



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Catarina Filipa Barroso Ribeiro

M

2024-2025

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

Relatório de Estágio Curricular

Catarina Filipa Barroso Ribeiro

Istituto Nazionale dei Tumori

fevereiro a abril de 2025



FONDAZIONE IRCCS
ISTITUTO NAZIONALE
DEI TUMORI

Farmácia Martins da Costa

maio a agosto de 2025



Relatório apresentado para a obtenção do grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas

Orientador: Professora Doutora Maria Lúcia Saraiva

Monitor Farmácia Hospitalar: Dr. Vito Ladisa

Monitor Farmácia Comunitária: Dr. Everardo Martins da Costa

Setembro de 2025

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 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, 24 de setembro de 2025

Catarina Filipa Barroso Ribeiro

Resumo

O estágio curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) permitiu o contacto direto com duas áreas fundamentais da prática farmacêutica: a farmácia hospitalar e a farmácia comunitária. Este relatório reflete a experiência vivida no *Istituto Nazionale dei Tumori*, durante os meses de fevereiro a abril, e na Farmácia Martins da Costa, em Águas Santas, entre maio e agosto. Em ambas as componentes, o estágio proporcionou uma contextualização prática da atuação do farmacêutico, com o desenvolvimento de atividades diversificadas e específicas a cada realidade profissional.

Na farmácia hospitalar, a participação nas rotinas dos serviços farmacêuticos permitiu aprofundar conhecimentos técnicos e científicos, nomeadamente na preparação de medicamentos manipulados e no apoio à terapêutica oncológica. Entre as atividades desenvolvidas, destacam-se a “Preparação de Gel Oral de Lidocaína a 2%: a sua Relevância na Terapêutica Oncológica”, a “Preparação do Quimioterápico Injetável Melfalano” e a “Dispensação do Fármaco Experimental MK-2870: a Importância da Experimentação para o Avanço da Quimioterapia”. Estas experiências contribuíram para uma melhor perceção do papel do farmacêutico hospitalar na segurança e eficácia dos tratamentos, bem como na garantia da qualidade dos medicamentos.

Na farmácia comunitária, a prática profissional centrou-se na interação com o utente, na promoção da saúde e no aconselhamento terapêutico individualizado. Foram desenvolvidas intervenções como “Cessação Tabágica: Implementação de Terapêutica com Citisiniclina”, “Infeções Vaginais: Tratamento Local como Primeira Linha de Intervenção” e “Probióticos: Papel na Restituição da Saúde Intestinal”, que permitiram aplicar o raciocínio clínico na escolha de intervenções farmacêuticas e reforçar a comunicação eficaz com os utentes.

Além das atividades práticas, foram aprofundados dois temas de desenvolvimento científico: “Recessão Gengival”, que permitiu compreender as implicações clínicas da perda de tecido gengival e o papel do farmacêutico na orientação sobre cuidados orais; e “Incontinência Urinária”, tema que envolveu a análise das opções terapêuticas disponíveis e a sua adequação às diferentes populações, com destaque para o aconselhamento farmacêutico como elemento-chave na gestão desta condição.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero deixar um agradecimento especial aos meus pais, Firmino e Palmira, e à minha irmã, Beatriz, as pessoas mais importantes da minha vida. O vosso amor incondicional, o apoio em todos os momentos da minha vida e as palavras de incentivo que sempre me deram foram a minha força ao longo destes cinco anos. Este percurso foi feito por vocês e para vocês.

Quero agradecer ao meu gato Barney, que esteve sempre comigo durante este caminho. Nos dias mais difíceis, bastava um simples ronronar para me trazer tranquilidade e fazer tudo parecer mais leve. Ele mostrou-me o verdadeiro significado de amor leal e genuíno.

Às minhas amigas Beatriz, Maria, Mariana, Joana e Maria João, obrigada por estarem sempre por perto, pelas conversas, pelas piadas e por ajudarem a descomplicar os dias mais complicados. Ter-vos por perto fez (e faz) toda a diferença.

Às minhas companheiras de Erasmus e de casa, Cátia e Joana, que se tornaram verdadeiras companheiras ao longo desta jornada. Agradeço-vos pelos risos, pelas viagens improváveis, pelas conversas até tarde e pela força nos momentos em que a saudade apertava. Viver convosco fez deste Erasmus uma experiência extraordinária.

Um agradecimento muito especial à Luísa, que conheci enquanto trabalhava na Worten. Obrigada por estares ao meu lado quando mais precisei, por ouvires sem julgar e por dares sempre aquele conselho certo no momento certo. Ter-te na minha vida faz toda a diferença.

À Professora Doutora Lúcia Saraiva, a minha orientadora, deixo um sincero agradecimento pela orientação, paciência e dedicação. Aprendi imenso com a sua visão, exigência e atenção aos detalhes.

Ao Dr. Vito Ladisa, o meu monitor no hospital, e a toda a equipa dos departamentos por onde passei, o meu mais profundo agradecimento. A vossa disponibilidade, profissionalismo e simpatia tornaram a minha experiência hospitalar não só enriquecedora do ponto de vista técnico, mas também humana e acolhedora.

Ao Dr. Everardo Martins da Costa, o meu monitor na farmácia comunitária, e a toda a sua equipa, obrigada por me receberem com tanta generosidade e por me guiarem com

sabedoria e paciência. Foram três meses de grande crescimento, e devo-vos a tranquilidade com que me fui sentindo cada vez mais preparada e confiante.

Por fim, agradeço a mim mesma. Por não ter desistido, mesmo nos momentos de maior desafio. Pela resiliência, pela coragem de sair da zona de conforto, pela capacidade de me reinventar quando necessário. Orgulho-me da pessoa em que me tornei ao longo deste percurso e de tudo o que consegui conquistar.

A todos, o meu mais sincero e profundo obrigada.

Índice geral

Declaração de Integridade.....	iii
Resumo	iv
Agradecimentos.....	v
Índice de Figuras	ix
Índice de Tabelas	ix
Índice de Anexos.....	ix
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	x
Parte 1. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular	1
SECÇÃO A – Farmácia Hospitalar	1
1. Contextualização do estágio curricular.....	1
2. Cronograma das atividades e a sua explicação	2
3. Exemplos de atividades desenvolvidas.....	4
Atividade 1 – Preparação de Gel Oral de Lidocaína a 2%: a sua Relevância na Terapêutica Oncológica.....	4
Atividade 2 – Preparação do Quimioterápico Injetável Melfalano	5
Atividade 3 – Dispensação do Fármaco Experimental MK-2870: a Importância da Experimentação para o Avanço da Quimioterapia	7
SECÇÃO B – Farmácia Comunitária	9
1. Contextualização do estágio curricular.....	9
2. Cronograma e sua explicação	10
3. Exemplo de atividades desenvolvidas	12
Atividade 1 – Cessação Tabágica: Implementação da Terapia com Citisiniclina	12
Atividade 2 – Infecções Vaginais: Tratamento Local como Primeira Linha de Intervenção	13
Atividade 3 – Probióticos: Papel na Restituição da Saúde Intestinal	15
Parte 2. Temas de desenvolvimento científico.....	17
Tema 1 – Recessão gengival	17
1.1. Contextualização em farmácia comunitária	17
1.2. A recessão gengival.....	18
1.3. Fisiopatologia da recessão gengival.....	18

1.4.	Classificação da recessão gengival	19
1.5.	Causas para o desenvolvimento da recessão gengival	19
1.6.	Tratamento da recessão gengival	20
1.6.1.	Primeira linha: higiene oral e terapêutica mecânica inicial	21
1.6.2.	Segunda linha: terapias dessensibilizantes e restaurações cervicais 23	
1.6.3.	Terceira linha: técnicas cirúrgicas de recobrimento radicular	24
1.7.	Conclusão	25
	Tema 2 – Incontinência urinária	27
2.1.	Contextualização em farmácia comunitária	27
2.2.	Epidemiologia da incontinência urinária	27
2.3.	Fisiopatologia da incontinência urinária	29
2.4.	Sintomatologia da incontinência urinária	30
2.4.	Fatores de risco da incontinência urinária	30
2.5.	Tratamento da incontinência urinária	30
2.5.1.	Medidas não farmacológicas	30
2.5.2.	Medidas farmacológicas	31
2.5.3.	Injeções e neuromodulação	33
2.5.4.	Intervenção cirúrgica	33
2.6.	Prevenção e impacto psicossocial da incontinência urinária	34
2.7.	Conclusão	35
	Conclusão global	37
	Bibliografia	38
	Anexos	59

Índice de Figuras

Figura 1. Anatomia da gengiva.....	19
Figura 2. Classificação de Cairo para os diferentes tipos de recessão gengival.....	19
Figura 3. Demonstração, passo a passo, da escovagem na Técnica de Bass.....	21
Figura 4. Diferentes manifestações da Incontinência Urinária.....	29
Figura 5. Exercícios de Kegel para mulheres e para homens.....	31
Figura 6. Funcionamento da Tension-Free Vaginal Tape e do Esfíncter Urinário Artificial..	34

Índice de Tabelas

Tabela 1. Cronograma das atividades desenvolvidas no estágio em farmácia hospitalar....	3
Tabela 2. Cronograma das atividades desenvolvidas no estágio comunitário na Farmácia Martins da Costa.....	10

Índice de Anexos

Anexo 1. Procedimento da preparação de gel de lidocaína a 2% no <i>Istituto Nazionale dei Tumori</i>	59
Anexo 2. Formações realizadas durante o estágio em farmácia comunitária.....	60
Anexo 3. Apresentação relativa à formação interna sobre a atividade “Cessação tabágica”	62
Anexo 4. Apresentação relativa à formação interna sobre o tema “Recessão Gengival” ..	68
Anexo 5. Panfleto informativo distribuído aos utentes sobre a incontinência urinária.....	72

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CAF – Conjugado Anticorpo-Fármaco

CMTN – Cancro da Mama Triplo Negativo

CPCNP – Carcinoma Pulmonar de Células Não Pequenas

DGS – Direção Geral de Saúde

IL-1 β – Interleucina-1 β

INT – *Istituto Nazionale dei Tumori*

IU – Incontinência Urinária

IUE – Incontinência Urinária de Esforço

IUM – Incontinência Urinária Mista

IUT – Incontinência Urinária por Transbordamento

IUU – Incontinência Urinária de Urgência

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MK-2870 – Sacituzumab tirumotecan

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

OMS – Organização Mundial de Saúde

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RT – Recessão Tipo

SLP – Sobrevida Livre de Progressão

SNC – Sistema Nervoso Central

TNF- α – Fator de Necrose Tumoral- α

TRO – Taxa de Resposta Objetiva

Parte 1. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular

SECÇÃO A – Farmácia Hospitalar

1. Contextualização do estágio curricular

Realizei o meu estágio em farmácia hospitalar no *Istituto Nazionale dei Tumori* (INT), localizado na cidade italiana de Milão, na Via Giacomo Venezian n.º 1, entre os dias 1 de fevereiro e 30 de abril de 2025. Este é o hospital pioneiro em oncologia na Itália e uma instituição de destaque, tanto nacional como internacionalmente, relativamente ao tratamento de cancro e na investigação relacionada a esta doença.^{[1][2]} Foi considerado, em 2025, como um dos melhores hospitais especializados em oncologia do mundo pela *Newsweek*.^[3] O seu horário de funcionamento é de segunda a domingo, das 6h30 às 20h30.

Durante este período, tive a oportunidade de integrar os quatro principais departamentos farmacêuticos da instituição: Farmácia de Ambulatório, Preparação de Fármacos Oncológicos, Ensaios Clínicos e Experimentais e Dispositivos Médicos utilizados em Cirurgia Oncológica, permanecendo três semanas em cada um deles.

O serviço de Farmácia Hospitalar tem como diretor o Dr. Vito Ladisa, sendo igualmente responsável pelo setor de Dispositivos Médicos utilizados em Cirurgia Oncológica^[4] e conta com a Dra. Barbara Re como responsável pela área de Farmácia de Ambulatório^[5] e com a Dra. Margherita Galassi como membro responsável pela Central de Preparação de Fármacos Oncológicos e pelo serviço de Ensaios Clínicos e Experimentais.^[6]

O setor farmacêutico da Farmácia de Ambulatório integra a área da Farmacoeconomia e Aquisição de Medicamentos, sendo composto por quatro farmacêuticos e três operadores técnicos; a unidade de Ensaios Clínicos e Experimentais é constituída por quatro farmacêuticos, um *data manager* e um elemento administrativo; a Central de Preparação de Medicamentos Quimioterápicos conta com a três farmacêuticos, em conjunto com uma equipa de enfermeiros, responsável pela preparação laboratorial dos fármacos; a secção de Dispositivos Médicos encontra-se sob a supervisão de um farmacêutico, contando ainda com o auxílio de uma equipa de enfermagem especializada em cirurgia oncológica e dois operadores de armazém.^[7]

2. Cronograma das atividades e a sua explicação

Conforme referido anteriormente, permaneci em cada setor farmacêutico durante um período de três semanas.

Nas três primeiras semanas, participei na Farmácia de Ambulatório, onde desempenhei diversas tarefas. Entre elas, destacam-se a organização e reposição do stock de medicamentos, recebidos diariamente no hospital e posteriormente distribuídos pelos diferentes departamentos oncológicos, consoante as necessidades. Outra atividade realizada foi a verificação das receitas médicas, uma etapa fundamental para assegurar uma correta e segura dispensação dos fármacos. Além disso, colaborei na preparação de medicamentos com dosagens específicas e à via de administração adequada prescrita a cada paciente. Esta preparação teve lugar na farmácia galénica, sendo um exemplo o gel de lidocaína a 2%.

Durante as semanas seguintes, estive presente no departamento de Preparação de Quimioterápicos, onde tive a oportunidade de acompanhar e colaborar em diversas atividades. Entre estas, destacou-se a observação do processo de preparação de medicamentos quimioterápicos, realizado por profissionais de enfermagem em câmaras de fluxo laminar, de modo a garantir a esterilidade das formulações. Colaborei igualmente no fornecimento dos materiais e fármacos necessários à sua preparação, disponibilizando os mesmos a partir do armazém onde estão acondicionados. Após a preparação dos medicamentos, participei na verificação e validação destes através do sistema informático *i.v. SOFT*, criado e utilizado exclusivamente pelo hospital, para garantir o controlo de qualidade e rastreabilidade das formulações.

Posteriormente, passei no setor de Dispositivos Médicos, onde desempenhei outras funções. Uma das principais atividades consistiu na elaboração de um relatório detalhado sobre os dispositivos médicos utilizados, incluindo a identificação de cada código interno, uma breve descrição de cada produto, como as suas especificações técnicas (dimensões e características físicas), a sua finalidade e o tipo de cirurgia em que são normalmente usados. Ao mesmo tempo, colaborei no controlo destes mesmos dispositivos médicos armazenados, procedendo à verificação das datas de validade e avaliando a sua relevância e necessidade face aos serviços atualmente prestados pelo hospital.

O último período do estágio nesta instituição decorreu no departamento de Ensaio Clínicos e Experimentais. Durante este período, desempenhei funções relacionadas com o controlo da validade dos medicamentos experimentais, tanto injetáveis como orais, assegurando a sua conformidade para utilização clínica. Da mesma forma, prestei apoio na dispensação destes fármacos aos profissionais de enfermagem, responsáveis pela sua administração aos doentes oncológicos inseridos nos respetivos protocolos de investigação.

Na seguinte tabela encontram-se organizadas temporalmente as atividades previamente descritas.

Tabela 1. Cronograma das atividades desenvolvidas no estágio em farmácia hospitalar.

	Fevereiro	Março	Abril
Organização e reposição de stock			
Verificação e validação de receitas			
Preparação de medicamentos em Farmácia Galénica			
Observação da preparação de quimioterápicos endovenosos			
Fornecimento de fármacos e materiais para preparação de quimioterápicos endovenosos			
Validação de quimioterápicos endovenosos			
Elaboração de um relatório sobre dispositivos médicos utilizados em cirurgia oncológica			
Controlo de dispositivos médicos em armazém			
Controlo da data de validade de fármacos experimentais			
Dispensação de fármacos experimentais			

3. Exemplos de atividades desenvolvidas

Atividade 1 – Preparação de Gel Oral de Lidocaína a 2%: a sua Relevância na Terapêutica Oncológica

Contextualização

A mucosite oral é uma das complicações mais frequentes e debilitantes dos regimes de quimioterapia e radioterapia, afetando mais de 80% dos doentes oncológicos da região da cabeça e pescoço. As lesões ulcerativas como resultado destes tratamentos comprometem significativamente a ingestão alimentar, contribuindo para a malnutrição, aumentam o risco de infeções locais e sistémicas e, em muitos casos, levam à interrupção dos tratamentos oncológicos, com impacto direto na sua eficácia.^[8]

Face a esta realidade clínica, torna-se fundamental encontrar soluções que permitam o controlo eficaz da dor e a manutenção da função oral. Neste contexto, foi solicitado ao serviço de farmácia hospitalar a preparação galénica de um gel de lidocaína a 2%, destinado à aplicação tópica. O objetivo é oferecer uma alternativa adaptada à mucosa fragilizada do doente oncológico, promovendo o alívio sintomático da dor associada à mucosite oral.

Desenvolvimento

A utilização de lidocaína a 2% sob a forma de gel oral é clinicamente relevante pela sua eficácia comprovada na redução da dor associada às lesões ulcerativas, sendo recomendada por diversas entidades de saúde internacionais.^{[9][10]}

A lidocaína atua como um anestésico local por bloqueio reversível dos canais de sódio dependentes de voltagem nas membranas neuronais, impedindo a entrada de Na⁺ nas terminações nervosas. Ao fixar-se ao canal no estado inativo, evita a despolarização e a propagação do impulso nervoso.^[11]

A formulação em gel é particularmente vantajosa por permitir uma aplicação tópica localizada, com permanência prolongada na mucosa, o que resulta num alívio mais sustentado da dor sem os efeitos adversos sistémicos associados a outros analgésicos.^[12] Além disso, o gel de lidocaína a 2% preparado em farmácia galénica do INT é isento de álcool, essencial para evitar irritação adicional da mucosa inflamada.^[13] Para informações adicionais sobre a preparação deste gel oral, encontra-se disponível o procedimento descrito no *Anexo 1*.

Estudos demonstram que o uso de lidocaína tópica reduz significativamente a intensidade da dor e melhora a função oral dos doentes, permitindo a ingestão de alimentos e líquidos e prevenindo a perda de peso e a interrupção dos tratamentos oncológicos.^{[14][15]} O seu perfil farmacocinético torna a absorção sistémica praticamente nula quando utilizado corretamente, o que reforça a sua segurança em contexto hospitalar.^[16] Assim, a preparação individualizada deste gel pela farmácia hospitalar representa uma solução mais segura e adaptada à condição clínica dos doentes.

A posologia recomendada é de 1 a 2 mL do gel, aplicado na cavidade oral até seis vezes por dia. Como referido anteriormente, a absorção sistémica deste fármaco é mínima, mas é importante monitorizar eventuais sinais de toxicidade em casos de doentes com a mucosa extensamente lesada ou disfunção hepática, pois a toxicidade pela lidocaína pode ser grave.^[17]

Conclusão

A preparação galénica de um gel de lidocaína a 2% surge como uma resposta eficaz a uma necessidade clínica concreta, permitindo oferecer uma alternativa segura, eficaz e personalizada para o controlo da dor associada à mucosite oral. Para além de melhorar significativamente a qualidade de vida dos doentes, este tipo de formulação pode contribuir para a continuidade dos regimes quimioterápicos e, consequentemente, para melhores resultados terapêuticos.^{[8][18][19]}

Embora ainda sejam necessários mais estudos científicos dedicados a esta formulação específica, a evidência clínica atual apoia a sua utilização no suporte oncológico, justificando a sua existência nos protocolos de cuidados paliativos e controlo de sintomas.

Atividade 2 – Preparação do Quimioterápico Injetável Melfalano

Contextualização

O melfalano é um quimioterápico amplamente utilizado no tratamento do mieloma múltiplo, destacando-se especialmente no regime de condicionamento para o transplante autólogo de medula óssea.^[20]

No INT, a prática adotada para a administração deste fármaco envolve três administrações intravenosas no mesmo dia, com um intervalo rigoroso de duas horas entre cada dose.

Desenvolvimento

O melfalano é um agente alquilante da classe das mostardas nitrogenadas, cuja principal ação antineoplásica se deve à sua capacidade de formar ligações covalentes com bases nitrogenadas do DNA, especialmente a guanina. Esta alquilação promove ligações cruzadas intra e intercadeias, que resulta na interrupção da síntese de DNA e RNA, bloqueio do ciclo celular e apoptose celular.^{[21][22]} Este mecanismo é particularmente eficaz em células com uma proliferação mais rápida que o normal, como as do mieloma múltiplo, o que justifica a sua utilização neste tipo de patologia.

Na área do transplante autólogo de medula óssea, o melfalano é administrado em altas doses com o objetivo de erradicar células tumorais residuais antes da reinfusão de células estaminais hematopoiéticas. Este regime favorece a recuperação hematológica e melhora os resultados terapêuticos em doentes com mieloma múltiplo.^[23] Como mencionado previamente, o protocolo do INT adota uma estratégia de fracionamento da dose total (habitualmente 150 mg/m²) em três administrações intravenosas ao longo do mesmo dia, com um intervalo de duas horas entre cada uma. Este esquema tem como objetivo otimizar a ação deste fármaco, por reduzir a toxicidade aguda sem comprometer a eficácia.^[24]

Devido à elevada instabilidade do melfalano após a reconstituição, com estabilidade máxima de 90 minutos à temperatura ambiente (25°C), a preparação deve ser realizada sob condições assépticas e administrada imediatamente após a sua produção.^{[25][26]} A instabilidade química está relacionada com a rápida hidrólise do fármaco em solução aquosa, o que pode comprometer a sua potência caso não seja utilizado no tempo estipulado.

A preparação do melfalano exige, por isso, técnicas precisas de manipulação num ambiente controlado, na unidade de manipulação de citotóxicos, utilizando câmaras de fluxo laminar. O farmacêutico hospitalar desempenha um papel essencial neste processo, desde o cálculo da dose ajustada à superfície corporal e a verificação da prescrição, até ao acondicionamento adequado da preparação. O uso do equipamento de proteção individual, a rastreabilidade da preparação e a manipulação segura dos citotóxicos são etapas obrigatórias e vigiadas para garantir a segurança do profissional e do meio em que opera.^[27]

Além disso, a articulação entre o farmacêutico e a equipa de enfermeiros é crucial para assegurar que cada dose seja administrada no tempo correto e que os parâmetros clínicos do doente (como função renal, estado hematológico e integridade da mucosa gastrointestinal) sejam monitorizados cuidadosamente. Estas medidas têm como objetivo reduzir os efeitos adversos, como mucosite, náuseas, vômitos ou toxicidade renal, frequentemente associados à quimioterapia com o melfalano em doses elevadas.^[28]

Conclusão

A preparação do melfalano no contexto do transplante de medula óssea representa uma etapa crítica do tratamento oncológico. A sua elevada instabilidade e toxicidade exigem rigor no domínio de práticas laboratoriais e conhecimento aprofundado das propriedades farmacológicas do fármaco. A atuação do farmacêutico hospitalar neste processo é essencial para assegurar a segurança e a eficácia da terapêutica.^{[29][30]}

Este tratamento tem demonstrado impactar positivamente na sobrevida e na qualidade de vida dos doentes.

Atividade 3 – Dispensação do Fármaco Experimental MK-2870: a Importância da Experimentação para o Avanço da Quimioterapia

Contextualização

O MK-2870 (também designado sacituzumab tirumotecan) é um conjugado anticorpo-fármaco (CAF) que liga um anticorpo anti-TROP2 a um inibidor da topoisomerase I (KL610023). Desde 2023 que este composto passou a ser testado em tumores sólidos com sobre-expressão de TROP2, nomeadamente cancro da mama triplo-negativo (CMTN), HR+/HER2-, e cancro de pulmão de células não pequenas (CPCNP).^[31]

No *Istituto Nazionale dei Tumori*, o MK-2870 integra actualmente a fase II do ensaio internacional, com inclusão de doentes com CMTN e CPCNP previamente tratados. Durante o meu período no departamento de Ensaios Clínicos e Experimentais, observei algumas dispensações deste medicamento, com a verificação de pedidos no sistema electrónico.

Desenvolvimento

Estudos pré-clínicos demonstraram que o ligando do MK-2870 é mais estável do que o de CAFs da geração anterior, permitindo maior concentração intratumoral e menor libertação sistémica do mesmo.^[32] Isto traduz-se num “alvo inteligente”: o anticorpo liga-se

ao TROP2, é internalizado e apenas no ambiente ácido do lisossoma é que ocorre a clivagem e libertação do fármaco citotóxico.

No ensaio de fase I (MK-2870-001) foram incluídos 30 doentes com tumores avançados refratários. A dose recomendada ficou entre 4 e 5 mg/kg a cada 14 dias e os efeitos adversos mais frequentes foram estomatite e exantema de grau 3, ambos considerados fáceis de controlar.^[33] Esta segurança inicial permitiu avançar para ensaios de fase II, das quais o INT faz parte. Na segunda fase deste ensaio, a taxa de resposta objectiva (TRO) situou-se nos 37% para os pacientes com CMTN e 32% para o cancro de mama HR+/HER2-.

No estudo de fase III OptiTROP-Breast01, que envolveu 263 mulheres com CMTN metastático já tratado, o MK-2870 prolongou a sobrevida livre de progressão (SLP) para 6,7 meses comparativamente a 2,5 meses com quimioterapia padrão e triplicou a TRO (45% vs 12%).^[34] Estes dados confirmam o potencial clínico do fármaco e sustentam a continuação do protocolo de fase II em curso no INT.

Em CPCNP previamente tratado, obteve-se uma resposta objectiva de 40% e uma SLP de 6,2 meses; no sub-grupo com mutações EGFR a TRO subiu para 55%.^[35] Estes resultados alargam o interesse do MK-2870 para além do cancro da mama, justificando os ensaios a decorrer para o cancro do pulmão.

Conclusão

O MK-2870 demonstra como a experimentação clínica pode resultar numa opção terapêutica real. Ao participar na fase II do estudo internacional, o INT contribui diretamente para o conhecimento internacional sobre eficácia e segurança deste medicamento. A farmácia hospitalar, ao assegurar uma dispensação correcta e segura, contribui diretamente para tornar possíveis novas alternativas terapêuticas para doentes que já esgotaram os tratamentos convencionais. Assim, a experimentação não é apenas “mais um estudo”, mas um trabalho que conduz a quimioterapia para formas cada vez mais dirigidas, eficazes e toleráveis.

SECÇÃO B – Farmácia Comunitária

1. Contextualização do estágio curricular

O meu estágio curricular em farmácia comunitária decorreu entre 7 de maio e 6 de agosto de 2025 na Farmácia Martins da Costa, localizada na Rua D. Afonso Henriques n.º 2825, Águas Santas. A sua localização é considerada estratégica: encontra-se a poucos minutos dos centros de saúde de Águas Santas e de Pedrouços, bem como do Hospital de S. João (o maior hospital da região Norte). Este posicionamento privilegiado, associado à oferta de diversos serviços, garante à farmácia um elevado fluxo diário de utentes. Possui um horário de atendimento de segunda a sexta das 9h00 às 21h00 e sábado das 9h00 às 19h00, oferecendo ainda um serviço de permanência de 24 horas a cada 28 dias, em rotação com outras farmácias da zona da Maia.

A equipa é constituída por cinco farmacêuticos, sendo um deles o Dr. Everardo Martins da Costa, que assume a direção técnica da farmácia. Conta ainda com dois técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e um técnico auxiliar de saúde. Esta equipa garante que haja um serviço profissional, empático e com atenção às necessidades individuais de cada utente.

A farmácia oferece diversos serviços de saúde, entre os quais se destacam as consultas de nutrição e de podologia, que proporcionam um acompanhamento mais personalizado aos utentes, e a medição de parâmetros bioquímicos, como a pressão arterial, glicemia, colesterol, triglicéridos e massa gorda. Além disso, dispõe de um equipamento que permite, de forma rápida e autónoma, a medição da pressão arterial, peso e altura.

É também realizada a administração de injetáveis, como vacinas contra a COVID-19 e a gripe, insulinas e outros medicamentos injetáveis prescritos, sempre assegurando as condições adequadas de segurança e higiene. Pontualmente, a farmácia realiza rastreios à insuficiência venosa crónica, geralmente a pedido dos próprios utentes.

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de participar ativamente nas diferentes áreas de intervenção da farmácia, sob supervisão qualificada, o que me permitiu consolidar competências técnicas, de comunicação e de gestão numa farmácia comunitária, essenciais para a profissão farmacêutica.

2. Cronograma e sua explicação

Durante o período de estágio em farmácia comunitária, compreendido entre os meses de maio e agosto, participei num conjunto de atividades, conforme o cronograma apresentado na tabela abaixo.

Tabela 2. Cronograma das atividades desenvolvidas no estágio comunitário na Farmácia Martins da Costa.

	Maio	Junho	Julho	Agosto
Receção de encomendas				
Armazenamento de medicamentos e outros produtos				
Gestão e reposição de stock				
Inventariação				
Controlo de prazos de validade				
Presença em formações				
Observação do atendimento ao público				
Atendimento supervisionado ao público				
Atendimento autónomo ao público				
Acoselhamento farmacêutico				
Medição de parâmetros bioquímicos				

O estágio teve início com a receção de encomendas, atividade realizada de forma contínua desde maio até agosto. Esta tarefa consistiu na verificação das guias de remessa, identificação de incongruências e na devolução de produtos. Esta atividade permitiu uma familiarização com a aquisição e distribuição de medicamentos. Juntamente com esta função, contribuí com o armazenamento de medicamentos e outros produtos, também de forma contínua durante os três meses. Ao longo do mesmo período, executei tarefas relacionadas com a gestão e reposição de stock, assegurando que os lineares se encontravam devidamente abastecidos e organizados.

No primeiro mês de estágio, participei em processos de inventariação, os quais consistiram na contagem física dos produtos em stock e comparação com os registos informáticos, assim como a verificação dos prazos de validade.

A observação do atendimento ao público teve início em maio. Durante esta fase, observei atentamente o comportamento dos meus colegas, os procedimentos de dispensa e a interação com os utentes. Também no mês de maio, iniciei o atendimento supervisionado ao público, sob orientação dos profissionais experientes. Nesta etapa, comecei a aplicar conhecimentos técnicos e de comunicação adquiridos. Nos meses de junho a agosto, passei para a fase de atendimento autónomo ao público, assumindo a responsabilidade pela dispensa de medicamentos e aconselhamento, sempre com supervisão indireta.

O aconselhamento farmacêutico, praticado desde junho a agosto, envolveu a partilha de informações sobre o uso correto de medicamentos, interações, efeitos adversos e medidas não farmacológicas de promoção da saúde.

Nos meses de maio a julho, participei em formações internas promovidas por representantes de diversos laboratórios e marcas farmacêuticas, que incidiram sobre os produtos comercializados pelos mesmos. Estas sessões consistiram na apresentação e explicação detalhada do funcionamento dos produtos de venda livre, incluindo as suas indicações terapêuticas, posologia, forma correta de utilização e principais características diferenciadoras face a outros produtos disponíveis no mercado. Estas formações tornaram-se fundamentais para o aprofundamento do conhecimento sobre os diferentes tipos de produtos disponíveis na farmácia, bem como para o desenvolvimento de competências no aconselhamento personalizado ao utente. Encontra-se no *Anexo 2*, disponível para consulta, a listagem das formações realizadas durante o estágio em farmácia comunitária.

Por fim, de junho até ao final do meu estágio, participei na medição de parâmetros bioquímicos, como glicemia, colesterol e pressão arterial.

Este conjunto de atividades, distribuído ao longo dos três meses de estágio, permitiram a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, bem como a aquisição de competências fundamentais para o exercício profissional farmacêutico.

3. Exemplo de atividades desenvolvidas

Atividade 1 – Cessação Tabágica: Implementação da Terapia com Citisiniclina

Contextualização

O tabagismo representa uma das principais causas evitáveis de doença e morte a nível global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o consumo de tabaco seja responsável por mais de 8 milhões de mortes anualmente, das quais cerca de 1,6 milhões ocorrem entre não fumadores expostos ao fumo passivo.^[36] Em Portugal, segundo o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo da Direção Geral da Saúde (DGS), o tabagismo está diretamente implicado em mais de 13 mil mortes por ano, sobretudo por doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias crónicas.^[37]

A dependência tabágica resulta de mecanismos neurobiológicos complexos mediados principalmente pela nicotina, substância psicoativa que atua sobre os recetores colinérgicos nicotínicos no sistema nervoso central (SNC), levando à libertação de dopamina, neurotransmissor responsável pelo sistema de recompensa, atenção e memória. A cessação tabágica envolve, assim, a superação da dependência física e a gestão de fatores comportamentais e emocionais associados ao consumo.^[38]

A cessação tabágica é um objetivo terapêutico prioritário na promoção da saúde pública e na prevenção de doenças crónicas. Neste contexto, a farmácia comunitária desempenha um papel essencial como ponto de contacto acessível e próximo da população. O farmacêutico encontra-se capacitado para propor estratégias personalizadas e acompanhar todo o processo de cessação tabágica.^[39]

Durante o meu estágio em farmácia comunitária, fui confrontada com um caso de um utente do sexo masculino, de meia-idade, fumador há mais de duas décadas, com consumo diário de cerca de 20 cigarros. O utente demonstrava motivação elevada para abandonar o hábito tabágico, tendo tentado cessar previamente sem sucesso, principalmente devido à ansiedade e à síndrome de abstinência.

Desenvolvimento

Face ao seu perfil, foi sugerida a utilização do Dextazin®, um medicamento não sujeito a receita médica (MNSRM), cujo princípio ativo é a citisiniclina. Esta substância é um alcaloide vegetal que atua como agonista parcial dos recetores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$, competindo com a nicotina pelos mesmos locais de ligação. Desta forma, reduz os sintomas de abstinência e diminui o prazer associado ao consumo da nicotina.^[40]

Estudos clínicos demonstraram que a citisiniclina é significativamente mais eficaz do que placebos na cessação tabágica e apresenta uma eficácia comparável à da vareniclina, porém com menor incidência de efeitos adversos.^[41] O regime posológico do Dextazin® inclui uma dose inicial mais elevada com redução gradual ao longo de 25 dias, permitindo o desmame progressivo da dependência nicotínica. O início do tratamento é geralmente acompanhado por uma data definida para a cessação total do consumo de tabaco, idealmente entre o 5.º e o 7.º dia de tratamento.^[42]

Conclusão

O utente iniciou o tratamento conforme as indicações e foi acompanhado semanalmente pela equipa da farmácia. Referiu redução progressiva da vontade de fumar já nos primeiros dias de tratamento, com cessação completa ao final da primeira semana. Os efeitos adversos sentidos foram mínimos, limitando-se a uma pequena irritabilidade nos primeiros dias. Ao final das quatro semanas, o utente encontrava-se abstinente, motivado e sem sintomas significativos de abstinência.

O farmacêutico comunitário tem um papel decisivo no apoio ao fumador, através da proposta de terapêuticas adequadas e da monitorização do utente. A citisiniclina, disponível em Portugal sob a forma de Dextazin®, constitui uma alternativa eficaz, segura e acessível para o tratamento da dependência da nicotina, com evidência científica a defender a sua utilização.

Foi elaborado e apresentado um PowerPoint, identificado como *Anexo 3*, sobre a “Cessação Tabágica”, com o objetivo de instruir a equipa da farmácia acerca do tabagismo e das opções terapêuticas disponíveis, de forma a otimizar o aconselhamento terapêutico.

Atividade 2 – Infecções Vaginais: Tratamento Local como Primeira Linha de Intervenção

Contextualização

As infeções vaginais representam uma das causas mais frequentes de queixas ginecológicas entre mulheres em idade fértil. Estima-se que cerca de 75% das mulheres irão experienciar pelo menos um episódio de vaginite ao longo da vida, sendo que muitas delas terão episódios recorrentes.^[43] Estas infeções podem ter diferentes causas e origens, com destaque para a vaginose bacteriana e a candidíase. Os sintomas mais comuns incluem corrimento vaginal anormal, prurido, ardor, dor durante a relação sexual e desconforto urinário.^[44]

A diferenciação entre os tipos de infecção é essencial para a escolha do tratamento adequado. No entanto, muitas vezes, as utentes não conseguem identificar corretamente a origem da infecção, o que pode conduzir ao uso inadequado de medicamentos e ao agravamento do quadro clínico.

Durante o período de estágio, foi frequente o atendimento a utentes com sintomatologia vaginal, nomeadamente prurido intenso e corrimento esbranquiçado. Nestas situações, após a recolha de informação clínica relevante, incluindo histórico de infeções anteriores e eventual utilização recente de antibióticos, procedia-se à orientação terapêutica adequada, como a proposta de utilização de Lafemidia®.

Desenvolvimento

Lafemidia® é um dispositivo médico, formulado com ácido L-ascórbico, inulina, ácido hialurónico e vitamina E, o que lhe confere uma ação tripla: antibacteriana, antifúngica e mista. Esta composição torna a sua utilização útil em situações em que não é possível determinar a origem exata da infecção, permitindo um tratamento mais abrangente.^[45]

O ácido L-ascórbico (vitamina C) exerce um papel fundamental na criação de um ambiente hostil à proliferação de microrganismos patogénicos. A sua ação está relacionada à acidificação do meio vaginal, dificultando o crescimento de bactérias e fungos oportunistas. Em simultâneo, favorece o restabelecimento do pH fisiológico vaginal, geralmente entre 3,8 e 4,5, o que é crucial para a preservação da microbiota saudável e para a prevenção de infeções recorrentes.

Além disso, a hidratação adequada da mucosa vaginal é um fator determinante para o conforto e a integridade do tecido epitelial. O ácido hialurónico, devido à sua elevada capacidade higroscópica, promove a retenção de água na mucosa, enquanto a vitamina E atua como antioxidante e agente emoliente, contribuindo para a redução da secura vaginal e do prurido associado.

Da mesma forma, a inulina, um prebiótico natural, favorece a restauração da flora vaginal ao estimular o crescimento seletivo de bactérias benéficas, como os lactobacilos. Esta modulação da microbiota é essencial para o equilíbrio vaginal e para a manutenção de um ambiente protetor contra agentes infecciosos.

Assim, a combinação dessas substâncias apresenta um potencial terapêutico relevante na saúde vaginal, atuando de forma sinérgica na inibição de microrganismos

patogénicos, na restauração do pH fisiológico, na hidratação da mucosa e no reequilíbrio da flora vaginal.^{[46][47]}

O esquema posológico recomendado durante os atendimentos foi a aplicação intravaginal diária de um comprimido durante 7 a 10 dias consecutivos. As utentes foram também alertadas para evitar relações sexuais durante o tratamento, manter boa higiene íntima com produtos apropriados e recorrer ao médico caso os sintomas persistissem ou agravassem. Além disso, foi reforçada a importância na prevenção de desequilíbrios da microbiota vaginal (evitar duches vaginais, uso excessivo de antibióticos, roupas sintéticas apertadas, entre outros).^[48]

Conclusão

As infeções vaginais são uma realidade clínica comum, com impacto relevante na qualidade de vida das mulheres. A abordagem correta exige conhecimento e capacidade de identificar o problema, competências que um farmacêutico comunitário deve possuir. O Lafemidia®, com ação combinada antifúngica e antibacteriana, revela-se uma opção terapêutica útil em contextos de infeção mista ou diagnóstico incerto. O acompanhamento farmacêutico contribui para a adesão ao tratamento, a prevenção de complicações e a educação da utente para a sua saúde íntima.

Atividade 3 – Probióticos: Papel na Restituição da Saúde Intestinal

Contextualização

Os probióticos são definidos pela Organização Mundial de Gastroenterologia como “microrganismos vivos que, quando administrados em quantidades adequadas, conferem benefícios à saúde do hospedeiro”.^[49] A sua utilização tem vindo a aumentar nos últimos anos, especialmente no contexto de perturbações gastrointestinais, sendo recomendados como adjuvantes no tratamento ou prevenção de diarreias, disbiose intestinal, e outras alterações da microbiota.

Durante o meu estágio, uma utente procurou aconselhamento após suspeitar de ter ingerido alimentos possivelmente contaminados, apresentando episódios de diarreia leve, cólicas e mal-estar intestinal. A utente não apresentava sinais de desidratação, febre ou sangue nas fezes, e referia uma boa tolerância alimentar. Após a recolha de informações e exclusão de sinais de alarme, foi-lhe recomendado o uso de um probiótico,

nomeadamente UL-250®, como forma de auxiliar na reposição da microbiota intestinal e na recuperação da função gastrointestinal.

Desenvolvimento

O UL-250® contém *Saccharomyces boulardii*, uma levedura probiótica não patogénica com eficácia comprovada na prevenção e tratamento de vários tipos de diarreia, incluindo a associada a antibióticos, infeções alimentares e gastroenterites virais.^[50] Ao contrário de outros probióticos contendo espécies bacterianas, a *S. boulardii* não é afetada pela toma de antibióticos, o que representa uma vantagem relativamente a outros disponíveis no mercado.^[51]

A ação deste fungo passa por vários mecanismos: modulação da microbiota intestinal, inibição da adesão de patógenos à mucosa, produção de enzimas digestivas, reforço da função da barreira intestinal e modulação da resposta inflamatória local.^[52] Estudos demonstram que a utilização de *S. boulardii* reduz significativamente a duração e frequência das diarreias agudas, especialmente as de origem infecciosa.^[53]

A posologia habitual do UL-250® (250 mg) é de 1 cápsula três vezes por dia, podendo ser ajustada conforme a gravidade dos sintomas e a idade do utente. Em casos leves como o referido, foi recomendado iniciar com a dose habitual, mantendo hidratação e uma alimentação leve. A utente foi igualmente instruída sobre os sinais de agravamento da condição, como febre persistente, sangue nas fezes, ou agravamento do estado geral.

Conclusão

Os probióticos constituem uma opção terapêutica relevante na abordagem de desequilíbrios da flora intestinal, sendo especialmente úteis em casos de diarreia aguda de origem alimentar. A utilização de *Saccharomyces boulardii*, presente em medicamentos como o UL-250®, apresenta um perfil de segurança elevado e eficácia comprovada em vários contextos clínicos. O papel do farmacêutico na triagem de sintomas, no aconselhamento e na monitorização dos efeitos terapêuticos é essencial para garantir uma intervenção eficaz e segura, promovendo o bem-estar do utente e evitando complicações desnecessárias.

Parte 2. Temas de desenvolvimento científico

Tema 1 – Recessão gengival

1.1. Contextualização em farmácia comunitária

Durante o atendimento em farmácia comunitária, é comum o surgimento de situações em que os utentes procuram aconselhamento para problemas relacionados com a saúde oral. Um desses episódios aconteceu quando um utente se dirigiu ao balcão à procura de ajuda para sangramento gengival recorrente, hipersensibilidade dentária e retração visível das gengivas.

Evidências epidemiológicas mostram que mais de dois terços da população adulta apresentam algum grau de recessão gengival, sendo que a prevalência reportada em alguns estudos ultrapassa os 80%.^[54] Este fenómeno é mais evidente em idosos, devido ao aumento da longevidade, o que leva à permanência da dentição natural durante mais anos, altura em que a probabilidade de sofrer desta condição é exponencialmente maior.^[55] Em Portugal, um estudo realizado no norte do país sobre a recessão gengival correlaciona a sua gravidade com fatores como sexo masculino, tabagismo, fenótipo gengival fino e níveis elevados de placa bacteriana.^{[56][57]}

A hipersensibilidade dentária causada pela exposição da dentina pode tornar atividades quotidianas tão simples como beber água fria ou escovar os dentes difíceis, comprometendo o bem-estar geral.^[58-60] Estes fatores explicam o porquê de muitos utentes procurarem inicialmente soluções rápidas na farmácia sem compreenderem efetivamente a sua condição. No entanto, o problema da recessão gengival também ultrapassa a questão clínica individual, já que os custos associados ao tratamento, sobretudo quando envolve cirurgias periodontais, representam um encargo significativo para os sistemas de saúde, reforçando a necessidade de uma abordagem preventiva.^{[54][58][61]}

Em 2018, a nova classificação das doenças periodontais proposta pela *European Federation of Periodontology* e pela *American Academy of Periodontology* incluiu as condições mucogengivais, entre as quais a recessão gengival, reforçando a ideia de que esta patologia não é considerada apenas uma condição isolada, mas sim parte de um espetro mais alargado das doenças periodontais.^{[56][62][63]}

1.2. A recessão gengival

A recessão gengival é definida como a migração da margem gengival em direção apical relativamente à junção amelocementária, resultando na exposição parcial da raiz do dente. Esta condição não é apenas uma alteração estética, mas também representa um problema funcional que pode comprometer a saúde oral de forma significativa.^[54-56] As superfícies radiculares expostas tornam-se suscetíveis a estímulos térmicos e táteis, aumentam o risco de desenvolvimento de lesões cervicais não cariosas e cáries radiculares, dificultam a higiene oral e podem levar à perda de inserção periodontal quando associadas a inflamação.^[58]



Figura 1. Anatomia da gengiva. Imagem adaptada de [64, 65].

1.3. Fisiopatologia da recessão gengival

A principal função da gengiva é proteger os tecidos subjacentes contra agressões mecânicas, químicas e microbiológicas. Em condições normais, a margem gengival situa-se na junção amelocementária ou ligeiramente coronal a esta, garantindo cobertura adequada da raiz. Quando ocorre migração apical desta margem, dá-se a recessão gengival, expondo a superfície radicular ao meio oral.^{[54][55][66]}

A inflamação crónica, induzida pela presença de placa bacteriana, leva à destruição das fibras colagénicas periodontais e à reabsorção óssea. Paralelamente, fatores traumáticos como a escovagem excessiva podem originar microlesões repetidas no epitélio e no tecido conjuntivo, favorecendo a retração progressiva.^{[67][68]} Estudos demonstram que citocinas inflamatórias, como a interleucina-1 β (IL-1 β) e o fator de necrose tumoral α (TNF- α), estão altamente presentes em locais com recessão gengival, mostrando que a resposta imunológica contribui para a degradação dos tecidos periodontais.^[69]

1.4. Classificação da recessão gengival

A classificação da recessão gengival é essencial para orientar a escolha terapêutica e estimar o prognóstico.^[70] Atualmente, a classificação mais aceita é a de Cairo, introduzida em 2011 e recomendada pelas principais entidades internacionais, que considera a relação entre a perda de inserção gengival na região vestibular e a perda interproximal. Assim, divide-se em três categorias, por RT (Recessão Tipo): RT1, quando não há perda interproximal e apenas a superfície vestibular está afetada; RT2, quando existe perda interproximal de igual ou menor magnitude que a vestibular; e RT3, quando a perda interproximal é mais acentuada do que a observada na face vestibular.^[71-73]

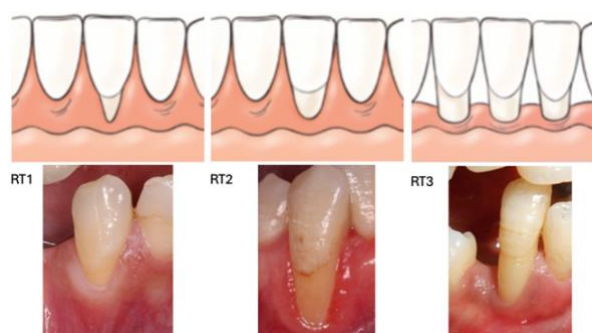


Figura 2. Classificação de Cairo para os diferentes tipos de recessão gengival. Imagem adaptada de [72].

Clinicamente, a recessão gengival manifesta-se por sinais facilmente reconhecíveis. O aumento visível da coroa do dente, resultante da exposição da superfície radicular, é o achado mais evidente. Essa exposição pode ser acompanhada de alteração da cor devido à maior translucidez da dentina radicular, frequentemente mais amarelada do que o esmalte. Em muitos casos, verifica-se também hipersensibilidade dentária, que se agrava na presença de estímulos térmicos, químicos ou táteis.^{[54-56][71]} A recessão pode ainda estar associada a inflamação gengival repetida ou ininterrupta, evidenciada por eritema, edema e sangramento, sobretudo quando existe acumulação de biofilme bacteriano.^[62]

1.5. Causas para o desenvolvimento da recessão gengival

No que diz respeito às causas, a recessão gengival é considerada uma condição multifatorial.^[63] Entre os principais fatores etiológicos encontram-se:

1. Placa bacteriana e doenças periodontais inflamatórias – A periodontite é uma das causas mais frequentes de recessão, sendo que a destruição dos tecidos de suporte conduz inevitavelmente à migração apical da margem gengival.^[74]
2. Trauma mecânico associado à higiene oral – Estudos demonstram que o uso de escovas de dentes de cerdas duras, associado a técnicas de escovagem horizontais e movimentos excessivamente agressivos, está fortemente relacionado com recessões localizadas, especialmente nos dentes anteriores.^{[74][75]}
3. Fenótipo gengival e fatores anatómicos – Indivíduos com biótipo gengival fino apresentam maior suscetibilidade a recessões, devido à reduzida espessura do tecido conjuntivo e da tábua óssea vestibular.^[74] Inserções musculares altas, freios anormais e falta de gengiva queratinizada também contribuem para maior vulnerabilidade.^{[76][77]}
4. Tratamentos ortodônticos – Movimentos ortodônticos excessivos podem resultar em perda óssea marginal e consequente recessão gengival. Esta complicação é mais relevante em pacientes com biótipo gengival fino.^[74]
5. Fatores sistêmicos e comportamentais – Tabagismo, diabetes mellitus e envelhecimento são fatores de risco para doenças periodontais e, consequentemente, para a recessão gengival, visto que a resposta imune e a vascularização dos tecidos gengivais é comprometida.^{[67][74][78]}
6. Iatrogenia e fatores restauradores – Restaurações subgengivais mal-adaptadas, coroas protéticas demasiado volumosas ou tratamentos periodontais agressivos, assim como procedimentos cirúrgicos realizados sem atenção à preservação dos tecidos desencadeiam retrações.^[74]

É importante salientar que a recessão gengival raramente resulta de um único elemento isolado, mas sim da interação entre predisposição individual (como biótipo gengival) e fatores adquiridos (como trauma de escovagem ou inflamação crônica).^[79]

1.6. Tratamento da recessão gengival

A identificação precoce da recessão gengival é essencial, já que o tratamento tende a ser mais eficaz em estádios iniciais, quando a perda interproximal ainda não está presente. Neste sentido, o papel do farmacêutico pode ser determinante ao orientar o utente, explicando que produtos de uso diário (como pastas dentífricas específicas para

sensibilidade ou elixires antissépticos) podem aliviar sintomas, mas não substituem a avaliação clínica odontológica.^[80]

O tratamento da recessão gengival deve ser compreendido como um processo gradual, no qual a escolha da terapêutica mais adequada depende da gravidade do caso, da causa predominante, da classificação clínica e das necessidades funcionais e estéticas do utente. Assim, a abordagem clínica pode ser dividida em: medidas de primeira linha, destinadas ao controlo da inflamação e da progressão da retração; medidas de segunda linha, que têm como objetivo reabilitar defeitos cervicais ou corrigir a hipersensibilidade persistente; e terapias cirúrgicas, reservadas para os casos de maior impacto estético ou funcional.^[81]

1.6.1. Primeira linha: higiene oral e terapêutica mecânica inicial

O primeiro passo consiste sempre no controlo da placa bacteriana e do biofilme dentário, dado que a presença de inflamação gengival constitui um fator que compromete a resposta a qualquer tratamento subsequente. Recomenda-se a utilização da técnica de Bass, que promove a limpeza da margem gengival com movimentos suaves, evitando o trauma excessivo associado a escovagens horizontais vigorosas.



Figura 3. Demonstração, passo a passo, da escovagem na Técnica de Bass. Imagem retirada de [82].

A escolha da escova também é relevante: escovas de cerdas suaves ou extra suaves estão associadas a menor risco de trauma mecânico, sem comprometer a eficácia na remoção da placa. A utilização de escovas elétricas com sensores de pressão pode ser especialmente útil em utentes que apresentam tendência para aplicar força excessiva durante a higienização.^[75] Complementarmente, o uso do fio dentário ou de escovilhões interdentários deve ser incentivado, adaptando o tamanho do dispositivo ao espaço interdental para não causar traumatismo adicional. Para casos em que a higiene interdental é insuficiente, podem ser recomendados irrigadores orais, que ajudam a remover resíduos alimentares e a reduzir a carga bacteriana.

No que respeita ao controlo químico da placa bacteriana, colutórios à base de clorhexidina a 0,12% ou 0,2% continuam a ser a referência em situações de inflamação ativa ou pós-intervenção periodontal.^{[83][84]} A clorhexidina é uma bisbiguanida catiónica amplamente utilizada como adjuvante no controlo inicial da doença gengival e em situações de recessão gengival não avançada, devido à sua ação farmacológica dirigida ao biofilme. Esta molécula liga-se fortemente a superfícies aniónicas da cavidade oral (proteínas salivares, matriz do biofilme e fosfolípidos das membranas bacterianas), promovendo alterações na permeabilidade da membrana, perda de constituintes do citoplasma e inibição do metabolismo microbiano. Em concentrações mais elevadas ou com exposições prolongadas, conduz mesmo à lise bacteriana.^[85-87]

Este mecanismo e a capacidade de reduzir a adesão bacteriana traduzem-se clinicamente numa diminuição da carga de placa e da inflamação gengival, que são processos centrais na progressão da recessão gengival. A elevada substantividade da clorhexidina, ou seja, a sua retenção e libertação gradual a partir das superfícies orais, prolonga a atividade antimicrobiana entre higienizações, justificando a sua utilização como complemento à escovagem e à higiene interdental. O uso de colutórios com concentrações mais elevadas deste componente deve ser limitado a períodos de 2 a 4 semanas, devido ao risco de efeitos adversos como pigmentação dentária, alteração do paladar e descamação da mucosa.^{[84][88][89]}

Os restantes componentes frequentemente presentes em colutórios terapêuticos contribuem por mecanismos complementares relevantes na gestão da recessão gengival e dos seus sintomas, nomeadamente a hipersensibilidade dentária. Os compostos de amónio quaternário, como o cloreto de cetilpiridínio na concentração de 0,05%, atuam como surfactantes catiónicos que desorganizam as membranas microbianas e reduzem a formação de placa, funcionando como alternativa ou complemento à clorhexidina em regimes de manutenção.^[90]

Os óleos essenciais (timol, eucalipto, mentol e salicilato de metilo) apresentam igualmente atividade antimicrobiana e moduladora do biofilme, interferindo com as membranas microbianas e proteínas de adesão, e demonstraram eficácia anti-inflamatória, analgésica e contra a placa bacteriana em ensaios clínicos.^{[91][92]} O fluoreto, embora não reduza diretamente a recessão gengival, fortalece o esmalte, previne lesões radiculares e cáries cervicais em dentes expostos, contribuindo para a conservação dos dentes.^[93]

Em Portugal, estão disponíveis vários produtos sem receita médica e são frequentemente recomendados em contextos de prevenção e manutenção periodontal.

Quando a recessão gengival é acompanhada de inflamação e acúmulo de tártaro, torna-se necessário recorrer à raspagem e alisamento radicular. Estes procedimentos consistem na remoção mecânica de biofilme, tártaro supra e subgengival, bem como no polimento da superfície radicular para dificultar a recolonização bacteriana, realizados no consultório por médicos dentistas.^{[54][61]} Após o procedimento, recomenda-se ao paciente a utilização de analgésicos de venda livre, como paracetamol ou ibuprofeno, em doses usuais, caso haja desconforto. Além disso, é fundamental reforçar as instruções de higiene oral para prevenir a recorrência.

1.6.2. Segunda linha: terapias dessensibilizantes e restaurações cervicais

Em casos de recessão gengival não avançada, em que há exposição radicular parcial sem grande comprometimento do suporte periodontal, os agentes dessensibilizantes assumem papel terapêutico essencial como terapia de segunda linha.^[94-96]

De acordo com a teoria hidrodinâmica, os túbulos dentinários expostos permitem o movimento do fluido intratubular em resposta a estímulos térmicos, mecânicos ou químicos, originando variações de pressão que estimulam fibras nervosas da polpa e desencadeiam dor. Compostos como o nitrato de potássio atuam através da difusão de íons de potássio ao longo dos túbulos dentinários, levando à hiperpolarização e diminuição da excitabilidade das fibras nervosas intradentárias, reduzindo assim a transmissão do estímulo doloroso.^{[97][98]}

Por outro lado, sais de estrôncio e formulações enriquecidas em cálcio e fosfato promovem a oclusão física dos túbulos dentinários, formando precipitados cristalinos que reduzem a permeabilidade dentária e atenuam a resposta que origina a dor.^[99] Mais recentemente, dentífricos contendo arginina associada a carbonato de cálcio têm demonstrado eficácia clínica significativa, uma vez que a arginina, aminoácido carregado positivamente em pH fisiológico, interage com a superfície dentária e adere ao cálcio presente na formulação, promovendo a formação de uma camada rica em minerais que protege rapidamente os túbulos dentinários expostos.^{[99][100]}

Estes mecanismos combinados contribuem para o alívio sintomático, melhorando a qualidade de vida do utente e prevenindo comportamentos de escovagem agressiva que poderiam agravar a recessão gengival.

Para além das pastas dentífricas com estes componentes, recomenda-se o uso de dentífricos fluoretados com concentração de 1500 a 5000 ppm, dependendo do risco de desenvolvimento de cáries.^{[94][101]} Os fluoretos apresentam uma ação preventiva e remineralizante particularmente importante em superfícies radiculares expostas em consequência da recessão gengival.

O ião fluoreto promove a remineralização através da formação de fluorapatite, uma fase cristalina mais resistente à desmineralização ácida, e ao mesmo tempo inibe a atividade das enzimas bacterianas, reduzindo a produção de ácidos pela placa.^[102] Esta ação contribui para a proteção contra cáries radiculares, uma complicação frequente em indivíduos com recessão gengival, especialmente idosos. Além disso, dentífricos que associam fluoretos a compostos de cálcio e fosfato favorecem a formação de depósitos minerais sobre a superfície dentinária, reforçando a estrutura radicular exposta e promovendo a obliteração parcial dos túbulos dentinários.^{[101][102]}

Assim, o uso de fluoretos em formulações dentífricas constitui uma medida essencial não apenas na prevenção da progressão das lesões radiculares, mas também no reforço da resistência estrutural do dente em contextos de recessão gengival. A aplicação tópica de vernizes de flúor em consultório também pode ser considerada para casos mais resistentes.^[101]

Outra abordagem é a restauração das lesões cervicais não cariosas. Estas podem ser realizadas com compósitos de resina ou ionómeros de vidro, permitindo recuperar a forma anatómica do dente e reduzir a sensibilidade, ainda que não alterem a posição da gengiva.^[103]

1.6.3. Terceira linha: técnicas cirúrgicas de recobrimento radicular

Nos casos em que o impacto estético é relevante ou quando há risco de progressão severa, torna-se necessária a intervenção cirúrgica periodontal.^[104] As técnicas de recobrimento radicular incluem diferentes modalidades, sendo a escolha dependente da classificação da recessão, do biótipo gengival e da presença de gengiva queratinizada.^[105]

O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é considerado a referência para recessões Cairo RT1, oferecendo taxas de recobrimento radicular superiores a 90%.^[106] Este procedimento envolve a colheita de um enxerto de tecido do palato do próprio paciente, que é então suturado sobre o local da recessão, garantindo aumento da espessura gengival e estabilidade a longo prazo.^[107-109] Alternativamente, técnicas que recorrem a materiais aloplásticos ou xenoenxertos, como matrizes dérmicas acelulares ou colagénio suíno, têm vindo a ser estudadas como substitutos ao enxerto autógeno, reduzindo a morbilidade associada à área dadora. Vários destes produtos já se encontram disponíveis em países europeus, incluindo Portugal.^[110]

Mais recentemente, técnicas minimamente invasivas têm sido propostas, utilizando incisões reduzidas e instrumentos específicos para mobilizar os tecidos gengivais sem necessidade de enxerto, chamado de reposicionamento gengival. Apesar de promissoras, estas abordagens ainda carecem de evidência comparado às técnicas convencionais.^{[111][112]}

1.7. Conclusão

A prevenção da progressão e recidiva da recessão gengival assenta em medidas educativas e de manutenção periodontal. O utente deve ser instruído sobre técnicas adequadas de escovagem, controlo da força aplicada e utilização de dentífricos específicos. Consultas regulares de profilaxia, idealmente a cada 6 meses, com remoção de tártaro e reforço da higiene oral são recomendadas, sendo necessária monitorização mais rigorosa em grupos de risco, como fumadores, diabéticos ou pacientes submetidos a tratamento ortodôntico.^{[54-63][74-79][113]}

O tratamento deve ser sempre individualizado, começando por medidas conservadoras, como higiene oral rigorosa, terapêutica química de suporte e raspagem radicular. Quando estas não são suficientes, recorre-se a opções adicionais, incluindo restaurações cervicais, agentes dessensibilizantes ou técnicas cirúrgicas.^{[54][80-112][114]}

O caso do utente que procurou apoio inicial na farmácia evidencia a importância do reconhecimento precoce desta condição. O farmacêutico comunitário, muitas vezes o primeiro ponto de contacto, deve orientar sobre autocuidados, recomendar produtos adequados e encaminhar para o médico dentista sempre que necessário.

A prevenção continua a ser o eixo central no controlo da recessão gengival, com destaque para a educação em saúde oral, a escolha correta de técnicas e instrumentos de higiene, e a eliminação de fatores de risco. A manutenção periódica em consulta e o acompanhamento farmacêutico desempenham um papel essencial na prevenção de recidivas e na promoção da saúde oral a longo prazo.^{[115][116]}

A formação dada aos colaboradores da farmácia Martins da Costa sobre este tema encontra-se no *Anexo 4*.

Tema 2 – Incontinência urinária

2.1. Contextualização em farmácia comunitária

Durante o estágio curricular em farmácia comunitária, foi atendida uma utente que procurava aconselhamento para episódios recorrentes de perda involuntária de urina, relatando grande constrangimento no quotidiano, impacto na autoestima e dúvidas acerca das opções de tratamento disponíveis. Este episódio constituiu o ponto de partida para a escolha do tema “incontinência urinária” (IU), dada a sua elevada prevalência, o impacto na qualidade de vida e a relevância crescente enquanto problema de saúde pública. A farmácia comunitária, como local acessível e de proximidade, tem uma função determinante na identificação precoce, no aconselhamento e na referenciação dos doentes. O caso que originou este relatório reflete a realidade quotidiana, em que a procura inicial de ajuda ocorre fora do sistema hospitalar, cabendo ao farmacêutico comunitário reconhecer os sinais de alerta e apoiar o doente na adesão a estratégias terapêuticas adequadas.

A IU é definida pela *International Continence Society* como qualquer perda involuntária de urina, sendo reconhecida como um sintoma, um sinal e uma condição clínica que pode ser quantificada em termos de frequência e gravidade.^[117] Apesar de não ser uma condição com risco de vida direto, associa-se a importantes repercussões físicas, psicológicas e sociais, incluindo isolamento, depressão, ansiedade, disfunção sexual e queda na qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS).^[118-120] O impacto económico também é considerável: os custos diretos envolvem absorventes, fraldas, medicamentos e intervenções médicas ou cirúrgicas, enquanto os custos indiretos incluem absentismo laboral e perda de produtividade.^[121]

2.2. Epidemiologia da incontinência urinária

Do ponto de vista epidemiológico, a IU apresenta elevada prevalência mundial, afetando sobretudo mulheres e idosos. Estima-se que aproximadamente 25 a 45% das mulheres adultas experienciem algum grau de IU, com aumento progressivo após a menopausa.^[121-123] Nos homens, a prevalência é inferior, variando entre os 3 e 11%, mas torna-se mais frequente após cirurgias da próstata, nomeadamente prostatectomia total.^[124] A prevalência em idosos institucionalizados pode ultrapassar 50%, refletindo

fragilidade, multimorbilidade e dependência funcional. A nível global, o envelhecimento populacional, o aumento da obesidade e a maior sobrevivência após doenças crónicas contribuem para o crescimento do número de pessoas afetadas por esta condição.^{[121][124-126]}

Em Portugal, a epidemiologia da IU tem sido objeto de estudos que demonstram a sua relevância clínica e social. O estudo realizado por *Correia et al.* (2009) avaliou uma amostra representativa da população portuguesa com idades iguais ou superiores a 40 anos e identificou uma prevalência de 21,4% em mulheres e 7,6% em homens, com apenas 4,5% tendo diagnóstico médico formal, o que demonstra um claro subdiagnóstico e subtratamento. Outro estudo nacional recente envolvendo mais de 10 mil mulheres adultas revelou prevalência autorreferida de 9,9%, variando de 6,3% entre os 18 e 39 anos a 40,8% em idosas com idades compreendidas dos 75 aos 85 anos, e associada a pior estado de saúde física e mental, além de aumento da procura de cuidados médicos.^{[128][129]} Esses dados confirmam que, em Portugal, tal como noutros países europeus, a IU é uma condição frequente, mas ainda invisibilizada, com grande impacto social e na utilização de recursos de saúde.

O estigma associado à IU constitui uma barreira significativa ao diagnóstico e tratamento. Muitos indivíduos, sobretudo mulheres, normalizam a perda urinária como parte do envelhecimento ou consequência natural de partos vaginais, não recorrendo ao médico.^[129] Esse atraso no diagnóstico contribui para o agravamento dos sintomas e para a utilização inadequada de estratégias paliativas, como resguardos absorventes descartáveis, que embora tragam conforto imediato, não constituem solução definitiva.^[118] A ausência de tratamento adequado perpetua complicações físicas, como dermatites associadas à humidade, infeções urinárias recorrentes e risco de quedas em idosos que necessitam de idas frequentes e urgentes à casa de banho.^{[123][130][131]}

Do ponto de vista das políticas de saúde, a IU é cada vez mais reconhecida como uma condição prioritária. A OMS sublinha a importância de estratégias de promoção da saúde pélvica, prevenção de fatores de risco (como obesidade e obstipação crónica) e garantia de acesso a terapias conservadoras e farmacológicas eficazes. Em vários países, incluindo Portugal, associações de urologia e ginecologia desenvolveram guidelines clínicas que estruturam o tratamento em linhas terapêuticas, desde medidas comportamentais até

intervenções cirúrgicas. Essa abordagem por fases permite individualizar a terapêutica segundo o tipo de IU, gravidade, perfil clínico e preferências do doente.^{[120][122-131]}

2.3. Fisiopatologia da incontinência urinária

A incontinência urinária (IU) é uma condição clínica multifatorial, resultante de disfunções anatómicas, neurológicas e fisiológicas do trato urinário inferior. A fisiopatologia varia de acordo com o subtipo de IU, sendo os principais a incontinência urinária de esforço (IUE), a incontinência urinária de urgência (IUU), a incontinência urinária mista (IUM) e a incontinência por transbordamento (IUT). Cada forma apresenta mecanismos específicos, ainda que possam coexistir num mesmo indivíduo, sobretudo em idosos.^[117-119] A IUE ocorre quando a pressão intra-abdominal excede a pressão uretral máxima, devido à fraqueza dos músculos do pavimento pélvico ou disfunção do esfíncter uretral. Esse mecanismo é frequentemente associado a partos vaginais, menopausa e obesidade.^{[120][126-128]} A IUU, por sua vez, é causada por hiperatividade do músculo detrusor, resultando em contrações involuntárias da bexiga durante a fase de enchimento. Já a IUM combina características das duas anteriores, sendo comum em mulheres idosas, refletindo tanto falência esfinteriana como instabilidade vesical. A IUT resulta de obstrução do fluxo urinário ou hipoatividade do detrusor, levando à retenção urinária crônica e perdas contínuas em pequena quantidade, mais prevalente em homens com hiperplasia benigna da próstata. A incontinência funcional é caracterizada pela incapacidade física ou cognitiva de chegar à casa de banho a tempo, sem alterações no trato urinário inferior.^{[122][132]}

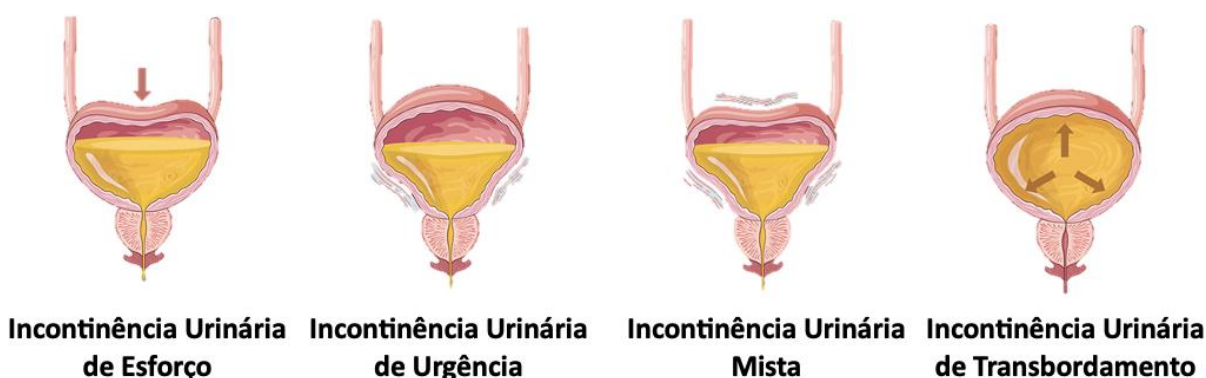


Figura 4. Diferentes manifestações da Incontinência Urinária. Imagem adaptada de [133].

2.4. Sintomatologia da incontinência urinária

Os sintomas clínicos variam conforme o subtipo. Pacientes com IUE relatam perdas urinárias associadas a esforços como tossir, rir ou levantar peso, enquanto na IUU a queixa típica é urgência miccional acompanhada de perdas involuntárias, muitas vezes precedida de polaquiúria e noctúria. Além das queixas diretas, a IU associa-se a sinais indiretos como dermatite de contato, odor urinário persistente e aumento de infecções urinárias de repetição.^{[132][134]} O diagnóstico clínico exige uma anamnese detalhada, diário miccional, exame físico e, nalguns casos, estudos urodinâmicos.^[135]

2.4. Fatores de risco da incontinência urinária

A etiologia da IU é complexa e multifatorial. Fatores de risco incluem envelhecimento, gravidez, parto vaginal, menopausa, obesidade, doenças neurológicas (ex. esclerose múltipla, doença de Parkinson, AVC), diabetes mellitus, tabagismo e consumo excessivo de cafeína e álcool. Estudos populacionais demonstram que a obesidade duplica o risco de IU em mulheres, enquanto o tabagismo está associado a maior incidência de tosse crônica, que contribui para a IUE.^{[121][136][137]} Em homens, além da idade, a principal causa é a cirurgia da próstata, especialmente a prostatectomia radical, que compromete o esfíncter uretral e a inervação pélvica.^{[124][138]}

2.5. Tratamento da incontinência urinária

2.5.1. Medidas não farmacológicas

O tratamento da IU deve seguir uma abordagem progressiva, começando por medidas conservadoras de primeira linha, passando para a farmacoterapia e, em casos refratários, intervenções cirúrgicas. Esta estratégia baseia-se em guidelines internacionais da *International Continence Society* e da *European Association of Urology*.^{[117][139]}

As medidas de primeira linha incluem intervenções comportamentais e exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Os exercícios de Kegel, realizados com contrações voluntárias repetidas da musculatura pélvica, demonstram eficácia significativa, sobretudo na IUE.^{[140][141]} O uso de bolas chinesas, disponíveis em diferentes pesos, também se mostra útil no tratamento desta patologia. Ao serem inseridas na vagina, provocam contrações

involuntárias dos músculos pélvicos, uma vez que o corpo tenta mantê-las no local, contribuindo assim para o fortalecimento da musculatura.^[142]

A fisioterapia pélvica assistida, incluindo biofeedback e eletroestimulação, potencializa os resultados, com taxas de melhoria entre 60 e 80%.^[143] Programas de treino vesical e técnicas de micção programada são recomendados para a IUU, ajudando a aumentar a capacidade vesical e reduzir episódios de urgência. Medidas de estilo de vida como perda de peso, redução do consumo de cafeína e álcool, cessação tabágica e tratamento da obstipação crónica são igualmente eficazes.^[136]

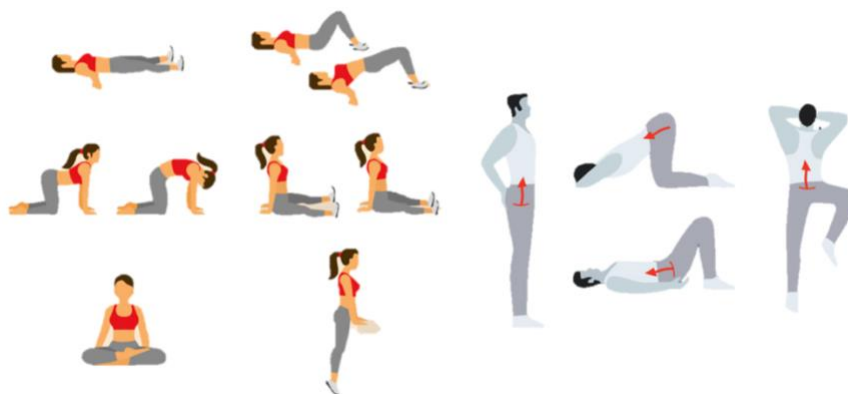


Figura 5. Exercícios de Kegel para mulheres [144] e para homens [145].

2.5.2. Medidas farmacológicas

Quando as medidas conservadoras não são suficientes, recorre-se à terapêutica farmacológica. No caso da IUU, os antimuscarínicos constituem a primeira opção.^[146]

Estes fármacos atuam como antagonistas competitivos dos recetores muscarínicos, com especial relevância para os subtipos M2 e M3 expressos no músculo detrusor. A estimulação colinérgica nestes recetores promove a contração da bexiga, pelo que a sua inibição reduz a frequência e intensidade das contrações involuntárias, atenua a sensação de urgência e aumenta a capacidade vesical funcional.

Entre os fármacos disponíveis em Portugal incluem-se solifenacina, cloreto de tróspio, oxibutinina e tolterodina.^[146]

Para além da ação periférica, alguns fármacos apresentam permeabilidade hematoencefálica distinta, condicionando diferentes perfis de segurança a nível do SNC. Neste contexto, o cloreto de tróspio, amina quaternária com baixa lipofilicidade, apresenta reduzida penetração no SNC, minimizando potenciais efeitos adversos cognitivos, em comparação com antimuscarínicos terciários como a oxibutinina.^{[147][148]}

Do ponto de vista farmacológico, a solifenacina (disponível em comprimidos de 5 mg e 10 mg, em toma única diária) é relativamente seletiva para os recetores M3, responsáveis pela contração detrusora. O cloreto de tróspio, por sua vez, é administrado habitualmente na dose de 20 mg duas vezes por dia antes das refeições, sendo excretado maioritariamente de forma inalterada por via renal, o que requer precaução em doentes com insuficiência renal moderada a grave.^[149-151]

Os principais efeitos adversos, como xerostomia, visão turva, obstipação e alterações cognitivas em idosos, associados à atividade anticolinérgica, limitam a adesão prolongada.^{[146][147]} Interações medicamentosas relevantes envolvem a coadministração com fármacos que partilhem vias de eliminação renal (no caso do cloreto de tróspio) ou metabolização hepática pelo CYP3A4 (no caso da solifenacina). Estas características farmacocinéticas e farmacodinâmicas devem orientar a seleção terapêutica, privilegiando o equilíbrio entre eficácia clínica, segurança e adesão terapêutica.^[150-152]

O mirabegrom, agonista β_3 -adrenérgico, constitui uma alternativa eficaz e mais bem tolerada no tratamento da IU, graças à sua ação seletiva sobre os recetores da musculatura lisa do detrusor vesical. A sua ativação promove o aumento do AMP cíclico (cAMP), reduzindo o tónus do detrusor durante a fase de enchimento e aumentando a capacidade vesical funcional, sem afetar de forma significativa os recetores β_1 e β_2 em doses terapêuticas, o que mitiga efeitos cardiovasculares indesejados.^{[153][154]} O modo de ação distinto do mirabegrom permite-lhe atuar como alternativa ou complemento aos antimuscarínicos, com menor incidência de efeitos secundários.^[155] Este fármaco está disponível em Portugal em formulação oral de 25 ou 50 mg, administrada uma vez por dia.^{[156][157]}

O mirabegrom demonstrou eficácia consistente em ensaios clínicos de fase III, reduzindo significativamente o número de episódios de incontinência, a frequência urinária e melhorando o volume médio por micção em comparação com o placebo.^{[155][158]} Em análises comparativas, verificou-se que a eficácia da resposta clínica é semelhante à obtida com os antimuscarínicos, mas com uma taxa inferior de eventos adversos típicos da inibição colinérgica.^{[154][158]} Estes resultados traduzem-se em maior adesão terapêutica a médio e longo prazo, um fator crucial em doentes idosos polimedicados, nos quais a tolerabilidade pode condicionar o sucesso do tratamento.^{[154][159]}

O perfil de segurança favorável deve-se ao facto de o mirabegrom atuar seletivamente sobre recetores β_3 -adrenérgicos na bexiga, poupando recetores muscarínicos centrais e periféricos, responsáveis pela maioria dos efeitos indesejáveis observados com os antimuscarínicos.^{[153][154]} Em estudos com a extensão de 12 meses, o fármaco manteve uma boa eficácia, sem aumento relevante de eventos adversos cardiovasculares, embora seja recomendada monitorização da pressão arterial em doentes hipertensos.^{[158][159]} Assim, o mirabegrom constitui uma alternativa terapêutica válida e melhor tolerada para doentes com incontinência urinária associada a bexiga hiperativa, particularmente naqueles em que os antimuscarínicos não são bem aceites ou estão contraindicados.

No caso da IUE, a farmacoterapia é mais restrita. A duloxetina, um inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina, é utilizado na maioria dos países europeus, incluindo Portugal, mas nos Estados Unidos da América encontra-se autorizado apenas para depressão e dor neuropática, sendo o uso *off-label* na IU limitado.^{[146][160]}

Crems vaginais de estrogénio podem ser recomendados em mulheres pós-menopáusicas com atrofia urogenital, melhorando o trofismo uretral e resposta ao treino pélvico.^[161]

2.5.3. Injeções e neuromodulação

Para casos refratários à farmacoterapia, recorrem-se a opções de segunda linha, incluindo injeções intravesicais de toxina botulínica e neuromodulação sacral e tibial.^[162-166] A toxina botulínica intravesical bloqueia a libertação de acetilcolina nas terminações nervosas, reduzindo contrações no detrusor. Estudos randomizados demonstram eficácia superior relativamente ao placebo, com redução significativa dos episódios de IU em até 70% dos doentes, mas com risco de retenção urinária transitória.^[162-164] A neuromodulação sacral e tibial, realizada pela implementação de elétrodos nos nervos sacrais e tibial superior, respetivamente, modula os circuitos de reflexos da bexiga, sendo eficaz na IUU, IUM e IUT refratárias.^[165]

2.5.4. Intervenção cirúrgica

As intervenções cirúrgicas são consideradas como terceira linha de tratamento desta patologia, sobretudo na IUE grave.^[167] As técnicas mais utilizadas incluem as cirurgias

de suspensão uretral com "slings" de material sintético ou autólogo, que restauram o suporte uretral. A *tension-free vaginal tape* e a *transobturator tape* são amplamente utilizadas em Portugal, com taxas de cura de 70 a 90% a longo prazo.^[168-171] Em homens com IU grave pós-prostatectomia, o esfíncter urinário artificial permanece como referência para o tratamento, apresentando elevada taxa de satisfação, embora com risco de complicações mecânicas.^{[172][173]}

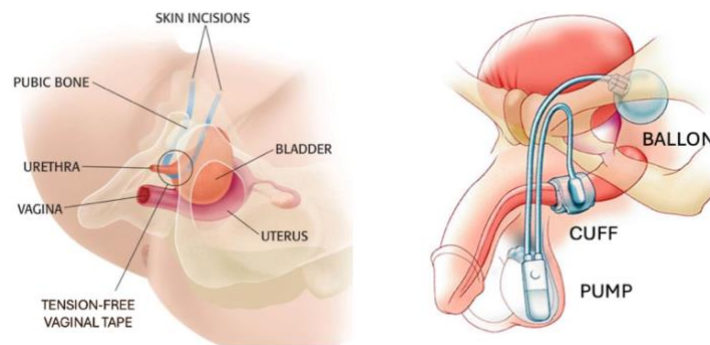


Figura 6. Funcionamento da *Tension-Free Vaginal Tape* [174] e do Esfíncter Urinário Artificial [175].

Paralelamente ao tratamento específico, produtos de apoio, como pensos urinários descartáveis, fraldas e dispositivos coletores externos, são amplamente utilizados.^[176] Em Portugal, estes produtos são disponibilizados em farmácias e algumas categorias são comparticipadas pelo Serviço Nacional de Saúde mediante prescrição médica. Apesar de não tratarem a causa, constituem um recurso essencial para garantir dignidade e qualidade de vida aos doentes.^[177]

2.6. Prevenção e impacto psicossocial da incontinência urinária

A prevenção do reaparecimento da IU passa pela manutenção de medidas de estilo de vida saudáveis.^[177] A prática regular de exercícios pélvicos, mesmo após resolução dos sintomas, é recomendada como prevenção secundária. Evitar tabaco, álcool e excesso de cafeína, bem como manter o trânsito intestinal regular, são igualmente medidas preventivas eficazes.^[136-141]

Do ponto de vista psicossocial, a IU associa-se a isolamento social, depressão, ansiedade e até institucionalização precoce de idosos. Estudos portugueses mostram que mulheres com IU apresentam piores índices de saúde mental, maior prevalência de sintomas depressivos e redução da atividade sexual.^[178] O impacto na vida profissional é

igualmente relevante, com o aumento de ausências e redução de produtividade laboral. Daí a importância de uma abordagem multidisciplinar que envolva médicos, fisioterapeutas e farmacêuticos, promovendo não apenas a melhoria dos sintomas, mas também o suporte emocional e social.^{[118][120][121]}

A adesão ao tratamento constitui outro desafio. A taxa de abandono dos antimuscarínicos chega a 60% após um ano de tratamento, devido a efeitos adversos ou falta de eficácia perceptível pelo doente.^[177] A atuação do farmacêutico é crucial para reforçar a adesão, orientar sobre técnicas de administração corretas, prevenir interações medicamentosas e identificar efeitos adversos precocemente.

2.7. Conclusão

A análise do quadro clínico do utente que se apresentou na farmácia sugere uma incontinência urinária mista, combinando características de incontinência de esforço e de urgência.^[119] Dada a gravidade moderada dos sintomas e a sua repercussão no dia a dia do doente, a abordagem terapêutica deve ser gradual, começando por medidas conservadoras e complementada por farmacoterapia, caso as intervenções iniciais não proporcionem melhoria suficiente.^[139]

As medidas de primeira linha incluem reeducação comportamental, treino do pavimento pélvico através dos exercícios de Kegel e orientação sobre micção programada. Além disso, recomenda-se o uso de pensos de qualidade, aumentando a confiança do utente para o retorno às atividades normais.^[176]

Caso estas medidas não sejam suficientes, a farmacoterapia constitui a segunda linha de tratamento, especialmente para sintomas de urgência. Os antimuscarínicos são eficazes na redução de episódios de urgência e frequência urinária, devendo a sua prescrição ser acompanhada da monitorização dos efeitos adversos.^[146-152] Alternativamente, o mirabegrom apresenta boa tolerabilidade e eficácia comprovada em estudos clínicos.^[153-159] Para mulheres pós-menopáusicas, a adição de estrogénio vaginal tópico pode melhorar a função uretral e a resposta ao treino pélvico.^[161]

Em casos refratários, a terceira linha inclui intervenções minimamente invasivas, como injeções intravesicais de toxina botulínica, neuromodulação sacral ou tibial e, eventualmente, cirurgia.^[163-165] No contexto masculino, após remoção completa ou parcial

da próstata, o implante de esfíncter urinário artificial oferece resultados favoráveis, melhorando a qualidade de vida.^[176]

O impacto psicossocial da IU também não pode ser subestimado. Intervenções educativas simples, como fornecimento de materiais informativos e explicação detalhada sobre o funcionamento do trato urinário e opções de tratamento, demonstram aumentar a adesão e a satisfação do utente. Com o intuito de promover a educação em saúde junto dos utentes da farmácia, foi elaborado e distribuído um panfleto informativo sobre a incontinência urinária, que se encontra identificado como *Anexo 5*.

A monitorização contínua do utente, com revisão periódica da evolução clínica e da adesão terapêutica, é fundamental para prevenir recidivas e complicações secundárias.^{[122][135]}

Conclusão global

Estes seis meses de estágio do MICF foram, para mim, muito mais do que uma etapa curricular: foram uma verdadeira integração na vida profissional, cheia de desafios, aprendizagens e pequenas conquistas diárias.

A minha experiência em farmácia hospitalar no *Istituto Nazionale dei Tumori*, realizada em contexto de Erasmus, foi um dos pontos altos deste percurso. Estar num país diferente, com uma língua e procedimentos próprios, fez-me perceber rapidamente como é importante ser flexível e adaptável. Cada dia era uma oportunidade de aprender não só sobre protocolos e normas hospitalares, mas também sobre como os farmacêuticos se organizam, colaboram e se apoiam mutuamente para garantir que tudo corre da melhor forma possível. Esta vivência ensinou-me que, apesar de existirem regras universais, os detalhes locais fazem toda a diferença e que a capacidade de adaptação é fundamental.

A transição para a farmácia comunitária trouxe um contacto direto com a população, o que exigiu de mim outra postura: ouvir, perceber as dúvidas, orientar e, sobretudo, demonstrar empatia. Foi aqui que percebi o quão próximo o farmacêutico está do dia a dia das pessoas. Cada gesto, cada explicação clara e transparente ou palavra de incentivo pode transformar a experiência do utente e criar confiança. Aprendi que, embora o domínio técnico seja essencial, é a forma como nos relacionamos com as pessoas que realmente determina a qualidade de um profissional de saúde.

Ao longo deste estágio, mantive uma postura de aprendizagem contínua, procurando pesquisar, formular questões pertinentes, selecionar informação fidedigna e partilhar esses conhecimentos com a equipa e com os utentes. Esta experiência permitiu-me reconhecer que o farmacêutico integra diversos papéis: é simultaneamente cientista, educador e um ponto de referência e apoio para quem necessita de orientação. No final desta etapa, sinto que cresci muito, não apenas como futura profissional, mas também como pessoa. Percebi que cada desafio, cada dúvida e cada situação inesperada são oportunidades de aprendizagem e de crescimento.

Este estágio foi apenas o começo de uma longa jornada, mas saiu daqui uma certeza: seja qual for a área em que eu venha a trabalhar, o compromisso com a segurança, eficácia e qualidade do cuidado farmacêutico será sempre a minha prioridade, e que, mesmo nos gestos mais simples, podemos ter um impacto real na vida das pessoas.

Bibliografia

1. Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Milano: Istituto Nazionale dei Tumori. [Online] Available from: <https://www.istitutotumori.mi.it/> [Accessed 5 May 2025].
2. Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Storia. Milano: Istituto Nazionale dei Tumori. [Online] Available from: <https://www.istitutotumori.mi.it/storia> [Accessed 5 May 2025].
3. Newsweek. World's Best Specialized Hospitals 2025: Oncology. [Online] Available from: <https://rankings.newsweek.com/worlds-best-specialized-hospitals-2025/oncology> [Accessed 5 May 2025].
4. Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Farmacia Ospedaliera. Milano: Istituto Nazionale dei Tumori. [Online] Available from: <https://www.istitutotumori.mi.it/s.c.-farmacia-ospedaliera> [Accessed 5 May 2025].
5. Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Farmacoeconomia e Acquisti. Milano: Istituto Nazionale dei Tumori. [Online] Available from: <https://www.istitutotumori.mi.it/web/guest/s.s.-farmacoeconomia-e-acquisti> [Accessed 6 May 2025].
6. Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Centrale di Preparazione Farmaci. Milano: Istituto Nazionale dei Tumori. [Online] Available from: <https://www.istitutotumori.mi.it/web/guest/s.s.-centrale-preparazione-farmaci> [Accessed 6 May 2025].
7. Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Organizzazione del Servizio Farmaceutico (mapa estrutural). Milano: Istituto Nazionale dei Tumori. [Online] Available from: <https://www.istitutotumori.mi.it/organigramma> [Accessed 6 May 2025].
8. Lalla RV, Bowen J, Barasch A, Elting L, Epstein J, Keefe DM, et al. MASCC/ISOO Clinical Practice Guidelines for the Management of Mucositis Secondary to Cancer Therapy. Cancer. 2014;120(10):1453–61. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32786044/>
9. Holle LM, Harris CS, Chan A, Fahrenbruch RJ, Labdi BA, Mohs JE, et al. Pharmacists' roles in oncology pharmacy services: Results of a global survey. J Oncol

- Pharm Pract. 2017 Apr;23(3):185–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26854267/>
10. Peterson DE, Boers-Doets CB, Bensadoun RJ, Herrstedt J. Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 2015;26(Suppl 5):v139–51. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26142468/>
 11. Becker DE, Reed KL. Local anesthetics: review of pharmacological considerations. *Anesthesia Progress*. 2012;59(2):90–101. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22822998/>
 12. Lalla RV, Sonis ST, Peterson DE. Management of oral mucositis in patients who have cancer. *Dent Clin North Am*. 2008;52(1):61–77, viii. [Online] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2266835/>
 13. Zhang Z, Song J, Li L, Yuan L. The effect of different mouthwashes to prevent oral mucositis in patients with radiotherapy and chemotherapy: a network meta-analysis. *BMC Complement Med Ther*. 2025;25:112. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40611101/>
 14. Bell A, Kasi A. Oral Mucositis. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. [Updated May 29, 2023]. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351407/>
 15. Baumann LS, Grunebaum L, Elsaie ML, Murdock J, Jablonka E, Figueras K, Bell M. Safety and efficacy of a rapid-acting topical 4% lidocaine gel in a unique drug delivery system. *J Drugs Dermatol*. 2010 Dec;9(12):1500–4. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21120257/>
 16. Elad S, Cohen G, Zylber-Katz E, Findler M, Galili D, Garfunkel AA, et al. Systemic absorption of lidocaine after topical application for the treatment of oral mucositis in bone marrow transplantation patients. *J Oral Pathol*. [Internet]. 1999 Apr;28(4):170–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10235370/>
 17. Lidocaine Viscous 2% Oral Gel - Fast Delivery Near You [Internet]. Mountainside-medical.com. 2023. Available from: <https://www.mountaininside-medical.com/products/roxane-laboratories-lidocaine-viscous-2-solution?srltid=AfmBOogECWqCOsMyk104xPWLX3DpwY-KkdFC8siQ7ecrrltYeA9NhQrA> [Accessed 8 May 2025].

18. Sourisseau A, Fronteau C, Bonsergent M, Peyrilles E, Huon J-F. Practicing and evaluating clinical pharmacy in oncology: A scoping review. *Res Social Adm Pharm*. 2023 May;19(5):699–706. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36682897/>
19. Fentie AM, Huluka SA, Gebremariam GT, Gebretekla GB, Abebe E, Fenta TG. Impact of pharmacist-led interventions on medication-related problems among patients treated for cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Res Social Adm Pharm*. 2024 May;20(5):487–97. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38368123/>
20. Poczta A, Rogalska A, Marczak A. Treatment of Multiple Myeloma and the Role of Melphalan in the Era of Modern Therapies—Current Research and Clinical Approaches. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2021 Apr 23;10(9):1841. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8123041/>
21. Humans IWG on the E of CR to. MELPHALAN [Internet]. www.ncbi.nlm.nih.gov. International Agency for Research on Cancer; 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304320/>
22. DrugBank Online. Melphalan – DB01042. [Online] Available from: <https://go.drugbank.com/drugs/DB01042> [Accessed 10 May 2025].
23. Kumar SK, Callander NS, Hillengass J, et al. NCCN Guidelines Insights: Multiple Myeloma. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2020; 18(4): 391-399. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40340857/>
24. Lisenko K, Sauer S, Bruckner T, Egerer G, Goldschmidt H, Hillengass J, Schmier JW, Shah S, Witzens-Harig M, Ho AD, Wuchter P. High-dose chemotherapy and autologous blood stem cell transplantation of patients with multiple myeloma in an outpatient setting. *BMC Cancer*. 2017 Feb 22;17(1):151. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28228122/>
25. Food and Drug Administration (FDA). Evomela (melphalan) – Prescribing Information. 2016. [Online] Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/207155s001lbl.pdf [Accessed 14 May 2025].

26. Mayo Clinic. Melphalan (oral route) – Side effects & dosage. Mayo Clinic; 2025. [Online] Available from: <https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/melphalan-oral-route/description/drg-20064651> [Accessed 14 May 2025].
27. Manual de Preparação de Citotóxicos. Ordem dos Farmacêuticos; Nov 2013. [Online] Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/manual_citotoxicos_119641757565d73c9ca0df8.pdf
28. Bladé J, Rosiñol L. Complications of multiple myeloma. *Hematology/Oncology Clinics of North America*. 2007; 21(6): 1231-1246. [Online] Available from: [https://www.hemonc.theclinics.com/article/S0889-8588\(07\)00114-1/abstract](https://www.hemonc.theclinics.com/article/S0889-8588(07)00114-1/abstract)
29. Parsons LB, Edwards K, Perez A, et al. Positive outcomes associated with a pharmacist-driven oral chemotherapy program. *J Hematol Oncol Pharm*. 2015;5(4):99–108. [Online] Available from: <https://www.jhoponline.com/categories?view=article&secid=:jhop-december-2015-vol-5-no-4&artid=16538>
30. Investigation of the hospital pharmacy profession in Europe. *Eur J Hosp Pharm*. 2025 Apr;32(4):316. [Online] Available from: <https://ejhp.bmj.com/content/32/4/316>
31. National Cancer Institute. NCI Drug Dictionary: Sacituzumab tirumotecan. *National Cancer Institute*. [Online] Available from: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-drug/def/sacituzumab-tirumotecan> [Accessed 20 May 2025].
32. Ettorre VM, Demirkiran C, et al. Preclinical activity of sacituzumab govitecan in TROP2-positive low-grade serous ovarian cancer patient-derived xenograft models. *Int J Gynecol Cancer*. 2025 Sep;35(9):101988. doi:10.1016/j.ijgc.2025.101988. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40680453/>
33. Ouyang Q, Rodon J, Liang Y, et al. Results of a phase 1/2 study of sacituzumab tirumotecan in patients with unresectable locally advanced or metastatic solid tumors refractory to standard therapies. *J Hematol Oncol*. 2025 Jun 6;18(1):61.

- doi:10.1186/s13045-025-01705-2. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40481574/>
34. Yin Y, Fan Y, Ouyang Q, et al. Sacituzumab tirumotecan in previously treated metastatic triple-negative breast cancer: a randomized phase 3 trial. *Nat Med*. 2025 Jun;31(6):1969-1975. doi:10.1038/s41591-025-03630-w. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40217078/>
35. Zhao S, Cheng Y, et al. Sacituzumab tirumotecan in advanced non-small-cell lung cancer with or without EGFR mutations: phase 1/2 and phase 2 trials. *Nat Med*. 2025 Jun;31(6):1976-1986. doi:10.1038/s41591-025-03638-2. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40210967/>
36. World Health Organization. Tobacco. Geneva: WHO; 2025. [Online] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> [Accessed 10 July 2025].
37. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: DGS; 2025. [Online] Available from: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/tabagismo.aspx> [Accessed 12 July 2025].
38. Aslam SP, Leslie SW, Morris J. Nicotine addiction and smoking: health effects and interventions. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. [Online] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537066/>
39. Carson-Chahhoud KV, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ, Kopsaftis Z, Brinn MP, To-A-Nan R, Bond CM. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Oct 31;2019(10):CD003698. doi:10.1002/14651858.CD003698.pub3. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6822095/>
40. Tutka P, Zatonski W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic use. *European Journal of Pharmacology*. 2006; 583(2-3): 332-336. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17220536/>
41. Courtney RJ, McRobbie H, Tutka P, Weaver NA, Petrie D, Mendelsohn CP, et al. Effect of Cytisine vs Varenicline on Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* [Internet]. 2021 Jul 6;326(1):56–64. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8261608/>

42. Dextazin. Dextazin – Parar de fumar nunca foi tão fácil. Aflofarm; 2025. [Online] Available from: <https://www.dextazin.pt/> [Accessed 12 July 2025].
43. Muzny CA, Balkus J, Mitchell C, et al. Diagnosis and Management of Bacterial Vaginosis: Summary of Evidence Reviewed for the 2021 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. Clinical Infectious Diseases. 2022 Apr 13;74(Suppl 2):S144-S151. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35416968/>
44. Centers for Disease Control and Prevention. Bacterial Vaginosis – STI Treatment Guidelines, 2021. Atlanta: CDC; 2021. [Online] Available from: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/bv.htm> [Accessed 15 July 2025].
45. Cuida.pt. Lafemidia x 10 comprimidos vaginais. 2025. [Online] Available from: <https://www.cuida.pt/lafemidia-x-10-comprimidos-vaginais.html> [Accessed 15 July 2025].
46. Farmácias Portuguesas. Lafemidia comprimidos vaginais. 2025. [Online] Available from: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/lafemidia-comprimidos-vaginais-10unidade-s-7265934.html> [Accessed 15 July 2025].
47. Lafemidia. Lafemidia – Comprimido vaginal. 2025. [Online] Available from: <https://lafemidia.pt/> [Accessed 18 July 2025].
48. Ferreira F, Oliveira A, Dantas F. Higiene genital feminina. Amadora: Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca; 2013. [Online] Available from: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/entities/publication/386bac68-047b-4465-9f05-02f76bea4ca2> [Accessed 18 July 2025].
49. World Gastroenterology Organisation. Probiotics and Prebiotics: WGO Practice Guideline. Milwaukee (WI): WGO; 2023. [Online] Available from: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/probiotics-and-prebiotics-english-2023.pdf>
50. McFarland LV. Systematic review and meta-analysis of *Saccharomyces boulardii* in adult patients. World Journal of Gastroenterology. 2010;16(18):2202-2222. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20458757/>
51. Kelesidis T, Pothoulakis C. Efficacy and safety of the probiotic *Saccharomyces boulardii* for the prevention and therapy of gastrointestinal disorders. Therapeutic

- Advances in Gastroenterology. 2012;5(2):111-125. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3296087/>
52. Czerucka D, Piche T, Rampal P. Review article: yeast as probiotics—*Saccharomyces boulardii*. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2007;26(6):767-778. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17767461/>
 53. Szajewska H, Kołodziej M. Systematic review with meta-analysis: *Saccharomyces boulardii* in the prevention of antibiotic associated diarrhoea. Aliment Pharmacology & Therapeutics. 2015;42(7):793-801. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26216624/>
 54. Henchir H. Recessão gengival: o estado da arte. Tese de Mestrado. Lisboa: Instituto Universitário Egas Moniz; 2024.
 55. OralMED. Recessão gengival: o que é? Devemos preocupar-nos? 2024. [Online] Available from: <https://www.oralmed.pt/destaques/recessao-gengival-tratamento/> [Accessed 31 July 2025].
 56. Oral-B Portugal. Recessão gengival – o que causa a recessão gengival e o seu tratamento. Lisboa: Oral-B; 2025. [Online] Available from: <https://www.oralb.pt/pt-pt/saude-oral/condicoes/gengivas/gengivas-retraidas> [Accessed 31 July 2025].
 57. Moura B, Salazar F, Costa R, Cabral C, Reis C. The Prevalence of Gingival Recession According to the Cairo Classification in a Population from the North of Portugal. Dentistry Journal (Basel). 2024;12(12):376. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39727433/>
 58. Tugnait A, Clerehugh V. Gingival recession—its significance and management. Journal of Dentistry. 2001;29(6):381–394. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11520586/>
 59. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. The Journal of American Dental Association. 2003;134(2):220-225. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12636127/>
 60. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report. Journal of Clinical Periodontology. 2018;45 Suppl 20:S219-229. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926943/>

61. Chambrone L, Avila-Ortiz G. An evidence-based system for the classification and clinical management of non-proximal gingival recession defects. *J Periodontol*. 2021 Mar;92(3):327–335. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32738056/>
62. American Academy of Periodontology. 2017 Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions [Internet]. American Academy of Periodontology. 2018. Available from: <https://www.perio.org/research-science/2017-classification-of-periodontal-and-peri-implant-diseases-and-conditions/>
63. World Health Organization. Oral health fact sheet. Geneva: WHO; 2022. [Online] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> [Accessed 2 Aug 2025].
64. American Academy of Periodontology. Glossary of Periodontal Terms. 2020. [Online] Available from: <https://www.perio.org/for-professionals/periodontal-terminology>
65. Sabri R. The eight components of a balanced smile. *Journal of Clinical Orthodontics*. 2005 Mar;39(3):155–167; quiz 154. [Online] Available from: <https://www.jco-online.com/archive/2005/03/155> [Accessed 5 Aug 2025].
66. Amável R. Retração gengival (gengiva retraída): tratamento, tem cura? [Internet]. Saudebemestar.pt. [Online] Available from: <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/dentaria/gengiva-retraida/> [Accessed 6 Aug 2025].
67. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium. *Journal of Periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S74–84. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926944/>
68. Lang NP, Schätzle M, Ramseier CA, et al. Natural history of periodontal disease: The original Sri Lanka and Oslo studies. *Periodontol 2000*. 2024 Mar 22. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38520126/>
69. Neurath N, Kesting M. Cytokines in gingivitis and periodontitis: from pathogenesis to therapeutic targets. *Frontiers in Immunology*. 2024 Aug 26;15. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11381234/>

70. Chambrone L, Avila-Ortiz G. Miller's Classification of Marginal Tissue Recession: 40 Years of a Game Changer. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2025 Jul. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40644335/>
71. Fageeh HI, Fageeh HN, Bhati AK, Thubab AY, Sharrahi HMM, Aljabri YS, Alotaibi FI. Assessing the Reliability of Miller's Classification and Cairo's Classification in Classifying Gingival Recession Defects: A Comparison Study. *Medicina (Kaunas)*. 2024 Jan 25;60(2):205. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38399493/>
72. Pini-Prato G. The Miller classification of gingival recession: Limits and drawbacks. *Journal of Clinical Periodontology*. 2011;38(3):243–245. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21158897/>
73. Pradeep K, Rajababu P, Satyanarayana D, Sagar V. Gingival recession: review and treatment strategies. *Case Reports in Dentistry*. 2012;2012:563421. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3467775/>
74. Jati AS, Furquim LZ, Consolaro A. Gingival recession: Its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2016;21(3):18–29. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27409650/>
75. Heasman PA, Holliday R, Bryant A, Preshaw PM. Evidence for the occurrence of gingival recession and non-carious cervical lesions as a consequence of traumatic toothbrushing. *Journal of Clinical Periodontology*. 2015;42 Suppl 16:S237–S255. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25495508/>
76. MALO CLINIC. Retração gengival e o seu tratamento [Internet]. MALO CLINIC; 11 Apr 2022. [Online] Available from: <https://www.maloclinics.com/blog/articles/retracao-gengival-e-o-seu-tratamento> [Accessed 10 Aug 2025].
77. Bartlett D, Lussi A, West NX. Non-carious cervical lesions and gingival recession. *Periodontology 2000*. 2013;63(1):53–68. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21542735/>
78. Chambrone L, Cocco MÁ, Montañó AJ, Lafaurie GI. The influence of tobacco smoking on the outcomes achieved by root coverage procedures: An updated systematic review. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 2025

- Jan;37(1):187–200. doi: 10.1111/jerd.13296. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39138953/>
79. KIN. Recessão gengival: causas, sintomas e tratamentos [Internet]. KIN — Laboratórios KIN. [Online] Available from: <https://www.kin.es/pt/patologias/recesiones-gingivales/> [Accessed 11 Aug 2025].
 80. Matthews DC. Prevention and treatment of periodontal diseases in primary care. Evidence-Based Dentistry. 2014 Sep;15(3):68–69. doi:10.1038/sj.ebd.6401036. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25343386>
 81. Clínica Mint. Retração gengival (recessão gengival): causas e como tratar [Internet]. Lisboa: Mint. [Online] Available from: <https://mint.pt/blog/retracao-gengival-recessao-gengival-causas-como-tratar> [Accessed 11 Aug 2025].
 82. Marple Dental. You Only Have to Brush the Ones You Want to Keep [Internet]. 7 Dec 2020. [Online] Available from: <https://marpledental.com/you-only-have-to-brush-the-ones-you-want-to-keep/> [Accessed 13 Aug 2025].
 83. Deus FP. Chlorhexidine in Dentistry: Pharmacology, Uses, and Adverse Effects. Dent J (Basel). 2022;10(4):44. doi:10.3390/dj10040044. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35287956/>
 84. Brookes ZLS, Bescos R, Belfield LA, Ali K, Roberts A. Current uses of chlorhexidine for management of oral disease: a narrative review. J Dent. 2020 Dec;103:103497. doi:10.1016/j.jdent.2020.103497. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33075450/>
 85. Tomás I, Cousido MC, García-Caballero L, Rubido S, Limeres J, Diz P. Substantivity of a single chlorhexidine mouthwash on salivary bacteria: Influence of intrinsic and extrinsic factors. J Dent. 2010 Jul;38(7):541-6. doi:10.1016/j.jdent.2010.03.012. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20380865/>
 86. Mariotti AJ, Rumpf DA. Chlorhexidine-induced changes to human gingival fibroblast collagen and non-collagen protein production. J Periodontol. 1999 Dec;70(12):1443–8. doi: 10.1902/jop.1999.70.12.1443. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10632519/>

87. Poppolo Deus F, Ouanounou A. Chlorhexidine in Dentistry: Pharmacology, Uses, and Adverse Effects. *International Dental Journal*. 2022 Mar;72(3):269–77. doi: 10.1016/j.identj.2022.01.005. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9275362/>
88. Sooampon S, Jirojvanichakorn C, Ratanapakorn T, et al. Antibacterial Activity and Randomised Controlled Trial of Chlorhexidine-Coated Floss on Gingival Bleeding. *Int Dent J*. 2025 Apr;75(2):1292–1301. doi:10.1016/j.identj.2024.09.017. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39368925/>
89. NHS. How and when to use chlorhexidine [Internet]. NHS.uk. [Online] Available from: <https://www.nhs.uk/medicines/chlorhexidine/how-and-when-to-use-chlorhexidine/> [Accessed 11 Sep 2025].
90. Haps S, Slot DE, Berchier CE, Van der Weijden GA. The effect of cetylpyridinium chloride-containing mouth rinses as adjuncts to toothbrushing on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2008 Nov;6(4):290-303. doi:10.1111/j.1601-5037.2008.00344.x. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19138180/>
91. Stoeken JE, Paraskevas SP, van der Weijden GA. The long-term effect of a mouthrinse containing essential oils on dental plaque and gingivitis: a systematic review. *Journal of Periodontology*. 2007 Jul;78(7):1218–28. doi:10.1902/jop.2007.060269. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17608576/>
92. Davari AR, Ataei E, Assarzadeh H. Dentin hypersensitivity: etiology, diagnosis and treatment; a literature review. *J Dent (Shiraz)*. 2013 Sep;14(3):136–45. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24724135/>
93. Martelli FS, et al. Clinical efficacy of probiotic-based oral care products in periodontal diseases: A systematic review. *European Journal of Dentistry*. 2016;10(3):398–407. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37038663/>
94. Nair V, Sabarish R, Ravindran D, Sk B. A Minimally Invasive Approach to Managing Isolated Gingival Recession. *Cureus*. 2023 Apr 6;15(4):e37195. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37159783/>

95. Yang ZY, Wang F, Lu K, Li YH, Zhou Z. Arginine-containing desensitizing toothpaste for the treatment of dentin hypersensitivity: a meta-analysis. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*. 2016 Jan 7;8:1–14. doi: 10.2147/CCIDE.S95660. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26793006/>
96. Sharma S, Shetty NJ, Uppoor A. Evaluation of the clinical efficacy of potassium nitrate desensitizing mouthwash and a toothpaste in the treatment of dentinal hypersensitivity. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 2012;4(1):e28–33. doi: 10.4317/jced.50665. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3908806/>
97. Salian S, Thakur S, Kulkarni S, LaTorre G. A randomized controlled clinical study evaluating the efficacy of two desensitizing dentifrices. *Journal of Clinical Dentistry*. 2010;21(3):82–7. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21207919/>
98. Poulsen S, Errboe M, Lescay Mevil Y, Glenny AM. Potassium containing toothpastes for dentine hypersensitivity: systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD001476. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16855970/>
99. Charig AJ, Thong S, Flores F, Gupta S, Major E, Winston AE. Mechanism of action of a desensitizing fluoride toothpaste delivering calcium and phosphate ingredients in the treatment of dental hypersensitivity. Part II: comparison with a professional treatment for tooth hypersensitivity. *Compend Contin Educ Dent*. 2009 Nov-Dec;30(9):622-4, 626, 628 passim. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19998729/>
100. Barlow AP, Mason S, Cozza P, Davies RL, Mason SJ. A comparative evaluation of the efficacy of two novel dentifrices with different modes of action for treating dentine hypersensitivity: a randomised, examiner-blind clinical trial. *Journal of Clinical Dentistry*. 2012;23(1):17-22. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3523144/>
101. Carvalho TS, et al. Fluoride varnishes: A review of their clinical use, cariostatic mechanism, efficacy and safety. *Brazilian Oral Research*. 2010;24 Suppl 1:90–99. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10832252/>

102. Ten Cate JM. Contemporary perspective on the use of fluoride products in caries prevention. *British Dental Journal*. 2013;214(4):161–167. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23429124/>
103. Orchardson R, Gillam DG. Managing dentin hypersensitivity. *The Journal of the American Dental Association*. 2006;137(7):990–998. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16803826/>
104. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, Sculean A, Tonetti MS; EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I–III periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2020 Jul;47 Suppl 22:4–60. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32383274/>
105. Alghamdi H, Babay N, Sukumaran A. Surgical management of gingival recession: A clinical update. *Journal of Clinical Periodontology*. 2009 Jul;21(2):83–94. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3722996/>
106. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontology* 2000. 2015;68(1):333–368. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25867992/>
107. Chambrone L, Chambrone D, Pustiglioni FE, et al. Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller Class I and II recession-type defects? *Journal of Dentistry*. 2008;36(9):659–671. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18584934/>
108. Papageorgakopoulos G, Greenwell H, Hill M, Vidal R, Scheetz JP. Root coverage using acellular dermal matrix and comparing a coronally positioned tunnel to a coronally positioned flap approach. *Journal of Periodontology*. 2008 Jun;79(6):1022–30. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18533779/>
109. Chambrone L, Tatakis DN. Periodontal soft tissue root coverage procedures: A systematic review from the AAP Regeneration Workshop. *Journal of Periodontology*. 2015;86(2 Suppl):S8–S51. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25644302/>
110. Dai A, Huang J, Ding P, Chen L. Long-term stability of root coverage procedures for single gingival recessions: A systematic review and meta-analysis.

- Journal of Clinical Periodontology. 2019 May;46(5):572–85. doi: 10.1111/jcpe.13106. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30980404/>
111. Lu W, Qi G, Ding Z, Li X, Qi W, He F. Clinical efficacy of acellular dermal matrix for plastic periodontal and implant surgery: a systematic review. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2020 Aug;49(8):1057–66. doi: 10.1016/j.ijom.2019.12.005. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31889581/>
 112. Aroca S, et al. Treatment of multiple adjacent gingival recessions with a coronally advanced flap and either a collagen matrix or connective tissue graft: A randomized clinical trial. Journal of Periodontology. 2013;84(10):1313–1321. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23627374/>
 113. Jepsen S, et al. Patient-reported outcomes after periodontal plastic surgery: A systematic review. Journal of Clinical Periodontology. 2020;47 Suppl 22:127–141. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39099964/>
 114. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: DGS; 2021. [Online] Available from: <https://www.dgs.pt/programas-de-saude/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral.aspx> [Accessed 15 Aug 2025].
 115. Suvan JE, Sabalic M, Araújo MR, Ramseier CA. Behavioral strategies for periodontal health. Periodontology 2000. 2022 Oct;90(1):247–61. doi: 10.1111/prd.12462. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9804566/>
 116. Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: Towards integration with chronic disease prevention. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2012;40(1):1–2. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22909104/>
 117. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence. International Continence Society; 2017.
 118. Fraga A. Incontinência urinária. Associação Portuguesa de Urologia; 2022. [Online] Available from: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2022/01/incontinencia.pdf> [Accessed 18 Aug 2025].

119. NHS UK. Urinary incontinence – Overview. [Online] Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/urinary-incontinence> [Accessed 18 August 2025].
120. World Health Organization. Urinary Incontinence: public health perspectives. WHO; 2021. [Online] Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/ageing/icope-training-programme/revised-modules-19-may-2025/who-icope_m16_urinary-incontinence.pdf?sfvrsn=98efcc59_3
121. Sonmez TG, Ugras E, Sahin EG, et al. The prevalence of urinary incontinence and its impact on health-related quality of life. BJU International. 2024;103(52):41108. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39969293/>
122. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. European Association of Urology. 2006;50(6):1306–14. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17049716/>
123. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. Climacteric. 2019;22(3):217–22. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30572737/>
124. Olagundoye O, Kung JY, Gibson W, Wagg A. Urinary incontinence in older men: protocol for a scoping review of risk factors. BMJ International. 2023;13(2):e068956. [Online] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9923276/>
125. Schnelle JF, Leung FW. Urinary and fecal incontinence in nursing homes. Gastroenterology. 2004;126:S41–9. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14978637/>
126. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. Obstet Gynecol. 2014;123(1):141–8. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24463674/>
127. Correia S, Dinis P, Rolo F, et al. Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized

- Portuguese population. *Int Urogynecol J*. 2009;20(12):1481–9. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19684999/>
128. Botelho F, Silva C, Cruz F. Incontinência urinária feminina. *Acta Urológica*. 2007;24(1):79–82. [Online] Available from: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/11/inc-urin-fem.pdf>
 129. Manso M, Botelho F, Bulhões C, Cruz F, Pacheco-Figueiredo L. Self-reported urinary incontinence in women is higher with increased age, lower educational level, lower income, number of comorbidities, and impairment of mental health. Results of a large, population-based, national survey in Portugal. *World Journal of Urology*. 2023 Dec;41(12):3657–62. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37898575/>
 130. Komesu YM, Schrader RM, Ketai LH, Rogers RG, Dunivan GC. Epidemiology of mixed, stress, and urgency urinary incontinence: the importance of incontinence history. *Int Urogynecol J*. 2016;27(5):763–72. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26670573/>
 131. Griebing TL. Urinary incontinence in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2009;25(3):445–57. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19765492/>
 132. Keane DP, O’Sullivan S. Urinary incontinence: anatomy, physiology and pathophysiology. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000;14(2):207–26. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10897320/>
 133. Cleveland Clinic. Urinary incontinence. [Online] Available from: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17596-urinary-incontinence> [Accessed 20 Aug 2025].
 134. Fultz NH, Herzog AR. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(7):892–9. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11527480/>
 135. Martin JL, Williams KS, Abrams KR, et al. Systematic review and evaluation of methods of assessing urinary incontinence. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2006. [Online] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK62281/>

136. Kinchen KS, Burgio K, Diokno AC, et al. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *J Womens Health*. 2003;12(7):687–98. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14583109/>
137. Subak LL, Wing R, West DS, et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight/obese women. *N Engl J Med*. 2009;360(5):481–90. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19179316/>
138. Bonde HV, et al. Residual urine in 75-year-old men and women. A normative population study. *Scand J Urol Nephrol*. 1996;30(2):89–91. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8738051/>
139. European Association of Urology. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. EAU; 2023. [Online] Available from: <https://uroweb.org/eau-guidelines/discontinued-topics/urinary-incontinence> [Accessed 21 Aug 2025].
140. Ims K, Wells M, McGrother C. Lifestyle interventions for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;CD003505. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26630349/>
141. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;10(10):CD005654. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30288727/>
142. Oblasser C, Christie J, McCourt C. Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women postpartum: A quantitative systematic review. *Midwifery*. 2015;31(11):1017–25. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26428191/>
143. Sherburn M, et al. Incontinence improves in older women after intensive pelvic floor muscle training. *Neurourol Urodyn*. 2011;30(3):317–24. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21284022/>
144. Center for Urologic Care. Kegel exercises for women. [Online] Available from: <https://www.centerforurologiccare.com/patient-education/kegel-exercises/> [Accessed 22 Aug 2025].

145. Manchester Urology. Kegel exercises for men. [Online] Available from: <https://www.manchesterurology.com/patient-education/kegel-exercises/> [Accessed 22 Aug 2025].
146. Hennenberg M, Stief CG, Gratzke C. Pharmacology of the lower urinary tract. *Indian J Urol.* 2014;30(2):181–8. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3989821/>
147. Kwon J. Pathophysiology of overactive bladder and pharmacologic treatments including β 3-adrenoceptor agonists—basic research perspectives. *Int Neurourol J.* 2024 Feb;28(Suppl 1):12–33. doi: 10.5213/inj.2448002.001. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10932578/>
148. Yamada S, Kuraoka S, Osano A, Ito Y. Characterization of bladder selectivity of antimuscarinic agents on the basis of in vivo drug-receptor binding. *Int Neurourol J.* 2012 Sep;16(3):107–15. doi: 10.5213/inj.2012.16.3.107. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3469828/>
149. INFOMED. Resumo das características do medicamento: Vesicare – solifenacina, comprimidos de 5 e 10 mg. [Online] Available from: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml> [Accessed 13 Sep 2025].
150. INFOMED. Resumo das características do medicamento: Spasmoplex – cloreto de tróspio, comprimidos de 20 mg. [Online] Available from: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml> [Accessed 13 Sep 2025].
151. Sink KM, et al. Dual use of bladder anticholinergics and cholinesterase inhibitors: long-term functional and cognitive outcomes. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(5):847–53. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18384584/>
152. Truzzi JC, Sartori MGF, Kemp VL. Trospium chloride in the treatment of overactive bladder syndrome and detrusor overactivity. *Adv Ther.* 2025 Jul;42(9):4161-4187. doi:10.1007/s12325-025-03275-8. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12394252/>
153. Sacco E, Bientinesi R. Mirabegron: a review of recent data and its prospects in the management of overactive bladder. *Ther Adv Urol.* 2012 Dec;4(6):315-24.

- doi:10.1177/1756287212457114. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23205058/>
154. Dickinson J, Lewand M, Sawamoto T, Krauwinkel W, Schaddelee M, Keirns J, et al. Effect of renal or hepatic impairment on the pharmacokinetics of mirabegron. *Br J Clin Pharmacol*. 2013 Jun;76(6):834-44. doi:10.1111/bcp.12126. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23208320/>
 155. Chapple CR, Khullar V, Gabriel Z, Muston D, Bitoun CE, Weinstein D. Efficacy and tolerability of mirabegron, a $\beta(3)$ -adrenoceptor agonist, in patients with overactive bladder. *Eur Urol*. 2013;63(2):283-96. doi:10.1016/j.eururo.2012.10.142. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23182126/>
 156. Nitti VW, Khullar V, van Kerrebroeck P, et al. Mirabegron for treatment of overactive bladder. *Lancet*. 2013;381:136–43. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18384584/>
 157. INFOMED. Resumo das características do medicamento: Betmiga – mirabegron, comprimidos de 25 e 50 mg. [Online] Available from: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2016/20160331134194/anx_134194_pt.pdf [Accessed 23 Aug 2025].
 158. Nitti VW, Auerbach S, Martin N, Calhoun A, Lee M, Herschorn S. Results of a randomized phase III trial of mirabegron in patients with overactive bladder. *J Urol*. 2013 Apr;189(4):1388-1395. doi:10.1016/j.juro.2012.10.017. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23079373/>
 159. Zhang D, Sun F, Yao H, Bao X, Wang D, Cui Y, Wu J. The efficacy and safety of mirabegron for the treatment of neurogenic lower urinary tract dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Front Pharmacol*. 2021 Nov;12:756582. doi:10.3389/fphar.2021.756582. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34867373/>
 160. Li J, Yang L, Pu C, Tang Y, Yun H, Han P. The role of duloxetine in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Int Urol Nephrol*. 2013 Jun;45(3):679–86. doi:10.1007/s11255-013-0410-6. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23504618/>

161. Cody JD, et al. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;CD001405. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23076892/>
162. Sakakibara R, et al. How to manage overactive bladder in elderly individuals with dementia? *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(8):1515–17. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19682155/>
163. Dmochowski RR, Appell RA. Injectable agents in the treatment of stress urinary incontinence in women: where are we now? *Urology.* 2000;56(6 Suppl 1):32–40. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11114561/>
164. Seth JH, Dowson C, Khan MS, et al. Botulinum toxin-A for the treatment of overactive bladder. *J Clin Urol.* 2013;6(2):77–83. doi:10.1177/2051415812473096. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4467228/>
165. Mehmood S, Altaweel WM. Long-term outcome of sacral neuromodulation in patients with idiopathic nonobstructive urinary retention. *Urol Ann.* 2017;9(3):244–8. doi:10.4103/UA.UA_165_16. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5532891/>
166. Herschorn S. Update on management of post-prostatectomy incontinence in 2013. *Can Urol Assoc J.* 2013;7(9-10 Suppl 4):S189–S191. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24523842/>
167. Engberg S, Li H. Urinary incontinence in frail older adults. *Urol Nurs.* 2017;37(3):119–23. [Online] Available from: https://www.researchgate.net/publication/327898228_Urinary_Incontinence_in_Frail_Older_Adults
168. Ulmsten U, et al. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 1996;7(2):81–85. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8798092/>
169. Braga A, Papadia A, Gamarra E, et al. Long-Term Outcomes of Tension-Free Vaginal Tape Obturator: Efficacy and Safety at Long-Term Follow-Up. *J Clin Med.* 2024;13(19):5699. doi:10.3390/jcm13195699. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39407759/>

170. Serati M, et al. Transobturator vaginal tape for the treatment of stress urinary incontinence in elderly women without concomitant pelvic organ prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;166(1):107–10. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23164504/>
171. Dursun P, et al. Transobturator tape operation is more effective in premenopausal women than in postmenopausal women with stress incontinence. *Korean J Urol.* 2011;52(9):612–15. [Online] Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3198234/>
172. Carson CC. Artificial urinary sphincter: current status and future directions. *Asian J Androl.* 2020;22(2):154–7. doi:10.4103/aja.aja_5_20. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32129191/>
173. Vital JA, Monteiro MM, Teixeira BL, et al. Single-component artificial urinary sphincter outcomes from one centre in Portugal. *Archivio It Urol Androl.* 2024. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39356017/>
174. Womens Elite Care. Transobturator tape. [Online] Available from: <https://www.womenselitecare.com/transobturatortape.php> [Accessed 24 Aug 2025].
175. Manchester Urology. Artificial urinary sphincter. [Online] Available from: <https://www.manchesterurology.org.uk/treatments/incontinence/artificial-urinary-sphincter> [Accessed 24 Aug 2025].
176. Cottenden A, Bliss DZ, Buckley B, et al. Management using continence products. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence*. 4th ed. Paris: Health Publications Ltd; 2009. [Online] Available from: https://www.ics.org/publications/ici_4/files-book/comite-20.pdf
177. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T, Palmer MH, Wagg A. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):165–78. [Online] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20025027/>
178. Associação Portuguesa de Urologia. Orientações sobre incontinência urinária. Março de 2009. [Online] Available from: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/Incont-Urinaria.pdf>

Anexos

Anexo 1. Procedimento para a preparação de gel de lidocaína a 2% no *Istituto Nazionale dei Tumori*.

GEL ORAL DE LIDOCAÍNA 2%



Princípio ativo:	Lidocaína
Indicação:	Mucosite causada pela radioterapia
Forma farmacêutica:	Gel oral
Dosagem:	2%
Estabilidade:	60 dias
Conservação:	Temperatura Ambiente
Acondicionamento:	Frasco de vidro de 100mL
Advertências:	Uso tópico, não ingerir, tóxico, conservar ao abrigo da luz, manter longe do alcance das crianças, não dispersar no ambiente

Lidocaína HCL	2g
Benzoato de Sódio	0,1g
Sacarose	30g
Carboximetilcelulose	1,25g
Glicerina	6g
Metilparabeno	0,01g
Água purificada	q.b.p. 100mL

Procedimento:

- Pesar a lidocaína, o benzoato de sódio e a sacarose
- Verter cerca de 60mL de água para um gobelé de 100mL e dissolver os pós previamente pesados, com auxílio de agitação
- Pesar a carboximetilcelulose e o metilparabeno
- Pesar a glicerina num gobelé de 250mL, dispersar a carboximetilcelulose e o metilparabeno nesta e agitar vigorosamente com uma vareta de vidro
- Verter a solução aquosa no gobelé contendo a glicerina, a carboximetilcelulose e o metilparabeno e manter sob agitação constante, coberta com parafilme, até completa dissolução do viscosificante
- Completar o volume com a água purificada e distribuir o produto nos recipientes apropriados

Anexo 2. Formações realizadas durante o estágio em farmácia comunitária.

Formação	Laboratório promotor	Duração	Local
Aconselhamento em Fertilidade e Gravidez	Clearblue®	30 minutos	Farmácia Martins da Costa
Cuidados Capilares: Orientação sobre Minox® e Tedol®	Edol	40 minutos	Farmácia Martins da Costa
Avène Solares	Pierre Fabre	45 minutos	Online
Apoio ao Sistema Digestivo: Coligas, Neo Bianacide e Sollievo	Aboca	40 minutos	Farmácia Martins da Costa
Aconselhamento em Saúde Digestiva e Suplementação	Alfasigma	1 hora	Farmácia Martins da Costa
Mobilidade e Qualidade de Vida: O Papel do Flexofytol	Tilman®	30 minutos	Farmácia Martins da Costa
Apoio ao Bem-Estar Masculino com Maxteron	Aflofarm	50 minutos	Farmácia Martins da Costa
Saúde Ocular e Palpebral: Hyabak, Thealoz Duo, Zabak e BlephlaClean	Théa	1hora	Farmácia Martins da Costa
Grintuss e Fitonasal: Abordagem Natural	Aboca	20 minutos	Farmácia Martins da Costa

**para a Tosse e
Conforto Nasal**

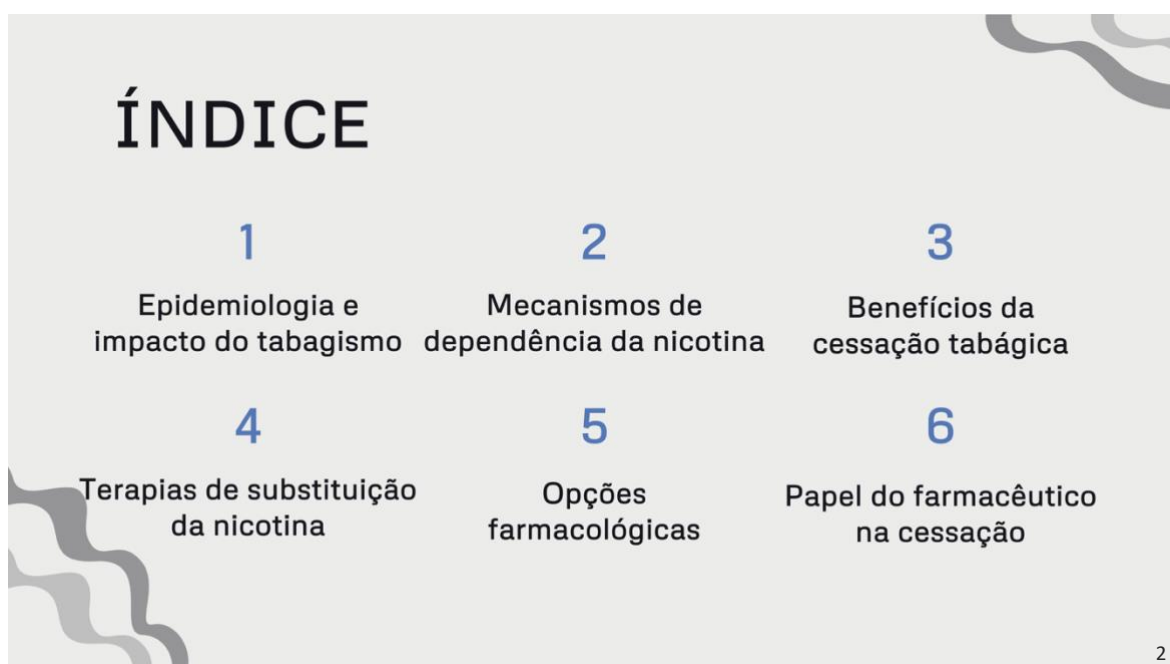
A-Derma:

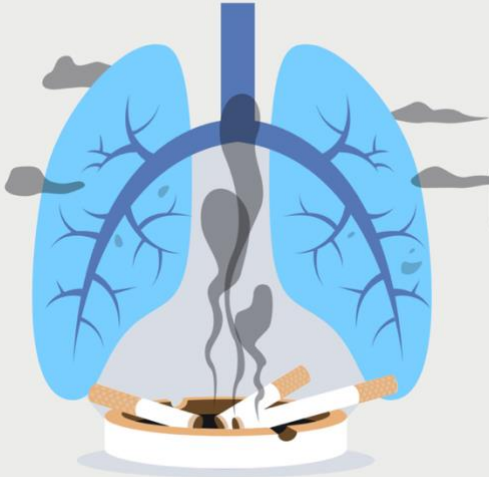
**Epitheliale Ultra
Repair**

Pierre Fabre

30 minutos

Online





1

Epidemiologia e impacto do tabagismo

3

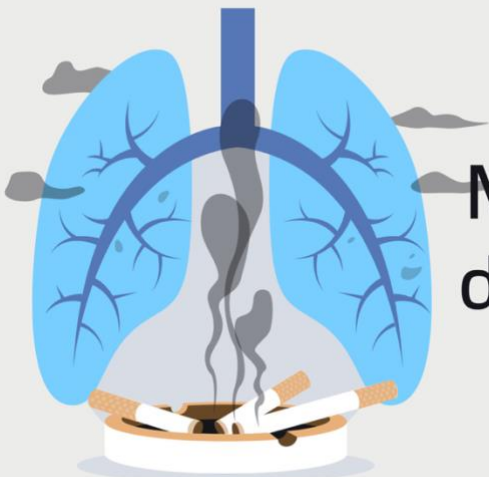


Epidemiologia

Em Portugal:

- ~ 1,5 milhões de fumadores
- 1 em cada 7 mortes atribuível ao tabaco
- Principais causas: doenças cardiovasculares, respiratórias e cancro
- Início precoce: muitos começam na adolescência
- Custos anuais elevados para o SNS
- Tabagismo passivo é um problema relevante

4



2

Mecanismos de dependência da nicotina

5

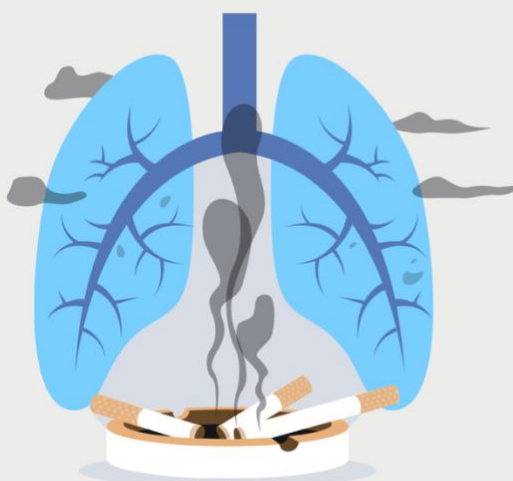
Porquê é tão difícil deixar de fumar?

A dependência da nicotina combina fatores químicos e comportamentais que tornam difícil deixar de fumar:

- A nicotina atua no cérebro, ativando os receptores nicotínicos
- Liberta dopamina → sensação de prazer e reforço da adição
- Desenvolvimento de tolerância → necessidade de doses superiores
- Síndrome de abstinência: irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração
- Gatilhos ambientais e sociais aumentam risco de recaída



6

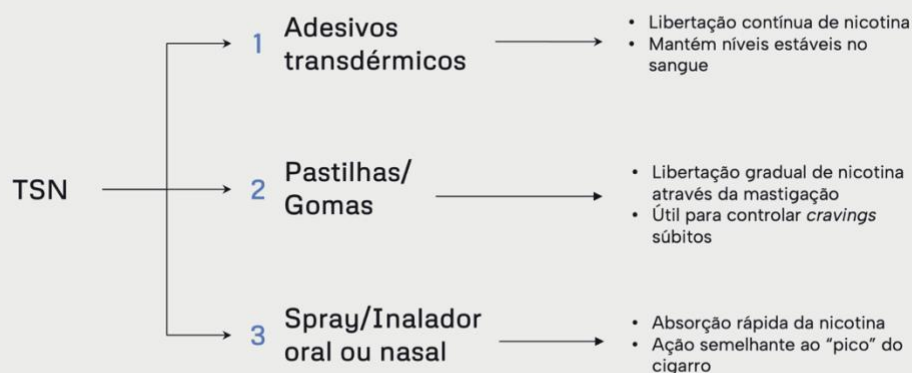


3

Terapias de substituição da nicotina

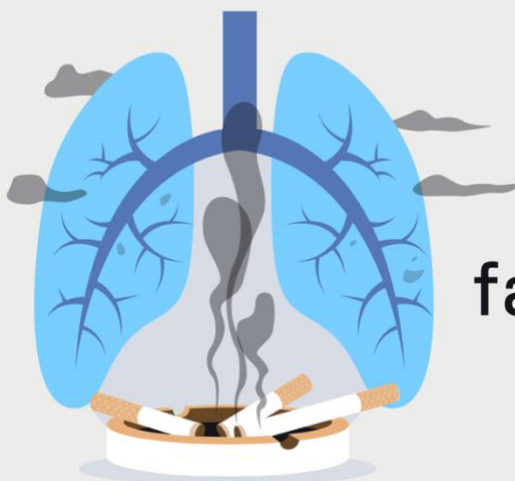
7

Tipos de mecanismos das terapias



8

4



Opções farmacológicas

9

Fármacos utilizados na cessação tabágica



Vareniclina (Cuitvar®)

- Atua nos receptores nicotínicos do cérebro
- Reduz prazer do cigarro e sintomas de abstinência
- Toma oral, geralmente durante 12 semanas
- Efeitos secundários: náuseas, insónias, sonhos vívidos



Bupropiom (Wellbutrin®)

- Antidepressivo que diminui *cravings*
- Ajuda a controlar humor e ansiedade
- Toma oral, iniciada 1 a 2 semanas antes da cessação
- Efeitos secundários: insónias, boca seca, risco de convulsões em casos raros



Citisniclina (Dextazin®)

- Bloqueia parcialmente os receptores nicotínicos
- Reduz sintomas de abstinência e reforço do cigarro
- Toma oral, ciclo de 25 dias
- Efeitos secundários: náuseas, distúrbios gastrointestinais leves

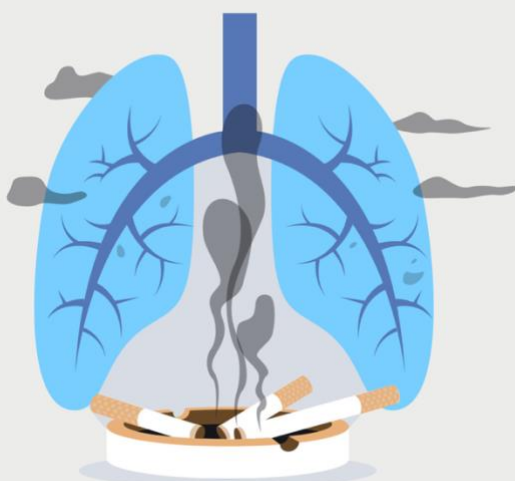


Nortriplitina (Norterol®)

- Antidepressivo tricíclico usado off-label na cessação tabágica
- Reduz *cravings* e sintomas de abstinência
- Toma oral, iniciada 1 a 2 semanas antes da cessação
- Efeitos secundários: boca seca, sonolência, alterações cardíacas raras

10

5



Benefícios da cessação tabágica

11

Benefícios de parar de fumar



Diminuição do risco
de vários tipos de
cancro



Melhoria do paladar
e olfato



Redução do risco
de doenças
cardiovasculares



Benefícios
económicos (menos
gastos com tabaco)

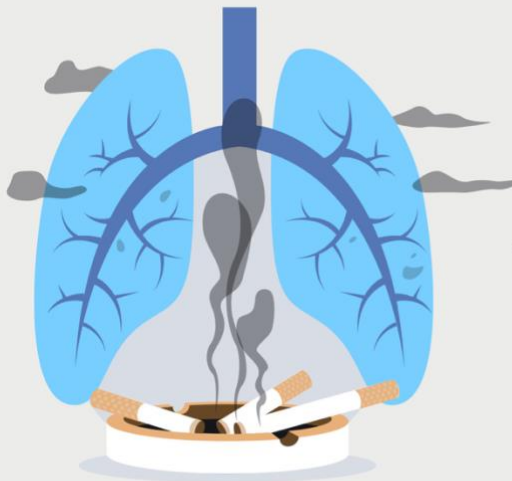


Melhoria da função
pulmonar e
capacidade física



Melhoria da
qualidade de vida e
bem-estar geral

12



6

Papel do farmacêutico na cessação

13

Papel do farmacêutico

Aconselhamento personalizado

Orientar o fumador sobre
métodos e medicamentos,
ajudando a escolher a melhor
estratégia



Monitorização e acompanhamento

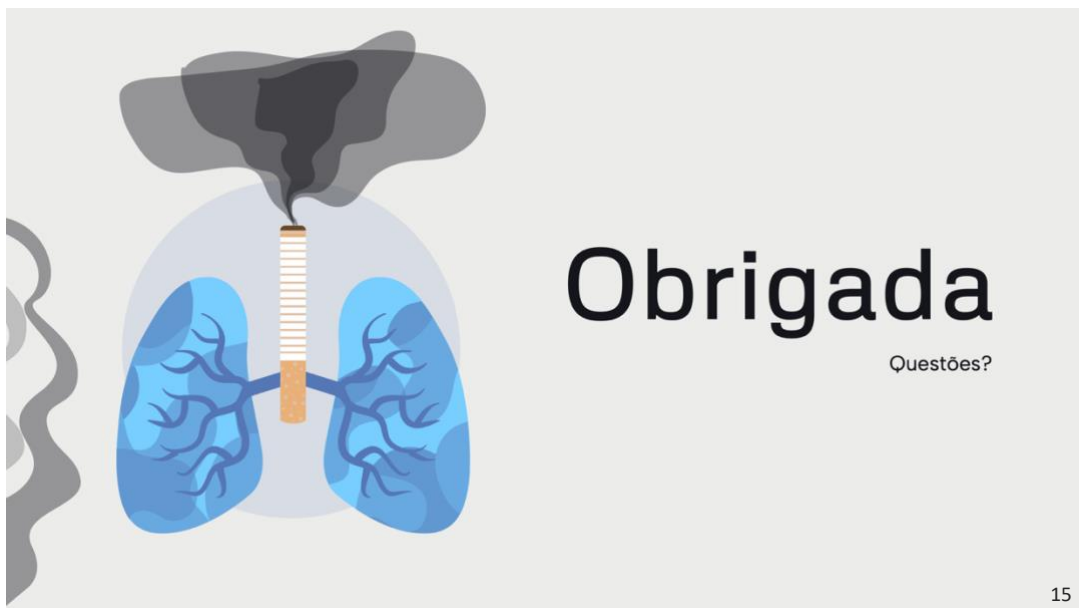
Acompanhar o progresso,
ajustar terapias a identificar
possíveis efeitos adversos

Promoção da educação e prevenção

Fornecer informações sobre
riscos do tabaco e incentivar
hábitos de vida saudáveis



14



Referências bibliográficas

Fundação Portuguesa do Pulmão. Tabagismo em Portugal. Disponível em: <https://www.fundacaoportuguesadopolmao.org/publicacoes/conteudos/tabagismo-em-portugal/>

Serviço Nacional de Saúde. Relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RelatorioTabaco2019.pdf.pdf>

Tiwari RK, Sharma V, Pandey RK. Nicotine Addiction: Neurobiology and Mechanism. J Pharmacol Pharmacother. 2020;11(1):1-7. doi: 10.4103/jpp.JPP_47_19.

Picciotto MR, Higley MJ, Mineur YS. Mechanisms of Nicotine Addiction. In: Le Foll B, editor. Tobacco and Nicotine Use. Nature Reviews Disease Primers. 2022;8(1):1-16. doi: 10.1038/s41572-022-00346-w.

American Cancer Society. Nicotine Replacement Therapy to Help You Quit Tobacco. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/tobacco/guide-quit-smoking/nicotine-replacement-therapy.html>

Sandhu A. Nicotine Replacement Therapy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493148/>

INFARMED. Champix® 1 mg, comprimidos revestidos por película. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1577857/Champix_1mg_Comprimidos_revestidos_por_pel%C3%ADcula_RCM.doc/ba354e16-8d53-4a52-8042-54523ae0213c

INFARMED. Bupropiom Generis 150 mg, comprimidos de libertação modificada. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1577857/Bupropiom_Generis_150mg_Comprimidos_de_liberta%C3%A7%C3%A3o_modificada_RCM.doc/ba354e16-8d53-4a52-8042-54523ae0213c

16

Referências bibliográficas

INFARMED. Xistab® 1,5 mg, comprimidos revestidos por película. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1577857/Xistab_1_5mg_Comprimidos_revestidos_por_pel%C3%ADcula_RCM.doc/ba354e16-8d53-4a52-8042-54523ae0213c

INFARMED. Saroten® 10 mg, comprimidos. Resumo das Características do Medicamento. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/1577857/Saroten_10mg_Comprimidos_RCM.doc/ba354e16-8d53-4a52-8042-54523ae0213c

Cochrane Tobacco Addiction Group. Medications to help people stop smoking: an overview of Cochrane reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(5):CD009329. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.

Benli AR, Yilmaz G, Yilmaz H, et al. A comparison of the efficacy of varenicline and bupropion for smoking cessation: A randomized clinical trial. J Addict Dis. 2017;36(4):277-283. doi: 10.1080/10550887.2017.1372065.

Gaya PV, Silva K, Silva J, et al. Efficacy of bupropion and varenicline genetic markers in choosing pharmacological treatment for smoking cessation. Tob Induc Dis. 2024;22:35. doi: 10.18332/tid/186072.

Organização Mundial da Saúde. Pharmacists and Action on Tobacco. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108128/1/E61288.pdf>

International Pharmaceutical Federation. Brief interventions for tobacco cessation: A toolkit for pharmacists. The Hague: FIP; 2024. Disponível em: <https://www.fip.org/file/6106>

17

Anexo 4. Apresentação relativa à formação interna sobre o tema de desenvolvimento “Recessão Gengival”.

Farmácia Martins da Costa | Julho 2025

Regressão Gengival

Causas, Consequências e Abordagens Terapêuticas

Catarina Filipa Barroso Ribeiro



1



ÍNDICE

1. Introdução
2. Anatomia e fisiologia
3. Causas
4. Sinais e sintomas
5. Tratamentos
6. Abordagens terapêuticas

2



1. INTRODUÇÃO

A regressão gengival ocorre quando a gengiva se retrai, expondo parte da raiz do dente. Esta condição:

- Deixa os dentes com aparência mais comprida
- Causa sensibilidade ao frio, calor ou toque
- Aumenta o risco de cáries radiculares

Além disso, compromete a estética do sorriso e pode indicar problemas periodontais subjacentes.

3

2. ANATOMIA E FISIOLOGIA

A gengiva faz parte do periodonto, um conjunto de tecidos que garante a sustentação e proteção dos dentes.

É composta pela **gengiva marginal livre**, **gengiva inserida** e **papila interdental**, estruturas que, em conjunto, formam uma barreira protetora contra agressões mecânicas e microbiológicas. A sua principal função é **proteger as raízes dentárias e o osso alveolar**, mantendo a **estabilidade da dentição**.



Na regressão gengival, ocorre a **perda parcial desta barreira**, expondo a superfície radicular e **comprometendo a integridade do periodonto**.

A retração altera o equilíbrio fisiológico da gengiva, **aumentando a vulnerabilidade a estímulos externos** e facilitando a **acumulação de biofilme na região exposta**.

4

3. CAUSAS

Higiene oral inadequada

Escovagem traumática

Doenças periodontais

Fatores anatômicos

Bruxismo



Trauma oclusal

Fatores sistêmicos

Tabagismo

Piercings no lábio ou língua

Iatrogenia

5

4. SINAIS E SINTOMAS



Superfície radicular exposta

Observada pelo médico dentista ou pelo próprio utente



Sensibilidade dentária

Dor no contacto com alimentos frios, quentes ou ácidos



Alteração na coloração do dente

Causado pela exposição da dentina



Sangramento e inchaço gengival

Hemorragias após escovagem e gengivas vermelhas

6

5. TRATAMENTOS

- Remoção da placa bacteriana e tártaro
- Escovação correta
- Raspagem e alisamento radicular
- Enxertos gengivais
- Restaurações com resina e facetas dentárias



7

6. ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Dentríficos dessensibilizantes

Incluem ingredientes como: nitrato de potássio, que bloqueia a transmissão nervosa, reduzindo a dor; cloreto de estrôncio, que auxilia na obliteração dos túbulos dentinários; arginina, atua no nervo, reduzindo a sensibilidade; fosfossilicato de cálcio e sódio, formando uma camada protetora sobre a dentina exposta; fluoreto de sódio, que fortalece o esmalte e remineraliza a dentina.

Ex: Sensodyne, Elmex Sensitive, Sensi Kin

Escovas macias

Permite a limpeza suave e eficaz, protegendo contra danos à gengiva e reduzindo o risco de sensibilidade.

Ex: Curaprox Ultra Soft, Elmex Sensitive, Jordan Clean Smile Soft

Soluções de clorhexidina

Solução com funções antissépticas para desinfecção da mucosa, eficazes contra a placa bacteriana e no tratamento de doenças gengivais.

Clorhexidina a 0,2%: Utilizado no tratamento, duas vezes por dia, durante 7 a 14 dias. Ex: Perio Kin, Paradontax Extra

Clorhexidina a 0,12%: Utilizado na manutenção, diariamente
Ex: Eludril Classic, Bexident Gengivas

8

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Henchir H. Recessão gengival: o estado da arte. Tese de Mestrado, Instituto Universitário Egas Moniz, 1 Ago 2024.

OralMED. Recessão gengival: o que é? Devemos preocupar-nos? [Internet]. 23 Out [citado 20 Jul 2025]. Disponível em: <https://www.oralmed.pt/pt-pt/saude-oral/condicoes/gengivas/gengivas-retraidas>

Oral-B Portugal. Recessão gengival – o que causa a recessão gengival e o seu tratamento [Internet]. Portugal: Oral-B; [citado 20 Jul 2025]. Disponível em: <https://www.oralb.pt/pt-pt/saude-oral/condicoes/gengivas/gengivas-retraidas>

Associação Portuguesa de Medicina Dentária. Reabilitação estética dentária. Manual clínico; 2020.

Van der Weijden F, Slot DE. Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: the evidence. Periodontol 2000. 2011;55(1):104–23.

Chambrone L, et al. Root coverage procedures for treating localized and multiple recession-type defects. Cochrane Database Syst Rev. 2018;10:CD007161.

Chambrone L, Tatakis DN. Periodontal soft tissue root coverage procedures: a systematic review from the AAP Regeneration Workshop. J Periodontol. 2015;86(S2):S8–S51

MALO CLINIC. Retração gengival e o seu tratamento [Internet]. MALO CLINIC; 11 abr 2022 [citado 21 Jul 2025]. Disponível em: <https://www.maloclinic.com/blog/artigos/retracao-gengival-e-o-seu-tratamento>

Amável R. Retração gengival (gengiva retraída): tratamento, tem cura? [Internet]. Saudebemestar.pt; [citado 21 Jul 2025]. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/dentaria/gengiva-retraida/>

Clínica Mint. Retração gengival (recessão gengival): causas e como tratar [Internet]. Lisboa: Mint; [citado 21 Jul 2025]. Disponível em: <https://mint.pt/blog/retracao-gengival-recessao-gengival-causas-como-tratar>

9

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Badersten A, et al. Effect of toothbrushing and dentifrices on gingival recession. J Periodontol. 1992;63(6):487–92.

Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. J Periodontol. 2018;89(S1):S204–S213.

Flemmig TF, Beikler T. Clinical efficacy of professional tooth cleaning for plaque, gingivitis, and periodontitis. J Clin Periodontol. 2018;45(S20):S170–S178.

Rotundo R, Mazza M, Polimeni A. Antiseptics in the management of periodontal disease: a review. Int J Dent Hyg. 2016;14(4):265–71.

de Paula M. Clorexidina e seu uso na odontologia [Internet]. Codental; atualizado em 12 maio 2023 [acesso em 22 Jul 2025]. Disponível em: <https://www.codental.com.br/blog/clorexidina-e-seu-uso-na-odontologia/>

Badersten A, Nilvéus R, Egelberg J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. II. Severely advanced periodontitis. J Clin Periodontol. 1984;11(1):63–76.

Paiva DM, et al. Role of pharmacists in oral health care: a scoping review. Int J Pharm Pract. 2020;28(4):310–320.

10



INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O QUE PRECISA DE SABER PARA CUIDAR DA SUA SAÚDE

O QUE É?

A INCONTINÊNCIA URINÁRIA É A PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA. OU SEJA, ACONTECE QUANDO A PESSOA NÃO CONSEGUE CONTROLAR A SAÍDA DA URINA, MESMO QUE SEJA EM PEQUENA QUANTIDADE



PREVALÊNCIA

NO MUNDO: AFETA 1 EM CADA 4 MULHERES E 1 EM CADA 10 HOMENS ADULTOS
EM PORTUGAL: ESTIMA-SE QUE CERCA DE 25% A 30% DAS PESSOAS ACIMA DE 65 ANOS SOFREM DESTE PROBLEMA

COMO IDENTIFICAR?

PODE SUSPEITAR DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA SE:

- SENTE NECESSIDADE DE URINAR MUITAS VEZES DURANTE O DIA OU NOITE
- TEM FUGAS DE URINA AO TOSSIR, RIR OU RESPIRAR
- PERDE URINA SEM SE APERCEBER OU ANTES DE CONSEGUIR CHEGAR À CASA DE BANHO



PRINCIPAIS CAUSAS

- PEQUENAS OU GRANDES FUGAS DE URINA
- NECESSIDADE URGENTE E FREQUENTE DE URINAR
- SENSÇÃO DE ESVAZIAMENTO INCOMPLETO DA BEXIGA

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- TREINO DE BEXIGA: TENDE ADIAR A IDA À CASA DE BANHO POR ALGUNS MINUTOS
- EXERCÍCIOS DO PAVIMENTO PÉLVICO (KEGEL): FORTALECEM OS MÚSCULOS QUE CONTROLAM A URINA
- CONTROLO DO PESO: EXCESSO DE PESO AUMENTA A PRESSÃO NA BEXIGA



LEMBRE-SE:

- A INCONTINÊNCIA URINÁRIA É COMUM E TRATÁVEL
- CONVERSE COM O SEU MÉDICO OU FARMACÊUTICO: HÁ VÁRIAS SOLUÇÕES
- CUIDE DA SUA SAÚDE E NÃO SOFRA EM SILÊNCIO!



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2024 - 2025

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