capacidade de resposta do sistema nervoso central podem afetar a área de superfície para as trocas gasosas alveolares e comprometer o processo de respiração ^{[17], [18]}.

✓ Sistema Renal

A partir dos 40/50 anos, o tamanho dos rins começa a diminuir progressivamente. A perda de glomérulos, as alterações túbulo-intersticiais, como a fibrose, e o aumento do volume intersticial podem estar associadas à diminuição de volume referida ^[18]. Além da redução do número de nefrónios, outras alterações também são visíveis nos rins: a espessura cortical diminui, o número de túbulos diminui, o número de divertículos aumenta, há redução da taxa de filtração glomerular e do fluxo renal do plasma e ocorre atrofia tubular. ^{[15], [17], [18]}

✓ Sistema Gastrointestinal

O processo de envelhecimento origina alterações fisiológicas no sistema gastrointestinal, que poderão trazer complicações para o idoso. ^[17]

No estômago, ocorrem alterações na secreção de ácido clorídrico e de pepsina, que podem estar ligadas a alterações nas células e nos órgãos secretores de enzimas e a um ligeiro aumento no pH gástrico. No intestino delgado, há uma diminuição na absorção de algumas substâncias, como o cálcio e a vitamina B₁₂. No fígado, ocorre uma redução de volume e de fluxo sanguíneo. O tempo de trânsito intestinal também tende a aumentar com a idade, podendo levar a casos graves de obstipação. ^{[15],[17]}

✓ Outras Alterações Fisiológicas

Com o avanço da idade, a composição do organismo fica modificada, havendo diminuição do volume de água e um aumento da gordura corporal. ^[15] A capacidade de termorregulação do organismo também diminui pois a pele perde eficácia na preservação e na dissipação de calor. ^[17]

As alterações músculo-esqueléticas são muito comuns e, frequentemente, causam dor, desconforto e dificuldade na locomoção. Com o envelhecimento, surge uma diminuição do líquido sinovial, que serve como lubrificante, e os ligamentos tornam-se mais curtos e menos flexíveis. Isto origina uma menor amplitude dos movimentos, sendo os joelhos, os pulsos, os cotovelos e os quadris, comumente, as áreas mais afetadas. ^[19]

As fibras elásticas alteram-se, especialmente, quando expostas a luz solar intensa podendo aparecer rugas, associadas ao decréscimo da espessura da pele. ^[19]

Os problemas auditivos são igualmente frequentes na população idosa. Com maior incidência nos homens do que nas mulheres estão, muitas vezes, relacionados com fatores externos, como a exposição a ruídos. Com a idade surge também um déficit neuronal que poderá determinar um declínio na função olfativa. ^[19]

2.3. Polimedicação e a População Idosa

Conforme foi referido anteriormente, o envelhecimento poderá aumentar a probabilidade do aparecimento de doenças crónicas. Consequentemente, a prescrição de

fármacos de diferentes grupos terapêuticos é, frequentemente, necessária. ^[20] Aproximadamente 53,2% dos indivíduos polimedicados pertencem à faixa etária acima dos 64 anos. ^[21] Apesar de não ser uma definição totalmente consensual, polimedicação pode ser descrita como a administração simultânea de vários medicamentos. ^[20]

Existem diversos fatores que podem levar à polimedicação. Múltiplas patologias, prescritores distintos e a automedicação são alguns dos mais frequentes. ^[21] Também, o desejo de ser medicado e a omissão da toma de outros fármacos, por parte do utente, podem ser responsáveis pela toma simultânea de vários medicamentos. ^[20]

A polimedicação deve ser monitorizada pois encontra-se associada ao aumento do risco de reações adversas do medicamento (RAM) e de interações medicamentosas. ^[20] O risco do aparecimento de RAM é 6% quando ocorre a administração de dois fármacos em simultâneo, mas este aumenta para 50% quando se tomam cinco. ^[21]

A interação entre fármacos é um dos fatores responsáveis pela hospitalização de doentes. Sendo proporcional ao número de medicamentos, aumenta com o aumento deste ^[22] e é agravada pela automedicação e com a toma de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), como anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), analgésicos, laxantes e antiácidos. ^{[20], [23]}

A dosagem é um fator relevante para a efetividade de um fármaco e para se obter o efeito terapêutico desejado. No entanto, conforme referimos anteriormente, o envelhecimento pode condicionar a capacidade de metabolização do fígado e dos rins, alterando, conseqüentemente, a farmacocinética dos princípios ativos. Este facto leva a que, por vezes, seja necessário ajustar a dose para se evitem efeitos adversos. ^[23]

A toma concomitante de vários medicamentos pode também proporcionar a ocorrência de erros na toma dos mesmos. Esta situação aumenta a probabilidade de existência de reações adversas e de interações medicamentosas que poderão pôr em causa a saúde do utente. ^[24]

Para além do referido, a polimedicação está relacionada com certos problemas recorrentes no paciente idoso. Por exemplo, as quedas são mais frequentes nos indivíduos que tomam um maior número de medicamentos e os problemas de incontinência urinária estão também associados à polimedicação. Mais, esta faz aumentar o risco de malnutrição, reduzindo o *intake* de fibras, gorduras solúveis, vitamina B e de alguns minerais e elevando o *intake* de sódio, glucose e colesterol. ^[22]

Tendo estes fatores em consideração, devem ser feitos esforços no sentido de reduzir a necessidade de recorrer à polimedicação. ^[22] Para isso, o cuidador, com o auxílio do médico e do farmacêutico deve: ^[20]

- Fazer revisão e atualização do registo de toda a medicação em cada consulta;
- Verificar a prescrição, relativamente à indicação terapêutica;
- Compreender o perfil de efeitos secundários dos medicamentos indicados e a farmacocinética e farmacodinâmica envolvidas;
- Suspender fármacos sem indicação conhecida e substituir aqueles que apresentam maior toxicidade por outros com menor toxicidade.

2.4. Cuidados a Ter com o Idoso

O ato de cuidar é considerado como uma característica inata, essencial à existência humana. ^[25] A maioria dos indivíduos está consciente da necessidade que existe em zelar pelo bem-estar de todos aqueles que lhes estão relacionados. Isto acontece pois, como seres humanos, cremos no autocuidado como um símbolo da nossa condição humana. ^[26]

Considerando o que foi referido anteriormente relativamente às alterações que surgem com o envelhecimento podemos concluir que, por vezes, poderá existir alguma incapacidade e conseqüente dependência no idoso. Assim, as pessoas idosas com problemas de saúde e dependentes necessitam de mais apoio, por parte da família e dos serviços de saúde e dos serviços sociais. ^[2]

2.4.1. Saúde do Idoso

A promoção da saúde no utente idoso poderá contribuir para um incremento da sua longevidade. A adoção de uma boa nutrição, de uma boa higiene oral, a diminuição do consumo de álcool, a cessação do consumo de tabaco e a prática regular de atividade física são alguns cuidados preventivos prioritários. ^[1]

Outro problema que poderá comprometer a saúde do idoso é a não adesão à terapêutica. Estudos revelam que a não adesão à terapêutica poderá oscilar entre os 21% e os 55%. ^[20] Quando o utente se encontra hospitalizado, a administração da medicação é realizada por profissionais de saúde, levando a que haja um maior controlo da mesma. No

domicílio, a ausência de apoio por um profissional de saúde poderá comprometer a toma correta e atempada da medicação, pondo em causa a sua eficácia e consequentemente a saúde do idoso. ^[23]

O elevado número de medicamentos e a complexidade da toma dos mesmos, as alterações físicas e psicológicas inerentes à idade, dificuldades económicas, a falta de reconhecimento do estado de saúde são também alguns fatores que poderão interferir no sucesso e na segurança da terapêutica. ^[20]

2.4.2. Ambiente Seguro

Com o processo de envelhecimento, a coordenação motora e as habilidades cognitivas ficam debilitadas, tornando mais difícil a realização de algumas atividades diárias de forma confortável e segura. ^[27] O risco de quedas e de outro tipo de acidentes aumenta consideravelmente, sendo que, aproximadamente, 40% destes ocorrem em casa. ^[28]

A má iluminação, a existência de pisos escorregadios e de móveis não resistentes, a inexistência de uma ventilação adequada, a ausência de corrimões nas escadas e a existência de escadas com degraus de alturas díspares, são alguns fatores que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes. ^[29] A cozinha e a casa de banho são divisões que requerem um cuidado acrescido. A cozinha não deve ter um chão escorregadio e os móveis deverão ser de fácil acesso. A casa de banho deve ter corrimões, para auxiliar a movimentação, especialmente na entrada e saída do chuveiro/banheira. O quarto deverá ter interruptores perto da porta, se possível, luzes noturnas, e não deverão existir objetos no chão, que impeçam a fácil circulação. No exterior da casa deve ter-se em atenção a regularidade dos pisos, assim como a ausência de obstáculos e de buracos que poderão propiciar quedas. À noite, as zonas circundantes da casa deverão estar iluminadas, as escadas deverão ter um corrimão de ambos os lados e os degraus deverão estar marcados com fita refletora e antiderrapante. ^[28]

Estudos recentes demonstraram que o uso de tecnologia poderá ser vantajoso no cuidado dos idosos. Equipamentos, como sensores eletrónicos, detetores de quedas, tapetes de pressão, monitores de portas e alarmes de fumo, poderão contribuir para a segurança do idoso. ^[30]

O espaço onde o idoso habita deve estar adaptado às suas necessidades e limitações. Só assim é possível prevenir acidentes e, simultaneamente, potencializar a capacidade funcional do cidadão idoso. ^[2]

2.4.3. Qualidade de Vida do Idoso

O conceito de qualidade de vida é dinâmico e tem subjacentes quatro dimensões: a saúde e as capacidades funcionais; o estado socioeconómico; a satisfação individual e a autoestima. Quando avaliamos a qualidade de vida, geralmente, consideramos a saúde como a dimensão mais importante, no entanto as restantes dimensões não deverão ser negligenciadas. ^{[31], [32]}

A interação social possui uma importância incontestável na vida do idoso. O contacto com familiares e amigos, a interação com a comunidade e a prática de atividades de lazer poderão proporcionar conforto e tranquilidade. Os laços familiares promovem um sentimento de segurança e de carinho, que ajudam a manter a saúde emocional do idoso. ^[27] O estabelecimento de interações entre as várias gerações através da partilha de conhecimentos, de valores e de tradições, potencia o bem-estar do idoso, a sua integração na comunidade e o seu reconhecimento social, prevenindo o isolamento. ^[2] As relações sociais influenciam a qualidade de vida do idoso tanto quanto a sua saúde física. ^[27]

A prática de atividade física moderada, a estimulação das funções cognitivas, a gestão do ritmo sono-vigília e o cuidado com a nutrição e com a higiene, também são importantes na saúde e no bem-estar do idoso, permitindo que este tenha uma melhor qualidade de vida. ^[1]

3. O Cuidador Informal

As alterações físicas e psicológicas do idoso, por vezes, impossibilitam que este se cuide de forma adequada e independente. Quando isto acontece é frequente recorrer a cuidadores. Os cuidadores, formais ou informais, auxiliam o idoso na execução das suas funções diárias e colaboram para a manutenção da sua saúde e do seu bem-estar. ^[33]

A Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro aprova o Estatuto do Cuidador Informal, regulando os seus direitos e deveres, bem como os da pessoa cuidada. De acordo com o

referido Estatuto, existem dois tipos de cuidadores informais, os principais e não principais. O cuidador informal principal é o cônjuge ou familiar até ao 4.º grau da pessoa cuidada, que a auxilia de forma permanente, que vive com ela em comunhão de habitação e que não auferir de remuneração da atividade profissional ou pelos cuidados que presta. Já o cuidador informal não principal é o cônjuge ou familiar até ao 4.º grau da pessoa cuidada, que a acompanha regularmente e que pode auferir ou não remuneração da atividade profissional ou pelos cuidados que presta. Este pode ou não viver em comunhão de habitação. [5]

Em 2014, de acordo com os dados recolhidos no INS, cerca de 1,1 milhões de pessoas, com 15 anos ou mais, prestava auxílio a pessoas idosas, com problemas de saúde. Sendo que destes, mais de 85% prestava esse auxílio a familiares. As estatísticas estão demonstradas no esquema seguinte. [16]

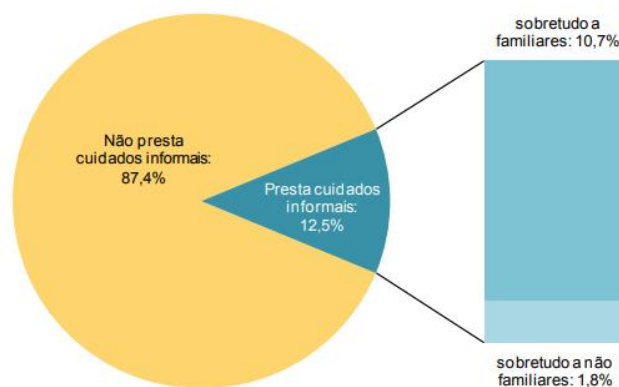


Gráfico 4 - Proporção da população com 15 anos ou mais, que presta cuidados informais, Portugal (2014) [16]

O cuidador informal pode ser remunerado ou não. Na generalidade, os cuidadores não remunerados são familiares que cuidam de idosos com 75 ou mais anos, e os remunerados são, geralmente, do sexo feminino e trabalham em tempo integral ou parcial. Ambos possuem pouca ou nenhuma formação na área da saúde. [26], [33], [34]

3.1. Direitos e Deveres do Cuidador Informal

Os direitos e deveres do cuidador informal encontram-se regulados no Estatuto do Cuidador Informal. Nas Tabelas seguintes resumimos os direitos e os deveres de um cuidador informal: [5]

Tabela 1 - Direitos do cuidador informal ^[5]

Direitos do cuidador informal
Obter reconhecimento do seu papel fundamental na conservação da saúde e bem-estar da pessoa cuidada.
Ter acompanhamento e formação, com o intuito de desenvolver as suas capacidades e adquirir competências fundamentais para uma adequada realização dos cuidados de saúde.
Receber esclarecimentos dos profissionais de saúde e da segurança social e ter acesso a informação esclarecedora sobre a evolução da doença da pessoa cuidada e os apoios a que esta tem direito.
Ter acesso a informação relacionada com as boas práticas, ao nível do acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais.
Beneficiar de apoio psicológico, quando necessário e até após a morte da pessoa cuidada, e de períodos de descanso, para manutenção do seu bem-estar e da saúde emocional.
Dispor de subsídio de apoio, no caso do cuidador informal principal.
Conseguir, no caso dos cuidadores informais não principais, conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional.
Ser beneficiado com o regime trabalhador-estudante, caso frequente um estabelecimento de ensino.
Ter a sua opinião respeitada no que toca à definição de políticas públicas, direcionadas aos cuidadores informais.

Tabela 2 - Deveres do cuidador informal ^[5]

Deveres do cuidador informal
Respeitar os interesses e direitos da pessoa cuidada.
Dar auxílio à pessoa cuidada, com orientação de profissionais de saúde e requerer apoio social, quando necessário.
Garantir um bom acompanhamento e contribuir para melhorar a qualidade de vida da pessoa cuidada, frisando a maximização da sua capacidade funcional e autonomia.
Ter atenção às necessidades básicas da vida diária e ao cumprimento da terapêutica prescrita pela equipa de saúde, que acompanha a pessoa cuidada.
Promover a comunicação e socialização, nomeadamente no que toca às relações familiares.
Manter um ambiente seguro e confortável, tendo sempre em consideração os períodos de repouso diário e de lazer.
Garantir as condições de higiene, uma alimentação equilibrada e uma hidratação adequada.
Manter uma comunicação fixa com a equipa de saúde, no que toca a alterações do estado de saúde da pessoa cuidada ou a medidas, que contribuam para melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida.
Participar nas ações de formação propostas.
Notificar, no prazo de 10 dias úteis, os serviços de segurança social, no caso de ocorrer alguma alteração relativamente ao reconhecimento, mencionado anteriormente.

3.2. Medidas de Apoio ao Cuidador Informal

Os serviços prestados pelo cuidador informal são exigentes. O ato de cuidar é um fenómeno complexo com impacto na saúde física, psicológica e emocional do cuidador. [35] Os cuidadores habitualmente têm níveis de *stress* elevados, apresentam dificuldades em conciliar as responsabilidades de cuidador com a sua vida pessoal e familiar e exibem uma maior propensão para o isolamento social, demonstrando sentimentos de frustração, incompreensão e solidão. Tudo isto faz com que, muitas vezes, as necessidades emocionais dos cuidadores ultrapassem as da pessoa cuidada. [33], [34], [36]

As preocupações manifestadas pelos cuidadores são diversas, não se debruçando apenas no estado de saúde da pessoa cuidada. A saúde mental do cuidador e a sua dificuldade de sair de casa, para não deixar a pessoa cuidada sem vigilância, são os motivos de maior apreensão por parte do cuidador. Os custos financeiros diretos e indiretos, também são apontados como dificuldades, pois além de custos acrescidos com a pessoa cuidada, o cuidador muitas vezes tem que abdicar do seu trabalho e da sua carreira. [36]

Tendo em conta estas preocupações e com o objetivo de auxiliar a sua resolução, o Estatuto do Cuidador Informal propõe as seguintes medidas de apoio ao cuidador informal: [5]

- Contacto com um profissional de saúde, para debater as necessidades da pessoa cuidada, aconselhamento e formação, com o intuito de desenvolver competências relativas aos cuidados a prestar;
- Participação ativa na elaboração de um plano de intervenção específico;
- Participação em grupos de autoajuda, onde pode partilhar experiências, por forma a minimizar o isolamento social do cuidador;
- Acompanhamento psicossocial, por um profissional de saúde, quando necessário;
- Aconselhamento e orientação relativamente aos seus direitos e deveres como cuidador informal e da pessoa cuidada, por parte dos serviços competentes de segurança social;
- Acompanhamento referente a atendimento direto de ação social, por profissionais da área da segurança social ou das autarquias;

- Encaminhamento para redes sociais de apoio, quando necessário, como apoio domiciliário.

O referido Estatuto também estipula que o cuidador informal pode referenciar a pessoa cuidada para uma unidade de internamento e que as instituições da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) devem garantir uma resposta apropriada. O cuidador pode encaminhar a pessoa cuidada para serviços e estabelecimentos de apoio social, como lares residenciais e ter, periodicamente, auxílio de serviços de apoio domiciliário adequados à situação da pessoa cuidada.

O cuidador informal principal também pode beneficiar de um subsídio de apoio, atribuído pelo subsistema de solidariedade, ter acesso ao regime de seguro social voluntário e de que seja promovida a sua integração no mercado de trabalho, aquando o término dos cuidados prestados.

Já o cuidador informal não principal beneficia de medidas que favorecem a conciliação da prestação de cuidados com a sua atividade profissional. Assim, durante o período de trabalho a tempo parcial, o cuidador poderá usufruir de um registo adicional de remunerações, “com o limite do valor da remuneração média registada a título de trabalho a tempo completo”.

Após a cessação da atividade profissional por parte do cuidador informal principal, sem reconhecimento do direito ao subsídio de desemprego, pode haver “registo por equivalência à entrada de contribuições pelo período máximo de concessão do subsídio de desemprego aplicável ao seu escalão etário”.

O cuidador informal pode ainda recorrer, sempre que se justifique, a um acompanhamento complementar de um profissional da área da saúde e da segurança social, assim como de serviços competentes da autarquia ou de outras entidades da área da justiça, educação, emprego e formação profissional e forças de segurança. ^[5]

4. Papel do Farmacêutico

O farmacêutico como especialista do medicamento é essencial na promoção do uso racional dos medicamentos. No entanto, também é um agente de saúde pública, com responsabilidade na prevenção de doenças e na promoção da saúde e do bem-estar da sociedade. ^{[37], [38]} Os serviços farmacêuticos disponíveis nas farmácias comunitárias poderão

auxiliar os utentes a prevenir doenças, a minimizar as complicações que delas advêm e a desenvolver estilos de vida mais saudáveis. Entre os serviços disponibilizados destacamos: o acompanhamento de utentes; a avaliação de fatores de risco; a vigilância das patologias; serviços de prevenção clínica e o incentivo ao uso racional dos medicamentos. [38]

✓ Controlo e Avaliação dos Fatores de Risco

Em 2014, segundo dados recolhidos através do INS, cerca de 77% da população, com 15 anos ou mais, monitorizou a tensão arterial com um profissional de saúde, nos 12 meses anteriores à entrevista. Também nesse inquérito está mencionado que cerca de 67% da população em análise, controlou, com auxílio de um profissional de saúde, os seus níveis de colesterol e de glicemia. Através da análise do gráfico 7 podemos constatar que a percentagem de utentes que controla os seus parâmetros biológicos aumenta com o aumento da idade. [16]

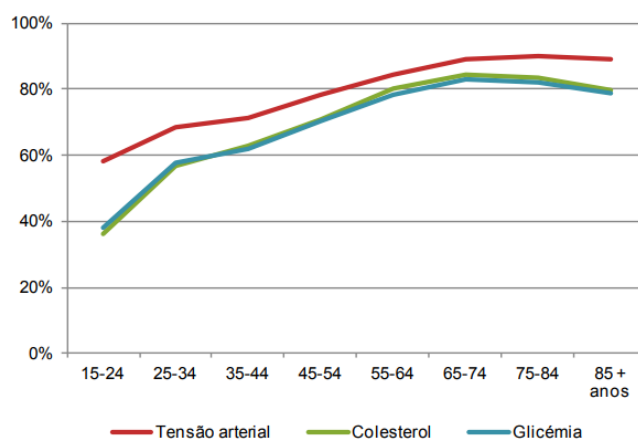


Gráfico 5 - Proporção da população, com 15 ou mais anos, que mediu a tensão arterial, o nível de colesterol e nível de glicémia com profissionais de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista, Portugal (2014) [16]

A acessibilidade do farmacêutico, faz com que este profissional de saúde, seja um elemento fundamental na prestação de informação e auxílio ao cuidador informal. O farmacêutico deverá ajudar o cuidador informal a compreender e a interpretar os resultados da medição dos parâmetros biológicos e a encaminhá-lo para o médico caso seja necessário [39]. A informação disponibilizada deve ser simples, clara e adequada ao nível de literacia do utente ou do cuidador, de modo a que a informação seja compreendida e apreendida corretamente. [39]

✓ Organização e Administração da Medicação

Conforme foi referido, com o avanço da idade, a polimedicação torna-se, por vezes, inevitável. Por exemplo, em 2014, segundo dados do INE, o consumo de MSRM (Medicamentos Sujeitos a Receita Médica) em idosos era o dobro da registada na restante população. ^[16]

A gestão da medicação é uma das tarefas mais importantes e mais complexas do cuidador informal. ^{[40], [41]} A aquisição dos medicamentos, a preparação das caixas de comprimidos e a administração da medicação são, na maioria dos casos, da sua responsabilidade. A interação com os profissionais de saúde e a aquisição de informação para tomadas de decisão futura são também tarefas assumidas pelos cuidadores. ^[41]

Relativamente à organização da medicação, os cuidadores, normalmente, usam determinadas estratégias e ferramentas para que os medicamentos sejam tomados de acordo com a prescrição. Uma das ferramentas mais utilizadas pelos cuidadores são as caixas de comprimidos. Estas permitem a organização diária ou semanal da medicação, facilitando a sua toma e prevenindo eventuais esquecimentos. ^[41]

Outra técnica utilizada é uma lista que contém informação sobre o paciente, a medicação que toma e a posologia da mesma. Estas listagens incluem os nomes e a indicação terapêutica dos medicamentos, a hora da toma e o contacto dos profissionais de saúde que acompanham o idoso e o cuidador. Geralmente, estas informações são mantidas em formato papel, fichas ou cadernos, apesar de, atualmente, os cuidadores utilizarem cada vez mais os formatos digitais. Contudo, na maioria dos casos, estas listagens são elaboradas sem a orientação de um profissional de saúde. ^[41]

Apesar da utilidade destas ferramentas, surgem, por vezes, erros. A forma e a cor dos comprimidos podem ser facilmente confundidos pelo idoso e pelo cuidador. Quando a medicação é alterada também poderão surgir dúvidas relativamente à toma concomitante dos novos fármacos com os anteriormente prescritos. O farmacêutico pode auxiliar o cuidador, de forma a evitar alguns erros. ^[41] O farmacêutico poderá:

- Verificar o tipo de caixas de comprimidos e aconselhar o cuidador na escolha das mesmas;
- Preparar semanalmente a caixa de comprimidos do idoso;
- Auxiliar o cuidador a criar uma ficha ou documento de orientação;

- Verificar, regularmente, o conteúdo das listas orientadoras do cuidador, relativamente à medicação e aos horários de toma da mesma.

Ao auxiliar o cuidador na organização da medicação, o farmacêutico deve-relembrar a importância da preservação da autonomia e independência do idoso, o máximo de tempo possível. ^[40] Por isso, é relevante incentivar o idoso tomar a medicação sozinho, enquanto este conseguir.

Os efeitos adversos e as interações medicamentosas são também motivo de preocupação para os cuidadores. ^[41] Por vezes, as dúvidas existentes não são devidamente esclarecidas com o clínico e os cuidadores procuram o farmacêutico para as clarificar. ^{[24], [41]}

Para facilitar a tarefa do farmacêutico na avaliação do uso e prescrição de medicamentos do utente idoso, foram criados os critérios *Beers* e os critérios *STOPP* (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions*) e *START* (*Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment*). Os critérios *Beers* são constituídos por dois quadros de medicamentos - um inclui substâncias ou classes de medicamentos a evitar no idoso, independentemente da patologia, e outro inclui situações clínicas e os medicamentos a evitar nestas circunstâncias. Estes critérios auxiliam no reconhecimento de substâncias que devem ser evitadas, por apresentarem riscos desnecessários ou por não serem as indicadas para determinadas doenças, e para as quais existem alternativas mais seguras. ^{[42], [43]}

Os critérios *STOPP* e *START* são ferramentas úteis no reconhecimento de medicamentos potencialmente inadequados (MPI), que têm uma relação direta com as RAM e, que geralmente, são responsáveis por hospitalizações do idoso ou, até, pela sua morte, e de medicamentos potencialmente omissos (MPO). A existência destes últimos está relacionada com situações clínicas para as quais não foi estabelecida uma terapêutica medicamentosa adequada. Estes critérios são muito utilizados devido à sua simplicidade e por permitirem analisar os MPO, melhorando, assim, a revisão da medicação. ^[43]

Os critérios *STOPP* correspondem a 65 itens, subdivididos em cinco sistemas fisiológicos. Estes são utilizados para simplificar o processo de revisão da medicação e têm em consideração interações farmacológicas, contraindicações, precauções e duplicações terapêuticas. Além disso, estes tornam mais fácil, reconhecer os MPI. Os critérios *START* correspondem a 22 critérios, subdivididos em seis sistemas fisiológicos, e foram desenvolvidos para colmatar as falhas, que existiam no que toca à identificação de MPO. A sua elaboração relacionou-se com o valor demonstrado de certas terapêuticas e com a eficácia na prevenção de eventos que podem ser evitados. ^[43]

Assim, com a contribuição destes critérios, o farmacêutico pode auxiliar na gestão da terapêutica do idoso, evitando duplicações da medicação e contribuindo para um uso seguro e racional dos medicamentos. [43]

A criação de programas para educar e informar os cuidadores informais sobre a terapêutica também poderá ser vantajosa. Através da intervenção farmacêutica estes programas poderiam ajudar a gerir a terapêutica e a simplificar os regimes medicamentosos, reduzindo os problemas relacionados com a medicação e melhorando a segurança da terapêutica instituída. [41]

✓ Literacia em Saúde e Comunicação com o Cuidador Informal

A literacia em saúde é considerada como a capacidade de uma pessoa usar competências para aceder, compreender e avaliar informações relacionadas com a saúde, podendo aplicá-las na sua vida diária para tomar decisões, prevenir doenças e promover uma melhor qualidade de vida. Níveis mais elevados de literacia em saúde estão, habitualmente, associados a uma melhor gestão da saúde e dos recursos disponíveis. O farmacêutico deverá contribuir para melhorar o nível de literacia em saúde da população. Isto poderá ser conseguido, por exemplo, através da disponibilização de informação sobre medicação, reações adversas, interações medicamentosas, estilos de vida saudáveis, problemas de saúde. [44]. [45]

É de extrema importância que a informação transmitida por um profissional de saúde seja entendida e apreendida pelo utente e/ou pelo seu cuidador. Para que isto aconteça a comunicação entre ambos tem de ser eficaz. Uma atitude positiva pelo profissional de saúde pode contribuir para que haja uma melhor adesão à terapêutica e a comportamentos saudáveis, com consequentes ganhos para a saúde e para o bem-estar do utente. [46]

5. Conclusão

O estatuto do cuidador informal, foi aprovado pela Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro. Este diploma legal vem corrigir algumas lacunas que existiam no reconhecimento do cuidador informal e nos apoios a que este tem direito. O cuidador informal tem um papel fulcral na manutenção do estado de saúde da pessoa cuidada. Deste modo é importante que os profissionais de saúde reconheçam o cuidador informal como um membro da equipa de saúde, responsável pelo idoso. ^[35]

O farmacêutico devido à sua formação científica, às suas competências profissionais e à sua proximidade com o utente e com o seu cuidador informal é um elemento muito importante na gestão da terapêutica. As informações prestadas pelo farmacêutico sobre saúde e bem-estar, sobre o sistema de saúde, sobre medicamentos e sobre dispositivos médicos poderão contribuir para melhorar a literacia em saúde dos utentes, a sua saúde e a sua qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

1. Direcção-Geral da Saúde [DGS] - **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas**. (2006) [Consult. 1 abr. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>. ISBN 972-675-155-1.
2. Serviço Nacional de Saúde [SNS] - **Estratégia para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025**. (2017) [Consult. 1 abr. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
3. **Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro da Assembleia da República**. - Diário da República: 1 série, n.º 169/2019 [Consult. 1 abr. 2020]. Disponível na Internet: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124417108/details/maximized>
4. JUNIOR, Paulo, CORRENTE, José, HATTOR, Cíntia et al. - **Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficite de autocuidado**. Ciência & Saúde Coletiva. ISSN 1413-8123. Vol. 16, N° 7 (2011), p.3131-3137.
5. **Lei n° 100/2019 de 6 de setembro da Assembleia da República**. - Diário da República: 1 série, n° 171/2019 [Consult. 1 abr. 2020]. Disponível na Internet: <https://dre.pt/home/-/dre/124500714/details/maximized>
6. TARDIF, Dann - **Global elderly care in crisis**. The Lancet. ISSN 1474547X. Vol. 383, N° 9921 (Mar/2014), p.927.
7. NAZARETH, J. Manuel – **Demografia - A ciência da população**. 1ª Edição. Lisboa : Editorial Presença, 2004. ISBN 972-2331-53-1.
8. PORDATA, Base de Dados Portugal Contemporâneo – **Índice de Envelhecimento** [Consult. 2 abr. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.pordata.pt/Europa/%c3%8ndice+de+envelhecimento-1609>
9. SHRIVASTAVA, SRBL, SHRIVASTAVA, PS, RAMASAMY, J - **Health-care of elderly: Determinants, needs and services**. International Journal of Preventive Medicine. Tamil Nadu, India. ISSN 20087802. Vol. 4, N°10 (Out/2013), p. 1224-1225.
10. WHO, World Health Organization – **Ageing and health** [Consult. 4 abr. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

11. WHO, World Health Organization - **World Report on ageing and health** [Consult. 4 abr. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>. ISBN 978-924-15-6504-2.
12. INE, Instituto Nacional de Estatística - **Estatísticas da Saúde : 2018**. Lisboa : INE, (2020) [Consult. 5 abr. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.ine.pt/xurl/pub/257793024>. ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0534-3.
13. OLIVEIRA, Isabel Tiago de, MENDES, Maria Filomena - **A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007**. Análise Social. N° 194 (2010), p. 115-138.
14. WHO, World Health Organization - **Mental health of older adults** [Consult. 10 abr. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
15. MANGONI, A. A., JACKSON, S.H.D - **Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: Basic principles and practical applications**. British Journal of Clinical Pharmacology. Vol. 57, N° 1 (2004), p. 6-14.
16. INE, Instituto Nacional de Estatística - **Inquérito Nacional de Saúde : 2014**. Lisboa : INE, (2016) [Consult. 14 abr. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.ine.pt/xurl/pub/263714091>. ISSN 1646-4052. ISBN 978-989-25-0356-1 .
17. NAVARATNARAJAH, Arunraj, JACKSON, Stephen H.D. - **The physiology of ageing**. Medicine (United Kingdom). ISSN 1365-4357. Vol. 45, N° 1 (2017), p. 6-10.
18. COLLOCA, Giuseppe, SANTORO, Michaela, GAMBASSI, Giovanni - **Age-related physiologic changes and perioperative management of elderly patients**. Surgical Oncology. ISSN 0960-7404. Vol. 19, N° 3 (2010), p. 124-130.
19. RIBEIRO, Liliane, ALVES, Pâmela B., MEIRA, Elda P. - **Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento**. Ciência, Cuidado e Saúde. Vol. 8, N° 2 (2009), p. 220-227.
20. GALVÃO, Cristina - **O idoso polimedicado - Estratégias para melhorar a prescrição**. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Vol. 22, N° 6 (2006), p. 747-52.
21. PINTO, Alexandra, RODRIGUES, Teresa, MENDES, Jorge, et al. - **Medication and Polymedication in Portugal**. Studies in Theoretical and Applied Statistics, Selected Papers of the Statistical Societies. (2013), p. 59-68.

22. MATHER, Robert L., HANLON, Joseph, HAJJAR, Emily R. - **Clinical consequences of polypharmacy in elderly**. Expert Opinion on Drug Safety. ISSN 1474-0338. Vol. 13, N° 1 (2014), p. 57-65.
23. COSTA, Luize M., LINDOLPHO, Miriam, SÁ, Selma, et. al – **O idoso em terapêutica plurimedicamentosa**. Ciência, Cuidado e Saúde. Vol. 3, N° 3 (2004), p. 261-266.
24. PÉREZ-JOVER, Virtudes, MIRA, José J., CARRATALA-MUNUERA, Concepción, et al. - **Inappropriate use of medication by elderly, polymedicated, or multipathological patients with chronic diseases**. International Journal of Environmental Research and Public Health. ISSN 1660-4601. Vol. 15, N° 2 (2018).
25. MORSE, J. M., SOLBERG, S. M., NEANDER, W. L., et al. - **Concepts of caring and caring as a concept**. Advances in Nursing Science. Vol. 13, N° 1 (1990), p.1-14.
26. SAMPAIO, Aline, RODRIGUES, Fernanda, PEREIRA, Valquiria - **Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar**. Estud. psicol. ISSN 1808-4281. Vol. 11, N° 2 (2011), p. 590-613.
27. ELO, Satu, SAARNIO, Reetta, ISOLA, Arja - **The physical, social and symbolic environment supporting the well-being of home-dwelling elderly people**. International Journal of Circumpolar Health. Vol. 70, N° 1 (2011), p. 90-100.
28. MOSS, Anne B. - **Are the Elderly Safe at Home?**. Journal of Community Health Nursing. Vol. 9, N° 1 (1992), p. 13-19.
29. ERKAL, Sibel - **Home safety, safe behaviors of elderly people, and fall accidents at home**. Educational Gerontology. Vol. 36, N° 12 (2010), p. 1051-1064.
30. MISKELLY, F. G. - **Assistive technology in elderly care**. Age and Ageing. Vol. 30, N° 6 (2001), p. 455-458.
31. WILHELMSON, Katarina, ANDERSSON, Christina, WAERN, Margda, et al. - **Elderly people's perspectives on quality of life**. Ageing and Society. Vol. 25, N° 4 (2005), p. 585-600.
32. FARQUHAR, Morag - **Elderly people's definitions of quality of life**. Social Science and Medicine. Vol. 41, N° 10 (1995), p. 1439-1446.
33. TAO, Hong, MCROY, Susan - **Caring for and keeping the elderly in their homes**. Chinese Nursing Research. ISSN 2095-7718. Vol. 2, N° 2-3 (2015), p. 31-34.

34. CHE, Hui L., YEH, Ming L., WU, Shu M. - **The self-empowerment process of primary caregivers: A study of caring for elderly with dementia.** Journal of Nursing Research. Vol. 14, N° 3 (2006), p. 209-218.
35. DEEKEN, John F., TAYLOR, Kathryn L., MANGAN, Patricia, et al. - **Care for the caregivers: A review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers.** Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 26, N° 4 (2003), p. 922-953.
36. CAIN, Roy, MACLEAN, Michael, SELICK, Scott - **Giving support and getting help: Informal caregivers' experiences with palliative care services.** Palliative and Supportive Care. Vol. 2, N° 3 (2004), p. 265-272.
37. PITA, João R., BELL, Victoria - **A farmácia em Portugal nos últimos 30 anos.** Algumas reflexões sobre a farmácia de oficina ou comunitária. Debater a Europa. N° 15 (2016), p. 197-215.
38. VIEIRA, Fabiola S. - **Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 12, N° 1 (2007), p. 213-220.
39. TIMÓTEO, Ana T. - **Modificação do estilo de vida : Dificuldades no Controlo dos Fatores de Risco.** Revista Factores de Risco. N° 35 (Jan-Mar/2015), p. 64-68.
40. LOOK, Kevin A., STONE, Jamie A. - **Contextual factors influencing medication management by rural informal caregivers of older adults.** Research in Social and Administrative Pharmacy. ISSN 1551-7411. Vol. 15, N° 10 (2019), p. 1223-1229.
41. LOOK, Kevin A., STONE, Jamie A. - **Medication management activities performed by informal caregivers of older adults.** Research in Social and Administrative Pharmacy. ISSN 1551-7411. Vol. 14, N° 5 (2018), p. 418-426.
42. SOARES, Maria A., FERNANDEZ-LIMÓS, Fernando, LANÇA, Carmen, et. al - **Operacionalização para Portugal: Critérios de beers de medicamentos inapropriados nos doentes idosos.** Acta Medica Portuguesa. Vol. 21, N° 5 (2008), p. 441-452.
43. SILVA, Patrícia C., OLIVEIRA, Pedro, CARNEIRO, Clara, et al. - **Revisão da Medicação em Idosos Institucionalizados: Aplicação dos Critérios STOPP e START** – Revista Portuguesa de Farmacoterapia. N° 6 (2014), p. 211-220.

44. SERRÃO, Carla, VEIGA, Sofia, VIEIRA, Isabel - **Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. ISSN 1647-2160. Vol. 2, N° 2 (2015), p. 33-38.
45. LOUREIRO, Isabel - **A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. ISSN 0870-9025. Vol. 33, N° 1 (2015), p. 1-2.
46. TEIXEIRA, José A. C. - **Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes**. Aná. Psicológica. ISSN 0870-8231. Vol. 22, N° 3 (2004), p. 615-620.