U.PORTO

FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Cecília Borges Gaspar

M

2023-2024

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

Relatório de Estágio Curricular

Cecília Borges Gaspar

Farmácia São Bento

Relatório apresentado para a obtenção do grau de Mestre em

Ciências Farmacêuticas

Orientador: Professora Doutora Irene Jesus

Monitor Farmácia Comunitária: Doutora Mariana Dias

Setembro de 2024

Declaração de Integridade

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

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 26 de setembro de 2024

Cecília Borges Gaspar

Resumo

O presente relatório é elaborado no âmbito do estágio curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, necessário para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

O estágio curricular realizado entre 14 de fevereiro e 14 de agosto (6 meses) em Farmácia Comunitária tem como objetivo complementar e pôr em prática a aprendizagem adquirida no MICF, de modo a exercer a profissão farmacêutica com rigor e responsabilidade. Neste relatório é descrito uma contextualização do local de estágio e da equipa, o cronograma das atividades realizadas.

Além disso, são explicadas cinco atividades desenvolvidas ao longo desse período, tendo sempre em vista a comunicação com a população e a promoção da saúde. Assim, a primeira atividade "Cuidados da saúde na primavera: prevenção de alergias – Rinite alérgica" onde é explicada essa patologia, sintomas e medidas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento e prevenção da mesma. A segunda atividade "Preparação da ida à farmácia e Medicamentos genéricos" que é dirigida à população mais idosa, que é grande frequentadora da farmácia comunitária, com dicas e esclarecimento de dúvidas sobre a ida à farmácia, visando otimizar os atendimentos e aconselhamento farmacêutico. Na terceira atividade "Suplementação Nutricional Oral (SNO)" é enfatizado a necessidade e as vantagens dessa suplementação em indivíduos com determinadas condições. Foi realizada uma formação interna à equipa profissional sobre os transtornos vulvovaginais comuns em farmácia comunitária, como atuar no tratamento e profilaxia, bem como recomendações importantes no aconselhamento farmacêutico, sendo esta uma quarta atividade. Por fim, foram realizadas duas apresentações de formação e sensibilização no Estabelecimento Prisional de Angra do Heroísmo acerca do uso inadequado de fármacos anti-inflamatórios e sobre cuidados de higiene íntima feminina, estando ambos assuntos relatados na atividade cinco.

Nos projetos de desenvolvimento científico, são retratados temas que são relevantes para a comunidade farmacêutica, sendo o primeiro tema relacionado à automedicação com anti-inflamatórios não esteroides, que é bastante incidente na população mundial e o segundo tema referente as abordagens terapêuticas utilizadas na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, dando enfase à farmacoterapia.

Agradecimentos

Aos meus pais, a razão de tudo isto ser possível! Isto é tanto meu como vosso! Obrigada por sempre acreditarem em mim e por me apoiarem a cada passo, por nunca me desampararem e por me amarem da maneira que sou. Obrigada por tudo, por terem lutado toda a vida pela minha educação e pelo meu futuro, por trabalharem arduamente de baixo do sol e da chuva, para que eu pudesse chegar até aqui na sombra e à abrigada. Nunca vou conseguir ter palavras para transmitir a gratidão que sinto!

Ao meu irmão que, apesar de ser um chato, é uma fonte de carinho do seu jeito próprio e que sempre me ensinou como se trata qualquer dor (muito antes da faculdade de farmácia).

À Andreia, companheira de toda esta viagem, e com certeza das próximas, por sempre confiar e acreditar em mim, por apoiar-me e alinhar nas minhas tolices. Obrigada por todos os abraços, por todo o carinho, por todas as conversas profundas da madrugada. Eu gosto tanto de ti.

Aos meus vizinhos e meus amigos, aqueles que ainda estão cá e aqueles que já descansam no paraíso, por se importarem comigo e gostarem de mim. Por durante estes anos longe de casa sempre quererem saber se estava bem e por me apoiarem.

Aos meus avós e a toda a restante família por todo o apoio.

Agradeço à Marianinha, por sempre me ter apoiado ainda antes de ser colocada no MICF, por toda a ajuda e todas as dicas, que foram fundamentais em todo este percurso. Obrigada por acreditares em mim.

À Dra. Ana Sofia Pereira, pela forma como me recebeu e por me ter dado esta oportunidade.

À Dra. Mariana Dias, um enorme e especial obrigada por toda a orientação prestada durante o meu estágio e por sempre garantir que nada me faltasse. Por toda a paciência, todo o apoio e por me transmitir tantos conhecimentos.

A toda a equipa da Farmácia São Bento, por me terem acolhido de forma tão carinhosa, por me fazerem sentir parte da casa, por todas as gaitadas e brincadeiras, por todos os ensinamentos e partilha de sabedoria.

À Professora Doutora Irene Jesus, pela orientação na elaboração deste relatório.

Aos professores da Universidade dos Açores, por terem feito parte do meu percurso, e, especialmente, aos professores da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, por todo o conhecimento transmitido e por me capacitarem para a vida profissional.

A todos vós, o meu mais sincero *obrigada*!

Índice geral

Parte 1. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular……..…1

1. Contextualização do estágio curricular……1
2. Cronograma e sua explicação……..2
3. Exemplos de atividades desenvolvidas……4

3.1. Atividade 1: Cuidados da saúde na primavera: prevenção de alergias – Rinite alérgica……..4

3.2. Atividade 2: Preparação da ida à farmácia e medicamentos genéricos……..5

3.3. Atividade 3: Suplementação Nutricional Oral (SNO) ……...6

3.4. Atividade 4: Saúde vulvovaginal – Formação interna à equipa profissional ……..8

3.5. Atividade 5: Formação e sensibilização no Estabelecimento Prisional de Angra do Heroísmo (EPAH) ……..10

PARTE 2. Temas de desenvolvimento……..……..…12

Tema 1: Anti-inflamatórios não esteroides: automedicação e riscos associados ……..12

Tema 2: Abordagem terapêutica farmacológica no tratamento da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) ……21

Conclusão global ……30

Bibliografia ……..31

Anexos……..…40

Índice de Tabelas

Tabela 1: Cronograma de atividades desenvolvidas ao longo dos 6 meses de estágio em farmácia comunitária……..2

Tabela 2: Classificação dos AINEs e associações de AINEs com outros fármacos e/ou substâncias em MNSRM e em MNSRM-EF, com respetiva dosagem, forma farmacêutica e via de administração……13

Tabela 3: Variação de dose máxima diária de guanfacina em mg, de acordo com a idade e peso corporal do doente……27

Índice de Figuras

Figura 1: Regiões neurais implicadas no PHDA, particularmente, o córtex cingulado anterior dorsal médio, o córtex pré-frontal dorsolateral, o córtex pré-frontal ventrolateral, o córtex parietal, o estriado e o cerebelo……22

Figura 2: Mecanismo de ação do metilfenidato……25

Índice de Anexos

ANEXO I - Formações assistidas durante os seis meses de estágio ……40

ANEXO II - O texto do artigo "Cuidados da saúde na primavera: prevenção de alergias" desenvolvido e respetiva cópia da página do jornal publicado ……41

ANEXO III - Documento "*O meu diário de medicação*" ……43

ANEXO IV - Apresentação "Ida à Farmácia", feita em centros de convívio de idosos ……44

ANEXO V - *Flyer* informativo sobre a Suplementação Nutricional Oral, com produtos Nestlé® ……50

ANEXO VI - Documento suporte da formação interna à equipa – "Saúde vulvovaginal"…..52

ANEXOS VII - Documento suporte da apresentação feita no EPAH "Uso de fármacos anti-inflamatórios - Riscos, Cuidados e Alternativas" ……..59

ANEXOS VIII - Documento suporte da apresentação feita no EPAH "Cuidados íntimos femininos" ……..63

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AA – Ácido araquidónico

AVC – Acidente vascular cerebral

AINEs – Anti-inflamatórios não esteroides

CES1A1 – Carboxilesterase

COX – Ciclo-oxigenase

DSM-IV – Manual De Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição

EPAH – Estabelecimento Prisional de Angra do Heroísmo

FAP – Fator de ativação plaquetária

FSB – Farmácia São Bento

IST – Infeções sexualmente transmissíveis

LOX – Lipoxigenase

MG – Medicamento genérico

MSRM – Medicamento sujeito a receita médica

MNSRM – Medicamentos não sujeitos a receita médica

MNSRM-EF – Medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia

NO – Óxido nítrico

NOS – Óxido nítrico sintase

PLA2 – Fosfolipase A2

PGH_2 – Prostaglandina H_2

PGE_2 – Prostaglandina E_2

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PFPJ – Posto Farmacêutico do Porto Judeu

PVP – Preço de venda ao público

RA – Rinite alérgica

ROS – Espécies ativas de oxigénio

SNC – Sistema nervoso central

SNO – Suplementação Nutricional Oral

SNS – Sistema Nacional de Saúde

VB – Vaginose bacteriana

Parte 1. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular

Farmácia Comunitária

1. Contextualização do estágio curricular

O estágio curricular foi realizado na Farmácia São Bento (FSB), iniciou-se a 14 de fevereiro de 2024, e prolongou-se até ao dia 14 de agosto do mesmo ano, sendo que o horário estabelecido foi de segunda-feira a sexta-feira das 9h00 às 17h00 nos meses de fevereiro até junho, e das 8h30 às 14h30 ou das 14h30 às 20h30 de segunda a sábado, em semanas alternadas, nos meses de julho e agosto, salvo algumas alterações antecipadamente combinadas.

Durante esse período, foi possível acompanhar e compreender o trabalho desenvolvido pelos farmacêuticos em farmácia comunitária, sob orientação da Dra. Mariana Dias e Dra. Ana Sofia Pereira, sendo que todos os integrantes da equipa apoiaram e permitiram uma experiência enriquecedora. Essa equipa é formada pela farmacêutica diretora técnica Dra. Ana Sofia Pereira e farmacêutica adjunta Dra. Mariana Dias, além de uma farmacêutica e 8 técnicos auxiliares de farmácia, uma auxiliar de limpeza e um colaborador externo.

A FSB faz parte de uma sociedade comercial, juntamente com a Farmácia Mântua, Farmácia Água de Pau e Farmácia Moderna, situadas na ilha de São Miguel, e, ainda, a Farmácia Graciosa, na ilha Graciosa, todas propriedades do Dr. Ricardo Mota, o que permite a transição de produtos entre as mesmas, conforme as necessidades, como por exemplo, em caso de produtos esgotados no mercado. A FSB possuí ainda um posto farmacêutico, o Posto Farmacêutico do Porto Judeu (PFPJ), localizado na freguesia do Porto Judeu.

A FSB localiza-se no Largo de São Bento, nº17, na freguesia de São Bento, concelho de Angra do Heroísmo, na Ilha Terceira. A farmácia está a cerca de três quilómetros de distância do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, próxima de uma escola básica e de uma superfície comercial. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8h30 às 20h30, e sábado das 9h00 às 20h30, sem interrupção para almoço, além do serviço de 24h rotativo entre as farmácias do concelho.

A FSB dispõe de serviços típicos de farmácia de oficina, além de medição da pressão arterial e parâmetros bioquímicos e entregas ao domicílio. Além disso, este ano a FSB foi selecionada para o fornecimento e dispensa de medicamentos e produtos de saúde para o Estabelecimento Prisional de Angra do Heroísmo (EPAH).

2. Cronograma e sua explicação

Na **Tabela 1** encontram-se detalhadas as principais atividades desenvolvidas ao longo dos 6 meses de estágio em farmácia comunitária.

Tabela 1: Cronograma de atividades desenvolvidas ao longo dos 6 meses de estágio em farmácia comunitária.

Atividades realizadas	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.
Organização e reposição de *stock* nos lineares *back* e *front office*							
Armazenamento							
Gestão e receção de encomendas							
Medição da pressão arterial							
Preparação de medicamentos manipulados							
Preparação de encomendas para o PFPJ							
Preparação de encomendas para o EPAH							
Conferência e organização de receituário							
Verificação de prazos de validade e devolução de produtos farmacêuticos							
Atendimento ao público sobrevisionado							
Atendimento ao público autónomo							
Participação de formações							
Atividade 1							
Atividade 2							
Atividade 3							
Atividade 4							
Atividade 5							
Tema de desenvolvimento 1							
Tema de desenvolvimento 2							

Durante as primeiras semanas de estágio correspondeu a um período de adaptação e integração, de modo a conhecer todas as áreas e o modo de funcionamento local e do método de trabalho da Farmácia São Bento.

O trabalho desenvolvido em *back office* durante o tempo inicial do estágio, tal como organização e reposição de *stock*, armazenamento, gestão e receção de encomendas, permitiu ganhar essa adaptação e ganhar à-vontade nos espaços da farmácia e com os diversos dos produtos farmacêuticos, bem como aprender a trabalhar com o sistema informático utilizado. Esse trabalho foi continuado de modo autónomo durante todo o período de estágio, permitindo perceber a importância de todas as atividades do *back office* para garantir a organização e eficiência dos restantes setores da farmácia.

O atendimento de utentes no balcão permitiu a dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) acompanhada do aconselhamento farmacêutico necessário, bem como o respetivo aconselhamento a cerca de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) e medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF), dispositivos médicos, suplementos alimentares, produtos dermocosméticos e medicamentos de uso veterinário.

A participação de formações foi muito importante, permitindo a atualização e adquirição de conhecimento sobre diferentes tipos de produtos farmacêuticos e dermocosméticos, as suas características e benefícios, bem como situações em que o aconselhamento dos mesmos é adequado. No **Anexo I** estão apresentadas as formações assistidas, bem como a respetiva data e o modo de apresentação (*online* ou presencial).

3. Exemplos de atividades desenvolvidas

3.1. Atividade 1: Cuidados da saúde na primavera: prevenção de alergias – Rinite alérgica

A rinite alérgica (RA) é uma doença crónica que afeta 10 a 20% da população mundial, sendo que cerca de 22% da população portuguesa lida com essa condição.[1] Com a chegada da primavera, muitas pessoas sentem o agravamento dos sintomas alérgicos comuns dessa estação, pelo que é importante que conheçam formas de prevenir esse inconveniente. Assim, foi publicado um artigo num jornal local, com o objetivo de esclarecer algumas dúvidas frequentes e estratégias para evitar as alergias. O texto do artigo e a cópia da página do jornal podem ser consultados no **Anexo II**.

A rinite alérgica resulta da exposição a alergénios (como ácaros, pelo de animais, pó, pólen, fungos/bolores) que entram em contato com as vias respiratórias e causam uma resposta imunológica, caracterizada pela inflamação da mucosa nasal, mediada pela imunoglobulina E.[2-4]

Os sinais e sintomas mais frequentes são espirros, congestão nasal, rinorreia, prurido nasal, dificuldade respiratória, irritação na garganta que pode levar a tosse não produtiva, prurido e edema ocular e olhos vermelhos e lacrimejantes.[2,3,5] A RA pode ser intermitente, caso os sintomas se manifestem por menos de quatro dias/semana ou quatro semanas; ou persistente se durarem mais que esse tempo. Pode ainda ser classificada quanto à gravidade dos sintomas, em ligeira ou moderada a grave, consoante afetam a realização de atividades do dia-a-dia dos doentes.[2,6]

A nível não farmacológico, o controlo da doença passa por prevenir e evitar o contacto com os alergénios:[2] evitar atividades ao ar livre nos dias com maior concentração polínica; evitar abrir portas e janelas de casa; usar óculos escuros ao sair à rua; tomar duche e lavar o cabelo antes de deitar para eliminar todos os resíduos de pólen e impedir a irritação constante. [3,5-7] A limpeza das fossas nasais com soluções salinas de forma regular alivia os sintomas da reação alérgica.[2]

Por outro lado, se essas medidas não forem suficientes, existem diversas opções de tratamento farmacológico. Os glucocorticoides nasais (budesonida, fluticasona, mometasona, triamcinolona) são eficazes no tratamento da rinorreia, congestão nasal e prurido, sendo o seu uso indicado durante dois dias após a exposição ao alergérnio.[2,6-8] Os anti-histamínicos de segunda geração (cetirizina, loratadina, fexofenadina), apresentados na forma de comprimidos, gotas oftálmicas e *spray*s nasais, aliviam os sintomas nasais e oftálmicos. Estes grupos terapêuticos podem ser usados em associação.[2,6-8] Os descongestionantes nasais (pseudoefedrina, fenilefrina), apesar de eficazes, têm uso limitado de 3 a 5 dias, devido ao efeito ricochete.[2,6,7] Uma vez que a RA pode levar a reações inflamatórias e asma mediadas por leucotrienos, recomenda-se o uso de antagonistas de leucotrienos (montelucaste) nesses casos.[2,6-8] Por fim, uma opção de tratamento da RA moderada a grave é a imunoterapia específica com alergénios e/ou com anticorpo monoclonal humanizado recombinante anti-IgE (omalizumab).[2,6]

Em suma, a RA é uma patologia bastante comum que é muitas vezes menosprezada pelos próprios doentes. Se não for devidamente tratada causa um impacto negativo na qualidade de vida dos mesmos e pode conduzir a outras condições e patologias mais graves. Assim, é muito importante que o indivíduo conheça os alergénios que desencadeiam a reação imunológica no seu organismo e que previna o seu contacto, podendo recorrer a aconselhamento farmacêutico de medidas não farmacológicas e medicamentos não sujeitos a receita médica, sendo que em casos mais graves o utente deve ser referenciado ao médico.

3.2. Atividade 2: Preparação da ida à farmácia e medicamentos genéricos

Numa farmácia, tal como em qualquer local de atendimento ao público, é possível notar longas filas de espera. Em diálogo com a equipa profissional da farmácia São Bento foi possível compreender que essa situação se deve, muitas vezes, ao facto de os atendimentos serem demasiado demorados, uma vez que não há uma preparação anterior dos utentes na ida à farmácia, podendo-se verificar que ocorre principalmente na população idosa (maioria dos utentes da FSB). Esta situação culmina em falta de organização, confusão, dúvidas e falhas de comunicação entre o utente e o farmacêutico. Deste modo, os atendimentos tornam-se demasiado extensos e sem rendimento, não sendo dedicados, como esperado, ao utente e às suas preocupações, mas sim à tentativa de organização do mesmo.

Assim, surgiu a ideia de realizar uma pequena divulgação de dicas e orientações de como preparar a ida à farmácia, principalmente sobre a organização da medicação e receituário, perceber quais os medicamentos que necessita comprar e os que ainda tem em casa, saber qual a marca comercial do medicamento que habitualmente adquire, de forma que as pessoas se tornem mais eficazes na resolução desse problema/inconveniente. Desta forma, foram realizadas apresentações sobre o assunto em três centros de convívio de idosos do concelho de Angra do Heroísmo (freguesias São Bento, São Pedro e Sé), onde os frequentadores são pessoas autónomas e que, na maioria das vezes, ainda organizam a sua medicação e visitam a farmácia de forma independente. Foi entregue a cada idoso uma folha de "*O meu diário de medicação*", com o intuito de auxiliar na organização e gestão da sua farmacoterapia (**Anexo III**). Também foi abordado o tema dos medicamentos genéricos, uma vez que este é um assunto que suscita bastantes dúvidas aquando dos atendimentos, especificamente o que são, as diferenças e semelhanças com os medicamentos originais de referência, a razão de serem tão mais baratos e como identificar um medicamento genérico pela sua embalagem, além de desmitificar alguns mitos e crenças sobre os mesmos.

Segundo o Estatuto do Medicamento, entende-se como medicamento genérico (MG) "um medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido

demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados",[9] sendo que estes apresentam a mesma segurança, qualidade e eficácia que os medicamentos de referência.[10,11]

Todavia, ainda existem algumas reservas no uso de medicamentos genéricos em fármacos em que a janela terapêutica é estreita, devido a possíveis diferenças de concentração de substância ativa e consequente impacto na eficácia e segurança do medicamento.[10] Contudo, é demonstrada a equivalência da resposta terapêutica entre os MG e o medicamento original. Além disso, não existe evidência científica que o excipiente utilizado no fabrico dos MG os torne menos toleráveis ou mais sujeitos a causar efeitos adversos.[10]

Tendo em conta que Portugal possui uma população envelhecida tem-se constatado um aumento dos cargos do Sistema Nacional de Saúde (SNS), face à grande quantidade de apoio farmacoterapêutico que esta população necessita.[10] Uma vez que os MG não estão associados a investimentos relacionados à investigação e desenvolvimento, é possível introduzi-los no mercado com um preço de venda ao público bastante inferior, tornando-os mais acessíveis aos doentes e sustentáveis para o SNS.[10,12]

O documento de suporte à apresentação encontra-se detalhado no **Anexo IV**. Os idosos expressaram interesse, especialmente sobre os MG, tendo sido bastante participativos durante a apresentação, expressando as suas dúvidas, que foram prontamente esclarecidas. No final, os mesmos mostraram-se esclarecidos e agradados com a visita ao centro de convívio.

Esta pequena e simples formação tem impacto, não só na FSB, mas também noutras farmácias do concelho, que sejam frequentadas por alguns dos idosos abordados, no sentido de que os atendimentos se tornarão mais organizados e com menos confusões, logo com menor probabilidade de erro por parte do profissional, otimizando o bom funcionamento da farmácia, com atendimentos de maior qualidade. Além disso, e também de elevada importância, contribuiu-se para a educação deste público-alvo, por vezes esquecido, com informação relevante e pertinente e que se revelará numa melhor gestão e organização dos seus fármacos e receituário, quer na sua casa, ida à farmácia e ao próprio consultório médico.

3.3. Atividade 3: Suplementação Nutricional Oral (SNO)

A suplementação nutricional oral (SNO) consiste na administração oral de produtos que forneçam quantidades adequadas de nutrientes a indivíduos em que o aporte dos mesmos pela alimentação regular não é suficiente.[13]

A FSB possui uma alargada variedade de SNO devido à grande procura dos mesmos por utentes fidelizados. Foi realizada uma reunião com alguns desses utentes, com o objetivo de explicar o que é a SNO, os seus benefícios, recomendações e esclarecimento de dúvidas. Além disso,

deu-se a conhecer os vários produtos existentes, especificamente sobre uma linha de produtos da Nestlé®, tendo-se feito uma pequena prova de degustação dos mesmos. No **Anexo V** apresenta-se o *flyer* informativo oferecido aos utentes sobre a SNO da marca.

Diversas situações podem levar a desnutrição devido à ingestão e absorção insuficiente de nutrientes, tais como disfagia, doença e tratamento oncológico, condições gastrointestinais, cirurgia bariátrica, insuficiência renal, demência, doença de Alzheimer.[14-19] A desnutrição tem várias consequências, nomeadamente, sarcopenia, distúrbios gastrointestinais e endócrinos, problemas respiratórios e cardiovasculares, comprometimento do sistema imunológico, úlceras de pressão em doentes acamados, retardo da cicatrização de feridas, perda da função cognitiva, evolução clinica das patologias, aumentando a morbilidade e mortalidade, sobretudo nos idosos.[18-21]

Estudos mostram que a SNO hiperproteica e hipercalórica associada à alimentação regular equilibrada em idosos desnutridos reduz essas complicações ao aumentar a ingestão de nutrientes e melhorar o estado nutricional.[17,19,21-23] As proteínas são essenciais na manutenção da massa muscular e prevenção de sarcopenia, diminuindo o risco de quedas, fraturas e morbilidades, associando-se à redução do uso de serviços médicos, dado à melhoria do estado de saúde.[22,23]

Os doentes com insuficiência renal crónica têm maior risco de desnutrição devido à dieta restrita e distúrbios no metabolismo dos nutrientes, bem como ao catabolismo proteico na hemodialise.[16,17] Nesses casos, pode-se recorrer a SNO para repor os níveis nutricionais, sendo fundamental o acompanhamento de um nutricionista para ajustar a dieta e garantir uma abordagem personalizada que atenda às necessidades do doente. [16,17]

O processo de cicatrização de feridas depende da interação entre proteínas, vitaminas e minerais, para a regeneração dos tecidos lesionados e restabelecer a integridade da pele.[24] Apesar de ser necessário mais investigação, vários estudos mostram vantagens no uso de SNO rica nesses nutrientes como adjuvante na cicatrização e prevenção de úlceras de pressão e em doentes que sofrem de feridas crónicas.[25,26] Destaca-se a arginina, um aminoácido essencial importante na síntese proteica, proliferação celular e produção de colagénio; vitaminas A (regenera e reduz o risco de infeção), C (síntese de colagénio), E (antioxidante); zinco, essencial na síntese de proteínas e colagénio e ação no sistema imunológico, prevenindo infeções.[24,25,26]

Existe uma grande variedade de produtos, com diferentes sabores, apresentações e texturas, como líquido, pó, creme ou pudim, sendo que a escolha do suplemento deve ser feita tendo em conta, além das necessidades nutricionais, as preferências do doente quanto às características organoléticas, melhorando a sua adesão à terapêutica nutricional.[16,17,19]

A reunião foi realizada com sucesso, de modo que os utentes abordados declararam ficar melhor esclarecidos sobre o tema, tendo entendido a importância da SNO hiperproteica e hipercalórica para evitar a desnutrição, na preservação da massa muscular e cicatrização de feridas,

sendo que o estado nutricional adequado permite o bem-estar e melhor qualidade de vida. Algumas semanas depois, voltaram à farmácia com *feedback* positivo sobre novos produtos, especialmente em relação à cicatrização de feridas de forma mais rápida e eficiente.

3.4. Atividade 4: Saúde vulvovaginal – Formação interna à equipa profissional

A saúde íntima feminina diz respeito ao bem-estar e cuidado genital, visando a prevenção de infeções e outras condições que possam afetar o quotidiano, bem como a saúde sexual e reprodutiva da mulher.[27,28] No decorrer do estágio, alguns membros da equipa profissional da FSB assumiram sentir certa dificuldade nesse tema, na diferenciação dos transtornos, assim como no aconselhamento desses casos. Desta forma, houve a necessidade de uma formação interna sobre o assunto. O documento de suporte à apresentação encontra-se detalhado no **Anexo VI**.

O trato genital feminino, para além de outras funções, atua na defesa contra agentes infeciosos através de vários mecanismos, nomeadamente, barreira epitelial, produção de muco, pH vulvovaginal ácido e microbiota.[27] A microbiota vaginal da maioria das mulheres saudáveis é composta, predominantemente, por *Lactobacillus sp.,* que secretam peróxido de hidrogénio[29,30] e ácido lático, mantendo o pH do meio acídico, produzem compostos antimicrobianos e competem pela aderência à mucosa, protegendo da colonização de agentes patogénicos exógenos.[28,31]

O uso de produtos inadequados e/ou irritantes e os maus hábitos e práticas de higiene causam o desequilíbrio da flora vaginal, aumentando o risco de irritação e infeções vulvovaginais.[27,28,31,32] Dessa forma, é importante evitar o contato com alergénios e/ou produtos irritativos, bem como ter cuidados de higiene adequados.[33] Contudo, caso os sintomas sejam moderados/graves e/ou não respondam às medidas não farmacológicas, pode-se optar pelo uso de corticoides tópicos e de anti-histamínicos orais para o alívio do prurido, mediante indicação médica.[33]

As infeções vaginais mais comuns e que podem ser detetadas em farmácia comunitária são a vaginose bacteriana, candidiase vulvovaginal e tricomoníase.[27,34]

A vaginose bacteriana (VB) resulta da disbiose da microbiota, com o crescimento e colonização de bactérias anaeróbicas, caracterizada por corrimento fino e homogénio, branco acinzentado, não irritativo, mas com odor intenso a peixe putrefacto, não sendo comum prurido ou irritação, eritema e edema.[27-30] Porém, cerca de 50% dos casos são assintomáticos.[27,30] O tratamento é recomendado nos casos sintomáticos,[27,30] com fármacos de ação antibacteriana, antibiótica e antisséptica (via oral ou tópica).[8,27,35] O tratamento do parceiro sexual não é recomendado, dado que não previne a recorrência de VB.[30]

A candidíase vulvovaginal é uma infeção fúngica causada pela colonização exacerbada de *Candida spp.* tornando-se em uma espécie patogénica[35] e caraterizada de forma inespecífica, mas geralmente com prurido, ardor/irritação, com edema e fissuras na vulva, corrimento vaginal de cor

branca, sem cheiro e espesso, associado a disúria e dispareunia.[27,35-38] O tratamento de eleição dos casos sintomáticos de candidíase não complicada são os antimicóticos azólicos por terapia oral (fluconazol, itraconazol), ou por terapia intravaginal, onde existem diversos MNSRM e MNSRM-EF na forma de creme vaginal, comprimidos vaginais e óvulos vaginais (cloritromazol, miconazol, econazol, fenticonazol).[27,35,38] Pode-se aliviar o prurido vulvar e intenso com aplicação tópica de hidrocortisona.[27] A infeção dos parceiros sexuais é rara, não sendo recomendado que estes façam o tratamento na ausência de sintomas/sinais.[27,37]

Existem medidas não farmacológicas complementares, adjuvantes ao tratamento e profilaxia de recorrências, tais como práticas de higiene com produtos adequados, uso de toalha limpa individualmente para a zona íntima (evitar contaminações cruzadas), evitar produtos intravaginais durante o uso tópico do medicamento, evitar o uso de penso íntimo diário e preferir roupas leves e de algodão, de modo a permitir um ambiente arejado e não húmido, dificultando a proliferação do fungo patogénico.[34]

A tricomoníase é uma infeção parasitária causada por *Trichomonas vaginalis.*[27] Esta pode ser assintomática, ou apresentar poucos sintomas, durante meses até que se torne sintomática;[35,39] caracterizada por prurido, dispareunia, disúria, eritema vulvar, corrimento amarelo-esverdeado, com cheiro desagradável e intenso, aspeto espumoso e arejado.[27,35,39] O tratamento é feito com nitromidazóis, por via oral e é crucial que o parceiro sexual o faça, assim como em profilaxia.[27,39]

Além disso, é de extrema importância restabelecer as características naturais de defesa vulvovaginal, através probióticos e bacilos de Doederlein.[27,34] Estes são uma vantagem adjuvante ao tratamento de infeções vaginais recorrentes,[35] atuando no aumento de lactobacilos, inibição da adesão de agentes patogénicos, com produção de muco e produtos biosurfactantes; modelação da imunidade, com diminuição das interleucinas IL-1 e IL-8, aumento da imunidade da mucosa intestinal e da passagem de lactobacilos endógenos para a vagina, a partir da mucosa rectal.[27,40]

Apesar de não existir evidência suficiente que o uso isolado de probióticos permita tratar eficazmente os sintomas de VB aguda, estudos mostram que estes diminuem a taxa de recorrência de infeções e a frequência dos efeitos adversos, tendo aumentado a taxa de cura de VB em comparação com o uso único de antibióticos.[35] Por outro lado, como a antibioterapia pode causar perturbações na microflora, pode ser aconselhado o uso de probióticos, a fim de diminuir o risco de contrair distúrbios vaginais.[34]

A intervenção farmacêutica é de extrema importância para instruir a população e oferecer soluções eficazes no alívio e/ou tratamento dos sintomas/sinais de transtornos vulvovaginais. Desta forma, é relevante que os profissionais estejam aptos, a fim de fazer o melhor aconselhamento, de modo a contribuir para a saúde e bem-estar da população.

3.5. Atividade 5: Formação e sensibilização no Estabelecimento Prisional de Angra do Heroísmo (EPAH)

O papel do farmacêutico passa pela educação e sensibilização da população, com o objetivo de promoção da saúde. Nesse sentido, e pensando nos que são privados de obter essa educação por vontade própria, propôs-se uma sessão de formação no EPAH. A proposta foi prontamente aceite e os responsáveis referiram que um dos problemas na farmacoterapia é o uso inadequado de anti-inflamatórios, principalmente anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Assim, fez-se uma apresentação onde foi abordado o que são anti-inflamatórios, a sua indicação terapêutica, riscos e efeitos adversos e, por fim, possíveis alternativas, com medidas não farmacológicas.

Esta classe de fármacos inibe a ciclo-oxigenase (COX), desencadeando ação antipirética, analgésica e anti-inflamatória, sendo recomendada no alívio da inflamação e da dor.[8,41,42] Têm aplicação clínica em distúrbios músculo-esqueléticos, artropatias leves e situações agudas de baixa a moderada intensidade (enxaqueca, dor menstrual, dor de dentes).[41]

A maioria dos doentes não é ciente dos riscos e dos possíveis efeitos adversos associados ao uso destes fármacos,[43] principalmente no caso do seu uso indevido ou da administração de doses superiores às recomendadas. Os efeitos adversos são mais prevalentes a nível do sistema gastrointestinal, causando sintomas como dispepsia, azia, náuseas, diarreia, dor abdominal ou até casos mais graves como anorexia, úlceras e erosões gástricas, perfurações e hemorragias gastrointestinais, que podem ser fatais.[41,44,45] A nível do sistema renal e cardiovascular, há uma maior retenção de sal e de água, que leva a edema, aumento da pressão arterial, sendo que em doentes com insuficiência cardíaca e/ou renal pode levar a nefropatia e falência renal. [41,44,45]

Além disso, podem causar acidente vascular cerebral (AVC), trombose e enfarte do miocárdio, assim como podem inibir a ativação de plaquetas, aumentando o risco de hemorragia e equimoses.[41,42] Podem causar cefaleia, confusão, tonturas e vertigens a nível do sistema nervoso central (SNC).[41,42] Finalmente, alguns indivíduos podem sofrer reações de hipersensibilidade (rubor, edema, urticária, rinite vasomotora, hipotensão, asma e choque).[41,42]

A administração oral de anti-inflamatórios pode muitas vezes ser substituída por formas farmacêuticas tópicas,[42,45] que atuam de modo semelhante e eficaz na área aplicada com a vantagem de não aumentar a concentração sérica do fármaco, diminuído os riscos e efeitos adversos.[45] Além disso, se não houver necessidade do efeito anti-inflamatório, deve-se optar por fármacos analgésicos/antipiréticos (paracetamol), que apesar de pertencer a essa classe tem fraca ação anti-inflamatória, e menos efeitos adversos gastrointestinais que os outros AINEs.[8,41]

Por outro lado, podem-se implementar medidas não farmacológicas como adjuvantes ou em alternativa à terapia anti-inflamatória, tal como terapia de frio e calor, prática de exercício físico,

massagem, fisioterapia, acupuntura, e apoio psicológico, com programas educativos que ensinem técnicas de controlo da dor e promoção hábitos saudáveis.[42,45,46,47]

Foi feita ainda outra apresentação, abordando o tema da higiene íntima feminina, visto que é um assunto que muitas mulheres mostram não ter conhecimento suficiente. É de extrema importância a formação e ensinamento da população sobre cuidados de higiene e saúde íntima e os vários produtos disponíveis, a fim de que possam fazer escolhas adequadas, promovendo a saúde íntima e prevenção de infeções.[27,32] Assim, foi referido e explicado a anatomia do trato genital feminino, as suas características, boas práticas de higiene íntima e outros cuidados.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia, a higiene íntima feminina é definida como "as práticas de asseio da região anogenital da mulher, para mantê-la livre de humidade e resíduos (urina, fezes, fluidos).",[27] recorrendo a produtos compatíveis com a mucosa, que não sejam irritantes ou secantes, mantendo o manto lipídico e o pH ligeiramente ácido. Os produtos devem possuir capacidade espumante e viscosidade adequada, com ação refrescante e desodorizante contribuindo para o conforto, segurança e saúde.[27,48] Dos variados produtos existentes deve-se preferir os líquidos aos sólidos, dado que os últimos são mais abrasivos, tem pH mais alcalino e são um veículo de transmissão de micróbios, pois podem ser compartilhados.[27,48,49] A higiene genital deve ser feita com movimentos da frente para trás, evitando trazer o conteúdo perianal para a vulva.[27] A hidratação da zona íntima corresponde à última etapa da higiene, optando por géis ou cremes vaginais de base aquosa, que podem conter ácido láctico e glicóis.[27]

Não é aconselhado introdução de água e/ou outros produtos na região interna da vagina, salvo indicação médica,[27] uma vez que causa o desequilíbrio da flora vaginal, promovendo a colonização de agentes patogénicos e o aumento do risco de irritação e de infeções vaginais, associadas a complicações maiores. [27,31,32,48]

Quanto aos cuidados que devem ser adotados no quotidiano da mulher, nomeia-se evitar produtos que possam causar irritação (perfumes, espermicidas, papel higiénico perfumado, detergentes de roupa, etc); trocar a roupa interior diariamente, evitar roupa apertada e sintética; evitar o uso continuo do penso higiénico diário, mas se o seu uso for preciso, trocá-lo sempre que necessário ou pelo menos em períodos de 4 horas; durante a relação sexual deve-se usar preservativo (prevenir IST) e lubrificante íntimo se houver secura ou irritação e higienizar a área genital após o contato; se for o caso, usar um método depilatório adequado, com a menor frequência possível, respeitando a sensibilidade individual, preferindo aparar o pelo sem rapar.[27,28,48,49]

As apresentações foram feitas de forma simples, objetiva e educativa para que sejam adotados hábitos saudáveis de forma informada e voluntária. Os documentos das apresentações encontram-se nos **ANEXOS VII e VIII**, respetivamente.

PARTE 2 – Temas de desenvolvimento

Tema 1: Anti-inflamatórios não esteroides: automedicação e riscos associados

1. Enquadramento do tema na farmácia comunitária

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) têm ação anti-inflamatória, analgésica e antipirética[41,43] e são considerados a primeira opção terapêutica pela Organização Mundial da Saúde no alívio da dor ligeira,[42] é um dos grupos terapêuticos mais prescritos e usados em automedicação em Portugal e no mundo, sendo das classes terapêuticas com mais fármacos classificados como MNSRM ou MNSRM-EF.[42,43]

A automedicação é descrita como a utilização de MNSRM de maneira responsável por iniciativa do doente, a fim de ajudar no alívio e tratamento de problemas de saúde ligeiros e sem gravidade, com aconselhamento e acompanhamento de um profissional de saúde.[50-52] A facilidade de acesso aos medicamentos de venda livre e a limitação do acesso a serviços de saúde contribuem significativamente para a promoção dessa prática.[42,53]

Tal como nas outras classes terapêuticas, o uso de anti-inflamatórios não esteroides como automedicação irresponsável e sem aconselhamento por um profissional de saúde tem consequências e riscos associados, nomeadamente: seleção inadequada de um tratamento, além da sua posologia, duração e dose, levando a um efeito tóxico ou subterapêutico; aumento do risco de dependência ao fármaco ou de abuso; interações medicamentosas; duplicação terapêutica; risco de não reconhecer possíveis efeitos adversos causados pelo medicamente, não tomando medidas de farmacovigilância, além de assim poder mascarar sinais e sintomas de alguma condição patológica mais grave, atrasando e dificultando o seu diagnóstico e tratamento. [42,52,53]

Os AINEs classificados como MNSRM e MNSRM-EF podem ser comercializados em várias formas farmacêuticas, por si só ou em associação com outras substâncias e/ou outros fármacos (por exemplo anti-histamínicos, vasoconstritores e outros AINEs), potencializando os riscos associados à automedicação irresponsável, bem como efeitos adversos.[42]

Na **Tabela 2** estão representados os fármacos AINEs e as respetivas associações classificados como MNSRM e MNSRM-EF disponíveis para dispensa em Portugal.

Tabela 2: Classificação dos AINEs e associações de AINEs com outros fármacos e/ou substâncias em MNSRM e em MNSRM-EF, com respetiva dosagem, forma farmacêutica e via de administração (adaptado de [42]).

Via de adminis-tração	Formas farmacêuticas disponíveis	MNSRM		MNSRM-EF	
		Fármaco/Associação de fármacos e outras substâncias	**Dosagem**	**Fármaco/Associação de fármacos e outras substâncias**	**Dosagem**
Oral	Comprimidos; Cápsulas moles; Granulados efervescentes; Pó para solução oral	Paracetamol	500 mg		
		Paracetamol + Cafeína	500 mg + 65 mg	Paracetamol+ Cloridra-to de difenidramina	500 mg + 25 mg
		Paracetamol + Clorofenamina	500 mg + 1 mg ou 500mg + 4 mg	Paracetamol+ Cloridra-to de Pseudoefedrina	500 mg + 30 mg
		Paracetamol + Bromofeniramina + Cafeína+Ácido ascórbico	250 mg + 3 mg + 10 mg + 36 mg	Paracetamol + Brometo de butilescopolamina	500 mg + 10 mg
		Paracetamol + Fenilefrina	500 mg + 5 mg	Paracetamol + Codeína + Buclizina	500 mg + 8 mg + 6,25 mg
		Paracetamol + Fenilefrina + Guaifenesina	500 mg + 6,1 mg + 100 mg	Paracetamol + Fenilefrina + Clorofenamina	650 mg + 8,21 mg + 2,8 mg
		Ibuprofeno	200 mg	Ibuprofeno	400 mg
				Ibuprofeno + Cafeína	400 mg + 100 mg
				Ibuprofeno + Fenilefrina	400 mg + 10 mg
				Ibuprofeno+ Cloridrato de Pseudoefedrina	200 mg + 30 mg
				Ibuprofeno + Paracetamol	200 mg + 500 mg
		Ácido acetilsalicílico	500 mg	Ácido acetilsalicílico	1000 mg
		Ácido acetilsalicílico + Cafeína	500 mg + 30 mg	Ácido Acetilsalicílico + Cloridrato de Pseudoefedrina	500 mg + 30 mg
		Ácido acetilsalicílico + Ácido Ascórbico	400 mg + 240 mg		
		Diclofenac	25 mg	Dexcetoprofeno	25 mg
		Naproxeno	200 mg	Dexibuprofeno	200 mg
Tópica	Creme; Gel; Solução de pulverização	Benzidamina	30 mg/g	Picetoprofeno	18 mg/g ou 40 mg/g
		Etofenamato	100 mg/g ou 100 mg/mL		
		Piroxicam	5 mg/g ou 10 mg/g		
		Ibuprofeno	50 mg/g		
		Diclofenac	10 mg/g ou 20 mg/g		
		Naproxeno	100 mg/g		
		Indometacina	10 mg/g		
	Emplastro	Diclofenac	140 mg		
		Flurbiprofeno	40 mg		
		Ibuprofeno	200		

2. Processo inflamatório, dor e febre

A inflamação é uma resposta protetora a um estímulo exógeno ou endógeno que cause dano ou seja prejudicial ao organismo, tal como trauma (mecânico, térmico, químico), presença de corpo estranho, infeção, reação imunológica, necrose de tecidos, originando sinais e sintomas característicos como dor, calor, rubor, edema, tumor.[41,54,55]

Esses estímulos levam à ativação dos mediadores da resposta inflamatória tais como fatores de crescimento, citocinas, quimiocinas, óxido nítrico (NO) e fator de ativação plaquetária (FAP), componentes do complemento, eicosanoides (leucotrienos, prostaglandinas e tromboxanos) e a diversas outras vias de sinalização.[41,54,55]

As citocinas pró-inflamatórias são responsáveis pela sinalização e atração das células de defesa para o tecido danificado, como leucócitos, neutrófilos e monócitos.[55] O fator de necrose tumoral (TNF-α) desempenha um papel crucial na regulação da resposta do hospedeiro a infeções, amplificando e regulando sinais pró-inflamatórios e induzindo a expressão de quimiocinas e de moléculas de adesão importantes na chamada de neutrófilos ao tecido danificado; favorece a regulação positiva de moléculas do complexo principal de histocompatibilidade, estimula a produção de interferão γ (IFN-γ) e promove a expressão de recetores de IL-2 (IL-2R), reforçando a resposta imune.[41,55] A bradicinina (citocina pró-inflamatória) possui dois recetores (B1 e B2), sendo que os recetores B1 são ativados em resposta a lesões teciduais, enquanto os B2, presentes na superfície das células endoteliais, libertam prostaglandinas e óxido nítrico (NO) quando estimulados, tendo assim ação vasodilatadora e aumentam a permeabilidade vascular, induzindo a inflamação.[55,57]

A via de sinalização do NF-κβ pode ser ativada pelo estresse oxidativo, o que conduz à produção de citocinas e regulando a expressão de genes pró-inflamatórios como a ciclo-oxigenase (COX), óxido nítrico sintase (NOS), superóxido dismutase e produção de interleucinas. [55,56]

O fator de ativação plaquetária (FAP) é um mediador inflamatório lipídico, maioritariamente sintetizado em células relacionadas à inflamação (basófilos mastócitos, macrófagos, granulócitos, células endoteliais e plaquetas), bem como em órgãos como o rim. Pode exercer ação autócrina e parácrina, atuando diretamente nas células alvo, ligando-se ao recetor acoplado à proteína G, de forma a mobilizar o Ca^{2+} e ativar várias vias de sinalização, como por exemplo a sinalização mediada pela fosfolipase C17. [55,58]

Outro processo inflamatório importante é a ação da fosfolipase A2 (PLA2) sobre os fosfolipídios de membrana celular, sintetizando o ácido araquidónico (AA) que é substrato de diferentes isoenzimas, nomeadamente a prostaglandina H sintase, conhecida como ciclo-oxigenase (COX), e a lipoxigenase (LOX), produzindo os eicosanoides, que promovem a inflamação.[55,57,59,60] A metabolização do ácido araquidónico pela LOX conduz à síntese de leucotrienos com ação pró-

inflamatória, como por exemplo o LTB4, produzido por leucócitos, que promove quimiotaxia, a ativação e adesão de outros leucócitos, promovendo a diapedese, favorecendo a produção de espécies ativas de oxigénio (ROS) e a ação de enzimas lisossomais.[55,57] Por outro lado, o ácido araquidónico ao ser metabolizado pela COX é convertido a prostaglandina H_2 (PGH_2), um produto intermediário instável, que por sua vez sofre metabolismo enzimático, sintetizando prostanoides, nomeadamente, prostaglandinas (PGE_2, PGI_2, PGD_2, $PGF_{2\alpha}$) e tromboxanos (TXA_2, TXB_2).[55,59,60,61]

As prostaglandinas, além de diversas funções em vários processos patológicos e fisiológicos, têm papel importante na resposta inflamatória, com ação autócrina e/ou parácrina, aumentando a permeabilidade vascular e o fluxo sanguíneo, a infiltração de leucócitos, bem como desencadeando a manifestação dos sinais presentes na inflamação, nomeadamente a dor.[41,55,59,60] A prostaglandina E_2 (PGE_2) aumenta o estímulo e a sensibilidade dos nociceptores e reduz o limiar de estimulação dos mesmos, aumentando a sensibilização periférica e, assim, a perceção da dor associada ao processo inflamatório.[41,60,62] Além disso, a PGE_2 pode ligar-se aos recetores EP_3 dos neurónios termosensíveis, após atravessar a barreira hematoencefálica, provocando o hipotálamo a exercer uma alteração no centro termorregulador, com aumento de produção de calor e diminuição da sua perda, elevando a temperatura corporal e conduzindo à febre.[41]

2.1. Ciclo-oxigenases

É sabido que existem três isoformas da COX. A COX-1 é a forma enzimática constitutiva, presente em níveis basais na maioria dos tecidos (exceto em caso de estímulo, em que há produção aumentada), sintetizando níveis baixos de prostaglandinas, sendo responsável pela homeostasia e modelação de vários processos fisiológicos, tais como proteção da mucosa gastrointestinal através da secreção de muco e bicarbonato, redução da secreção do ácido gástrico e aumento do fluxo sanguíneo na mucosa, homeostase vascular, regulação da função glomerular e do fluxo sanguíneo a nível do rim, vasodilatação e vasoconstrição, metabolismo ósseo, relaxamento/contração das musculatura uterina e brônquica.[41, 55,57,59-61,63]

Por outro lado, a COX-2 é a forma enzimática induzível, sendo que a sua expressão é promovida por estímulos de mediadores pró-inflamatórios, associada ao aumento de produção de prostanoides com ação inflamatória, podendo ser encontrada no rim e no sistema nervoso central.[55,57,59,60,63]

Por último, a COX-3, apesar de serem necessários mais estudos sobre esta isoforma em humanos, considera-se que é uma variante da COX-1, com maior expressão no cérebro, sistema nervoso central e sistema cardiovascular. [55,59,61,63]

3. Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)

De um mogo geral, esta classe terapêutica é constituída por compostos orgânicos acídicos (ácidos fracos), sendo bem absorvidos quando administrados por via oral, alcançando o pico de concentração plasmática ao fim de 2-3 horas, na sua maioria.[41,61] Ligam-se fortemente à albumina e outras proteínas plasmáticas, podendo competir com outros fármacos pelo lugar de ligação, deslocando-os, e por isso causando várias interações medicamentosas.[41,42] São amplamente distribuídos pelo organismo, acumulando-se principalmente nos tecidos inflamados, onde o pH é baixo.[41,42,61] Contudo, os AINEs administrados por aplicação tópica são menos transportados e distribuídos, atingindo concentrações séricas menores.[41] O metabolismo destes fármacos é maioritariamente hepático, enquanto a sua excreção é renal, por filtração glomerular e secreção tubular, sendo o tempo de semi-vida bastante variável entre cada fármaco.[41,42]

Os AINEs têm como principal mecanismo de ação a inibição da COX, diminuindo a síntese de prostaglandinas pró-inflamatórias e, consequentemente, reduzindo o processo inflamatório, tendo também efeito analgésico e antipirético, devido à inibição da síntese de PGE2 e dos seus efeitos, já descritos.[41,61]

Quanto à sua estrutura química, estes fármacos podem ser divididos em salicilatos (ácido salicílico), derivados do ácido acético (cetorolac, indometacian, acemetacina, etodolac, diclofenac), derivados do ácido propiónico (ibuprofeno, naproxeno, dexcetoprofeno, cetoprofeno, flurbiprofeno), derivados do ácido enólico ou oxicams (piroxicam e meloxicam), derivados sulfanilamídicos (nimesulida), alcanonas e diaril-heterocíclos (inibidores seletivos da COX-2) (celecoxib, parecoxib, rofecoxib).[42,61]

Quanto à seletividade enzimática na inibição das ciclo-oxigenases, os AINEs podem ser classificados como: 1) inibidores sem seletividade, que inibem as duas isoformas (COX-1 e COX-2) sem preferência entre elas (como o ácido acetilsalicílico, o ibuprofeno, o naproxeno, o diclofenac); 2) inibidores seletivos com preferência para uma das isoformas, maioritariamente a COX-2 (como a nimesulida, o meloxicam e o etodolac); e 3) inibidores seletivos específicos da COX-2 (como o eterocoxib).[61,64] Contudo, os ensaios clínicos demonstram que os fármacos que são seletivos e específicos para a inibição da COX-2 têm igual eficácia terapêutica comparando com as restantes substâncias ativas.[65]

4. Efeitos adversos e interações medicamentosas

A inibição da síntese de prostaglandinas pelos anti-inflamatórios não esteroides conduz a diversos adversos e indesejados, incluindo aparecimento e agravamento de complicações a nível gastrointestinal e cardiovascular, toxicidade renal, reações de hipersensibilidade, entre outras.[61]

A nível do sistema gastrointestinal os efeitos adversos são mais prevalentes, causando sintomas gastrointestinais superiores em 40% dos indivíduos de utilizam AINEs, tais como dispepsia, azia, refluxo gastroesofágico e náuseas, enquanto que 30 a 50% dos indivíduos sofrem de hemorragias subepiteliais, úlceras e erosões gástricas, podendo chegar a complicações mais graves, como perfurações e hemorragias gastrointestinais em 1 a 2% dos indivíduos.[41,44,45,66,67] Além disso, pode haver situações de diarreia, dor abdominal e anorexia associadas.[41,44]

A lesão gástrica é promovida pela inibição da enzima COX-1, que conduz à diminuição da síntese de prostaglandinas (especialmente prostanoides PGE_2 e PGI_2) e consequentemente à redução do efeito protetor da mucosa gástrica, tornando o estômago suscetível a lesões.[41,64,66] Desta forma, os AINEs seletivos para a COX-2 têm menor incidência de efeitos adversos gastrointestinais, dado a sua especificidade para essa isoforma enzimática.[41,61,64]

Além disso, o contacto direto na mucosa gástrica com os fármacos anti-inflamatórios não esteroides administrados oralmente, como o ácido acetilsalicílico, pode causar irritação local, fazendo com que o ácido gástrico se infiltre de volta no interior da mucosa, causando danos no tecido.[41,66]

Assim, nos doentes de alto risco gastrointestinal deve-se considerar estratégias para prevenir complicações, tal como o uso de inibidores da bomba de protões durante o período de tratamento com AINEs.[42,65]

Algumas substâncias podem aumentar a frequência e/ou a gravidade das complicações gastrointestinais quando usadas simultaneamente com este grupo terapêutico, tal como os fármacos corticosteroides e inibidores seletivos da recaptação de serotonina, mas também o etanol, que quando ingerido em grande quantidade pode favorecer as hemorragias gástricas.[41,66]

Os AINEs inibem a produção de prostanoides, inibem a síntese de tromboxano, impedindo a ativação e agregação plaquetária, aumentando o risco de hemorragia (sobretudo gástrica), contusões e equimoses.[41,42,66] Por outro lado, as plaquetas libertam serotonina, promovendo a homeostasia e a função plaquetária, sendo que o uso de antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina concomitantemente com AINEs aumenta o risco de hemorragias, além de existir uma interação farmacocinética pela inibição da CYP2C9 pelos antidepressivos, isoenzima essa que metaboliza certos AINEs, tais como o ibuprofeno e o diclofenac.[66] Além disso, embora não haja uma interação direta entre os fármacos, os AINEs devem ser evitados por doentes que utilizem varfarina, pelo risco acrescido de hemorragias. [41,66]

Os efeitos adversos a nível cardiovascular são devidos à inibição da COX-2 e da síntese de prostanoides que controlam os estímulos protrombóticos e aterogénicos (e assim prejudicando o fluxo sanguíneo) e que contribuem para o controlo da pressão arterial.[41,66]

Deste modo, os AINEs podem causar acidente vascular cerebral (AVC), trombose e enfarte do miocárdio, especialmente os inibidores seletivos da COX-2, sendo contraindicados em indivíduos com alto risco cardiovascular, como doentes com doença isquémica cardíaca, doença cerebrovascular ou doença arterial periférica.[41,42,61,65] Nesses casos o AINE que mostra maior segurança é o naproxeno.[42,65,66]

Por outro lado, grande parte das interações medicamentosas dos AINEs é com grupos de fármacos usado no tratamento de doenças cardiovasculares, como insuficiência cardíaca e hipertensão arterial, sendo que 17,6% dessas interações ocorrem com diuréticos, 14,4% com os antagonistas dos recetores da angiotensina, 12,0% com bloqueadores dos canais de cálcio e 8,8% com inibidores da enzima de conversão da angiotensina, sendo que essas condições serão agravadas, devido à inibição das prostaglandinas renais, promovendo a retenção de água e de sódio.[41-43,66]

Em doentes com insuficiência cardíaca e/ou renal essa situação pode levar a nefropatia e falência renal.[41,44,45] Desta forma é de igual modo importante ter atenção aos efeitos adversos a nível renal, causados tanto pelos fármacos os inibidores específicos da COX-2, como pelos fármacos não seletivos, devidos à depleção da síntese de prostaglandinas renais que são responsáveis pela vasodilatação, regulação da perfusão e pressão sanguínea do rim, taxa de filtração glomerular, e excreção de eletrólitos e de água.[42,61,64,66]

A nível hepático, existe um risco relativamente baixo de hepatotoxicidade associada aos anti-inflamatórios não esteroides. Contudo, esta pode ser caracterizada pelo aumento assintomático e transitório de marcadores bioquímicos hepáticos (transaminases), icterícia, hepatite e insuficiência hepática, podendo ser fatal. [42,66] O diclofenac está associado a hepatotoxicidade em doses diárias iguais ou superiores a 150 mg.[66] Geralmente esses efeitos só são detetados nos estudos após a comercialização dos medicamentos.[66]

A nível do sistema nervoso central, podem ocorrer efeitos adversos menores associados aos AINEs, tais como cefaleia, confusão, tonturas e vertigens e ainda alterações ligeiras cognitivas e de humor.[42,66]

Os anti-inflamatórios não esteroides demonstraram ter efeitos no prolongamento da gestação, devido à inibição do aumento de expressão da COX-2 e da síntese de prostaglandinas que ocorre antes e durante o parto, estando associados ao fecho do canal arterial e comprometimento da circulação fetal em fetos com mais de 32 semanas de gestação, além de estes fármacos estarem associados a hemorragia após o parto, sendo contraindicados durante a gravidez.[41]

Por fim, os AINEs podem provocar reações de hipersensibilidade, sendo essas as substâncias ativas mais comumente associadas a esse tipo de reações, manifestadas por rinite, sinusite, asma brônquica, além de urticária, edema, rubor, hipotensão e choque.[41,42,68,69]

A hipersensibilidade pode ser classificada como imunológica ou não imunológica, consoante o seu mecanismo. As reações não imunológicas estão relacionadas com a ação dos AINEs pela inibição da COX-1, sendo as mais frequentes, enquanto as reações imunológicas envolvem componentes como a imunoglobulina E ou células T, e ocorrem devido ao mimetismo no reconhecimento de antigénios.[69]

5. Avaliação do risco na dispensa e no uso de MNSRM e MNSRM-EF

A abordagem terapêutica no alívio e tratamento de condições dolorosas e a seleção do fármaco anti-inflamatório não esteroide deve ter em conta as queixas e sintomas apresentados pelo doente, bem como a história clínica do uso dessas substâncias, patologias, comorbilidades e possíveis interações medicamentosas.[65,66]

A primeira opção terapêutica é o paracetamol, que apesar de pertencer à classe dos AINEs, não apresenta efeito anti-inflamatório, sendo, contudo, eficaz na sua ação analgésica e antipirética.[41,65]

Em indivíduos com elevado risco cardiovascular, ou seja, doentes com doença vascular estabelecida, deve-se optar pelo uso do naproxeno.[65] Os indivíduos com elevado risco gastrointestinal (como é o caso dos idosos, doentes com histórico de úlcera péptica, doentes infetados por *Helicobacter pylori*, ou indivíduos que façam uso de fármacos corticoides orais, varfarina ou outro anticoagulante, e/ou ácido acetilsalicílico como antiagregante plaquetário) ou que apresentem sintomas gastrointestinais indesejados após a utilização de um AINE deverão procurar uma avaliação médica, pela necessidade de proteger a mucosa gástrica com fármacos inibidores da bomba de protões ou antagonistas dos recetores H2.[65]

No caso de doentes em que é administrada uma dose baixa de ácido acetilsalicílico para proteção cardiovascular, não se deve interromper esse tratamento se houver necessidade de administração de um AINE, sendo importante ter em consideração que essa associação aumenta o risco de eventos gastrointestinais.[65] Por outro lado, doentes que façam tratamento com anticoagulantes o uso de ibuprofeno em doses iniciais de até 200 mg, três vezes ao dia, pode ter efeito analgésico eficaz, sem aumentar o risco de hemorragia gastrointestinal.[66]

De um modo geral, sempre que haja necessidade de terapia farmacológica com anti-inflamatórios não esteroides, deve-se optar pela menor dose eficaz, durante o menor intervalo de tempo possível, sendo que os doentes que façam uso dessas substâncias ativas devem ser monitorizados para o surgimento de efeitos adversos indesejados.[65,66]

6. Considerações finais

O papel do farmacêutico é fundamental na orientação e dispensa de medicamentos de forma segura e eficaz, quando esses são solicitados pelos utentes, promovendo a saúde da população.

Assim, no contexto da automedicação, a avaliação farmacêutica deve levar em consideração a condição descrita pelo utente, os sinais e sintomas apresentados e a duração dos mesmos, se já houve um tratamento (prescrito ou não) anterior, realizando uma avaliação completa do caso, de modo que o farmacêutico deve orientar sobre a necessidade ou não do medicamento solicitado pelo utente, garantindo o uso racional e responsável dos medicamentos e dessa forma promovendo a sua segurança e efetividade, ou encaminhar o doente para uma avaliação médica, caso se identifique sinais de uma patologia grave.[51]

Tema 2: Abordagem terapêutica farmacológica no tratamento da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

A Perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) é um transtorno do neurodesenvolvimento, prevalente em cerca de 5-7% da população, sendo que parece afetar maioritariamente o sexo masculino.[70,71] Esta condição é caracterizada pela sintomatologia persistente de hiperatividade, falta de atenção e impulsividade.[70-73] Nos adultos o sintoma mais prevalente é a falta de atenção, pelo que a agitação e hiperatividade têm tendência a diminuir com a idade dado ao neurodesenvolvimento, à adaptação e à automedicação.[72]

Este transtorno pode causar impacto na qualidade de vida, por conduzir a dificuldades em realizar tarefas quotidianas, desempenho escolar e profissional, bem como adversidades nas relações sociais e interpessoais, podendo ainda estar associada a outras comorbidades, como ansiedade, depressão e transtornos de humor.[70,73]

A etiologia desta condição ainda não definida, com vários estudos que demostram a influência de fatores ambientais e genéticos no seu desenvolvimento.[73] Adversidades psicossociais durante a infância, tais como desentendimentos familiares, baixa classe social, abandono, psicopatologia dos pais são promotores no surgimento e manutenção da PHDA. Além disso, o risco de se ter PHDA é duas a oito vezes maior em crianças em que os pais têm essa condição, sendo que os genes mais estudados são os genes dos transportadores de dopamina, os genes dos recetores adrenérgicos e os genes dos recetores e dos transportadores de serotonina. [70,73]

2. Fisiopatologia e Neurobiologia na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

Várias pesquisas relatadas na literatura de neurociência cognitiva realizaram estudos de imagem anatómica, a fim de identificar anomalias nas regiões do cérebro que dizem respeito à cognição, função executiva, atenção, inibição de resposta, controlo motor e memória de trabalho.[74,75,76]

A PHDA é um distúrbio heterogéneo, pelo que os mecanismos neurobiológicos envolvidos nessa condição são complexos e estão dependentes de vários neurotransmissores, com envolvimento das vias noradrenérgica e dopaminérgica e as respetivas catecolaminas. [70,73]

Os investigadores perceberam que, de uma forma generalizada, os mecanismos envolvem os dois sistemas neurológicos atencionais anterior e posterior. [70,73]

O sistema anterior é predominantemente dopaminérgico e abrange a região pré-frontal e suas conexões subcorticais, mediando as funções cognitivas e executivas, vigília, memória de trabalho e o controlo inibitório. Desta forma, a hipofunção desta região e, consequentemente, da via dopaminérgica conduz a défices cognitivos e das funções executivas; enquanto a hiperfunção leva à impulsividade e hiperatividade. [70,73]

Por sua vez, o sistema posterior, predominantemente modulador da transmissão noradrenérgica, incluindo o *locus cereleus* e a região parietal*,* está relacionado com a regulação da atenção seletiva e na resposta a novos estímulos. [70,73]

A **Figura 1** representa regiões cerebrais e as suas subdivisões funcionais envolvidas na PHDA, de forma simplificada, não esquecendo que anomalias numa única área do cérebro não causam esse transtorno, mas sim um conjunto dessas áreas regiões.[76]

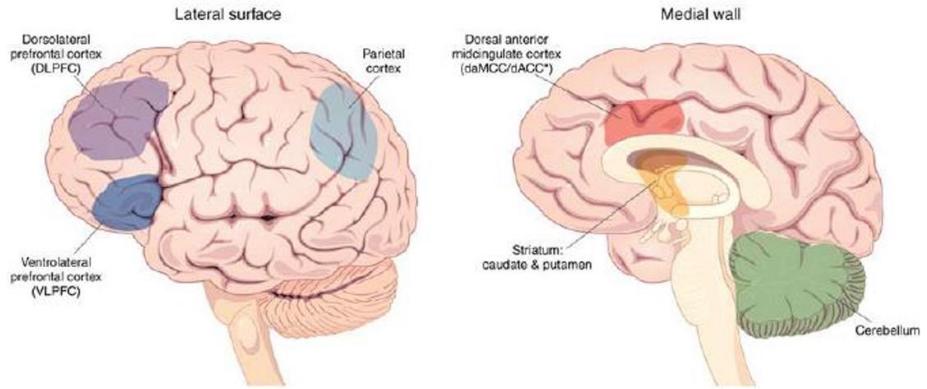


Figura 1: Regiões neurais implicadas no PHDA, particularmente, o córtex cingulado anterior dorsal médio, o córtex pré-frontal dorsolateral, o córtex pré-frontal ventrolateral, o córtex parietal, o estriado e o cerebelo. (Figura retirada de Bush G (2010)[76]).

Estudos de imagem evidenciaram a diminuição do volume do córtex pré-frontal (em especial no lado do hemisfério direito), assim como a redução do tamanho de corpo caloso, corpo caudado e cerebelo em indivíduos com PHDA.[74] Da mesma forma, outros estudos relatam a redução entre 3 e 8% do volume total do cérebro.[74]

Além disso, outras pesquisas como a Mills e seus colaboradores (2012) sugere alterações da estrutura, função e de interações no circuito estriado-tálamo-cortical, em crianças no PHDA.[75] Os autores relatam que essas crianças, comparativamente às crianças com desenvolvimento normal, possuem volume de substância cinzenta pré-frontal e estriatal menor. Além disso, a comunicação anormal entre o tálamo e os gânglios basais têm impacto na transmissão de sinais do tálamo para o córtex.[74,75] Deste modo, entende-se que vias cortico-estriatais-talâmicas atípicas são

responsáveis pela sintomatologia comum na PHDA, na falha na adaptação comportamental e défice regulação cognitiva. [74,75]

3. Diagnóstico

Não existe um marcador biológico ou bioquímico definido para o diagnóstico da perturbação de hiperatividade e défice de atenção, sendo que este deve basear-se no historial e quadro clínico comportamental do paciente, devendo ser realizado de acordo com os critérios da DSM-IV. [70,72,73] O diagnóstico de crianças menores de seis anos é evitado, visto que a criança ainda não atingiu o grau de estabilidade e maturidade motora adequado e o seu comportamento é influenciado por fatores externos ambientais e familiares.[70,73]

Os critérios DMS-IV classificam a PHDA em três tipos: [70,73]

1) PHDA com predomínio de sintomas de falta de atenção;

2) PHDA com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade;

3) PHDA combinado.

Por outro lado, outras técnicas como o uso de eletroencefalograma, tomografia por emissão de positrões e ressonância nuclear magnética funcional podem ser úteis no auxílio do diagnóstico.[70]

4. Abordagem terapêutica

A abordagem terapêutica adequada é benéfica na redução dos sintomas da PHDA, com consequente melhoria da qualidade de vida e autoestima dos indivíduos afetados, bem como melhorias psicoemocionais e psicossociais a longo prazo. [70]

O tratamento da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção deve passar por um programa terapêutico integrado, com intervenção e aconselhamento a nível psicológico, comportamental, cognitivo e educacional, com a supervisão de um especialista em perturbações do comportamento, sendo que vários estudos nomeiam a terapia cognitivo-comportamental como o meio de tratamento com maior eficácia na redução dos sintomas da PHDA, bem como das comorbidades associadas, como depressão e ansiedade.[71,75, 78-80]

Além disso, a adoção de uma dieta equilibrada, com alimentos isentos de corantes e conservantes, o uso de suplementos alimentares e a prática de exercício físico regular melhora a sintomatologia associada à PHDA.[77,79]

Assim, a terapia farmacológica na PHDA não deve ser tida em conta como tratamento de primeira linha, havendo a necessidade de uma avaliação minuciosa da gravidade e persistência dos sintomas, e das suas consequências, tendo em conta a idade do doente.[71,78]

Deste modo, se houver necessidade de tratamento com fármacos, o mesmo deve ser ajustado individualmente, iniciando-se com doses terapêuticas baixas e aumentando gradualmente, durante quatro a seis semanas, de acordo com a resposta terapêutica e tolerabilidade do doente, até alcançar a dose que desencadeia um efeito considerado ótimo na efetividade do fármaco, com a redução dos sintomas.[77]

Na abordagem terapêutica existem duas classes que são amplamente utilizadas: psicoestimulantes (nomeadamente o metilfenidato e a lisdexanfetamina) e não psicoestimulantes (nomeadamente a atomexetina e a guanfacina). [77]

Quanto aos efeitos adversos prevalentes nestes fármacos, ambas as classes terapêuticas têm probabilidade de desenvolver alterações da função cardiovascular, com risco de eventos mais graves como arritmia cardíaca e hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, mas também perturbações gastrointestinais, como náuseas, e a nível do sistema nervoso central, como cefaleias, insónia, tonturas e perda de apetite.[70,72,77,78,81,82]

4.1. Psicoestimulantes

Os fármacos psicoestimulantes são recomendados em terapia farmacológica da PHDA de primeira linha, com boa resposta terapêutica por parte de cerca de 90-95% dos doentes, exceto em caso de contraindicação. [77]

- **Metilfenidato**

O metilfenidato é o fármaco de eleição no tratamento da PHDA em crianças com seis anos de idade ou mais, assim como pode ser utilizado por adultos, quando as medidas tomadas anteriormente não foram suficientes. [70,72]

O seu mecanismo de ação não é totalmente conhecido, mas parece ter ação simpaticomimética e consistir na inibição dos transportadores de dopamina e noradrenalina presentes na membrana plasmática, bloqueando a recaptação dessas catecolaminas para o neurónio pré-sináptico, o que permite a libertação das mesmas para a fenda sináptica, aumentando o nível de alerta sistema nervoso central, especialmente sobre o córtex cerebral e o sistema reticular ativador do tronco encefálico, levando à melhoria da coordenação motora e da concentração. [70,72,83] O mecanismo de ação do metilfenidato é ilustrado na **Figura 2**.

O metilfenidato é uma mistura racémica, em que o enantiómero D é mais responsável pelo efeito farmacológico que o enantiómero L,[72,83] sendo metabolizado pelo fígado por desesterificação pela carboxilesterase (CES1A1) a ácido ritalínico, que por sua vez é um metabolito inativo excretado pelas fezes e urina.[83]

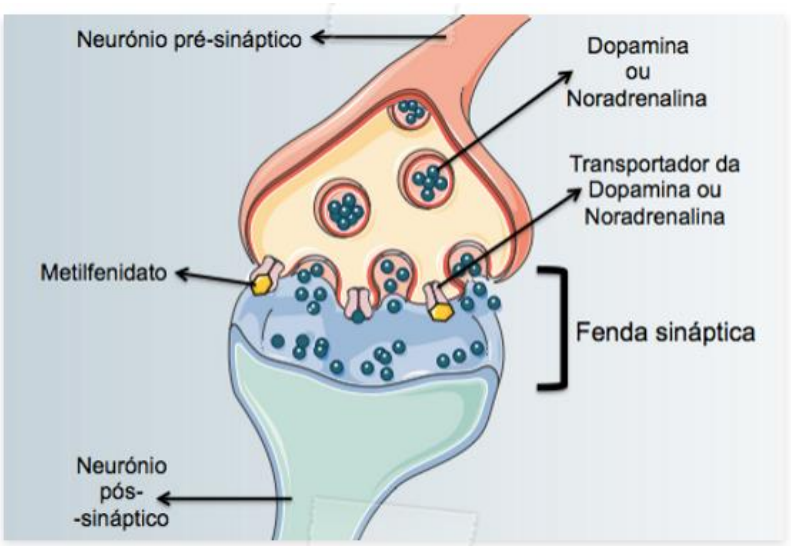


Figura 2: Mecanismo de ação do metilfenidato. (Figura retirada de Sousa P, Martins R, Fernandes S. (2015)[84])

No início do tratamento com metilfenidato é necessário fazer a titulação da dose, iniciando-se com a dose mais baixa possível, com ajustes semanais com aumentos de 18 mg.[72] Assim, a dose inicial recomendada para crianças e adultos é de 18 mg diariamente, em toma única de manhã, por via oral, podendo ser administrado com ou sem alimentos, uma vez que esses não alteram a absorção do fármaco.[72,85] A dose máxima diária de metilfenidato nas crianças é de 54 mg, enquanto nos adultos é 72 mg.[72]

Indivíduos que façam tratamento com metilfenidato por períodos prolongados superiores a 12 meses devem ser reavaliados periodicamente, recomendando-se a suspensão do medicamento, preferencialmente durante o período de férias escolares ou laborais, a fim de se avaliar o estado e desempenho do doente sem o tratamento farmacológico. [72] Geralmente as crianças e os adolescentes que façam este tratamento acabam por suspendê-lo durante ou após a puberdade. [72]

- **Lisdexanfetamina**

A lisdexanfetamina é indicada no tratamento da PHDA em crianças com seis ou mais anos de idade, em casos que o tratamento com metilfenidato não tenha tido uma resposta terapêutica adequada, assim como em adultos que tenham tido sintomas desta condição durante a infância.[77,81]

A lisdexanfetamina é um pró-fármaco, sendo, portanto, farmacologicamente inativo. A sua estrutura molecular compreende um aminoácido de L-lisina ligado à D-anfetamina covalentemente, que é hidrolisada (nos eritrócitos) em L-lisina e na dexandetamina, sendo a última responsável pela atividade farmacológica. [77,81,83] O seu mecanismo de ação é semelhante ao do metilfenidato, pela inibição da recaptação de catecolaminas e libertação das mesmas no espaço extra neuronal. [81]

No início do tratamento com lisdexanfetamina é necessário fazer a titulação da dose, iniciando-se com a dose diária de 30 mg, ou 20 mg se o médico entender a necessidade de uma dose mais baixa, com ajustes semanais com aumentos de 10 mg ou 20 mg, até à dose diária máxima recomendada de 70 mg, sendo que deve-se interromper o tratamento caso não se verifiquem melhorias nos sintomas após ajustes posológicos durante um mês ou em caso do medicamento não ser tolerado.[81]A posologia deve ser feita em toma única de manhã, por administração oral podendo ser administrado com ou sem alimentos, uma vez que esses não alteram a absorção do fármaco. [81]

Da mesma forma, indivíduos que façam este tratamento por períodos prolongados superiores a 12 meses devem ser reavaliados periodicamente, suspendendo-se a toma do medicamento. [81]

4.2. Não Psicoestimulantes

Os fármacos não psicoestimulantes têm se mostrado menos eficazes comparativamente aos anteriores na melhoria da sintomatologia da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, demorando algumas semanas para demonstrar os seus efeitos, além de se associarem a um grande risco de interações medicamentosas. Porém, apresentam menor risco de abuso. [77]

- **Atomoxetina**

A atomexetina é um fármaco aprovado e indicado no tratamento da PHDA em crianças com seis ou mais anos de idade, adolescentes e adultos. [70,78]

O seu mecanismo de ação passa por ser um inibidor do transportador pré sináptico da noradrenalina, com elevada seletividade e potência, não afetando os transportadores da dopamina ou da serotonina diretamente, aumentando a concentração de noradrenalina na fenda sináptica, em especial na face córtex pré-frontal do cérebro, que é responsável pela orientação, pensamento e memória, levando a melhorias da sintomatologia motora e de atenção a estímulos. [77,78,86]

Do seu metabolismo resultam dois metabolitos oxidativos, nomeadamente, 4-hidroxiatomoxetina que tem alguma ação inibitória do transportador da noradrenalina, mas também alguma ação como inibidor do transportador da serotonina. [78] O segundo metabolito, a N-desmetilatomoxetina, tem alguma atividade farmacológica, mas muito reduzida comparativamente ao princípio ativo. [78]

No início do tratamento com atomoxetina é necessário fazer a titulação da dose. Na população pediátrica (até 70 kg de peso corporal), o tratamento deve ser iniciado com dose diária de cerda de 0,5 mg/kg, [77,78] com ajustes semanais com aumentos de 1,2 mg/kg/dia. A dose diária máxima recomendada é de 1,8 mg/kg/dia. [78] Na população pediátrica com peso corporal superior

a 70 kg e nos adultos, a dose diária inicial deverá ser de 40 mg, com ajustes semanais, sendo que a dose de manutenção é cerca de 80 mg por dia, enquanto a dose máxima diária recomendada é de 100 mg. [78]

A posologia deve ser feita em dose única, por via oral, no período da manhã, com ou sem alimentos. Todavia, em doentes que não alcancem resposta terapêutica suficiente ou que não tolerem com a administração única do fármaco é possível dividir a dose uniformemente, administrando a medicação em duas tomas (de manhã e final de tarde). [78]

- **Guanfacina**

A guanfacina é indicado no tratamento da PHDA na população pediátrica entre os seis e os dezassete anos de idade, nos casos em que os fármacos da classe dos psicoestimulantes são contraindicados ou que em tratamentos anteriores com os mesmo não se tenha demonstrado a sua efetividade ou que não tenham sido tolerados pelos doentes. [77,82] Existem alguns estudos que perceberam que a associação da guanfacina com o metilfenidato tem alguma eficácia na melhoria dos sintomas, mas são necessárias mais evidências. [77]

Quanto ao seu mecanismo de ação na perturbação de hiperatividade e défice de atenção, esse ainda não é bem esclarecido, mas sugere que este fármaco é um agonista seletivo dos recetores adrenérgicos alfa-2A, modulando a transmissão sináptica de noradrenalina e deste modo regula a sinalização nos gânglios basais e no córtex pré-frontal, com efeitos na redução dos sintomas da PHDA. [77,82]

No início do tratamento, a dose recomendada é de 1 mg, podendo ser ajustada semanalmente com aumentos iguais ou inferiores a 1 mg, de consoante a resposta e a tolerabilidade de cada doente, sendo que o intervalo recomendado para doses de manutenção é de 0,05-0,12 mg/kg/dia.[3] A dose máxima recomendada varia de acordo com a idade e o peso corporal da criança, sendo possível verificar na **Tabela 3**.

Tabela 3: Variação de dose máxima diária de guanfacina em mg, de acordo com a idade e peso corporal do doente. [82]

IDADE	PESO CORPORAL	DOSE MÁXIMA DIÁRIA
Crianças com 6-12 anos	Menos de 25 kg	4 mg
Adolescentes com 13-17 anos (pelo menos 34 kg)	41,5-49,4 kg	5 mg
	49,5-58,4 kg	6 mg
	58,5 kg e superior	7 mg

A posologia deve ser feita em dose única por via oral, no período da manhã ou à noite, com ou sem alimentos, porém tendo em atenção que o medicamento não deve ser administrado com sumo de toranja nem em refeições ricas em gordura, devido ao aumento da exposição ao fármaco causado por essas interações. [82]

Se houver necessidade de suspender o fármaco deve-se diminuir a dose de forma progressiva, com ajustes em intervalos de 3 a 7 dias, diminuindo a dose até 1 mg de cada vez, sendo importante monitorizar a pressão arterial e a pulsação cardíaca, a fim de minimizar os possíveis efeitos indesejados da descontinuação do tratamento. [82]

4.3. Outras abordagens farmacoterapêuticas

Em casos de doentes que o tratamento da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção com a administração dos fármacos anteriormente descritos não tenha demonstrado uma resposta terapêutica clinicamente adequada, é possível recorrer a outros fármacos não inicialmente indicados para o tratamento deste transtorno, nomeadamente antidepressivos, mas que parecem ser vantajosos nesses doentes, em especial, em caso de comorbidades. [70,77]

Os antidepressivos tricíclicos, como a imipramina, parece melhorar até 50% dos sintomas da PHDA em dose diária de 1 a 3 mg/kg, pela na inibição de recaptação de noradrenalina.[70] A nortriptilina está a ser estudada nesse sentido. [70] É importante fazer a monitorização dos efeitos adversos aquando da utilização desta classe de fármacos, pelo potencial efeito cardiovascular indesejado. [70]

Além disso, a bupropiona, um antidepressivo aminoacetona, em alguns estudos demonstrou melhoria da sintomatologia referente à conduta e hiperatividade, com eficácia comparável à conhecida pela ação dos fármacos estimulantes, assim que administrada em doses diária de 3-6 mg/kg. [70] Contudo, não foi tão eficaz nos sintomas de défice de atenção. [70]

Por último, em casos de doentes portadores de PHDA com comorbidades associadas, como ansiedade e depressão, a associação de um fármaco inibidor da recaptação seletiva de serotonina (como a fluoxetina, por exemplo) pode ser vantajosa. [70]

5. Considerações finais

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é uma condição bastante heterogénea, caracterizando-se por formas diferentes e é possível de coexistir com outros transtornos psicológicos e comorbidades. Tal complexidade dificulta o seu diagnóstico, assim como a adoção da terapia adequada.

Nos últimos anos tem se verificado um aumento de diagnósticos e de prescrição de psicofármacos a jovens em idade escolar, havendo assim vários casos de sobrediagnóstico e, consequentemente, o seu inapropriado tratamento farmacológico terá um impacto significativo a nível psicológico e físico, pelo risco de efeitos adversos e indesejados, bem como a nível económico nesses indivíduos. [87] Tal deve-se a vários fatores, destacando-se a avaliação médica inadequada, divulgação de informações indevidas nas redes socias, assim como a pressão para ter um bom desempenho académico. [87]

O diagnóstico da PHDA passa essencialmente por testes psicológicos e critérios comportamentais, que embora sejam atribuídos resultados válidos na avaliação dos indivíduos, têm evidências bastante limitadas. [88] É importante e necessário que se façam mais estudos no sentido de melhorar os critérios de diagnóstico da PHDA, preferencialmente recorrendo a critérios que não sejam tão subjetivos por parte do profissional que faz a avaliação e/ou a marcadores neurobiológicos, validando um índice diferencial da PHDA, [88] de modo a que seja a reduzida a possibilidade de erro no diagnóstico da patologia e das comorbidades e, assim, se conseguir adaptar a intervenção terapêutica mais adequada, promovendo a melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Por último, quanto aos fármacos disponíveis para o tratamento da PHDA, a investigação e a constante evolução do conhecimento dos mesmos são fundamentais, sendo importante estudos sobre com doses superiores às recomendadas, conhecer os seus efeitos na utilização a longo prazo, bem como o desenvolvimento e melhoria de novas substâncias ativas e de novas estratégias terapêuticas.

Conclusão global

Ao fim de seis meses de estágio curricular é evidente a importância que este tem para a conclusão de um ciclo de estudos, na bagagem de todo o conhecimento técnico-científico que é adquirido, e que assim é consolidado para a preparação da próxima etapa: a vida profissional farmacêutica.

O estágio curricular em farmácia comunitária permitiu compreender melhor que o farmacêutico tem um papel importantíssimo da educação da população, com foco na prevenção de doenças e promoção da saúde.

O farmacêutico comunitário é a primeira linha de apoio à saúde, no esclarecimento de dúvidas e questões, bem como no aconselhamento de terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. Além disso é capaz de detetar casos de interações medicamentosas e/ou alimentares, casos de medicação duplicada, uso indevido ou inadequado de medicamentos, erros de prescrição, de modo que essas situações sejam corrigidas e evitar complicações na saúde dos indivíduos.

O diálogo, a simpatia, a empatia e a compreensão são instrumentos indispensáveis na relação entre o farmacêutico e a comunidade, de forma a educá-la, adequando o tipo de linguagem a cada indivíduo, criando uma ligação entre os conhecimentos já adquiridos pelo mesmo e o conhecimento técnico científico sobre saúde, doença e medicamento.

Além disso, é importante que o farmacêutico se mantenha atualizado das novas estratégias terapêuticas, devendo ter um compromisso pela constante formação e estudo e pela busca de enriquecer a sua sabedoria.

Em modo de conclusão, o balanço final do estágio realizado é bastante positivo, tendo posto à prova o meu conhecimento e enriquecendo-o cada vez mais, preparando-me para os novos desafios que a vida profissional trará.

Espero sempre honrar esta nobre profissão.

Bibliografia

1. Rinite em Portugal. Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), 2015. [Online] Disponível em: https://www.spaic.pt/grupos-trabalho/rinite?page=21 [Acedido a 3 de março de 2024].
2. Caldeira LE, Silva MI, Martins Santos G, Pereira AM. Rinite alérgica - Classificação, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Rev Port Imunoalergologia. 2021; 29(2): 95-106. [Online] Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/pgina-educacional-1.pdf
3. SNS 24. Alergias, 2023. [Online] Disponível em: https://www.sns24.gov.pt/tema/alergias/alergias/# [Acedido a 22 de fevereiro de 2024].
4. Adams L. Allergic rhinitis. Nat Rev Dis Primers, 2020; 6(1), 96. [Online] Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41572-020-00237-y#citeas
5. Farmácias Portuguesas. Espirrar: Porque Espirramos?, 2024. [Online] Disponível em: https://www.farmaciasportuguesas.pt/blog/espirrar-porque-espirramos [Acedido a 22 de fevereiro de 2024].
6. Small P, Keith PK, Kim H. Allergic rhinitis. Allergy Asthma Clin Immunol. 2018; 14(2):51. [Online] Disponível em: https://aacijournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13223-018-0280-7
7. WebMD. Understanding hay fever: basics, 2023 [Online] Disponível em: https://www.webmd.com/allergies/understanding-hay-fever-basics#1. [Acedido a 23 de fevereiro de 2024].
8. Infarmed. Prontuário Terapêutico Online [Online]. Lisboa: Infarmed; 2018. Disponível em: https://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php
9. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, Regime jurídico dos medicamentos de uso humano, Diário da República, 1.ª série, n.º 167, 2006, 6297-6383.
10. Minas R. Regulamentação Farmacêutica na garantia da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos genéricos. Ordem dos Farmacêuticos Colégio de Especialidade de Assuntos Regulamentares, 2014. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/Colegios_de_Especialidade/Titulo_Especialidade/Especialidade_AR/Especialistas_Anteriores/2014/2014_Renata_Minas.pdf
11. Medicamentos genéricos. Ordem dos Farmacêuticos, 2023 [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/medicamentos-genericos/ [Acedido a 14 março de 2024].

12. INFARMED, I.P. Dia Nacional do Medicamento Genérico - Infarmed sublinha importância dos medicamentos genéricos em Portugal. 2023 [Acedido a 16 de março de 2024]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1119652/Comunicado+de+Imprensa+-+Dia+Nacional+do+Medicamento+Gen%C3%A9rico/0a667c3e-c80d-910b-d3fb-4b2bf36edb94
13. Tavares T. Programa de gestão integrada da qualidade. Protocolo Clínico de Suplementação Nutricional Oral, 2023. Protocolo técnico-clínico DTEC 022. Complexo de Saúde São João de Deus. [Online] Disponível em: https://cssjd.org.br/imagens/editor/files/Portal%20da%20Transparencia/Protocolos%20Cl%C3%ADnicos/PTC%20DTEC%20022%20-%20SUPLEMENTACAO%20NUTRICIONAL%20ORAL.pdf
14. Bordalo L, Teixeira T, Bressan J, Mourão D. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. Rev Assoc Med Bras. 2011; 57(1):113-120. [Online] Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423011703025
15. Morato Martínez M, López Plaza B, Arcos Castellanos L, Valero Pérez M, Palma Milla S. Evaluación de las características organolépticas de un suplemento nutricional oral diseñado específicamente para el paciente oncológico. Nutr Hosp. 2023; 40(2): 266-272. [Online] Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112023000300005&script=sci_arttext
16. Chan W. Chronic Kidney Disease and Nutrition Suppor. Nutr. Clin. Pract. 2021; 36:312–330. [Online] Disponível em: https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ncp.10658
17. V. Bertoni. Efeitos de suplementação nutricional oral intradialítica em pacientes idosos. Pós-graduação, Universidade de Passo Fundo, 2023.
18. Costa P. Identificação do uso de terapia nutricional oral em nefropatas assistidos em um centro de hemodiálise do sistema único de saúde em Belém - PA. Rev CPAQV. 2024; 16(2),10. [Online] Disponível em: https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/1719
19. O. Sousa. Impacto da suplementação oral líquida de curta duração com elevada densidade energética e proteica e de um programa de psicomotricidade no estado nutricional de pessoas idosas com demência tipo Alzheimer de estádio moderado. Doutoramento, Universidade do Porto, 2020.

20. Ordóñez J, et al. Efecto de un suplemento nutricional oral hiperproteico en pacientes desnutridos ubicados en residencias geriátricas. Nutr Hosp. 2010;25(4):549-554. [Online] Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n4/original1.pdf
21. Ferrreira dos Santos NA, et al. Associação entre a suplementação nutricional oral e os desfechos clínicos e nutricionais no manejo da desnutrição hospitalar. Rev Cienc Saude. 2021;11(4):46-52. [Online] Disponível em: https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/1147/763
22. Smith T, et al. Ready-Made Oral Nutritional Supplements Improve Nutritional Outcomes and Reduce Health Care Use—A Randomised Trial in Older Malnourished People in Primary Care. Nutrients. 2020; 12(2), 517. [Online] Disponível em: https://www.mdpi.com/2072-6643/12/2/517
23. Paddon-Jones D, Rasmussen BB. Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2009; 12(1):86-90. [Online] Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760315/
24. Bottoni A, Bottoni A, Rodrigues R de C, Celano RMG. Papel da Nutrição na Cicatrização/Role of Nutrition in Healing. 2011; 1(1):98-103. [Online] Disponível em: https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/31
25. Braga-da-Silveira J, et al. Eficácia da suplementação nutricional em pacientes com feridas crónicas: revisão narrativa. Acta portuguesa de nutrição, 2023; 35.24-29. [Online] Disponível em: https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2024/03/05_AR.pdf
26. Mehl AA, Damião AO, Viana SD, Andretta CP. Hard-to-heal wounds: a randomised trial of an oral proline-containing supplement to aid repair. J Wound Care. 2021; 30(1):26-31. [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33439085/
27. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais. 2012. [Online] Disponível em: https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-revisao-dos-consensos-em-infeccoes-vulvovaginais-2012.pdf
28. Chen Y, Bruning E, Rubino J, Eder SE. Role of female intimate hygiene in vulvovaginal health: Global hygiene practices and product usage. Women's Health. 2017; 13(3):58-67. [Online] Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1745505717731011
29. O. Goje. Vaginose bacteriana (VB). Manual MSD – Versão para profissionais de saúde. 2023. [Online] Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/vaginite,-cervicite-e-doen%C3%A7a-inflamat%C3%B3ria-p%C3%A9lvica/vaginite-inflamat%C3%B3ria [Acedido a 22 de junho de 2024].

30. CDC. Bacterial Vaginosis. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. [Online] Disponível em: https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/bv.htm#print [Acedido a 27 de junho de 2024].
31. J. Gordon Betts, K. Young, J. Wise, E. Johnson, B. Poe, D. Kruse, O. Korol, J. Johnson, M. Womble, P. DeSaix. The Reproductive System. In: Anatomy and Physiology. 2ª edição. OpenStax, 2022. [Online] Disponível em: https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/27-introduction [Acedido a 1 de julho de 2024].
32. Holdcroft AM, Ireland DJ, Payne MS. The Vaginal Microbiome in Health and Disease—What Role Do Common Intimate Hygiene Practices Play? Microorganisms. 2023; 11(2):298. Disponível em: https://www.mdpi.com/2076-2607/11/2/298#B7-microorganisms-11-00298 [Acedido a 28 de junho de 2024].
33. O. Goje. Visão geral da vaginite. Manual MSD – Versão para profissionais de saúde. 2023. [Online] Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/vaginite,-cervicite-e-doen%C3%A7a-inflamat%C3%B3ria-p%C3%A9lvica/vis%C3%A3o-geral-da-vaginite [Acedido a 22 de junho de 2024].
34. Afeções no feminino. Farmácia Distribuição - Revista profissional de Farmácia, Lisboa, ed. 375, pp. 32–45, mar. 2024.
35. Vieira-Baptista P, Stockdale CK, Sobel J (eds). Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento das Vaginites, International Society for the Study of Vulvovaginal Disease. Lisboa: Admedic, 2023. Disponível em: https://colposcopia.org.br/wp-content/uploads/2023/11/Recomendacoes_para_o_Diagnostico_e_Tratamento_das_Vaginites.pdf [Acedido a 25 de junho de 2024].
36. CDC. Vulvovaginal Candidiasis (VVC). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. [Online] Disponível em: https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/candidiasis.htm [Acedido a 27 de junho de 2024].
37. O. Goje. Vaginite por cândida. Manual MSD – Versão para profissionais de saúde. 2023. [Online] Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/vaginite-cervicite-e-doen%C3%A7a-inflamat%C3%B3ria-p%C3%A9lvica/vaginite-por-c%C3%A2ndida [Acedido a 22 de junho de 2024].
38. Mendes AP. Candidíase vulvovaginal: Manifestações e tratamento. 2020. Ordem dos Farmacêuticos, Centro de Informação do Medicamento. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/cim_e_publicacoes_candidiase_vulvovaginal_final_11673414455fb7f4bc905c1.pdf [Acedido a 19 de junho de 2024].

39. CDC. Trichomoniasis. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. [Online] Disponível em: https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/trichomoniasis.htm [Acedido a 27 de junho de 2024].
40. Falagas M, Betsi GI, Athanasiou S. Probiotics for the treatment of women with bacterial vaginosis. Clin Microbiol Infect. 2007; 13(7):657-64. [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17633390/
41. T. Grosser, E. Smyth, FitzGerald, G. Capítulo 34: Agentes anti-inflamatórios, antipiréticos e analgésicos; farmacoterapia da gota. In: Mc Graw Hill (ed.), Artmed (ed.), AMGH Editora Ltda (ed.), Goodman & Gilman's pharmacological basis of therapeutics. 12ª edição. New York, 2012, pp.959-1003.
42. Cabral A, Salvador M. Revisão sobre a utilização de anti-inflamatórios não esteroides. 2020. Ordem dos Farmacêuticos, Centro de Informação do Medicamento. [Online] Disponível em:https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/boletim_abr_jun_2023_108215684264bfe3d89c5d9.pdf [Acedido a 13 de julho de 2024].
43. Castel-Branco MM, Santos AT, Carvalho RM, Caramona MM, Santiago LM, Fernandez-Llimos F, Figueiredo IV. Acta Farmacêutica Portuguesa, 2013; 2.79-87. [Online] Disponível em https://actafarmaceuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/3/103
44. A. Mateus. O Uso Clínico dos Anti-Inflamatórios Não Esteróides. Obtenção do grau de Mestre, Universidade Fernando Pessoa, 2014.
45. Simón A. Anti-inflamatórios não esteroides tópicos. 2020. Ordem dos Farmacêuticos, Centro de Informação do Medicamento. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/e_publicacao_aine_final_7156848355fd39d4bd2bb7.pdf [Acedido a 15 de julho de 2024].
46. Wendling D, Hecquet S, et al. 2022 French Society for Rheumatology (SFR) recommendations on the everyday management of patients with spondyloarthritis, including psoriatic arthritis. Joint Bone Spine. 2022; 89(3): 105344. [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35038574/
47. NICE guideline [NG193]. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. 2021. [Online] Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/ [Acedido a 26 de julho de 2024].
48. T. Felix. Vulvovaginite em mulheres atendidas em serviço de atenção primária à saúde da família: ocorrência e hábitos de higiene. Pós-Graduação, Universidade Federal de Uberlândia, 2019
49. Ferreira F, Oliveira A, Dantas F. Higiene genital feminina. 2013. ACÇÃO DE FORMAÇÃO INTERNA. Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca, EPE. Amadora. [Online] Disponível

em: https://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/1000 [Acedido a 20 de julho de 2024].

50. Diário da República, Despacho n.º 17690/2007, de 10 de agosto. [Online] Disponível em: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/17690-2007-3189825 [Acedido a 20 de julho de 2024].
51. Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas de Farmacêuticas para a farmácia comunitária, 3ª edição. 2009. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas_praticas_farmaceuticas_para_a_farmacia_comunitaria_2009_20853220715ab14785a01e8.pdf
52. Ordem dos Farmacêuticos. Automedicação, 2023. [Online] Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/automedicacao/ [Acedido a 20 de julho de 2024].
53. Rafati S, Baniasadi T, Dastyar N, Zoghi G, Ahmadidarrehsima S, Salari N, Rafati F. Prevalence of self-medication among the elderly: A systematic review and meta-analysis. J Educ Health Promot. 2023; 12:67. [Online] Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10127510/
54. Medzhitov R. Origin and physiological roles of inflammation. Nature. 2008; 454(7203): 428-435. [Online] Disponível em: https://www.nature.com/articles/nature07201
55. Etienne R, Dias Viegas F, Viegas C. Aspectos Fisiopatológicos da Inflamação e o Planejamento de Fármacos: uma Visão Geral Atualizada. Rev. Virtual Quim., 2021; 13(1): 167-191. [Online] Disponível em: https://s3.sa-east-1.amazonaws.com/static.sites.sbq.org.br/rvq.sbq.org.br/pdf/v13n1a12.pdf
56. Ahmed S, Luo L, Namani A, Wang X, Tang X. Nrf2 signaling pathway: Pivotal roles in inflammation. Biochimica et Biophysica Acta 1863, 2017;585–597. [Online] Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925443916302861?via%3Dihub#s0020
57. Oliveira Júnior J, Portella Junior C, Cohen C. Inflammatory mediators of neuropathic pain. Revista Dor, 2016; 17:35-42. [Online] Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdor/a/w66SXC9mVDTbSq6SxDQTvQD/?format=pdf
58. Kelesidis T, Papakonstantinou V, Detopoulou P, Fragopoulou E, Chini M, Lazanas MC, Antonopoulou S. The Role of Platelet-Activating Factor in Chronic Inflammation, Immune Activation, and Comorbidities Associated with HIV Infection. AIDS Rev. 2015; 17(4):191-201. [Online] Disponível em: https://europepmc.org/article/MED/26616844
59. Rajakariar R, Yaqoob MM, Gilroy DW. COX-2 in inflammation and resolution. Mol Interv. 2006; 6(4):199-207. [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16960142/

60. N. Carvalho. Contribuição da expressão de COX-2 de neutrófilos no modelo de hiperalgesia inflamatória em camundongos. Doutoramento. Universidade Estadual de Campinas, 2022.
61. Bacchi, S et al. Clinical pharmacology of non-steroidal anti-inflammatory drugs: a review. Anti-Inflammatory & Anti-Allergy Agents in Medicinal Chemistry, 2012: 11(1): 52-64. [Online] Disponível em: https://www.ingentaconnect.com/content/ben/aiaamc/2012/00000011/00000001/art00006
62. Ricciotti E, FitzGerald GA. Prostaglandins and inflammation. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2011; 31(5): 986-1000. [Online] Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081099/
63. Vishwakarma R, Negi DS. The development of COX-1 and COX-2 inhibitors: a review. Int J Pharm Sci Res, 2020; 11(8): 3544. [Online] Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Rahul-Vishwakarma-21/publication/359002916_THE_DEVELOPMENT_OF_COX-1_AND_COX-2_INHIBITORS_A_REVIEW/links/6221c13c97401151d2faf81d/THE-DEVELOPMENT-OF-COX-1-AND-COX-2-INHIBITORS-A-REVIEW.pdf
64. Rao P, Knaus EE. Evolution of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs): cyclooxygenase (COX) inhibition and beyond. J Pharm Pharm Sci. 2008; 11(2):81s-110s. [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19203472/
65. Direção-Geral da Saúde. Orientação nº 013/2011, de 27/06/2011. Anti-inflamatórios não esteroides sistémicos em adultos: orientações para a utilização de inibidores da COX-2. [Online] Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/anti-inflamatorios-nao-esteroides-sistemicos-em-adultos-orientacoes-para-a-utilizacao-de-inibidores-da-cox.pdf [Acedido a 5 de agosto de 2024].
66. Medicina Paliativa. Anti-inflamatórios não esteroides, 2017. [Online] Disponível em: https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/210605203558.pdf [Acedido a 27 de julho de 2024].
67. Sostres C, Gargallo CJ, Lanas A. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper and lower gastrointestinal mucosal damage. Arthritis Res Ther. 2013;15 Suppl 3(Suppl 3):S3. [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24267289/
68. Ortega N, Doña I, Moreno E, Audicana MT, Barasona MJ, Berges-Gimenos MP, Blanca-Lopez N, Lobera T, Padial A, Rosado A, Torres MJ. Pratical Guidelines for Diagnosing Hypersensitivity Reactions to Nonsteroidal anti-inflammatory drugs. J Investig Allergol Clin Immunol. 2014; 4 (5): 308-323 [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19203472/

69. Becker DE. Drug allergies and implications for dental practice. Anesth Prog. 2013; 60(4):188-97. [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24423421/
70. Coelho L, Chaves E, Vasconcelos S, Fonteles M, De Sousa F, Viana G. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na criança: aspectos neurobiológicos, diagnóstico e conduta terapêutica [Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: neurobiological aspects, diagnoses and therapeutic approach]. Acta Med Port. 2010; 23(4):689-96. [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20687998/
71. Infarmed. Medicamentos para a Hiperatividade com Défice de Atenção, 2015. Gabinete de informação e planeamento estratégico. [Online] Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Relatorio_ADHD.pdf/d6043d87-561e-4534-a6b1-4969dff93b78
72. Infarmed. Resumo das características do medicamento: Concerta 18 mg comprimidos de libertação prolongada, 2022
73. Rohde L, Halpern R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. J. Pediatr. 2004; 80(2): 61-70. [Online] Disponível em: https://www.scielo.br/j/jped/a/vsv6yydfR59j8Tty9S8J8cq/?lang=pt
74. L. Manso. O eletroencefalograma na patologia de hiperatividade/défice de atenção. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre, Universidade da Beira Interior, 2012.
75. Mills KL, Bathula D, Dias TG, Iyer SP, Fenesy MC, Musser ED, Stevens CA, Thurlow BL, Carpenter SD, Nagel BJ, Nigg JT, Fair DA. Altered cortico-striatal-thalamic connectivity in relation to spatial working memory capacity in children with ADHD. Front Psychiatry. 2012; 3(2). [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22291667/
76. Bush G. Attention-deficit/hyperactivity disorder and attention networks. Neuropsychopharmacology. 2010; 35(1):278-300. [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19759528/
77. Tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): actualización. Bol Ter Andal. 2018; 33(4): 28-36. [Online] Disponível em: https://www.cadime.es/images/documentos_archivos_web/BTA/2018/CADIME_BTA_33_04.pdf
78. Infarmed. Resumo das características do medicamento: STRATTERA 10 mg, cápsulas, 2019
79. Catalá-López F, Hutton B, Núñez-Beltrán A, Page MJ, Ridao M, Macías Saint-Gerons D, Catalá MA, Tabarés-Seisdedos R, Moher D. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. PLoS One. 2017; 12(7): e0180355. [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28700715/

80. Vidal-Estrada R, Bosch-Munso R, Nogueira-Morais M, Casas-Brugue M, Ramos-Quiroga JA. Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. Actas Esp Psiquiatr. 2012;40(3):147-54. [Online] Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22723133/
81. Infarmed. Resumo das características do medicamento: Elvanse 30 mg cápsulas, 2024
82. Infarmed. Resumo das características do medicamento: Intuniv 1 mg comprimidos de libertação prolongada, 2015
83. Oliveira M, et al. Segurança e eficácia dos medicamentos metilfenidato e lisdexanfetamina no tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: uma revisão. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE 8.1 (2023); 90-103. [Online] Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/11340/5296
84. Sousa P, Martins R, Fernandes S. Ritalina, 2015. [Online] Disponível em: https://sofiasoso251.wixsite.com/ffup-ritalina [Acesso a 15 de setembro de 2024]
85. Melo T et al. O uso do metilfenidato em pacientes com TDAH. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2022; 891-900.
86. Christman A, et al. Atomoxetine, a Novel Treatment for Attention-Deficit—Hyperactivity Disorder. Pharmacotherapy. 2004; 24(8): 1020–1036. [Online] Disponível em: https://accpjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1592/phco.24.11.1020.36146
87. González N, Fonseca N, Betancur M. Sobrediagnóstico en el Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH). 2019. [Online] Disponível em: https://repositorio.ucp.edu.co/server/api/core/bitstreams/b020a261-c17f-4f98-a25a-ef51d0d21e05/content
88. Graeff R, Vaz C. Avaliação e Diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Psicologia USP. 2008; 19(3): 341-361. [Online] Disponível em: https://www.scielo.br/j/pusp/a/8yKwZ7nLBCxr7h5TffqPvKz/?format=pdf&lang=pt

Anexos

ANEXO I - Formações assistidas durante os seis meses de estágio

Formação assistida	Data	Modo
Artesana Portugal "Puericultura e Aerossolterapia"	14 de março	Presencial
Produtos NAN	9 de abril	Presencial na FSB
NG Precisio +	23 de abril	*Online*
Aboca "Vias respiratórias e Bem estar intestinal"	15 de maio	Presencial
FAES FARMA – Produtos NUK e produtos DENTAID	16 de maio	Presencial
Produtos Caudalie	18 de junho	*Online*

ANEXO II - O texto do artigo "Cuidados da saúde na primavera: prevenção de alergias" desenvolvido e respetiva cópia da página do jornal publicado

Cuidados da saúde na primavera: prevenção de alergias

Com a chegada da primavera muitas pessoas sentem o agravamento da alergia sazonal.
Mas, afinal, o que é uma alergia?
Uma alergia ocorre quando o sistema imunitário assume uma substância banal do dia-a-dia como estranha. Então, o organismo reage de forma exagerada para eliminá-la (hipersensibilidade). A essas substâncias dá-se o nome de alergénios e podem ser ácaros, pelo de animais, pó, pólen, fungos/bolores, alimentos ou até medicamentos.
Quando se fala em alergia na primavera, geralmente refere-se à alergia ao pólen. Durante esta estação, a maioria das plantas poliniza e a quantidade de pólen no ar aumenta nos dias quentes, secos e ventosos e diminui com o frio e a chuva. Os grãos de pólen são invisíveis a olho nu e por serem tão pequenos e leves são transportados no vento por vários quilómetros.
Deste modo, ao contatarem com o organismo humano pela pele e inalação, ativam o sistema imunitário na tentativa de eliminar essas substâncias, levando aos habituais sinais e sintomas de uma reação alérgica, que podem surgir em conjunto ou separados, com diferentes intensidades. Os sinais e sintomas mais frequentes são espirros, congestão nasal, rinorreia, comichão no nariz, dificuldade respiratória, irritação na garganta que pode levar a tosse, prurido cutâneo, com presença de manchas/lesões, olhos vermelhos, lacrimejantes e inchados.
Apesar da doença alérgica não ser devidamente valorizada pelos próprios doentes, que se habituam à mesma, esta condiciona a qualidade de vida e o bem estar de muitas pessoas, por causar desconforto, perturbar o sono, diminuir a produtividade e o desempenho profissional/escolar, para além dos custos de saúde associados. Além disso, a doença pode evoluir para problemas mais graves como rinite, asma, conjuntivite alérgicas, dermatite atópica e eczema.
No sentido de prevenir e proteger-se contra o surgimento destes sintomas, é possível consultar quais os tipos de pólen que irão circular no ar e as zonas de maior concentração polínica através Boletim Polínico disponível no site da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) (em rpaerobiologia.com), a fim de evitar esses lugares. Além disso, para prevenir a manifestação da alergia, existem várias estratégias que podem ser adotadas, tais como evitar realizar atividades ao ar livre (desporto, passeio, jardinagem) nos dias mais quentes, secos e ventosos, especialmente de manhã (maior concentração polínica), preferindo zonas à beira-mar, onde a quantidade de pólen é menor devido à maior humidade. Ao sair à rua, usar óculos escuros. Manter as janelas do carro fechadas quando viajar e usar capacete integral ao andar de mota. Em casa, evitar abrir portas e janelas, isolar as flores interiores, deve tomar duche e lavar o cabelo antes de deitar, de forma a eliminar todos os resíduos de pólen e impedir a irritação constante.
O uso de soro fisiológico ou água do mar de forma regular ajuda na limpeza das fossas nasais, aliviando os sintomas associados à reação alérgica. Além disso, poderá aconselhar-se junto do seu farmacêutico sobre medicamentos não sujeitos a receita médica que poderão ser úteis no controlo dos sintomas. No entanto, caso a reação alérgica seja tão intensa que interfira continuamente no quotidiano, deverá consultar um médico que irá prescrever a medicação mais adequada aos seus sinais e sintomas ou indicar-lhe um plano de vacinação apropriado.

Cecília Borges Gaspar

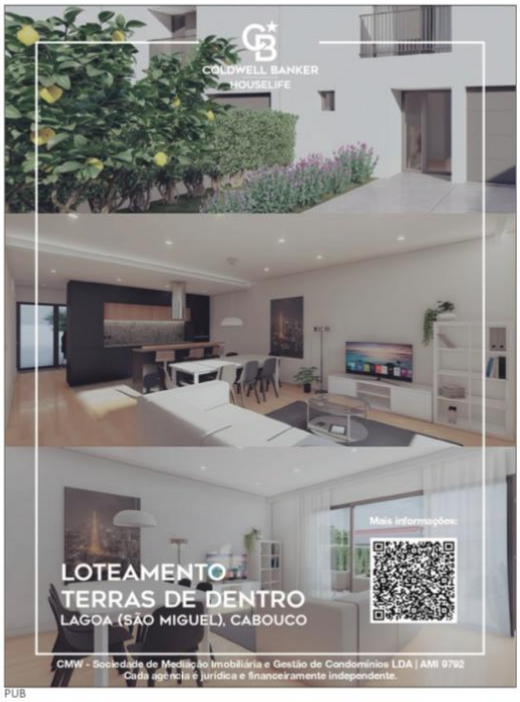
Cuidados da saúde na primavera: prevenção de alergias



Por **Cecília Borges Gaspar**
A Sua Saúde, Sempre!
Farmacêutica Estagiária
Farmácia São Bento

Com a chegada da primavera muitas pessoas sentem o agravamento da alergia sazonal. Mas, afinal, o que é uma alergia?
Uma alergia ocorre quando o sistema imunitário assume uma substância banal do dia a dia como estranha. Então, o organismo reage de forma exagerada para eliminá-la (hipersensibilidade). A essas substâncias dá-se o nome de alergénios e podem ser ácaros, pelo de animais, pó, pólen, fungos/bolores, alimentos ou até medicamentos.
Quando se fala em alergia na primavera, geralmente refere-se à alergia ao pólen. Durante esta estação, a maioria das plantas poliniza e a quantidade de pólen no ar aumenta nos dias quentes, secos e ventosos e diminui com o frio e a chuva. Os grãos de pólen são invisíveis a olho nu e por serem tão pequenos e leves são transportados no vento por vários quilómetros.
Deste modo, ao contatarem com o organismo humano pela pele e inalação, ativam o sistema imunitário na tentativa de eliminar essas substâncias, levando aos habituais sinais e sintomas de uma reação alérgica, que podem surgir em conjunto ou separados, com diferentes intensidades. Os sinais e sintomas mais frequentes são espirros, congestão nasal, rinorreia, comichão no nariz, dificuldade respiratória, irritação na garganta que pode levar a tosse, prurido cutâneo, com presença de manchas/lesões, olhos vermelhos, lacrimejantes e inchados.
Apesar da doença alérgica não ser devidamente valorizada pelos próprios doentes, que se habituam à mesma, esta condiciona a qualidade de vida e o bem estar de muitas pessoas, por causar desconforto, perturbar o sono, diminuir a produtividade e o desempenho profissional/escolar, para além dos custos de saúde associados. Além disso, a doença pode evoluir para problemas mais graves como rinite, asma, conjuntivite alérgicas, dermatite atópica e eczema.
No sentido de prevenir e proteger-se contra o surgimento destes sintomas, é possível consultar quais os tipos de pólen que irão circular no ar e as zonas de maior concentração polínica através Boletim Polínico disponível no site da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) (em **rpaerobiologia.com**), a fim de evitar esses lugares.
Além disso, para prevenir a manifestação da alergia, existem várias estratégias que podem ser adotadas, tais como evitar realizar atividades ao ar livre (desporto, passeio, jardinagem) nos dias mais quentes, secos e ventosos, especialmente de manhã (maior concentração polínica), preferindo zonas à beira-mar, onde a quantidade de pólen é menor devido à maior humidade. Ao sair à rua, usar óculos escuros. Manter as janelas do carro fechadas quando viajar e usar capacete integral ao andar de mota. Em casa, evitar abrir portas e janelas, isolar as flores interiores, deve tomar duche e lavar o cabelo antes de deitar, de forma a eliminar todos os resíduos de pólen e impedir a irritação constante.
O uso de soro fisiológico ou água do mar de forma regular ajuda na limpeza das fossas nasais, aliviando os sintomas associados à reação alérgica. Além disso, poderá aconselhar-se junto do seu farmacêutico sobre medicamentos não sujeitos a receita médica que poderão ser úteis no controlo dos sintomas. No entanto, caso a reação alérgica seja tão intensa que interfira continuamente no quotidiano, deverá consultar um médico que irá prescrever a medicação mais adequada aos seus sinais e sintomas ou indicar-lhe um plano de vacinação apropriado.

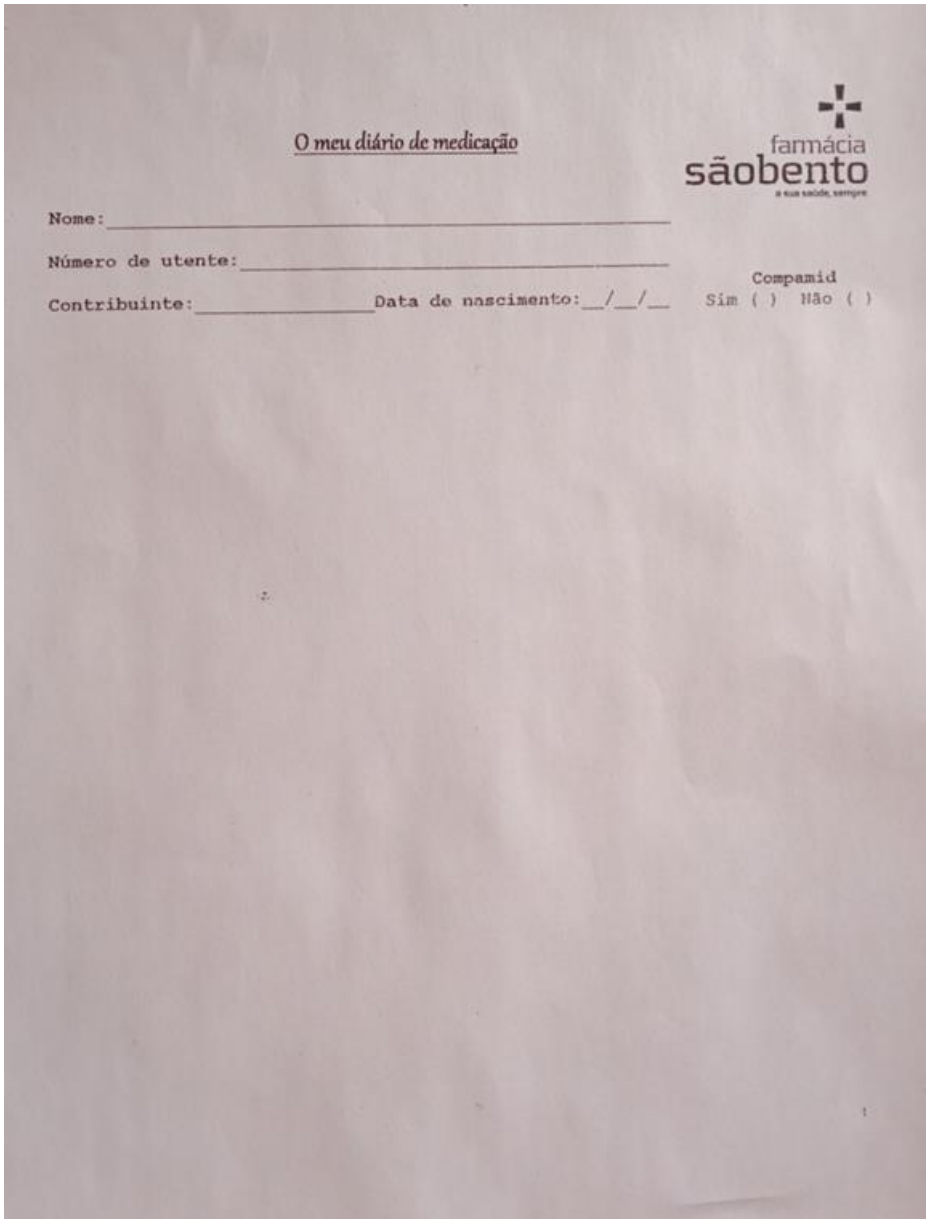
PUB



PUB



ANEXO III - Documento "*O meu diário de medicação*"



O meu diário de medicação

farmácia sãobento

Nome:_____

Número de utente:_____

Contribuinte:_____Data de nascimento:__/__/__

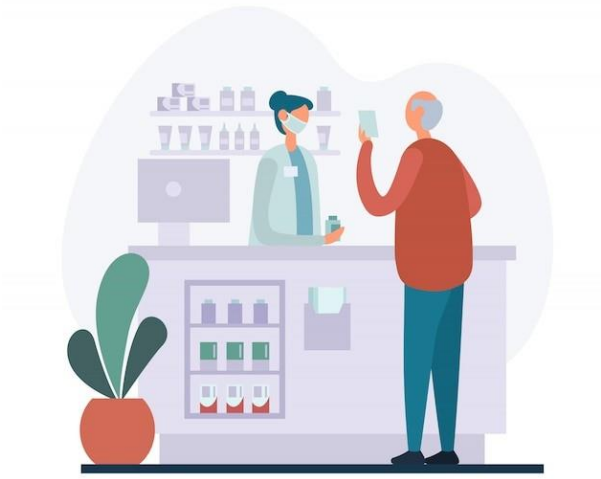
Compamid
Sim ( ) Não ( )

ANEXO IV – Apresentação “Ida à Farmácia”, feita em três centros de convívio de idosos.

farmácia sãobento

A ida à farmácia

Cecília Borges Gaspar
Farmacêutica Estagiária



Sobre o que se vai falar?

- Como preparar a ida à farmácia
- Dúvidas comuns no atendimento:
  - Medicamentos Genéricos/Originais

Por onde começar?

Por onde começar?

↘ Em casa

Quais os medicamentos que preciso?

Que **quantidade** preciso?





Por onde começar?

↘ Em casa

Medicamento **original**?

Medicamento **genérico**?

Preferência pelo laboratório?



Se tiver dificuldade em lembrar, recortar a parte da embalagem com todas as informações (**rótulo**):

- ✓ Nome do medicamento/Fármaco
- ✓ Dosagem
- ✓ Forma farmacêutica
- ✓ Dimensão da embalagem
- ✓ Laboratório/Marca comercial

Por onde começar?

↘ Em casa

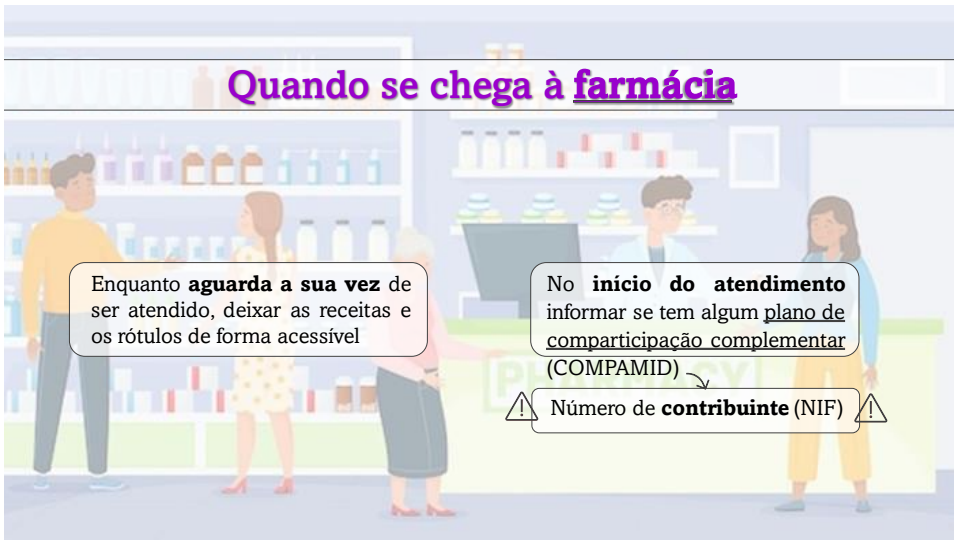


Separar as **prescrições** médicas

Se tiver mais do que uma com a mesma medicação, dar prioridade à mais antiga ou à que tiver o prazo de validade mais próximo

Se tiver uma medicação que tenha sido suspensa pelo médico e que ainda seja possível dispensar, saber qual é → Diminui erros e confusão no atendimento farmacêutico





Quando se chega à farmácia

No caso de tratamentos de longa duração:

«A farmácia apenas pode dispensar a quantidade de embalagens necessária para garantir o tratamento durante 2 meses, sendo este cálculo efetuado tendo em conta a posologia prescrita (quantidade de medicamento e a frequência da administração).»

– INFARMED [1]



[1] Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde



O que é um medicamento genérico?

O que é um medicamento genérico?

Medicamento com a mesma composição em **substâncias ativas**, **forma farmacêutica**, **dosagem** e **indicação terapêutica** que o medicamento de referência.

Tem a mesma **qualidade**, **eficácia** e **segurança** que o medicamento original – Bioequivalência demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados

Mesmas exigências de **controlo e rigor no fabrico** que o medicamento original. Mesmas disposições legais.



Campanha "Descubra as diferenças" - 2001

Como identificar se é um medicamento genérico?

Os medicamentos genéricos são identificados pela sigla **(MG)**, inserida na embalagem exterior do medicamento



Por que são mais baratos?



PATENTE — Compensar o investimento
Garantir exclusividade de comercialização durante os primeiros anos

Por que são mais baratos?



Medicamento original passa a servir de **referência** para o desenvolvimento de **medicamentos genéricos**

↓

Não é necessário investimento na investigação para a descoberta de uma nova substância ativa

↓

Preço do medicamento mais acessível para os cidadãos e para o Estado



Campanha "Peça genéricos, não torne a saúde mais cara para todos" – 2016



Podem existir diferenças nos EXCIPIENTES

- ✓ Componentes sem atividade terapêutica
- ✓ Veículo ao medicamento

Variações na cor, tamanho e forma

Alguns excipientes podem provocar **efeitos secundários** ou ter **contraindicações**

(corantes, lactose)

Não há evidencia científica que os excipientes comuns usados nos MG causem maior ocorrências de reações adversas ou menor tolerabilidade

farmácia sãobento



OBRIGADA PELA ATENÇÃO



MERITENE CLINICAL EXTRA PROTEIN

Dieta completa, hipercalórica, hiperproteica, sem fibra

Indicado a doentes com necessidades energéticas e proteicas aumentadas e/ou desnutrição ou risco de desnutrição: **Perda de peso** involuntária acentuada; **cancro, demência, Parkinson, doenças neurodegenerativas**

Fórmula concentrada  Toma diária de **1 embalagem**

Conservar num local fresco e seco, ao abrigo da luz e protegido do calor. Após abertura, conservar fechado à temperatura ambiente (máx 6 h) ou no frigorífico (até 24 h).

Embalagens de 4x200ml.
Neutro, café, baunilha, morango.

MERITENE CEREAL INSTANT

Farinha de cereais não láctea altamente nutritiva e de fácil ingestão

Rico em ferro, zinco e vitamina D



Indicado em desnutrição, anorexia, **dificuldade em mastigar** e/ou deglutir, progressão alimentar **pós cirurgia bariátrica** ou **nutrição entérica.**

Toma diária de **1 a 2 porções de 30g**, com 200ml de líquido

Ideal para pequeno-almoço, lanche e ceia.
Pode ser preparada com leite, água ou sumo.
Pode-se obter uma consistência mais líquida e tomar como bebida

Embalagens de 2 saquetas de 300g
8 cereais com mel, cereais com cacau, multifrutas , creme de arroz

Conservar em local fresco e seco. Depois de aberto, consumir no prazo máx. 1 mês.



RESOURCE ARGINAID

Módulo de L-arginina em pó

Produto específico para a prevenção e tratamento de úlceras por pressão (UP) e outras feridas
(ex.: úlceras do pé diabético, feridas cirúrgicas, queimaduras, implantes dentários)

Toma diária: em fase de **prevenção 1-2 saquetas/dia,**
em fase aguda do **tratamento 2-3 saquetas/dia** (segundo cuidado médico).
Não adequado como fonte alimentar única

Pode ser **adicionado a qualquer preparado líquido ou semissólido** (sumos, chás, sopas) ou dissolvido em 150-200ml de água, obtendo uma bebida de **sabor neutro**.

Conservar num local fresco e seco, ao abrigo da luz e protegido do calor.
Após abertura, conservar fechado à temperatura ambiente (máx 6 h) ou no frigorífico (até 24 h).

RESOURCE Espesante



Espessante instantâneo à base de amido de milho modificado

Para doentes com dificuldade em mastigar e/ou engolir líquidos: **adaptação de texturas** suaves e homogéneas com qualquer tipo de líquido ou puré, prevenindo a desidratação.

Não modifica o sabor de bebidas ou alimentos

RESOURCE ESPESANTE CLEAR



Espessante instantâneo à base de goma xantana

Semelhante ao anterior. Resistente à amílase.
Não continua a espessar, podendo ser preparado com antecedência

Adequado a doentes com: *Diabetes Mellitus*, excesso de peso e obesidade, necessidades aumentadas de fibra, baixa ingestão de sal

Conservar ambos num local fresco e seco. Depois de preparado, conservar à temperatura ambiente (máx 6h) ou no frigorífico (até 24h). Depois de aberto, consumir no prazo máx. 2 meses.

farmácia são bento

Suplementação Nutricional Oral

O que é?

Terapia nutricional indicada quando a alimentação tradicional não é suficiente ou é inadequada, não atingindo as necessidades nutricionais.

A quem se destina?

- ✓ Doentes desnutridos, por diversas causas
- ✓ Pessoas com dificuldade em mastigar e engolir
- ✓ Pessoas com anorexia, ingestão insuficiente
- ✓ Doentes oncológicos
- ✓ Doentes com insuficiência renal
- ✓ Doentes com úlceras de pressão
- ✓ Fratura da anca
- ✓ Doentes com demência, doença de Alzheimer

Todos estes casos deverão ser avaliados e supervisionados pelo médico.

SNO – Suplementação Nutricional Oral



RESOURCE PROTEIN

Dieta completa e hiperproteica

Indicado a indivíduos com maior necessidade de proteína e/ou com patologias que levam à desnutrição.

Toma diária de **1 a 3 garrafas** ou dieta exclusiva (se aconselhado pelo médico)

Embalagens de 4 x200ml.
Café, baunilha, morango, chocolate e alperce.

RESOURCE DIABET

Dieta completa hiperproteica e normocalórica , com fibra solúvel, para indivíduos diabéticos.



Eficaz no **controlo da glicose** no sangue e na **prevenção de complicações** a longo prazo associadas à diabetes.

Indicado a indivíduos com **diabetes** tipo 1 e tipo 2 que tenham maior necessidade proteica e/ou patologias que causem problemas associados à ingestão, absorção ou desnutrição

Toma diária de **1 a 3 garrafas** ou dieta exclusiva (se aconselhado pelo médico)

Embalagens de 4x200ml.
Café, baunilha, morango.

Conservar ambos produtos num local fresco e seco, ao abrigo da luz e protegido do calor.
Após abertura, conservar fechado à temperatura ambiente (máx 6 h) ou no frigorífico (até 24 h).



RESOURCE® Ultra

Dieta hipercalórica, hiperproteica, sem fibra, de volume reduzido

Menor volume = Maior adesão

Adequado a **doentes oncológicos** e/ou com **falta de apetite** devido à doença; doentes com **restrição de ingestão de fluídos** (ex.: edema, insuficiênciacardíaca)

Toma diária de **1 a 3 garrafas**.
Não é adequado como fonte alimentar única!

Embalagens de 4 x125ml.
Baunilha, morango, café, caramelo.

RESOURCE ULTRA FRUIT

Dieta hipercalórica com textura similar a sumo de fruta



Indicado quando há baixa tolerância a SNO com texturas lácteas; **doentes oncológicos** com alterações do paladar, inflamação oral ou boca seca; **doentes hepáticos**, com dieta hipolipídica e má absorção de lípidos; doentes com **atraso do esvaziamento gástrico** (ex.: idosos).

Toma diária de **1 a 2 garrafas**.
Não é adequado como fonte alimentar única!

Pode ser usado por via oral ou por sondanasogástrica.
Não adicionar medicamentos nem alimentos ao produto

Embalagens de 4x200ml.
Laranja, maçã.

Conservar ambos produtos num local fresco e seco, ao abrigo da luz e protegido do calor.
Após abertura, conservar fechado à temperatura ambiente (máx 6 h) ou no frigorífico (até 24 h).



RESOURCE CREMA 2.0

Dieta completa, hipercalórica, hiperproteica, textura cremosa

Indicado a doentes com **dificuldades em deglutir, mastigar**; baixa tolerância aos SNO líquidos; **doença oncológica, doença neurológica, doença neurodegenerativa**

Toma diária de **1 a 3 copos**, em função das necessidades nutricionais do doente e idade.
Adequado como fonte alimentar única (segundo aconselhamento médico)

Sugestão: Pode ser consumido como sobremesa.

Conservar em local fresco e seco.
Consumir por completo depois de aberto.

Embalagens de 4x125g
Baunilha, chocolate, pêssego e caramelo.

RESOURCE AQUA +

Facilita a hidratação



Bebida aromatizada, com textura gel (pudim).

Facilita a ingestão de líquidos em casos de **dificuldade ao engolir** e/ou mastigar. Facilita a **administração de medicamentos**.

Pode ser usada pelo doente diabético.

Toma diária de **acordo com necessidades** nutricionais do doente e aconselhamento médico

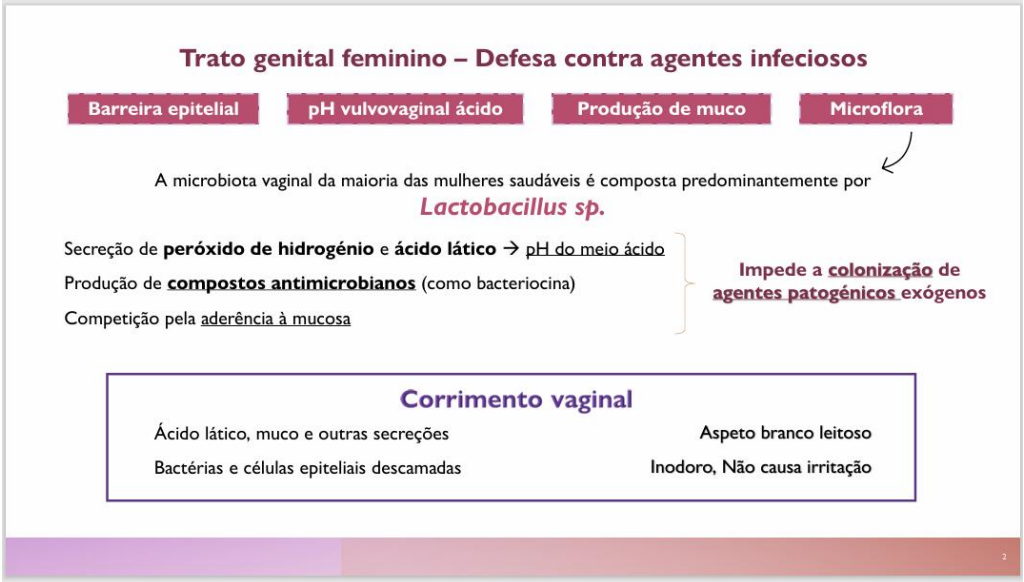
Pronto a consumir. Não agitar.

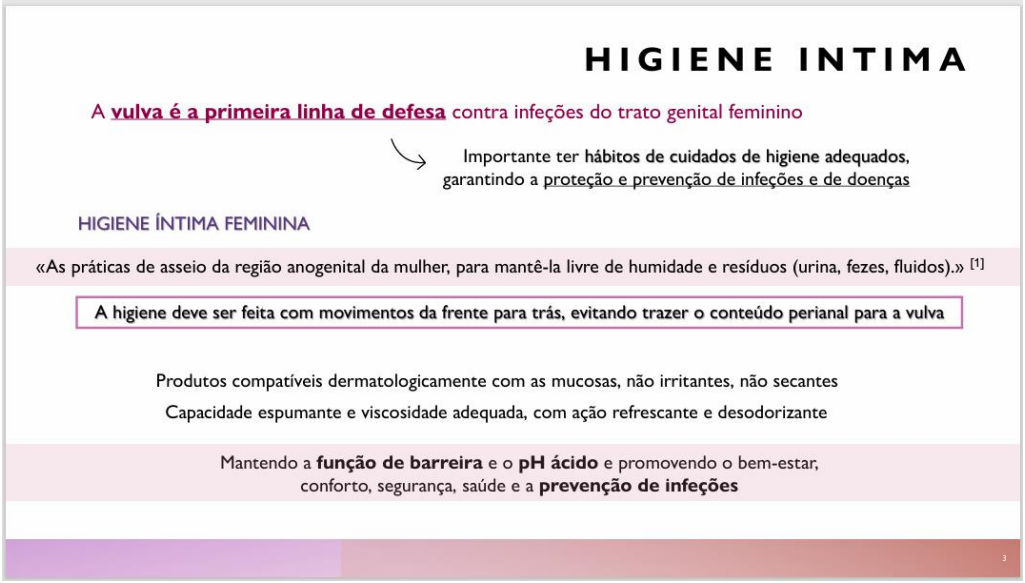
Embalagens de 4x125g
Romã, laranja.

Conservar num local fresco e seco, ao abrigo da luz e protegido do calor.
Após abertura, conservar no frigorífico (até 24 h).

ANEXO VI – Documento suporte à formação interna à equipa – "Saúde vulvovaginal"







Introdução de água e/ou outros produtos no interior da vagina

Desequilíbrio da flora vaginal
*
Colonização de agentes patogénicos
Irritação e de **infeções vaginais**

Complicações maiores como doença inflamatória pélvica, endometriose, complicações de fertilidade e gravidez, parto prematuro

Má higiene da vulva
Produtos que possam causar **hipersensibilidade** ou irritação
(Perfumes, sprays, pensos higiénicos, preservativos de látex, diafragmas e anéis contracetivos, espermicidas, lubrificantes, detergentes de roupa, papel higiénico)

→ Causar **irritação** e consequente **inflamação** (vulvovaginite)
Desconforto, prurido e dor

Em situações em que os sintomas sejam moderados/graves e/ou não respondam às medidas não farmacológicas, pode-se optar por aplicar **corticoide tópico na vulva** (ex.: hidrocortisona a 1%, 2 vezes ao dia, conforme necessário) e pela administração de **anti-histamínicos via oral** para o alívio do prurido.

Pós-menopausa
Insuficiência ovariana primária
→ **Diminuição dos níveis de estrogénio**
⇩
Alterações do epitélio vaginal e o aumento do pH
→ Crescimento de **agentes patogénicos**, com consequente **infeção e inflamação**

Nesses casos, pode se recorrer à reposição tópica de estrogénios e progestagénios (MSRM)

4

VAGINOSE BACTERIANA



VAGINOSE BACTERIANA

Vaginite infeciosa, resultante da disbiose da microbiota, com o crescimento e colonização de **bactérias anaeróbicas**

Sinais e Sintomas	Corrimento fino e homogéneo, branco-acinzentado, não irritativo, **odor intenso a peixe** putrefacto Não é comum prurido ou irritação, eritema e edema Aproximadamente 50% dos casos são assintomáticos
Tratamento	Recomendado nos casos sintomáticos (MSRM) Antibioticoterapia: **Metronidazol** e **Clindamicina** (Igual eficiência na forma oral e tópica) Os comprimidos vaginais de cloreto de dequalínio também são uma opção de tratamento

Referenciar ao **médico**

Tratamento com Metronidazol
→ Evitar a ingestão de álcool – Efeito dissulfiram
→ Suspender a amamentação até as 12-24h após a última toma

Tratamento tópico com Clindamicina
→ Reduz a eficácia do preservativo e/ou diafragma – evitar relações sexuais (até 72h pós tratamento)
→ Não é aconselhado o seu uso na segunda metade da gravidez

6

VAGINOSE BACTERIANA

Não é considerada uma infeção sexualmente transmissível (IST), mas é associada à frequência da atividade sexual

Mais prevalentes em caso de relações não protegidas com um novo (ou múltiplos) parceiro sexual

O tratamento do parceiro sexual não é recomendado (não previne recorrências)

Mulheres que fazem sexo com mulheres partilham os mesmos tipos de lactobacilos
→ têm um risco aumentado de VB entre ambas

Considera-se o tratamento das parceiras sexuais

Todavia, afeta também mulheres **não** sexualmente ativas

7



CANDIDIASE VULVOVAGINAL

Infeção fúngica causada por ***Candida spp***. – fungo coloniza o epitélio vaginal de forma exacerbada, tornando-se uma espécie patogénica

(mais de 80% dos casos são causados pela espécie *Candida albicans*)

Sinais e Sintomas	Inespecíficos Corrimento **branco, sem cheiro, espesso** Prurido, ardor e irritação vaginal e/ou vulvar, com edema e fissuras na vulva Disúria. Dispareunia
Tratamento	Recomendado nos casos sintomáticos de candidíase NÃO COMPLICADA: antimicóticos azólicos Via oral: **Fluconazol** ou **Itraconazol** (MSRM) Via intravaginal: **Cloritromazol**, **Miconazol**, **Econazol**, **Fenticonazol** (MNSRM e MNSRM-EF) Aliviar o prurido vulvar intenso com a aplicação tópica de creme de hidrocortisona

A candidíase **não se trata de uma IST** e a infeção dos parceiros sexuais é rara

Não é recomendado tratamento na ausência de sintomas/sinais

9

CANDIDIASE VULVOVAGINAL

⚠ Tratamento com creme vaginal → Diminuem a **eficiência dos métodos contracetivos** de barreira
– Evitar relações sexuais
→ Nas grávidas é preferível formulações que possam ser inseridas sem recurso a aplicadores, para que não causem dano no cérvix.

⚠ Tratamento via oral → Não é adequado a grávidas devido ao aumento do risco de aborto ou malformações fetais

Grávidas: Referenciar ao **médico**

Medidas não farmacológicas complementares – **Tratamento e profilaxia da recorrência da infeção**	• Cuidados e práticas de higiene com produtos adequados • Uso de toalha limpa individualmente para a zona íntima (evitar contaminações cruzadas) • Evitar produtos intravaginais durante o uso do medicamento • Evitar o uso de penso íntimo diário e preferir roupas leves e de algodão (permitir um ambiente arejado e não húmido)

10

TRICOMONIASE



TRICOMONIASE

Infeção parasitária causada por ***Trichomonas vaginalis*** (protozoário flagelado)

Infeção transmitida por contacto sexual e por fómites

Sinais e Sintomas	Pode ser assintomática, ou apresentar poucos sintomas, durante meses até que se tornam sintomáticas Corrimento **amarelo-esverdeado, com cheiro desagradável intenso, aspeto espumoso e arejado** Prurido, eritema vulvar. Disúria. Dispareunia
Tratamento	Nitromidazóis, **não** sendo recomendado o tratamento tópico/intravaginal (MSRM)

Referenciar ao **médico**

⚠
- Mulheres que já tenham **disbiose vaginal anterior**, principalmente, **vaginose bacteriana têm maior risco** de contrair tricomoníase.
- Mulheres **HIV positivas**, o risco de transmissão do vírus aumenta quando infetados por *T. vaginalis*, devido ao aumento de concentração viral nas secreções vaginais

Crucial profilaxia e tratamento do parceiro sexual e evitar contato sexual até ausência de sintomas

12

SOLUÇÕES ANTISSÉPTICAS (MNSRM e MNSRM-EF)

Benzidamina (Rosalgin®)

Indicado na higiene vaginal, quando **candidíase vaginal recorrente** (com diagnóstico médico)

Cloro-hexidina + Hexamidina + Clorocresol (Cyteal®)

Indicado na limpeza de problemas primários da pele e de mucosas, causados por bactérias

Iodopovidona (Betadine®)

Antisséptico largo espectro, adjuvante no tratamento de candidiase, tricomoníase e outras vulvovaginites.

13



PROBIÓTICOS E BACILOS DE DÖEDERLEIN

PROBIÓTICOS E BACILOS DE DÖEDERLEIN

Restabelecer o pH ácido | Restabelecer a microbiota vaginal | Restantes características naturais de defesa

Adjuvante ao tratamento de infeções vaginais recorrentes

- Produção de **agentes biosurfactantes**
- Produção de **muco**

→ Barreira e ↓ aderência de microrganismos patogénicos

- Modelação da **imunidade** (diminuição das interleucinas IL1 e IL8)
  - Aumento da **imunidade da mucosa intestinal**

→ ↑ imunidade vaginal

- Aumento da passagem de **lactobacilus endógenos** ou probióticos da **mucosa rectal para a vagina**

15

PROBIÓTICOS E BACILOS DE DÖEDERLEIN

(associados a terapêutica especifica)

Administração oral
Administração vaginal

L. acidophilus
L. fermentum RC-14
L. rhamnosus GR-1

↑Taxa de cura
↓ Recorrências
↓ Frequência de efeitos adversos

VAGINOSE BACTERIANA

Não existe evidência suficiente para afirmar que a utilização isolada de probióticos permita tratar eficazmente os sintomas de infeção aguda

Não devem ser utilizados durante tratamento com antibióticos (local ou sistémico)

CANDIDIASE

Prevenção

Pode ser usado sempre que houver administração de antibiótico

Não devem ser utilizados durante o tratamento tópico com antifúngico

Diminuição do pH vulvovaginal pode interferir com a efetividade dos fármacos

16

Perguntas que podem ser feitas auxiliar a diferenciar uma vulvovaginite

- Sente prurido/comichão na zona da vulva?
- Usou algum método de contracetivo recentemente, diferente do habitual?
- Usou/introduziu algum produto na vulva ou vagina, que possa causar irritação?
  (ex.: sabões, detergentes, tampões menstruais, etc)
- Tem corrimento vaginal anormal? Com odor desagradável? Cor clara, branca ou esverdeada? Aspeto fino, espesso ou espumoso?
- Tem sinais de inflamação na vulva? Está inchado e/ou avermelhado? Tem fissuras/"cortes" nessa zona?
- Sente dor ou desconforto ao urinar? Na parte externa ou dentro da vagina?
- Sente dor ou desconforto durante a relação sexual?

17

QUANDO REFERENCIAR AO MÉDICO?

- Suspeita de **Vaginose bacteriana** e/ou **Tricomoníase**
  ↘ Necessidade de avaliação, diagnóstico e **MSRM**
- **Candidíase** se os sintomas persistirem ou piorarem durante a terapia tópica (MNSRM)
  ↘ Considerar a **hipersensibilidade aos antifúngicos tópicos**
- Infeções **recorrentes** (sintomas regressam em 2 meses)
- Jovens **menores de 12 anos**
- Mulheres **grávidas**
- Mulheres em risco de infeção **HIV**
- Queixas/sintomas mais graves: **dor abdominal, febre, *rash*.**



18


farmácia
sãobento
a sua saúde, sempre
OBRIGADA PELA ATENÇÃO
Cecília Borges Gaspar
Farmacêutica Estagiária

ANEXOS VII - Documento suporte da apresentação feita no EPAH "Uso de fármacos anti-inflamatórios – Riscos, Cuidados e Alternativas"

farmácia sãobento
a tua saúde, sempre

Uso de fármacos anti-inflamatórios

Riscos, Cuidados e Alternativas

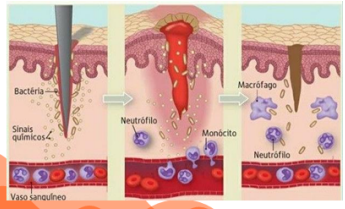
Cecília Gaspar
Farmacêutica Estagiaria

O QUE SÃO ANTI-INFLAMATÓRIOS? PARA QUE SERVEM?

Ação antipirética | **Ação analgésica** | **Ação anti-inflamatória**

Fármacos usados em casos de **inflamação** e **dor associada**

Resposta do organismo ao dano celular





1° OMS

Primeira opção farmacoterapêutica para **dor ligeira**

O QUE SÃO ANTI-INFLAMATÓRIOS? PARA QUE SERVEM?

Alívio da dor

Doenças crónicas





Artroses, artrite reumatoide, dor lombar, etc

Situações agudas









Enxaqueca, dor menstrual, intervenções dentárias, dor generalizada, etc

Muito usados em **automedicação** e **sobredosagem**

↓

Maior risco de efeitos adversos

RISCOS
e
EFEITOS ADVERSOS

RISCOS e EFEITOS ADVERSOS

Efeitos gastrointestinais

Dor abdominal, azia, náuseas, anorexia

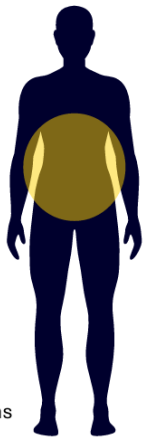
Ulceração gástrica ou duodenal

Agravamento de úlcera pré-existente

Hemorragias gastrointestinais

(podendo ser fatal!)

O risco de complicações é maior em pessoas com histórico de problemas gástricos



A associação de um fármaco **inibidor da bomba de protões** durante o tratamento diminui o risco de desenvolver úlceras gastrointestinais

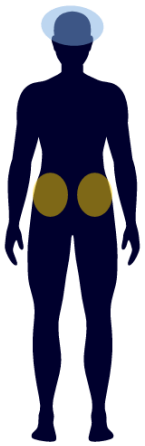
(Manutenção do pH gástrico, menor acidez)

RISCOS e EFEITOS ADVERSOS

Efeitos renais

Pessoas com **insuficiência renal** crónica, **insuficiência cardíaca** congestiva ou **cirrose**, podem agravar os sintomas e levar ao desenvolvimento de

disfunção renal aguda



Efeitos no Sistema Nervoso Central

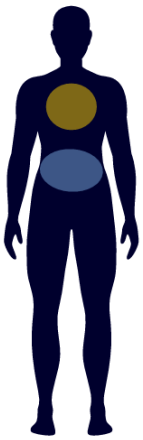
Vertigens

Tonturas

Confusão

Dor de cabeça

RISCOS e EFEITOS ADVERSOS



Efeitos Cardiovasculares e no Sangue

Maior risco de **hemorragias** (hemorragias gastrointestinais)

Maior risco aumento da **pressão arterial**

Maior risco de **enfarte** agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (**AVC**), **trombose**

Efeitos Hepático

Raros, mas podem tornar-se mais frequentes e graves com utilização a longo prazo.

Lesões hepáticas

Reações de hipersensibilidade

Rinite vasomotora/não alérgica, edema, asma, urticária, hipotensão e choque.

ALTERNATIVAS AOS FÁRMACOS ANTI-INFLAMATÓRIOS

ALTERNATIVAS AOS ANTI-INFLAMATÓRIOS ORAIS

Uso de formulações tópicas

Têm o mesmo modo de ação, mas atuam apenas na área de aplicação!!

Alivia a dor e reduz a inflamação nas articulações e nos músculos da área afetada

Concentração sistémica reduzida → **Menor probabilidade de efeitos adversos sistémicos**

Raros efeitos adversos: irritação local da pele, reações cutâneas no local da aplicação, geralmente leves e limitadas

No entanto, sempre que não haja contraindicações e **não seja necessário o efeito anti-inflamatório**, é preferível usar **fármacos "apenas" antipiréticos e/ou analgésicos** (Exemplo.: paracetamol)

ALTERNATIVAS AOS ANTI-INFLAMATÓRIOS <u>ORAIS</u>

Medidas não farmacológicas



Terapia de **FRIO** e de **CALOR**



Fisioterapia



Massagem, acupuntura



Prática regular de **exercício físico**



Terapia/Apoio psicológico, com **promoção de hábitos saudáveis**

farmácia sãobento
a sua saúde, sempre

OBRIGADA PELA ATENÇÃO ☺

Cecília Gaspar
Farmacêutica Estagiaria

ANEXOS VIII - Documento suporte da apresentação feita no EPAH "Cuidados íntimos femininos"

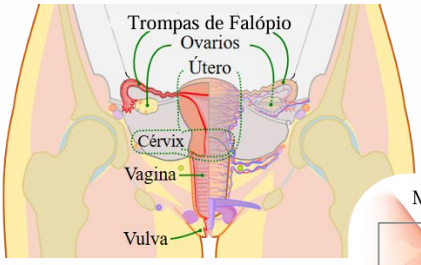
farmácia são bento
a sua saúde, sempre

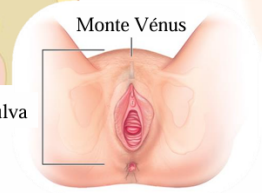
Cuidados íntimos femininos

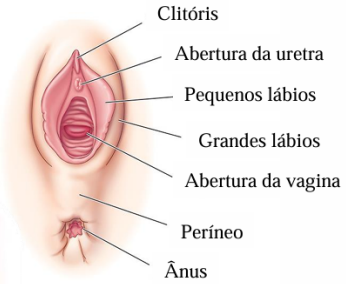
Cecília Gaspar
Farmacêutica Estagiária



Anatomia do trato genital feminino







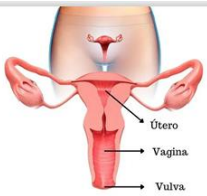
Trato genital feminino atua como um **AGENTE DE DEFESA**

Função de **barreira**
Produção de **muco** e outras secreções
Meio com **pH ácido**
Microflora

Proteção contra microorganismos patogénicos, impedindo que eles se instalem e que cresçam → **Proteção e prevenção de infeções e doenças**

Vulva é a 1ª linha de defesa!

Importante ter **hábitos e cuidados de higiene** adequados



... e a **VAGINA**? **AUTO-LIMPANTE**

Corrimento vaginal

Composto por muco e outras secreções, bactérias e células epiteliais descamadas

- Aspeto branco leitoso
- Inodoro
- Não causa irritação



Aspeto, consistência e quantidade durante o ciclo menstrual (e em caso de infeção!)



Não é aconselhado introdução de água e/ou outros produtos na região interna da vagina, salvo indicação médica ou de outro profissional de saúde

Desequilíbrio da flora vaginal, promovendo a colonização por agentes patogénicos

Aumento do **risco de irritação e de infeções** vaginais

Associado a doenças e complicações de fertilidade e gravidez, parto prematuro



Cuidados de Higiene Íntima

Remover resíduos de **urina** e **fezes**, **corrimento** vaginal, **suor** → **Evitar** odores desagradáveis

Lavagem da vulva:

Monte púbico, raiz das coxas, pele da vulva, interior dos grandes e dos pequenos lábios, região retro prepucial (clítoris) e região perianal.

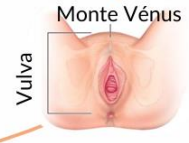
Movimentos da frente para trás, evitar trazer o conteúdo perianal para a vulva

Água corrente

Evitar o uso de esponja ou outro acessório (usar a mão)

Secar cuidadosamente sem esfregar

Toalha de algodão seca e limpa, textura macia, que não agrida o epitélio da região



Frequência de higienização: **1 – 3 vezes ao dia**

Máximo **2 – 3 minutos**

Em excesso pode causar secagem excessiva do local e outros sintomas desconfortáveis

PRODUTOS – HIGIENE GENITAL FEMININA

Uso apenas de água

Ineficaz na remoção de partículas sólidas e de gordura
Causa secura e (piora) o prurido → Adicionar um agente de limpeza

Garantir a eliminação de secreções e resíduos
– urina, fezes, sangue menstrual, células mortas, suor/sebo, partículas de papel

Propriedades:

- ✓ Dermocompatível com as mucosas
- ✓ Não irritar nem secar
- ✓ **Não alterar o manto lipídico (função de barreira)**
- ✓ Manter o **pH ácido**
- ✓ Ação refrescante e desodorizante
- ✓ Viscosidade adequada
- ✓ Capacidade espumante

Gel

São constituídos por uma fase aquosa, com pouca ou nenhuma quantidade de lipídios
Efeito de **espuma** com a massagem – Poder adstringente
Agradável. Sensação de frescura



Toalhete humedecido

Base de celulose, com detergentes suaves, produtos amaciadores, fragrâncias e outros constituintes
pH 5-6
Úteis - higiene fora de casa, sanitários de uso público, etc.
A sua aplicação deve ser suave e não agressiva.
Risco de **remover o filme lipídico** da pele e de causar **sensibilidade/alergias** - Não abusar



Evitar fórmulas perfumadas e que possam conter outros agentes irritantes
(perfumes, desodorizantes, sprays, toalhete humedecido)
– Sensibilidade da vulva, alergias, dermatites de contato

Sabonete sólido

pH alcalino → Desvantagem para a microbiota
Abrasivos, eliminam a barreira lipídica da pele, podendo promover a secura
Uso compartilhado → Maior risco de contaminação



Preferir fórmulas líquidas

Sabonete líquido íntimo

Compostos por ácido láctico, glicerina, sais de ácidos gordos
Retiram a sujidade da pele
Controlam o pH (ácido)



Hidratação

Última etapa da higienização!

Uso de hidratantes – formulações de **gel** ou **cremes vaginais**

Base aquosa e não oleosa

pH ácido

Compatíveis com a mucosa vaginal

Aplicado apenas na região de pele



Outros cuidados

Evitar produtos que possam causar **irritação**

- Perfumes, sprays
- Métodos contracetivos: preservativos de látex, diafragma, anéis contracetivos, espermicidas
- Lubrificantes
- Pensos higiénicos, papel higiénico
- Detergente de roupa
  - Aconselhado o uso de detergente sem corantes, enzimas ou perfumes;
  - A roupa interior deve ser muito bem enxaguada, para remover os resíduos químicos



Manter o local seco e arejado!

- Trocar a roupa interior diariamente, por outra limpa
- Optar por roupa interior de algodão
- Evitar roupas demasiado justas ou apertadas e de material sintético
- Dormir com roupa larga e/ou sem roupa interior
- Não é recomendado o uso continuo do penso higiénico diário
- Evitar manter o fato de banho molhado e a roupa após o desporto



... durante o período menstrual

- Aumentar a frequência da higienização
- Trocar o penso higiénico sempre que necessário ou, pelo menos, a cada 4 horas
- Dar preferência a pensos sem película plástica
- Evitar pensos higiénicos com fragrância e desodorizantes
- Utilizar os tampões com segurança, mudando-os com frequência



Cuidado na relação sexual

Usar de preservativo – prevenir doenças e infeções sexualmente transmissíveis

No caso de secura e irritação durante o ato sexual, usar um **lubrificante intimo**, que não tenha substâncias químicas que irritam a pele da vulva/vagina.

Higienizar a área genital após a relação sexual → Apenas **externo**, não se recomendam as lavagens vaginais!

Método depilatório adequado

Respeitar a **sensibilidade individual** de cada pessoa

A frequência deverá ser a menor possível

Aparar o pelo púbico sem rapar




farmácia
sãobento
a sua saúde, sempre
Obrigada
pela atenção!
Cecília Gaspar
Farmacêutica Estagiária

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2023 - 2024

RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA
N.º 228, 4050-313 PORTO - PORTUGAL
www.ff.up.pt