



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Ana Rita Figueiredo Santos

Relatório de Estágio orientado pelo Dr. Diogo Moura e Monografia intitulada “Intervenção do Farmacêutico Comunitário em Afeções Otorrinolaringológicas” orientada pela Professora Doutora Ana Ledo referentes à Unidade Curricular “Estágio”, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Janeiro 2023



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Ana Rita Figueiredo Santos

Relatório de Estágio orientado pelo Dr. Diogo Moura e Monografia intitulada “Intervenção do Farmacêutico Comunitário em Afeções Otorrinolaringológicas” orientada pela Professora Doutora Ana Ledo referentes à Unidade Curricular “Estágio”, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Janeiro 2023

Eu, Ana Rita Figueiredo Santos, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 2015249719, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Intervenção do Farmacêutico Comunitário em Afeções Otorrinolaringológicas”, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

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

Coimbra, 31 de janeiro de 2023.

Ana Rita Figueiredo Santos

(Ana Rita Figueiredo Santos)

## **Agradecimentos**

*À minha irmã gémea Carolina, que foi o meu pilar durante o percurso académico, e com quem partilho a paixão pela profissão farmacêutica. Não existem palavras que façam jus ao amor que eu sinto por ti. És metade de mim!*

*Aos meus pais, Jorge e Júlia, e à minha avó Gina, pelo apoio incondicional, pelo amor desmedido, e pelo incentivo constante. São o meu porto de abrigo, o melhor abraço do mundo. Amo-vos muito!*

*Ao meu cunhado Luís, pelo ombro amigo, pela força transmitida e pelas palavras certas, no momento certo. Adoro-te!*

*Às amigas de Coimbra, pelas memórias incríveis criadas, pelo sentido de companheirismo. São o melhor que levo desta academia!*

*À Farmácia Moura, que foi casa, e à equipa técnica, que foi família, durante o meu período de estágio. Guardo-vos a todos com muito carinho, para sempre!*

*À Professora Doutora Ana Ledo, pela disponibilidade, dedicação, apoio e críticas construtivas, essenciais à elaboração desta monografia. O meu sentido obrigada!*

*A Coimbra e à Faculdade de Farmácia, pelas recordações, pelas amizades, pela exaustiva formação académica. HURRA, HURRA, HURRA!*

*“Spread love everywhere you go. Let no one ever come to you without leaving happier.”*

**Mother Teresa**

*“The future belongs to those who believe in the beauty of their dreams.”*

**Eleanor Roosevelt**

*“Only a life lived for others is a life worthwhile.”*

**Albert Einstein**

# Índice

## Parte I – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Abreviaturas.....	9
1. Introdução.....	10
2. Farmácia Moura .....	11
3. Análise SWOT .....	12
3.1 Pontos Fortes .....	13
3.1.1 Equipa Técnica .....	13
3.1.2 Planificação do estágio.....	13
3.1.3 Panóplia de funções executadas.....	13
3.1.4 Gestão, receção e arrumação de encomendas .....	14
3.1.5 Atendimento ao público .....	15
3.1.6 Sistema informático – dualidade .....	16
3.1.7 Dispensa de medicamentos hospitalares .....	16
3.1.8 Dispensa de medicamentos psicotrópicos.....	17
3.1.9 Consultas de nutrição e podologia.....	17
3.2 Pontos Fracos .....	18
3.2.1 Estacionamento reduzido nas imediações da farmácia .....	18
3.2.2 Receitas Manuais.....	18
3.2.3 Plano curricular do MICE .....	19
3.3 Oportunidades .....	19
3.3.1 Metodologia <i>Kaizen</i> .....	19
3.3.2 Formações.....	20
3.3.3 PIM.....	20
3.3.4 Rastreios.....	21
3.4 Ameaças.....	21
3.4.1 Medicamentos reiteradamente esgotados.....	21
3.4.2 Banalização do uso de MSRM.....	21
4. Casos Clínicos.....	22
5. Considerações Finais .....	26
6. Referências Bibliográficas.....	27

## Parte II – Monografia "Intervenção do Farmacêutico Comunitário em Afeções Otorrinolaringológicas"

Abreviaturas.....	30
Resumo .....	32
Abstract .....	33
1. Introdução.....	34
2. Considerações anatomofisiológicas.....	35
2.1 Nariz, fossas nasais e seios perinasais .....	35
2.1.1 Nariz.....	35
2.1.2 Fossas nasais .....	35
2.1.3 Seios Perinasais .....	36
2.1.4 Papel dos Seios Perinasais .....	37

2.2 Ouvido .....	37
2.2.1 Ouvido Externo .....	37
2.2.2 Ouvido Médio .....	38
2.2.3 Ouvido Interno .....	38
2.3 Faringe .....	39
2.4 Laringe .....	40
3. Afeções otorrinolaringológicas – Etiologia, Fisiopatologia, Sintomatologia .....	41
3.1 Sinusite .....	41
3.1.1 Etiologia .....	41
3.1.2 Sintomatologia .....	42
3.1.3 Rinossinusite Crónica e Pólipos Nasais .....	42
3.2 Rinite .....	43
3.2.1 Rinite Alérgica .....	43
3.2.1.1 Fisiopatologia .....	44
3.2.1.2 Sintomatologia .....	45
3.2.2 Rinite Não Alérgica .....	45
3.2.2.1 Sintomatologia .....	47
3.2.3 Rinite Infeciosa .....	47
3.3 Otite e Labirintite .....	47
3.3.1 Otite Externa .....	47
3.3.1.1 Etiologia .....	48
3.3.1.2 Sintomatologia .....	48
3.3.2 Otite Média .....	48
3.3.2.1 Fisiopatologia e Etiologia .....	48
3.3.2.2 Sintomatologia .....	49
3.3.2.3 Otite Média Aguda e Otite Média com Efusão .....	49
3.3.3 Labirintite .....	49
3.3.3.1 Etiologia .....	49
3.3.3.2 Sintomatologia .....	49
3.4 Amigdalite .....	50
3.4.1 Etiologia .....	50
3.4.2 Sintomatologia .....	50
3.5 Faringite .....	51
3.5.1 Etiologia .....	51
3.5.2 Sintomatologia .....	52
3.6 Laringite .....	52
3.6.1 Processo inflamatório .....	52
3.6.2 Etiologia .....	53
3.6.3 Sintomatologia .....	54
3.6.4 Laringite crónica e refluxo gastroesofágico .....	54
4. Automedicação e Aconselhamento Farmacêutico .....	55
4.1 Automedicação .....	55
4.2 Automedicação e o farmacêutico comunitário .....	55
4.3 Indicação Farmacêutica .....	56
5. Tratamento e Aconselhamento Farmacêutico .....	57

5.1 Sinusite .....	57
5.1.1 Tratamento farmacológico .....	57
5.1.1.1 Sinusite aguda.....	57
5.1.1.2 Sinusite crónica.....	57
5.1.2 Tratamento não farmacológico .....	57
5.2 Rinite.....	58
5.2.1 Tratamento farmacológico .....	58
5.2.1.1 Rinite alérgica.....	58
5.2.1.2 Rinite não alérgica.....	58
5.2.2 Tratamento não farmacológico .....	59
5.3 Otite .....	59
5.3.1 Tratamento farmacológico .....	59
5.3.2 Tratamento não farmacológico .....	60
5.4 Amigdalite.....	60
5.4.1 Tratamento farmacológico .....	60
5.4.2 Tratamento não farmacológico .....	60
5.5 Faringite.....	60
5.5.1 Tratamento farmacológico .....	60
5.5.2 Tratamento não farmacológico .....	61
5.6 Laringite .....	61
5.6.1 Tratamento farmacológico .....	61
5.6.2 Tratamento não farmacológico .....	61
6. Considerações Finais .....	62
7. Referências Bibliográficas.....	63



# ***Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária***

***Farmácia Moura***

---

## ***Parte I***

*Sob orientação do Dr. Diogo Moura*

## **Abreviaturas**

<b>AINES</b>	Anti-Inflamatórios Não Esteroides
<b>CHTV</b>	Centro Hospitalar Tondela – Viseu
<b>COE</b>	Contraceção Oral de Emergência
<b>DC</b>	Dermofarmácia e Cosmética
<b>EC</b>	Estágio Curricular
<b>FM</b>	Farmácia Moura
<b>IRS</b>	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares
<b>IVA</b>	Imposto sobre o Valor Acrescentado
<b>MICF</b>	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
<b>MNSRM</b>	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
<b>MSRM</b>	Medicamento Sujeito a Receita Médica
<b>PCHC</b>	Produtos de Cosmética e de Higiene Corporal
<b>PIM</b>	Preparação Individualizada da Medicação
<b>PUV</b>	Preparações de Uso Veterinário
<b>PVP</b>	Preço de Venda ao Público
<b>SWOT</b>	<i>Strenghts, Weaknesses, Opportunities and Threats</i>

## **I. Introdução**

A dimensão do farmacêutico comunitário na área da Saúde Pública é incontestável. A profissão farmacêutica remonta ao século XV, época em que tais profissionais eram denominados de boticários e exerciam funções focadas na preparação de medicamentos. Por este motivo, a farmácia era frequentemente designada de Farmácia de Oficina. Contudo, gradualmente, a farmácia foi conquistando um papel imprescindível ao nível da comunidade, passando a centrar-se cada vez mais no utente, pelo que a denominação de Farmácia Comunitária adquiriu notável expressão. Nos dias de hoje, a Farmácia Comunitária constitui a vertente mais visível da profissão farmacêutica, tratando-se de um estabelecimento de saúde dotado de profissionais competentes e dedicados, nos quais os utentes depositam considerável confiança<sup>1</sup>.

A atividade farmacêutica é pautada por privilegiar a saúde e o bem-estar dos utentes, pelo que o farmacêutico representa o profissional de eleição pela generalidade da população, perante problemas de saúde menores. Ao farmacêutico compete a prestação de serviços centrados no utente, estando incumbido não só da dispensa como também de um aconselhamento adequado. O farmacêutico é, acima de tudo, um especialista do medicamento, encontrando-se dotado de valências diferenciadoras que o distinguem dos restantes profissionais de saúde. O conhecimento científico que a formação académica proporciona torna o farmacêutico comunitário um verdadeiro agente de promoção do uso correto e prudente do medicamento<sup>1</sup>.

O plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) culmina com a realização do estágio curricular (EC). Trata-se de uma unidade curricular de extrema relevância visto funcionar como elo de ligação entre o conhecimento já obtido e o contexto real do exercício da profissão farmacêutica. O meu EC decorreu na Farmácia Moura (FM), situada na zona histórica da minha cidade natal, Tondela, sob a orientação do Dr. Diogo Moura.

O motivo pelo qual optei por realizar o meu EC exclusivamente em farmácia comunitária, perfazendo um total de 810 horas, prende-se com o facto de eu ser deveras aficionada pela arte da profissão farmacêutica. O cuidado para com o próximo, a capacidade de escuta ativa e de prestar um aconselhamento adequado e a contribuição prestada no aumento da literacia em saúde, devido à proximidade estabelecida para com o utente, que tão bem caracterizam o farmacêutico comunitário, foi o que me conduziu a ingressar em MICF para, finalmente, enveredar por esta linda carreira profissional. Iniciei o meu EC mais tarde

que o habitual, no dia 7 de fevereiro, devido a ser trabalhadora-estudante, tendo este culminado no dia 2 de setembro, com uma pausa autoproposta no seu decurso.

O propósito do presente relatório é efetuar um balanço retrospectivo da minha experiência e do meu percurso na FM, por intermédio de uma análise SWOT (*Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities* e *Threats*). Esta análise é efetuada a uma dimensão interna, onde abordo os pontos fortes (*Strengths*) e os pontos fracos (*Weaknesses*), e a uma dimensão externa, onde me debruço sobre as oportunidades (*Opportunities*) e as ameaças (*Threats*), com que me deparei ao longo do meu período de estágio.

## **2. Farmácia Moura**

A FM conta com uma presença centenária na cidade de Tondela, constituindo uma das farmácias mais antigas do meu concelho. Encontra-se sediada na Praça do Comércio, no coração da cidade, sendo detentora de uma localização proveitosa, ao estar rodeada de inúmeros estabelecimentos de comércio. Grande parte dos utentes fidelizados na FM trata-se de idosos, os quais frequentam este estabelecimento de saúde como hábito que foi passando de geração em geração.

A farmácia é propriedade do Dr. Jorge Moura, que se trata adicionalmente do diretor técnico. A equipa técnica responsável pelo atendimento de excelência é constituída por dois farmacêuticos, o Dr. Diogo Moura (meu orientador de estágio e farmacêutico substituto) e a Dra. Cátia Correia, e por cinco técnicos de farmácia, Luís Ferreira, Mário Marques, Paulo Torres, Raquel Ferraz e Carina Dias.

As suas instalações sofreram remodelações nos últimos anos, o que conferiu ao espaço um aspeto mais moderno, cativante e afável. A FM é constituída por uma zona de *front office* onde se encontram quatro balcões de atendimento e uma área consideravelmente ampla destinada à exposição dos artigos de dermofarmácia e cosmética, produtos capilares, saúde oral, puericultura, higiene íntima, ortopedia e suplementação alimentar. Atrás dos balcões individualizados destinados ao atendimento, são visíveis lineares onde estão expostos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM). Também no *front office* existem inclusivamente dois gabinetes consagrados à prestação de serviços farmacêuticos aos utentes, nomeadamente administração de injetáveis e vacinas e avaliação dos parâmetros bioquímicos, e reservados igualmente a consultas de nutrição e podologia.

A zona do *back office* dispõe de um local destinado à receção de encomendas, um armazém, uma casa de banho, um espaço reservado à Preparação Individualizada de Medicação (PIM), um laboratório que possibilita a preparação de medicamentos manipulados, o gabinete do diretor técnico e um quarto, do qual a equipa técnica dispõe durante o serviço permanente.

O horário de funcionamento da FM opera da seguinte forma: durante os dias úteis a farmácia encontra-se aberta no período compreendido entre as 8h30 e as 20h, e aos sábados abre às 9h e encerra às 14h. É ainda de referir que, a cada seis semanas, a FM encontra-se de serviço, funcionando de modo permanente durante uma semana (desde a abertura na segunda-feira até ao fecho na segunda-feira seguinte).

### 3. Análise SWOT

**Tabela I** – Tabela ilustrativa da Análise SWOT.

Dimensão Interna	
Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipa técnica;</li> <li>○ Planificação do estágio;</li> <li>○ Panóplia de funções executadas;</li> <li>○ Gestão, receção e arrumação de encomendas;</li> <li>○ Atendimento ao público;</li> <li>○ Sistema informático - dualidade;</li> <li>○ Dispensa de medicamentos hospitalares;</li> <li>○ Dispensa de medicamentos psicotrópicos;</li> <li>○ Consultas de nutrição e podologia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estacionamento reduzido nas imediações da farmácia;</li> <li>○ Receitas Manuais;</li> <li>○ Plano curricular do MICF.</li> </ul>
Dimensão Externa	
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Metodologia <i>Kaizen</i>;</li> <li>○ Formações;</li> <li>○ PIM;</li> <li>○ Rastreios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medicamentos reiteradamente esgotados;</li> <li>○ Banalização do uso de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM).</li> </ul>

### **3.1 Pontos Fortes**

#### **3.1.1 Equipa Técnica**

Devo, primeiro que tudo, ressaltar que a minha rápida integração na equipa técnica da FM foi, seguramente, um dos fatores que mais contribuiu para o sucesso do meu EC. Esta equipa dotada de profissionais extremamente competentes mostrou-se prontamente disponível para me auxiliar e para esclarecer toda e qualquer dúvida apresentada. O ambiente de cooperação e entreaduda que caracteriza esta farmácia foi crucial no processo de aprendizagem de que fui alvo.

#### **3.1.2 Planificação do estágio**

O meu EC desenrolou-se de modo gradual. Primeiramente, comecei por realizar tarefas confinadas ao *back office*, nomeadamente a gestão, receção e arrumação de encomendas, o que me possibilitou começar a reconhecer nomes comerciais de medicamentos. Posteriormente, já no *front office*, comecei por assistir aos atendimentos prestados até que, finalmente, alcancei a etapa mais pretendida, a do atendimento autónomo.

A segmentação do estágio por etapas facultou uma evolução progressiva. As tarefas realizadas ao nível de *back office* foram essenciais para que me pudesse familiarizar com todos os medicamentos e produtos de saúde, e respetivas arrumações, de tal maneira que, chegada a etapa do atendimento, o pudesse efetuar com a confiança e segurança necessárias.

#### **3.1.3 Panóplia de funções executadas**

No decurso do meu EC realizei uma multiplicidade de tarefas que me conferiram uma melhor compreensão no que diz respeito à organização e ao funcionamento da farmácia: receção de encomendas e correspondente arrumação, devoluções aos armazenistas, averiguação dos prazos de validade, controlo das temperaturas no *front office*, armazém e frigorífico, reposição de *stocks* quer no *back office* quer no *front office*, gestão dos contentores de recolha Valormed®, a PIM, preparação de medicamentos manipulados, avaliação de parâmetros bioquímicos e atendimento ao público.

### 3.1.4 Gestão, receção e arrumação de encomendas

Apesar do atendimento ao público prestado na farmácia ser de carácter primordial, existe toda uma panóplia de tarefas igualmente relevantes que devem ser mencionadas. As tarefas respeitantes às encomendas são exemplo de tal facto e são efetuadas diariamente no *back office*.

Na FM os principais fornecedores são a Empifarma – Produtos Farmacêuticos, a Plural – Cooperativa Farmacêutica, a Alliance HealthCare, S.A., a Ocp Portugal – Produtos Farmacêuticos e a Cooprofar – MedLog. As encomendas subdividiam-se em três tipos: as instantâneas, as manuais e as diárias. Estas últimas eram efetuadas duas vezes por dia e abrangiam os medicamentos e produtos dispensados previamente, por forma a salvaguardar que a farmácia tivesse o menor número de faltas possível. Para que tal acontecesse, os medicamentos e os produtos de saúde de maior rotatividade tinham um *stock* mínimo e um *stock* máximo estipulados nas respetivas fichas técnicas no SIFARMA 2000<sup>®</sup>. Ao ser atingido o *stock* mínimo, o produto entrava diretamente na encomenda diária, à qual poderiam ser adicionados paralelamente produtos sem *stock* mínimo estipulado. As encomendas instantâneas eram efetuadas durante o ato de atendimento no sistema informático e as encomendas manuais eram executadas pela internet, por chamada telefónica ou aos delegados, pelo que tinham que ser criadas manualmente no SIFARMA 2000<sup>®</sup>.

O processo de receção de encomendas na FM era efetuado por intermédio do SIFARMA 2000<sup>®</sup> e contemplava a averiguação de um leque de diversos fatores. Após selecionar a encomenda a ser rececionada, introduzia o número da fatura e o respetivo montante. Posteriormente, procedia à leitura ótica do código de barras dos produtos que, por sua vez, possibilitava a introdução destes no sistema informático. À medida que cada produto era rececionado, uma panóplia de fatores tinha que ser verificada: o prazo de validade, que tem que ser atualizado se este for inferior ao que está assinalado no SIFARMA 2000<sup>®</sup>, ou se não existir *stock* desse produto na FM; o preço de venda ao público (PVP) assinalado na embalagem de MSRM e se este era concordante com o que estava introduzido no sistema informático; a presença de reservas; no caso particular dos MNSRM e outros artigos de saúde, que se tratam de produtos de venda livre, era exigido averiguar se o PVP estava atualizado ou se tinha que ser retificado, ou, tratando-se de um produto recente e, portanto, sem ficha na farmácia, era exigido apurar o valor do PVP, tendo em conta que este era definido de acordo com a margem de lucro da farmácia e o Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) a que os produtos estão sujeitos. No fim de todo este processo, o preço total estabelecido pelo sistema informático tinha que ser concordante com aquele que vem referido na fatura e o número total de

embalagens rececionadas tinha de igual forma coincidir com aquele que era mencionado na fatura.

Findado este processo, prosseguia com a arrumação da respetiva encomenda, que ocorria à luz da regra “*first in, first out*” o que assegurava que produtos com validade inferior pudessem ser vendidos em primeiro lugar.

Todas estas tarefas referentes às encomendas foram fulcrais, ao possibilitarem a familiarização com os nomes comerciais e com as embalagens dos medicamentos, assim como com a respetiva arrumação a fim de que, chegado o atendimento ao público, o pudesse realizar com maior destreza.

### **3.1.5 Atendimento ao público**

O ambicionado momento do ato de atendimento foi, para mim, enquanto futura farmacêutica, uma das etapas mais exigentes, todavia, indubitavelmente, a mais recompensadora.

Ao começar por assistir aos atendimentos prestados pela equipa técnica, fui captando toda a informação pertinente transmitida aos utentes aquando do ato de cedência de medicamentos, e que era considerada fulcral ao uso correto e responsável destes. Quando alcancei a fase do atendimento autónomo, procurei sempre que possível transmitir essa mesma informação: posologia, eventuais precauções de utilização e, porventura, possíveis interações e reações adversas. Tratando-se de idosos com dificuldade na audição e, até mesmo, em assimilar informação, reforçava por escrito nas caixas ou colava etiquetas. Confesso que, inicialmente, o aconselhamento farmacêutico de produtos de saúde existentes na FM se revelou uma tarefa árdua, contudo, à medida que fui obtendo progressivamente mais competências e conhecendo os produtos que estavam ao dispor na farmácia, converteu-se numa tarefa cada vez mais acessível.

Ao longo do meu percurso enquanto estagiária na FM, tive a possibilidade de contactar com uma vasta gama de utentes e cenários. Nos dias normais de semana, era frequente a dispensa de prescrições médicas aos utentes fidelizados, na sua maioria idosos. Aos sábados era bastante discernível a afluência de pessoas visivelmente mais pacientes e preponderantes para adquirir produtos de cosmética e de higiene corporal (PCHC). Nos dias de serviço, era frequente a proveniência de utentes do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV) e pessoas com afeções menores.



A FM possuía um grupo de utentes fidelizados o que me permitiu ao longo do período de tempo que estive na farmácia, ir conquistando a sua confiança, de modo a desempenhar um atendimento mais individualizado.

A maioria dos utentes fidelizados na FM possuía uma ficha aberta na farmácia, o que auxiliava tremendamente os atendimentos. Estas fichas compilam dados dos utentes e informação relativa aos medicamentos e produtos adquiridos na farmácia. Isto facilitava imenso o ato do atendimento, ao possibilitar a identificação do medicamento que o utente usualmente compra.

### **3.1.6 Sistema informático – dualidade**

Na FM recorria-se ao SIFARMA<sup>®</sup> como simultaneamente ferramenta de gestão e atendimento<sup>2</sup>. No processo de gestão e receção de encomendas era utilizado o SIFARMA 2000<sup>®</sup>, ao passo que no atendimento era empregue o novo módulo de atendimento do SIFARMA<sup>®</sup>.

O SIFARMA<sup>®</sup> é um *software* desenvolvido pela GLINTT com o intuito de responder às necessidades constantes do dia-a-dia dos seus utilizadores e que valoriza, acima de tudo, um acompanhamento singular dos utentes. Trata-se de uma ferramenta líder em Portugal que conta com o envolvimento de perto de 2500 farmácias<sup>2,3</sup>.

O novo módulo de atendimento do SIFARMA<sup>®</sup>, empregue no processo de atendimento na FM, revelou ser bastante intuitivo em comparação com o SIFARMA 2000<sup>®</sup> e sem os atalhos que caracterizam este último, o que facilitou consideravelmente o meu processo de aprendizagem. Das inúmeras vantagens deste novo módulo, saliento a possibilidade de retornar à página inicial, o que simplificava amplamente o processo de atendimento.

### **3.1.7 Dispensa de medicamentos hospitalares**

O cenário de pandemia por Covid-19 conduziu a que fossem levadas a cabo diligências a fim de minimizar esforços por parte dos utentes. Neste sentido, foi publicado o Despacho pelo Ministério da Saúde, que autorizava a dispensa de medicamentos hospitalares nas farmácias comunitárias. Esta dispensa é efetuada unicamente por um farmacêutico, que está incumbido de averiguar eventuais interações ou reações adversas decorrentes do uso do medicamento, assim como detetar possíveis sinais e/ou sintomas oriundos de uma progressão

da doença, devendo tal informação ser reportada o quanto antes aos serviços farmacêuticos hospitalares<sup>4</sup>.

Na FM, quando a medicação hospitalar chegava, o utente era prontamente avisado e o farmacêutico que se encontrasse disponível procedia à respetiva dispensa.

### **3.1.8 Dispensa de medicamentos psicotrópicos**

No decurso do meu EC, procedi, inúmeras vezes, à dispensa de medicamentos psicotrópicos. Por se tratarem de medicamentos que comportam diversos riscos e precauções, a sua dispensa implica regras acrescidas.

Aquando do ato de atendimento, devem ser recolhidos dados respeitantes ao individuo que está a adquirir o medicamento, nomeadamente: nome, data de nascimento, número do cartão de cidadão e respetiva validade (pode eventualmente suceder que alguns dados fiquem automaticamente gravados no sistema informático). Com o término da dispensa, é impresso um talão onde consta a data, o medicamento e a respetiva quantidade dispensada, a identificação da farmácia, o número da prescrição e a identificação do doente. Este talão deve ser arquivado pela farmácia ao longo de 3 anos<sup>5</sup>.

### **3.1.9 Consultas de nutrição e podologia**

As farmácias comunitárias estão, a cada dia que passa, mais empenhadas em proporcionar serviços vitais à saúde da população. O farmacêutico tem, progressivamente, promovido a adoção de hábitos saudáveis<sup>1</sup>.

Perante tal realidade, a FM não é exceção. A farmácia concede aos utentes consultas de nutrição e podologia. As consultas de podologia, prestadas pela Dra. Rafaela, sucedem-se uma vez por mês e tem em vista o tratamento de calos e calosidades, micoses, *et cetera*. As consultas de nutrição decorrem todas as quartas-feiras na FM e são prestadas pela Dra. Núria, nutricionista da Farmodiética.

## **3.2 Pontos Fracos**

### **3.2.1 Estacionamento reduzido nas imediações da farmácia**

Deter estacionamento é um fator imprescindível para que um estabelecimento de venda consiga atrair a população e, deste modo, alcançar o sucesso. Atualmente, a azáfama do dia-a-dia condiciona o quotidiano dos indivíduos que, cada vez mais, dispõem de menos tempo e envidam esforços no sentido de efetuar os seus afazeres com a maior celeridade possível.

A farmácia comunitária, enquanto estabelecimento de saúde, também se sustenta nesta realidade. A falta de estacionamento nas imediações da FM constitui uma fragilidade, o que lhe confere um desfavor. Ao estar sediada no centro da cidade, na zona histórica de Tondela, os utentes da FM ou se deslocavam a pé ou tinham o feliz acaso, embora pouco habitual, de encontrar estacionamento cerca da farmácia. Esta vulnerabilidade pode, porventura, dar azo a que um menor número de utentes se desloquem à FM.

### **3.2.2 Receitas Manuais**

Embora as receitas eletrónicas sejam muito mais comuns, ocasionalmente fui confrontada com receitas manuais. Tratam-se de receitas que retratam uma maior fonte de erros de origem humana, quer por parte do médico prescriptor, quer por parte do farmacêutico.

Aquando do ato da dispensa, o farmacêutico deve verificar diversos pontos adicionais, nomeadamente: a identificação da exceção e se esta se encontra devidamente assinalada no canto superior direito, o local de prescrição e a respetiva vinheta, a validade da prescrição (possui uma validade de 30 dias consecutivos), o número de embalagens e a identificação do médico com a respetiva assinatura e vinheta. Adicionalmente, deve ser apurado se existem rasuras, sendo que a sua presença é motivo para a exclusão da correspondente comparticipação<sup>5</sup>.

Confesso que as receitas manuais geraram algumas dúvidas ao longo do meu EC. Foram várias as ocasiões em que pedi auxílio aos elementos da equipa técnica, ora por não conseguir decifrar a caligrafia do médico prescriptor, ora por não saber qual o plano de comparticipação.

### **3.2.3 Plano curricular do MICF**

O MICF é detentor de um plano curricular extremamente abrangente, proporcionando a todos nós, futuros farmacêuticos, uma panóplia de competências fulcrais ao exercício da profissão. Contudo, no decorrer do meu estágio, constatei que o MICF dispõe de algumas brechas de conhecimento que exigem ser supridas.

Acredito que seja deveras relevante a inclusão de conteúdos programáticos interligados com a burocracia da farmácia comunitária, nos quais destaco os regimes de comparticipação, os tipos de IVA a que os produtos estão sujeitos e as respetivas deduções para o IRS, conferência do receituário. No que concerne às unidades curriculares de dermofarmácia e cosmética (DC) e preparações de uso veterinário (PUV), julgo que deveriam incluir adicionalmente uma vertente mais prática que propiciasse a prestação de um aconselhamento farmacêutico pertinente.

Foram várias as vezes que, ao longo do meu EC, senti necessidade de solicitar auxílio aos meus colegas da equipa técnica devido às questões enumeradas anteriormente. Deste modo, apelo a que seja efetuada uma reestruturação no sentido de potenciar o exercício farmacêutico.

## **3.3 Oportunidades**

### **3.3.1 Metodologia Kaizen**

O termo japonês *Kaizen* é oriundo das palavras *Kai*, que significa mudar, e *Zen*, que quer dizer melhor. A filosofia *Kaizen* assenta em cinco conceitos chave, designadamente a melhoria contínua, a produtividade, a organização, a eficiência operacional e algoritmos. Este modelo de gestão implementado em inúmeras farmácias acarreta diversas vantagens. A deteção de erros, o incremento da rentabilidade da farmácia e a melhoria da qualidade do atendimento prestado constituem alguns exemplos<sup>6</sup>.

Na FM, esta metodologia estava a ser instaurada inicialmente pela Dra. Sandra e posteriormente pelo Dr. Jaime, ambos consultores da GLINTT. A formação *Kaizen* desenvolvida primava por estimular na equipa técnica o aperfeiçoamento do seu desempenho, quer individual quer coletivo, através do estabelecimento de objetivos. Era também atribuído bastante relevo à organização tanto do *back office*, para aprimorar os processos de gestão e receção de encomendas, como do *front office*, encontrando-se os produtos dispostos nos lineares de modo bastante criterioso. Esta metodologia apelava essencialmente a que fosse efetuado um atendimento adequado e focado nas necessidades da população.

### 3.3.2 Formações

No período de tempo em que me encontrei na FM, tive a chance de assistir a formações técnicas que me possibilitaram adquirir conhecimento primordial respeitante aos diversos produtos e contactar com as várias marcas, dotadas de uma presença imponente em farmácia comunitária. Assim sendo, assisti a uma formação prestada por uma delegada do *Alès Groupe*, referente às marcas *Phyto*<sup>®</sup> e *Lierac*<sup>®</sup>. Tive a possibilidade de assistir também a uma formação facultada pela *Sanofi*, respeitante aos seus produtos indicados para a obstipação e outra concedida pela *Bausch+Lomb*, a propósito de gotas oftálmicas.

Tendo em conta que o mercado dos produtos de dermocosmética, saúde e bem-estar está, inegavelmente, em constante atualização, é imperativo que os profissionais de farmácia comunitária se mantenham a par das inovações, pelo que estas formações são concretizadas com regularidade na FM.

### 3.3.3 PIM

A PIM possibilita a organização dos comprimidos e/ou cápsulas por toma, referindo o dia e a hora em que o utente deve proceder à sua administração, em conformidade com o regime posológico prescrito. Este procedimento revela um papel crucial na melhoria da adesão à terapêutica<sup>7</sup>.

A PIM é um dos serviços disponibilizados pela FM e, visto que esta possui um protocolo estipulado com o Lar Boa Esperança, sediado no Caramulo, todas as semanas era efetuada a PIM dos utentes do lar. Existiam ainda alguns utentes que, por serem detentores de patologias crónicas que requeriam a toma de uma quantidade colossal de medicação, solicitavam este serviço como forma de agilizar o processo de administração da terapêutica.

Procedia-se à PIM num local concreto, designado para o efeito, onde estavam armazenados os medicamentos assim como um *dossier* com informação referente às patologias e à medicação com a respetiva posologia, dos utentes alvo deste serviço. Um dos elementos da equipa técnica executava a PIM e, no término, era efetuada uma verificação por outro elemento, de modo a minimizar a ocorrência de eventuais erros.

No decurso do meu EC, tive a oportunidade de auxiliar os elementos da equipa técnica com a execução da PIM, a qual considero ter sido uma tarefa deveras exigente tendo em consideração a responsabilidade que acarreta.

### **3.3.4 Rastreios**

Os rastreios são serviços farmacêuticos facultados pela FM, designadamente a glicémia, o colesterol, os triglicerídeos e a pressão arterial, nos quais tive o enorme gosto de prestar contributo. O estabelecimento da FM comporta dois gabinetes, sendo um deles consagrado à avaliação dos parâmetros bioquímicos. A existência deste espaço assegura a privacidade dos utentes que, por sua vez, se sentem mais à vontade para revelar preocupações e pedir auxílio.

A prestação destes serviços na FM constituiu, para mim, uma oportunidade particularmente relevante de, num ambiente mais pessoal, fomentar o correto uso do medicamento assim como incentivar a adoção de hábitos saudáveis, mediante um aconselhamento focado nas necessidades do utente.

Devo referir que, a par dos rastreios, a FM dispõe adicionalmente de outros serviços farmacêuticos, nomeadamente a PIM e a administração de injetáveis e vacinas, prestada por farmacêuticos devidamente qualificados.

## **3.4 Ameaças**

### **3.4.1 Medicamentos reiteradamente esgotados**

Por inúmeras vezes, fui confrontada com cenários de rutura de *stock*. Recordo-me particularmente do caso de Ozempic<sup>®</sup>, que possui como substância ativa o semaglutido e está indicado para o tratamento da diabetes *mellitus* tipo 2 não controlada, encontrando-se esgotado nas suas várias dosagens (0,25mg, 0,5mg e 1mg). Para além da sua função ao nível do controlo da glicémia, o Ozempic<sup>®</sup> também facilita o processo de perda de peso, o que poderá, eventualmente, ter contribuído para a problemática do seu abastecimento, ao constatar-se um incremento da procura e uma incapacidade de providenciar as quantidades requeridas. Trata-se, incontestavelmente, de uma ameaça extrema, em particular para utentes portadores de diabetes, que fazem uso do medicamento para o controlo da sua patologia<sup>8,9</sup>.

### **3.4.2 Banalização do uso de MSRM**

Ao longo do período de estágio, foi-me requerida por várias vezes a venda de MSRM sem prescrição. Os medicamentos mais frequentemente solicitados eram os pertencentes às classes dos antidepressivos e dos benzodiazepínicos, bem como dos anti-inflamatórios não esteroides (AINES). Nestas situações optava sempre por, através do diálogo, alertar para os perigos que a automedicação comporta. Adicionalmente, devo referir que, recordo-me de situações particulares em que me foi solicitada a dispensa de antibióticos sem prescrição

médica, especialmente os indicados para a infecção urinária, constituindo um exemplo o Monuril®. Ora, estando ciente de que a resistência antimicrobiana é um problema de saúde pública extremamente alarmante, optei por advertir os utentes relativamente aos riscos associados aos antibióticos de modo a conseguir consciencializar perante esta que é uma tremenda problemática da atualidade.

#### **4. Casos Clínicos**

##### **Caso I – Vulgarização da toma de antibióticos**

Utente do sexo masculino, na faixa etária dos 40 anos, dirigiu-se à farmácia e solicitou a dispensa de Monuril® para a sua esposa, que apresenta sintomas sugestivos de infecção urinária, tratando-se este do antibiótico prescrito numa situação prévia, referindo adicionalmente que a sua esposa está constantemente a deslocar-se à casa de banho e menciona sentir ardor ao urinar.

Perante este cenário, frisei ao utente a impossibilidade de lhe ceder Monuril® visto este possuir como substância ativa a fosfomicina, antibiótico indicado para o tratamento da cistite, sendo, portanto, requerida prescrição médica mediante o devido diagnóstico de infecção urinária. Procurei consciencializar o utente para a ocorrência de resistências antimicrobianas associadas ao uso irracional de antibióticos, problemática alvo de crescente apreensão e reflexão. Inquiri ao utente se a sua esposa, para além da ida recorrente à casa de banho e do ardor sentido ao urinar, já tinha alguma vez referido a existência de sangue na urina, ao qual ele me respondeu negativamente.

Na impossibilidade de ceder ao utente o que me tinha sido solicitado, aconselhei a toma do suplemento Cis-Control® Flash. Este é um suplemento alimentar que possui na sua composição arando vermelho, *urze* e 4 óleos essenciais, e que facilita o correto funcionamento das vias urinárias. Cada caixa contém 2 blisters diferentes com 10 cápsulas, perfazendo um total de 20 cápsulas. Um dos blisters contém cápsulas de arando vermelho e *urze*, enquanto que o outro blister contém cápsulas de óleos. Deste modo, recomendei um tratamento com duração de 5 dias devendo ser efetuado da seguinte forma: 1 cápsula de cada blister, 2 vezes por dia, de preferência de manhã e à noite, às refeições e sempre acompanhadas de um copo de água<sup>10</sup>.

Adicionalmente, reforcei algumas medidas não farmacológicas que atuam na prevenção da incidência de infeções urinárias, nomeadamente urinar após as relações sexuais, aumentar a ingestão de água, efetuar uma higiene íntima adequada e evitar o uso de roupa íntima de origem

sintética<sup>11</sup>. No término, realcei que, se a sintomatologia persistir, deveria procurar consulta médica.

## **Caso II – Adolescência e Contraceção Oral de Emergência (COE)**

Utente do sexo feminino, com idade compreendida entre os 18 e os 23 anos, dirigiu-se à farmácia acompanhada da sua irmã mais velha, solicitando a pílula do dia seguinte. Por me aperceber de que a utente não estaria confortável a responder a questões de cariz tão íntimo ali, acompanhei-as até ao gabinete que facultava um ambiente mais resguardado. Já aí, encetei uma cascata de questões que me permitissem perceber se aquela era, de facto, a solução indicada para a utente.

A utente começou por referir que não utilizava nenhum método de contraceção e que no fim de semana anterior tinha estado numa festa onde tinha consumido álcool e, no calor do momento, teve relações sexuais desprotegidas com o seu companheiro, não fazendo uso de preservativo. Referiu que, passados 3 dias, a preocupação colossal que a assolava e o não saber como proceder, levou-a a confessar à irmã o que tinha ocorrido, tendo posteriormente optado por se deslocar à farmácia de modo a solicitar um aconselhamento adequado.

Perante a vontade manifestada pela utente e tendo concluído que se tratou, de facto, de uma relação sexual desprotegida ocorrida há mais de 72h, aconselhei a toma de ellaOne<sup>®</sup>, que se trata de 30mg de acetato de ulipristal. Aconselhei a utente a tomar a COE o quanto antes, informando-a de que não é 100% eficaz. Alertei a utente para que, na eventualidade da ocorrência de vómitos até 3 horas após a toma, proceder novamente à ingestão de outro comprimido. Culminei avisando a utente de que a COE não confere proteção nas relações sexuais futuras, pelo que deve optar por um método contracetivo de barreira até ao seguinte período menstrual, e que poderia experienciar alterações na sua menstruação, podendo aparecer uns dias mais cedo ou uns dias mais tarde que o previsto<sup>12,13</sup>.

No término, aquando da despedida, adverti a utente e a sua irmã para a importância de ser seguida por um ginecologista, visto possuir uma vida sexual ativa, salientando que a COE é apenas destinada a uso ocasional, pelo que deveria optar pelo método contracetivo mais adequado a si e ao seu companheiro.



### **Caso III – Crise Hemorroidária**

Utente do sexo masculino, na faixa etária compreendida entre os 50 e os 60 anos, dirigiu-se à farmácia e solicitou algo para as hemorroidas, referindo que apresentava hemorragia anal durante a defecação, dor intensa e inchaço, provavelmente decorrente da externalização das hemorroidas, sintomas sugestivos de crise hemorroidária.

Aconselhei ao utente o creme retal Procto-Glyvenol<sup>®</sup>, que se trata de um anti-hemorroidário que apresenta na sua composição tribenosido, detentor de propriedades anti-inflamatórias, e cloridrato de lidocaína, um anestésico local que possibilita o alívio do ardor, prurido e dor decorrentes das hemorroidas. Referi ao utente que deve aplicar o creme 2x/dia, de manhã e à noite, até a sintomatologia aguda decrescer, e posteriormente aplicar 1x/dia. Adicionalmente, mencionei ao utente que Procto-Glyvenol<sup>®</sup> é um creme que possibilita uma ação tópica ao exercer os seus efeitos anti-inflamatórios e analgésicos a nível local, pelo que o tratamento deveria ser aliado à toma de um medicamento venotrópico e, assim sendo, sugeri o Daflon<sup>®</sup> 1000. Este possui na sua composição bioflavonoides e está indicado no tratamento da crise hemorroidária. Recomendei a sua toma durante, pelo menos, 1 semana devendo nos primeiros 4 dias tomar 1 comprimido 3x/dia, e nos 3 dias posteriores tomar 1 comprimido 2x/dia, sendo que, após a semana de tratamento, deveria proceder à administração de 1 comprimido por dia<sup>14,15</sup>.

Paralelamente, salientei ao utente alguns cuidados a ter e fatores desencadeadores a ser evitados: aumentar o aporte de água, privilegiar uma alimentação rica em fibras e evitar comida picante, procurar não ficar sentado durante um extenso período de tempo e praticar exercício físico<sup>15</sup>.

### **Caso IV – Aftas**

Utente do sexo feminino, 30 anos, dirigiu-se à farmácia e solicitou algo para a afta dolorosa que a incomodava e que impossibilitava o ato de comer e, inclusivamente, falar.

Aconselhei o GUM<sup>®</sup> AftaClear Gel que possibilita o alívio rápido da dor e promove o processo da cicatrização. Forma uma barreira protetora contra saliva, comida e ar, possibilitando o retorno à normalidade de forma mais célere. Recomendei a aplicação até 3x/dia, durante 1 semana, após comer e devendo evitar beber ou comer durante, pelo menos, meia hora após a devida aplicação<sup>16</sup>.

São vários os fatores que contribuem para a ocorrência de aftas: genética, alimentação desequilibrada, *stress*, déficit de sais minerais, nomeadamente ferro e zinco, e vitaminas, principalmente vitamina B12 e ácido fólico, e sistema imunitário enfraquecido<sup>17</sup>. Deste modo, recomendei adicionalmente a toma do suplemento Centrum® Mulher, um multivitamínico que facultava um aporte de vitaminas e minerais essenciais às necessidades nutricionais da mulher e que contribuiu para o normal funcionamento do sistema imunitário. Mencionei que deveria tomar 1 comprimido por dia, preferencialmente à refeição, e, paralelamente, frisei a importância de uma alimentação saudável complementar. Culminei referindo que deveria eliminar alguns alimentos da sua dieta que facilitam a ocorrência de aftas, como frutas ácidas, alimentos salgados e refrigerantes<sup>17,18</sup>.

### **Caso V – Stress e Insónias**

Utente do sexo masculino, na faixa etária dos 40 anos, dirigiu-se à farmácia solicitando por um suplemento que o auxiliasse a dormir. Referiu que sempre dormiu bem, no entanto recentemente tinha iniciado um novo cargo de trabalho e o stress do dia-a-dia mantinha-o acordado pela noite fora.

Aconselhei o Arkosono® Forte 8H, que se trata de um suplemento que possui na sua composição Melatonina, Extratos de plantas (Passiflora, Valeriana e Papoila da Califórnia) e Vitamina B6, possibilitando o relaxamento e a ocorrência de um sono de qualidade, ao proporcionar a diminuição dos despertares noturnos. Indiquei ao utente que deveria tomar 1 comprimido, 1 hora antes de se deitar e recomendei que não consumisse álcool, visto diminuir a eficácia da melatonina. Culminei, frisando ainda a importância de uma boa higiene do sono, essencial a um sono reparador e de qualidade<sup>19</sup>.

## **5. Considerações Finais**

Com o culminar da formação teórica proporcionada pelo MICF, surge o estágio curricular para encerrar esta linda jornada académica e conceder o ingresso no mundo do mercado de trabalho. Considero que esta breve passagem pela FM foi um período de profunda aprendizagem e de desenvolvimento, quer pessoal quer profissional.

O trabalho diário desenvolvido na FM possibilitou-me aliar o conhecimento teórico ao exercício prático da profissão, em contexto real, assim como a obtenção de novas competências e valências. Constatei que, paralelamente ao atendimento, existe toda uma panóplia de funções inerentes à profissão do farmacêutico comunitário, as quais desconhecia até então. A cada dia, cada nova tarefa executada constituía uma pequena vitória. Tive a oportunidade de presenciar, em primeira mão, aquilo que é ser farmacêutico: é ser ombro amigo, é saber ouvir e saber aconselhar, o que me deixa extremamente orgulhosa da profissão que escolhi.

Findado o período de estágio, reconheço o quão feliz e realizada me senti no seu decurso. Acredito que cumpri com sucesso os objetivos do EC, o que teria sido inexecutável sem o auxílio e companheirismo da equipa técnica da FM. Sou uma sortuda por ter tido a oportunidade de estagiar nesta farmácia e aprender com profissionais tão exímios. Nunca vou conseguir agradecer o suficiente a amabilidade com que me acolheram e a consideração e disponibilidade sempre demonstradas.

## 6. Referências Bibliográficas

1. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **A Farmácia Comunitária**. [Acedido a 13 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
2. GLINTT – **Sifarma**. [Acedido a 20 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.glintt.com/pt/o-quefazemos/ofertas/SoftwareSolutions/Paginas/Sifarma.aspx>
3. GLINTT – **SOFTWARE: Sifarma agora e sempre**. [Acedido a 20 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.glintt.com/pt/o-que-fazemos/mercados/Pharma/software/Paginas/Software.aspx>
4. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **Saúde regula dispensa de medicamentos hospitalares nas farmácias comunitárias**. [Acedido a 23 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/saude-regula-dispensa-de-medicamentos-hospitalares-nas-farmacias-comunitarias/>
5. INFARMED – **Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde**. [Acedido a 25 de outubro de 2022]. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas\\_Dispensa/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790](https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispensa/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790)
6. REVISTA SAÚDA – **KAIZEN**. [Acedido a 30 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.revistasauda.pt/noticias/Pages/Kaizen.aspx>
7. PIM – **Farmácia: Preparação Individualizada da Medicação (PIM)**. [Acedido a 2 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://pimsolutions.pt/wp/>
8. EMA – **Resumo do EPAR destinado ao público: Ozempic**. [Acedido a 3 de novembro de 2022]. Disponível em: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/ozempic-epar-summary-public\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/ozempic-epar-summary-public_pt.pdf)
9. INFARMED – **Indisponibilidade de medicamentos contendo semaglutido (Ozempic)**. [Acedido a 3 de novembro de 2022]. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/web/infarmed/rss-noticias/-/asset\\_publisher/zQws9cSRmjar/content/id/7598125](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/rss-noticias/-/asset_publisher/zQws9cSRmjar/content/id/7598125)
10. ARKOPHARMA – **Cis-Control® Flash**. [Acedido a 4 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.arkopharma.com/pt-PT/cis-controlr-flash>
11. HOSPITAL DA LUZ – **Cistite: o que é?** [Acedido a 4 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/cistite>

- 12. EMA – Resumo das características do medicamento: ellaOne.** [Acedido a 4 de novembro de 2022]. Disponível em: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/ellaone-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/ellaone-epar-product-information_pt.pdf)
- 13. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – Boas Práticas de Farmácia Comunitária: Norma específica sobre a intervenção farmacêutica na Contraceção de emergência.** (2015) [Acedido a 4 de novembro de 2022]. Disponível em: [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/norma\\_especifica\\_sobre\\_a\\_intervencao\\_farmac\\_eutica\\_na\\_contracecao\\_de\\_emergencia\\_7929677925ab147ce85c39.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/norma_especifica_sobre_a_intervencao_farmac_eutica_na_contracecao_de_emergencia_7929677925ab147ce85c39.pdf)
- 14. INFARMED – Resumo das características do medicamento: Procto-Glyvenol.** [Acedido a 7 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>
- 15. DAFLON – Doença hemorroidária.** [Acedido a 7 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.daflon.pt/doenca-hemorroidaria/>
- 16. GUM – GUM® AftaClear Gel.** [Acedido a 10 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.sunstargum.com/pt-pt/produtos/geis-e-sprays/gum-aftaclear-gel.html>
- 17. CUF – Aftas: qual a origem e que alimentos evitar.** [Acedido a 10 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.cuf.pt/mais-saude/aftas-qual-origem-e-que-alimentos-evitar>
- 18. CENTRUM – Centrum® Mulher.** [Acedido a 10 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.centrumvitaminas.com.pt/produtos/multivitaminicos/centrum-mulher/>
- 19. ARKOPHARMA – ARKOSONO® FORTE 8H.** [Acedido a 12 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.arkopharma.com/pt-PT/arkosonor-forte-8h>

*Intervenção do Farmacêutico  
Comunitário em Afeções  
Otorrinolaringológicas*

*Monografia*

---

***Parte II***

## **Abreviaturas**

<b>AA</b>	Amigdalite Aguda
<b>AAS</b>	Ácido Acetilsalicílico
<b>AC</b>	Amigdalite Crónica
<b>AINE</b>	Anti-inflamatório Não Esteroide
<b>CO</b>	Contracetivo Oral
<b>FA</b>	Faringite Aguda
<b>FC</b>	Faringite Crónica
<b>IBP</b>	Inibidor da Bomba de Protões
<b>IECA</b>	Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina
<b>LA</b>	Laringite Aguda
<b>LC</b>	Laringite Crónica
<b>MNSRM</b>	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
<b>MNSRM-EF</b>	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia
<b>MSRM</b>	Medicamento Sujeito a Receita Médica
<b>OE</b>	Otite Externa
<b>OI</b>	Otite Interna
<b>OM</b>	Otite Média
<b>OMA</b>	Otite Média Aguda
<b>OME</b>	Otite Média com Efusão
<b>ORL</b>	Otorrinolaringologia
<b>RA</b>	Rinite Alérgica
<b>RI</b>	Rinite Infeciosa
<b>RLF</b>	Refluxo Laringofaríngeo
<b>RNA</b>	Rinite Não Alérgica

<b>RNASE</b>	Rinite Não Alérgica com Síndrome de Eosinofilia
<b>RS</b>	Rinossinusite
<b>RSCcPN</b>	Rinossinusite Crónica com Pólipos Nasais
<b>RSCsPN</b>	Rinossinusite Crónica sem Pólipos Nasais
<b>SA</b>	Sinusite Aguda
<b>SC</b>	Sinusite Crónica
<b>SGA</b>	<i>Streptococcus</i> do Grupo A
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Saúde
<b>SSA</b>	Sinusite Subaguda
<b>TDAR</b>	Teste Diagnóstico Antigénio Rápido



## **Resumo**

A otorrinolaringologia (ORL) é a especialidade médica responsável por inúmeros episódios de urgência. Contudo, muitas são as situações autolimitadas em que o doente opta pela prática de automedicação para aliviar os seus sintomas. A farmácia é, sobretudo nos dias de hoje, um local imprescindível à comunidade. Perante o caos em que se encontra o Sistema Nacional de Saúde (SNS), a ausência de resposta das urgências hospitalares e o facto de muitos indivíduos não disporem de médico de família, leva a que a farmácia represente, muitas das vezes, o local ao qual a população recorre em primeira instância. Trata-se de um estabelecimento de saúde dotado de profissionais extremamente competentes, cujo principal propósito é zelar pelo bem-estar e saúde dos seus utentes. Cada vez mais, a população reconhece no farmacêutico proximidade, depositando neste profissional de saúde uma tremenda confiança nos momentos de aflição. As afeções ORL são muito frequentes. Se umas, por um lado, visto manifestarem sintomas angustiantes e persistentes que não melhoram com o tempo, exigem ida à urgência, outras, por serem autolimitadas, requerem meramente intervenção ao nível do alívio da sintomatologia, e é aqui que o farmacêutico detém um papel importantíssimo. Compete-lhe, no momento em que os utentes requerem um determinado medicamento para o alívio dos seus sintomas, contribuir para que a automedicação seja uma prática segura e eficaz, e sempre que é solicitada a sua intervenção e indicação, seleccionar um medicamento ou produto de saúde adequado à afeção menor em questão, sendo este um ato individualizado e focado nas necessidades do utente. A presente monografia pretende elucidar para a temática da ORL e principais afeções – sinusite, rinite, otite, amigdalite, faringite, laringite -, respetivos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, e intervenção farmacêutica neste campo.

**Palavras-chave:** otorrinolaringologia, afeções, farmacêutico, aconselhamento, tratamento.

## **Abstract**

Otorhinolaryngology (ENT) is the medical specialty responsible for countless urgency episodes. However, there are many self-limiting situations in which the patient chooses to practice self-medication in order to relieve his symptoms. The pharmacy is, especially nowadays, an essential place to the community. Faced with the chaos in which the National Health System finds itself, the lack of response from hospital emergencies and the fact that many individuals do not have a family physician, the pharmacy often represents the place to which the population resort in the first instance. It is a health establishment with extremely competent professionals, whose main purpose is to ensure the well-being and health of its users. More and more, the population recognizes proximity to the pharmacist, depositing tremendous trust in this health professional in times of distress. ENT disorders are very common. If some, on the one hand, as they manifest distressing and persisting symptoms that do not improve over time, require going to the emergency room, others, on the other hand, being self-limited, merely require intervention in symptoms relief, and this is where the pharmacist plays a very important role. It is up to him, when users require a certain medicine to relieve their symptoms, to contribute to making self-medication a safe and effective practice, and whenever the intervention and indication of the pharmacist is requested, to select a medicine or health product appropriate to the minor condition, which is an individualized act focused on the needs of the user. This monograph intends to elucidate the theme of ENT and main conditions – sinusitis, rhinitis, otitis, tonsillitis, pharyngitis, laryngitis -, respective pharmacological and non-pharmacological treatments, and pharmaceutical intervention in this field.

**Keywords:** otorhinolaryngology, conditions, pharmacist, counseling, treatment.

## **I. Introdução**

A magnitude da profissão farmacêutica é incontestável. A história da farmácia remonta aos primórdios da humanidade, sendo o boticário, mais tarde denominado farmacêutico, detentor de uma importância inegável para a sociedade. O farmacêutico comunitário assume um papel centrado no utente, constituindo o primeiro contacto a quem este recorre em momento de aflição. Devido à enorme proximidade estabelecida entre a farmácia e a sociedade, é depositada uma tremenda confiança no farmacêutico, estando assim incumbido de prestar um serviço de saúde focado no utente e nas suas necessidades. A este profissional de saúde compete dispensar medicamentos, facultando toda a informação necessária de modo a fomentar a literacia em saúde<sup>1</sup>.

A otorrinolaringologia (ORL) é uma especialidade médica dedicada ao diagnóstico e tratamento de patologias do ouvido, do nariz e seios perinasais, da faringe e da laringe, da cabeça e do pescoço.<sup>2</sup> As afeções ORL abordadas aqui – sinusite, rinite, otite, amigdalite, faringite, laringite -, são bastante frequentes, contudo, nem sempre exigem ida ao centro hospitalar, pelo que o doente recorre frequentemente à farmácia como primeira instância. Compete ao farmacêutico recolher toda a informação pertinente, colocando as questões devidas e efetuando uma avaliação dos sinais e sintomas apresentados.

A automedicação, que se trata do uso de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) para o alívio da sintomatologia, tem constituído uma prática cada vez mais recorrente nos dias de hoje. No que concerne às afeções ORL, o recurso à automedicação é bastante frequente. No entanto, é de referir que esta prática acarreta riscos para a saúde do utente, que podem ser minimizados pelo aconselhamento adequado prestado por um profissional de saúde. Por este motivo, o aconselhamento farmacêutico é de extrema relevância.<sup>3</sup>

A presente monografia tem como propósito elucidar para a temática da intervenção farmacêutica em afeções ORL. Neste sentido, após uma breve abordagem das considerações anatomofisiológicas e enfoque nas principais afeções, é destacada a função do farmacêutico enquanto agente de saúde capaz de orientar a prática da automedicação, assim como o seu papel no ato da indicação farmacêutica. Adicionalmente, aborda-se o tratamento farmacológico e não farmacológico de cada uma das afeções, fazendo menção ao contributo imprescindível que o farmacêutico pode prestar.

## **2. Considerações anatomofisiológicas**

### **2.1 Nariz, fossas nasais e seios perinasais**

O nariz é uma estrutura extremamente complexa, detentora de inúmeras concavidades e convexidades, e dotada de uma importância crucial na estética facial e, acima de tudo, no processo da respiração. É primordial realçar o papel do nariz na inspiração/expiração, assim como no olfato<sup>4</sup>.

O nariz e os seios perinasais integram uma unidade complexa de cavidades distintas, que desempenha funções de extrema importância. Estão incumbidos da ventilação, filtração e aquecimento do ar inspirado. Adicionalmente, possuem uma importante função de defesa, podendo eventualmente desencadear uma resposta imunológica contra alérgenos, poluentes e outras partículas nocivas<sup>5</sup>.

#### **2.1.1 Nariz**

O nariz externo é constituído por ossos e cartilagem, e oferece a robustez adequada à proteção das estruturas internas e da mucosa das fossas nasais<sup>5</sup>. Trata-se de uma saliência piramidal posicionada na zona central do rosto e onde se diferencia três faces, três bordos, um vértice e ainda uma base. É na base do nariz que se situam dois orifícios designados narinas, cujo prolongamento no seu interior culmina com as fossas nasais, albergadas nesta estrutura osteocartilagínea<sup>6,7</sup>.

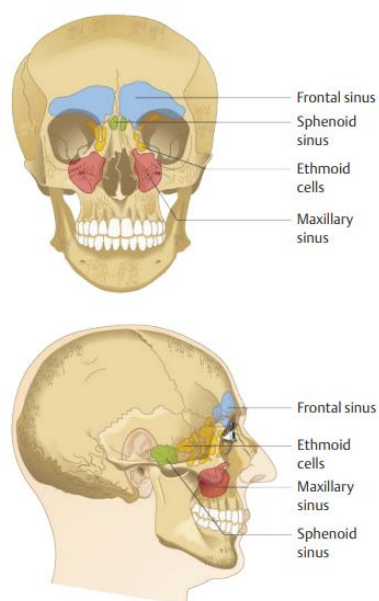
#### **2.1.2 Fossas nasais**

As fossas nasais constituem o começo da via respiratória e são as cavidades inseridas à direita e à esquerda da linha média do rosto, que comunicam com o exterior por intermédio das narinas. O septo nasal separa estas duas cavidades, sendo composto pelos ossos vómer e etmóide. A parede externa das fossas nasais é detentora de estruturas de importância crucial, nomeadamente três lamina ósseas, designadas de cornetos, e três orifícios, os meatos, que possibilitam a sua comunicação com os seios perinasais. O interior das fossas nasais está revestido por uma mucosa nasal denominada pituitária. Esta recobre sem interrupção a superfície das fossas nasais e alberga as células olfativas, pelo que o sentido do olfato se encontra sediado na mucosa pituitária. Por este motivo é que a perda do olfato, denominada de anosmia, se deve predominantemente à congestão da mucosa nasal resultante de um processo catarral<sup>6,7</sup>.

As fossas nasais retêm partículas em suspensão, resultando na purificação do ar inalado. Adicionalmente, o ar é aquecido aquando da sua passagem pelas fossas nasais, impedindo que este alcance os pulmões demasiado frio<sup>6</sup>.

### 2.1.3 Seios Perinasais

Os seios perinasais consistem em cavidades ocas cheias de ar, que estabelecem comunicação com as fossas nasais. Designam-se de seios frontais, esfenoidais, etmoidais e maxilares, consoante a sua localização<sup>5,8</sup>.



**Figura I** – Localização dos seios perinasais. Adaptada de <sup>8</sup>

#### Seios Frontais

Localizam-se no osso frontal e possuem um elevado grau de especificidade, variando de indivíduo para indivíduo. Por serem tão peculiares e específicos, são frequentemente comparados com impressões digitais. Apresentam uma forma idêntica a um L<sup>5,8</sup>.

#### Seios Esfenoidais

Situam-se próximo do centro do crânio e acima da nasofaringe e integram o osso esfenóide, que se localiza na zona anterior e mediana da base do crânio. Tratam-se de cavidades assimétricas e de tamanho variável. Estruturas cruciais como a glândula pituitária alojada numa cavidade denominada *sela turca*, artérias carótidas internas e nervos óticos situam-se perto do seio<sup>5,7,8</sup>.

### Seios Etmoidais

Encontram-se na base anterior do crânio e tratam-se de labirintos de elevada complexidade de células de parede fina. Estas células agrupam-se em células etmoidais anteriores e células etmoidais posteriores, conforme a sua localização no complexo etmoidal<sup>5</sup>.

### Seios Maxilares

Situam-se nas bochechas e constituem os seios de maiores dimensões. Integram os ossos maxilares superiores. O seio maxilar é também conhecido como *Antro de Highmore*<sup>5,7</sup>.

Os seios perinasais tratam-se de autênticas expansões aéreas que se distribuem ao redor das fossas nasais. Encontram-se recobertos por mucosa respiratória e, contrariamente às fossas nasais, são cavidades asséticas<sup>9</sup>.

#### **2.1.4 Papel dos Seios Perinasais**

Em condições normais, os seios perinasais encontram-se cheios de ar e em constante comunicação com as fossas nasais. Estão incumbidos de funções tais como a sua correspondente ventilação e drenagem. Para além disto, intervêm na vocalização, na ressonância da voz e no olfato. É ainda de salientar o seu papel ao assegurar uma harmonia facial, possibilitando uma redução do peso dos ossos da face<sup>5</sup>.

É crucial referir a relevância funcional das conexões estabelecidas entre as fossas nasais e os seios perinasais, assim como o seu papel na patogénese de inúmeras patologias/condições<sup>8</sup>.

## **2.2 Ouvido**

O aparelho auditivo situa-se ao nível do osso temporal, albergado parcialmente no seu interior, e em ambos os lados do rosto. É o órgão da audição e do equilíbrio e possui como propósito a perceção sonora e a manutenção do equilíbrio. Subdivide-se em três porções: o ouvido externo, o ouvido médio e o ouvido interno. Enquanto que o ouvido externo e o ouvido médio intervêm somente na audição, o ouvido interno intervém concomitantemente na audição e no equilíbrio<sup>6,7,10</sup>.

### **2.2.1 Ouvido Externo**

Possui como função captar ou recolher as vibrações sonoras e dirigi-las para a membrana do tímpano. Inclui duas porções, o pavilhão auricular e o canal auditivo externo. O pavilhão auricular é comumente designado de orelha, e trata-se de uma estrutura cartilágnea de forma

singular, posicionada em ambos os lados do rosto. O canal auditivo externo possibilita a comunicação entre o pavilhão auricular e o ouvido médio. Consta de duas partes: uma primeira, mais externa, de natureza cartilaginosa, recoberta de pelos particularmente finos e por glândulas responsáveis pela segregação do cerúmen, uma substância amarelada vulgarmente conhecida como cera, cujo propósito é a proteção do ouvido; e uma segunda parte, mais interna e de natureza óssea. O canal auditivo externo culmina no tímpano<sup>6,7,10</sup>.

### **2.2.2 Ouvido Médio**

É uma cavidade relativamente estreita e de formato irregular, inserida interiormente à membrana timpânica, e que possibilita a comunicação entre esta e o ouvido interno. O ouvido médio comunica com a faringe por intermédio da trompa de Eustáquio. Esta cavidade é também denominada de caixa do tímpano e encontra-se revestida por mucosa. Contém no seu interior uma cadeia de ossículos, constituída por três pequenos ossos denominados martelo, bigorna e estribo, ligados entre si por duas articulações e cada um deles ligado à caixa do tímpano através de ligamentos. Estes ossículos possuem como função transmitir as vibrações da membrana do tímpano ao ouvido interno, de maneira exata e amplificada<sup>6,7</sup>.

### **2.2.3 Ouvido Interno**

Representa a porção mais fulcral da audição visto ser o local onde a vibração mecânica desencadeada pelas ondas sonoras e transmitida pela caixa do tímpano é convertida em impulsos nervosos que, ao alcançarem o cérebro, originam a sensação sonora. Encontra-se albergado no rochedo do osso temporal e inclui o labirinto ósseo e o labirinto membranoso. O labirinto membranoso está encaixado no labirinto ósseo e está preenchido por endolinfa. O espaço existente entre os labirintos ósseo e membranoso está preenchido por perilinfa, que atua como veículo dos sons. A perilinfa assemelha-se ao líquido cefalorraquidiano, contudo a endolinfa possui uma alta concentração de potássio e uma baixa concentração de sódio, por oposição à perilinfa e ao líquido cefalorraquidiano. O labirinto ósseo é constituído pelo vestíbulo, canais semicirculares e cóclea. Enquanto que o vestíbulo e os canais semicirculares intervêm essencialmente no equilíbrio, a cóclea está implicada na audição. O vestíbulo, na sua porção óssea, representa a entrada do ouvido interno e relaciona-se com a caixa do tímpano pela janela oval. No interior do vestíbulo ósseo encontra-se o vestíbulo membranoso, parte integrante do labirinto membranoso, que contém o sáculo e o utrículo. Os canais semicirculares consistem em três canais orientados em diferentes direções. Dentro dos canais semicirculares ósseos estão alojados os canais semicirculares membranosos. A cóclea, também

designada de caracol ósseo, consiste num canal enrolado em espiral, e subdivide-se em rampa vestibular e rampa timpânica. No interior do caracol ósseo situa-se o caracol membranoso, designado de canal coclear. Este caracol membranoso contém o órgão de *Corti*, detentor de uma estrutura complexa e onde as vibrações sonoras são convertidas em corrente nervosa<sup>6,7,10</sup>.

### 2.3 Faringe

A faringe consiste numa estrutura musculomembranosa que se localiza atrás das fossas nasais e da boca, e que culmina inferiormente na laringe de um lado, e no esófago do outro lado. Superiormente comunica com as fossas nasais e pela sua parte lateral comunica com a trompa de Eustáquio. Trata-se de um órgão partilhado simultaneamente pelo aparelho respiratório e pelo aparelho digestivo, pelo que possibilita a condução do ar até à laringe, assim como a condução dos alimentos até ao aparelho digestivo. Ambas as trajetórias enumeradas se encontram separadas por intermédio da ação de uma membrana denominada epiglote, que se comporta como uma válvula<sup>6,7</sup>.

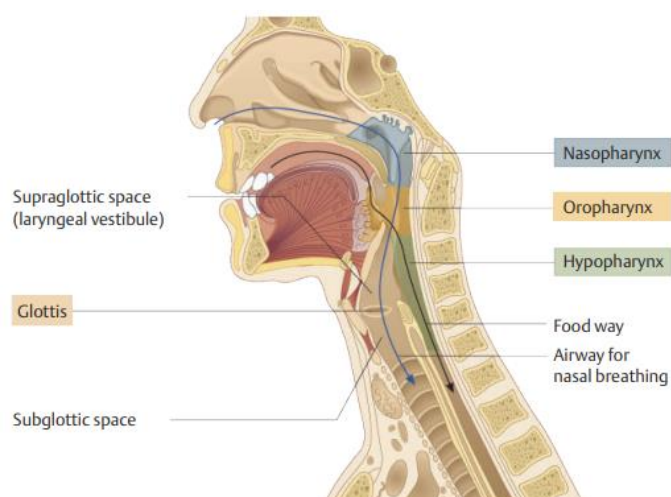
A faringe e o esófago possuem como função primordial a coordenação do ato da deglutição. É ainda de salientar que a faringe inclui o Anel de *Waldeyer*, o qual engloba várias estruturas envolvidas na resposta imunitária<sup>8</sup>.

A faringe encontra-se dividida em três porções:

- Nasofaringe
- Orofaringe
- Hipofaringe

A nasofaringe, que constitui a porção nasal, comunica com a cavidade nasal por intermédio das coanas e, adicionalmente, estabelece comunicação com o ouvido médio através do orifício da trompa de Eustáquio. É na nasofaringe que se encontram as adenoides (amígdalas nasofaríngeas), que integram o Anel de *Waldeyer*. A orofaringe constitui a porção oral e comunica com a cavidade oral por intermédio do istmo das fauces. Na orofaringe encontram-se as amígdalas palatinas e a amígdala lingual. Por último, a hipofaringe que constitui a porção inferior da faringe e se estende até à laringe e esófago<sup>8</sup>.





**Figura 2** – Localização da nasofaringe, orofaringe e hipofaringe. Adaptada de <sup>8</sup>

O Anel de *Waldeyer* localiza-se na nasofaringe e orofaringe e inclui as adenoides, as amígdalas palatinas, a amígdala lingual e tecido linfóide das paredes laterais da orofaringe. As amígdalas palatinas são de particular relevância, visto desempenharem uma importante função de defesa contra infecções respiratórias<sup>8,11</sup>.

## 2.4 Laringe

A laringe é uma estrutura musculocartilaginosa, inserida na parte posterior do pescoço à altura da 5ª, 6ª e 7ª vértebras cervicais, e que comunica superiormente com a faringe, e pela sua parte inferior estabelece comunicação com a traqueia. Trata-se de uma estrutura de natureza cartilaginosa, cujas unidades se associam por intermédio de ligamentos e músculos. Possui na sua constituição três cartilagens ímpares e medianas, as cartilagens cricoideia, epiglótica e tiroideia, e quatro pares laterais. Todas estas cartilagens são revestidas de mucosa e movidas por músculos. Durante o ato da deglutição, os seus músculos movimentam as cartilagens de modo a encerrar a abertura laríngea e assim impedir a entrada de substâncias alimentares nas vias respiratórias.

A laringe é o principal órgão envolvido na produção da voz e alberga no seu interior as cordas vocais, onde o ar proveniente dos pulmões é convertido em som<sup>6,7</sup>.

### **3. Afeções otorrinolaringológicas – Etiologia, Fisiopatologia, Sintomatologia**

A ORL é a especialidade médica incumbida do diagnóstico e tratamento das doenças do nariz e seios perinasais, do ouvido, da faringe, da laringe, da cabeça e do pescoço<sup>2</sup>.

As afeções ORL representam um problema de saúde pública prevalente em Portugal, comprometendo transversalmente qualquer faixa etária<sup>12</sup>.

Serão abordadas as seguintes afeções ORL:

- Sinusite;
- Rinite;
- Otite e Labirintite;
- Amigdalite;
- Faringite;
- Laringite.

#### **3.1 Sinusite**

A sinusite é uma inflamação da mucosa dos seios perinasais. Os aspetos que contribuem para comprometer o arejamento e a drenagem das secreções dos seios perinasais, facilitam o desenvolvimento de sinusite. Anomalias anatómicas como o desvio do septo nasal, e edema da mucosa decorrente de infeções virais, como constipação, ou de alergias, constituem exemplos<sup>13</sup>. Outros fatores como alterações imunológicas, exposição a agentes poluentes, infeção dentária e fatores genéticos, podem adicionalmente favorecer a ocorrência de sinusite<sup>14</sup>.

Como a mucosa nasal é contínua com os seios perinasais, a sinusite é também denominada de rinossinusite (RS)<sup>15</sup>. Esta designação sustenta-se pela coexistência habitual de sinusite e rinite no mesmo indivíduo e por, adicionalmente, a inflamação dos seios perinasais ser frequentemente acompanhada de inflamação da cavidade nasal<sup>12</sup>.

##### **3.1.1 Etiologia**

A infeção das secreções acumuladas resulta em sinusite. Os microrganismos responsáveis por essa mesma infeção diferem mediante a duração da infeção. Uma sinusite aguda (SA) apresenta um início abrupto, tem uma duração inferior a 4 semanas e após esse período, há uma resolução completa dos sintomas. Numa SA, as bactérias mais comuns são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*. Uma sinusite subaguda (SSA) tem uma duração entre 1 a 3 meses e apresenta igualmente uma resolução completa dos sintomas.

Uma sinusite crónica (SC) apresenta uma duração superior a 3 meses e a sintomatologia está sempre presente. Numa SC, a infeção é habitualmente polimicrobiana, sendo a *Pseudomonas* e o *Staphylococcus aureus* frequentemente encontrados<sup>13</sup>.

Para além da etiologia bacteriana referida, a sinusite pode ainda ser viral ou fúngica. A sinusite viral é provocada por um vírus, como o vírus *Influenza* e o *Rhinovírus*, e a sinusite fúngica é provocada por fungos como o *Aspergillus* e *Actinomyces*. As mais comuns são as sinusites bacterianas e as sinusites virais<sup>14</sup>.

### **3.1.2 Sintomatologia**

Os sintomas mais usuais são dor facial ou pressão, com localização que difere conforme o seio ou seios afetados, febre, rinorreia purulenta e congestão nasal e ainda hiposmia ou anosmia. Outros sintomas como fadiga e tosse podem eventualmente também estar presentes<sup>13,14</sup>.

### **3.1.3 Rinossinusite Crónica e Pólipos Nasais**

A Rinossinusite Crónica é muitas vezes acompanhada pela presença de pólipos nasais, pelo que pode distinguir-se Rinossinusite Crónica com Pólipos Nasais (RSCcPN) e Rinossinusite Crónica sem Pólipos Nasais (RSCsPN)<sup>16,17</sup>. Os Pólipos Nasais constituem lesões inflamatórias com a capacidade de se projetarem nas vias aéreas nasais e resultam de alterações na barreira epitelial dos seios perinasais e mucosa nasal, sendo que têm potencial de aumentar a exposição a microrganismos<sup>18</sup>. A endoscopia nasal é o método de eleição para detetar a presença de pólipos. Pacientes com Polipose Nasal apresentam menor dor facial, contudo queixam-se de maior obstrução e disfunção olfativa/nasal<sup>16</sup>.

A RSCsPN e RSCcPN diferenciam-se pela presença de características histopatológicas distintas. A RSCsPN caracteriza-se por espessamento da membrana basal, infiltração de células mononucleares, hiperplasia de células calciformes, fibrose e edema subepitelial. A RSCcPN marca-se pela formação de pseudoquistos, pelo estroma edematoso com deposição de albumina e pela infiltração perivascular e subepitelial de células inflamatórias<sup>16</sup>. Enquanto que na RSCsPN se verifica um predomínio de inflamação neutrofílica, a RSCcPN apresenta infiltração excessiva de eosinófilos<sup>18</sup>.

A maioria dos estudos sustenta um mecanismo de inflamação do tipo 2 com infiltração de eosinófilos e mastócitos, preponderância de interleucinas (IL) 4, 5 e 13, bem como IgE, em RSCcPN. As células epiteliais nasossinusais desempenham um papel fulcral como primeira linha

de defesa nas cavidades nasais, todavia expressam inúmeros recetores de modo a detetarem e reagirem a alergenios proteolíticos e danos nos tecidos. As células epiteliais nasossinusais desenrolam uma incumbência crucial na iniciação e regulação das respostas imunes inata e adaptativa, já que podem produzir IL-1, IL-33, linfopoiatina estromal tímica (TSLP) e/ou IL-25 em resposta a padrões moleculares associados a danos. A produção de TSLP e IL-33 conduz à ativação e acumulação de ILC2, com a produção subsequente de IL-5 e IL-13. TSLP atua sinergicamente com IL-1 e IL-33 de modo a ativar mastócitos e produzir citocinas tipo 2. Adicionalmente, a IL-13 regula a síntese local de IgE e conduz à diferenciação de monócitos em macrófagos ativados (M2). A produção de IL-13 leva à expressão da proteína de adesão da célula endotelial vascular-1 e moléculas de adesão intercelular-1, possibilitando o recrutamento de basófilos, eosinófilos e linfócitos. Um atraso na apoptose, uma acentuada ativação dos eosinófilos e a presença de outros fatores desencadeantes, culminam com a morte de eosinófilos (EETosis), que contribui para um muco mais viscoso e defeitos epiteliais. Consequentemente, este processo pode danificar ainda mais o epitélio e conduzir à formação de cristais de *Charcot-Leyden*. Estes cristais potenciam a inflamação, aumentando a produção de citocinas pró-inflamatórias e outras células inflamatórias<sup>17</sup>.

## 3.2 Rinite

A rinite consiste na inflamação da mucosa nasal, e é provocada por uma grande diversidade de condições alérgicas e não alérgicas<sup>19</sup>. As rinites são patologias com etiologia distinta, podendo-se categorizar em rinite alérgica (RA) e rinite não alérgica (RNA)<sup>13</sup>.

### 3.2.1 Rinite Alérgica

A RA consiste na inflamação da mucosa nasal provocada por uma reação de hipersensibilidade mediada por anticorpos IgE a um ou mais alérgenos<sup>13,19</sup>.

A RA subdivide-se em 2 tipos: **sazonal** ou **perene**.

A **sazonal** é vulgarmente conhecida como febre dos fenos e, tal como o nome indica, decorre sobretudo durante determinadas estações do ano. É despoletada por pólenes ou por esporos de fungos existentes no ambiente circundante. As plantas que podem desencadear este tipo de RA são aquelas cujo grão de pólen tem tamanho reduzido e cuja polinização cruzada é dependente de vento.

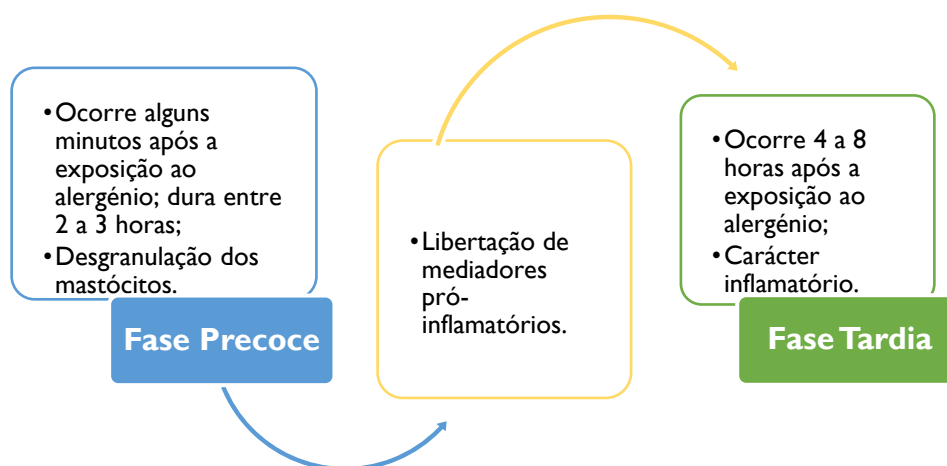
A **perene** é desencadeada por alergénios existentes todo o ano como ácaros do pó, pelos de animais e bolores de interior. Adicionalmente, alergénios alimentares podem também facilitar a ocorrência deste tipo de RA<sup>13,19</sup>.

A RA atinge uma em cada cinco pessoas, sobretudo na infância, e compromete a qualidade de vida dos indivíduos, podendo eventualmente originar complicações como a sinusite e a asma, se não for tratada devidamente<sup>20</sup>.

A prevalência de RA tem sofrido um acréscimo. A RA e a asma estabelecem um estreito vínculo, visto coexistirem frequentemente no mesmo indivíduo. Geralmente, a RA antecede as manifestações de asma e representa um fator de risco para o desenvolvimento de asma<sup>21</sup>.

### 3.2.1.1 Fisiopatologia

A fisiopatologia da RA envolve alguma complexidade e engloba uma resposta alérgica de fase precoce e fase tardia. O mecanismo é encetado pela exposição a alergénios, como ácaros, pólenes e pelos de animais, que são reconhecidos por recetores de IgE específicos localizados na superfície de mastócitos e basófilos de indivíduos sujeitos a sensibilização prévia. Esta fase ocorre alguns minutos após a exposição ao alergénio, e tem uma duração de 2 a 3 horas. A fase descrita é marcada pela ocorrência de desgranulação de mastócitos. Com esta desgranulação dos mastócitos, ocorre a consequente libertação de mediadores pró-inflamatórios, em que a histamina representa o mediador primordial. Os restantes mediadores, como as prostaglandinas e os leucotrienos, e a histamina são responsáveis por induzir os sintomas de congestão nasal, rinorreia e prurido, ao exercerem o seu efeito nos vasos sanguíneos, terminações nervosas sensoriais e glândulas mucosas. A fase tardia ocorre 4 a 8 horas após a exposição e é de carácter inflamatório, sendo caracterizada pelo recrutamento de neutrófilos, basófilos, linfócitos Th2, eosinófilos e monócitos, e pela libertação de leucotrienos, prostaglandinas e citocinas, que perenizam a resposta inflamatória<sup>22</sup>.



**Figura 3** – Fisiopatologia da RA. Resposta alérgica de fase precoce e fase tardia. Adaptada de <sup>22</sup>

### **3.2.1.2 Sintomatologia**

Os sintomas manifestados são congestão nasal, rinorreia aquosa, espirros em salva e prurido no nariz e no palato. Pode suceder envolvimento ocular, verificando-se a ocorrência de conjuntivite alérgica, acompanhada de prurido e lacrimejamento, assim como sinais de vermelhidão e podendo eventualmente desenvolver olheiras características. À medida que a patologia evolui pode ocorrer anosmia, tosse e pieira, cefaleias e irritabilidade<sup>13,19</sup>.

### **3.2.2 Rinite Não Alérgica**

A RNA consiste num tipo de rinite sem sinais clínicos de infeção e com, igualmente, ausência de sinais sistémicos de inflamação alérgica, não sendo existentes mecanismos mediados por IgE. Alguns especialistas consideram que RNA é qualquer tipo de rinite não provocada por alergia ou infeção e, deste modo, a RNA crónica é categorizada em idiopática, rinite não alérgica com síndrome de eosinofilia nasal (RNASE), rinite medicamentosa, rinite gustativa, rinite ocupacional, rinite hormonal, rinite atrófica e rinite do idoso. Outros especialistas consideram que RNA abrange unicamente a idiopática, a RNASE e a gustativa, pelo que, visto não subsistir uma definição congruente, a prevalência exata desta patologia é desconhecida. Embora alguns subtipos de RNA crónica apresentem inflamação da mucosa nasal, nem todos estão associados a inflamação, contudo, um aspeto comum a todos é o resultado negativo no teste de alergia. Assim como na RA, indivíduos portadores de RNA apresentam similarmente um maior risco de desenvolver asma<sup>23</sup>.

#### **a) Rinite Idiopática**

Também denominada de rinite vasomotora, não tem uma etiologia clarificada na maioria dos casos, pelo que é diagnosticada mediante exclusão de outras formas de rinite. Pode ser desencadeada por alterações das condições atmosféricas, particularmente ar frio e seco, e exposição a irritantes. A característica central da rinite idiopática é a hiperreatividade nasal. Possui como sintomas a congestão nasal e drenagem pós-nasal<sup>23,24</sup>.

#### **b) Rinite não alérgica com síndrome de eosinofilia nasal**

A etiologia da RNASE é desconhecida<sup>19</sup>. Trata-se de um tipo de rinite inflamatória em que se constata um incremento de eosinófilos nas secreções nasais e na biópsia nasal, assim como aumento de mastócitos e respetiva desgranulação, podendo adicionalmente ocorrer aumento nas células produtoras de muco. Indivíduos com RNASE possuem como sintomas: congestão nasal, rinorreia, prurido nasal, espirros e hiposmia<sup>23</sup>.

c) Rinite Medicamentosa

São vários os fármacos passíveis de desencadear rinite induzida por medicamentos, nomeadamente inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), bloqueadores beta-adrenérgicos, ácido acetilsalicílico (AAS) e outros anti-inflamatórios não esteroides (AINE), psicotrópicos, contraceptivos orais (CO). Adicionalmente, o uso desmedido de descongestionantes nasais como a oximetazolina pode desencadear sintomas de rinite<sup>24</sup>. Este tipo de RNA possui como sintoma central a congestão nasal<sup>23</sup>.

d) Rinite Gustativa

É uma condição não inflamatória associada ao consumo de alimentos, particularmente alimentos quentes e condimentados, surgindo várias horas após a respetiva ingestão. Possui como sintomas proeminentes a rinorreia aquosa ou congestão nasal<sup>23</sup>.

e) Rinite Ocupacional

Consiste na inflamação da mucosa nasal decorrente da exposição a determinados agentes existentes no ambiente de trabalho. Estes agentes incluem odores fortes, pó, fumo de cigarro e produtos químicos, entre outros. Possui como sintomas rinorreia, espirros e limitação do fluxo de ar. Para além do mecanismo subjacente não alérgico, a rinite ocupacional pode também ter uma etiologia alérgica<sup>19,23</sup>.

f) Rinite Hormonal

Esta condição está relacionada com hipotireoidismo, acromegalia e gravidez (especialmente durante o segundo e terceiro trimestres). Os principais sintomas de rinite hormonal são congestão nasal, rinorreia e espirros<sup>19,24</sup>.

g) Rinite Atrófica

É uma forma de RNA não inflamatória em que ocorre atrofia da mucosa nasal. Está associada a congestão nasal e pode induzir a formação de crostas e, adicionalmente, ressecamento nasal<sup>23</sup>.

h) Rinite do idoso

Tipo de RNA que atinge particularmente a população idosa e que é caracterizada pela presença de rinorreia aquosa. É desencadeada por fatores ambientais e determinados alimentos<sup>23</sup>.

### **3.2.2.1 Sintomatologia**

Os principais sintomas manifestados são congestão nasal, drenagem pós-nasal e rinorreia abundante. Estes sintomas podem desenrolar-se continuamente ou serem originados pela exposição a agentes desencadeantes<sup>23</sup>.

### **3.2.3 Rinite Infeciosa**

A par da classificação da rinite em RA e RNA, também se pode distinguir ainda Rinite Infeciosa (RI), a qual pode ser aguda ou crónica. A forma aguda é, maioritariamente, desencadeada por vírus, no entanto a infeção secundária induzida por bactérias, como *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae*, associada a sinusite é bastante frequente. A forma crónica subdivide-se em rinite infecciosa crónica específica e inespecífica: a específica é provocada por um microrganismo específico (tuberculose, lepra, sífilis) e possui como sintomas congestão nasal, rinorreia purulenta, alterações da função olfativa e pressão facial e dor; a inespecífica, que é mais habitual que a anterior, surge em doentes com patologias sistémicas subjacentes, como alergia<sup>25</sup>.

## **3.3 Otite e Labirintite**

O conceito otite designa uma inflamação/infeção no ouvido. Consoante a sua localização no ouvido, é possível distinguir diferentes tipos de otite: otite externa (OE), quando interfere com o ouvido externo, otite média (OM), quando compromete o ouvido médio, e otite interna (OI) ou labirintite, quando afeta o ouvido interno<sup>14</sup>.

### **3.3.1 Otite Externa**

Diz respeito à inflamação do canal auditivo externo, no entanto, por vezes, pode prolongar-se até à zona exterior do ouvido, que abrange o trago e o pavilhão auricular. Trata-se de uma condição frequente, com uma prevalência de aproximadamente 10%. Pode afetar transversalmente as várias faixas etárias, contudo é mais comum em crianças mais velhas e em jovens adultos. A OE pode ser qualificada de acordo com a sua duração: pode ser aguda, quando apresenta uma duração inferior a 6 semanas, ou pode ser crónica, quando comporta uma duração superior a 3 meses<sup>26</sup>.

Episódios de OE surgem com maior frequência no verão, devido ao maior envolvimento com o meio aquático e em atividades aquáticas. Por essa razão é que praticantes de natação têm maior preponderância para o desenvolvimento de OE. O excesso de humidade potencia



a proliferação microbiana. Assim sendo, esta condição é também conhecida como “ouvido de nadador”<sup>26</sup>.

### **3.3.1.1 Etiologia**

A OE pode ser causada por bactérias, vírus ou fungos, contudo a etiologia bacteriana é a mais comum, constituindo cerca de 80% dos casos. Os organismos mais vulgarmente encontrados são *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*, sendo a infeção geralmente polimicrobiana. A OE de etiologia fúngica, denominada de otomicose, é mais rara e os organismos responsáveis são, por norma, *Candida albicans* e *Aspergillus spp.*<sup>27</sup>. A OE pode também estar relacionada com patologias dermatológicas e alérgicas<sup>26</sup>.

### **3.3.1.2 Sintomatologia**

Os sintomas manifestados são otalgia, otorreia, prurido e sensação de obstrução. Pode eventualmente também suceder perda auditiva, febre, edema e eritema<sup>26,28</sup>.

### **3.3.2 Otite Média**

A OM diz respeito ao processo inflamatório que afeta o ouvido médio<sup>19</sup>.

Por norma, o termo otite remete à otite média aguda (OMA), em virtude da elevada incidência apresentada, particularmente em idade pediátrica<sup>14</sup>. A OMA trata-se de uma das patologias mais habituais na infância e uma das principais justificações para antibioterapia nesta faixa etária<sup>29,30</sup>. Fatores genéticos, inflamatórios, infecciosos, imunológicos, ambientais e anatómicos tornam as crianças mais suscetíveis a infeções otológicas<sup>28,29</sup>.

#### **3.3.2.1 Fisiopatologia e Etiologia**

Na maioria das vezes acontece que, uma alergia ou uma infeção respiratória superior provoca congestão e edema da mucosa nasal, nasofaringe e trompa de Eustáquio e, a oclusão desta última impossibilita uma ventilação adequada, conduzindo deste modo a uma acumulação de secreções no ouvido médio. A colonização secundária, seja de carácter bacteriano ou viral, origina OMA. Aproximadamente 70% das OMA são de origem bacteriana e os agentes etiológicos centrais envolvidos são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*<sup>29</sup>. A OMA surge habitualmente após infeção respiratória superior viral<sup>28</sup>. A OMA não é contagiosa, contudo, a infeção respiratória que está na sua origem é<sup>13</sup>.

A OMA apresenta um começo súbito de sinais e sintomas de inflamação com existência de efusão<sup>31</sup>. A OMA é marcada pela existência de material purulento no interior do ouvido

médio, o que provoca dor, pressão e inflamação. Ao passo que o pus e a pressão se intensificam, a membrana timpânica torna-se vermelha e inflamada, cessando a sua vibração normal, o que provoca diminuição temporária da audição<sup>13</sup>.

### **3.3.2.2 Sintomatologia**

Os principais sintomas manifestados são otalgia, febre, irritabilidade, cansaço e falta de apetite<sup>19, 28</sup>.

### **3.3.2.3 Otite Média Aguda e Otite Média com Efusão**

A otite média com efusão (OME) decorre da acumulação de muco no ouvido médio que impossibilita a vibração do tímpano, pelo que representa um obstáculo à transmissão sonora. É frequentemente assintomática pelo que não está associada a sinais ou sintomas de infeção, constituindo a hipoacusia o único lamento referido<sup>32</sup>.

Apesar de as duas contemplarem derrame no ouvido médio, a OMA diferencia-se da OME por incluir abaulamento e sinais inflamatórios da membrana do tímpano. A OME, por norma, não causa dor<sup>31</sup>.

### **3.3.3 Labirintite**

Consiste na inflamação do ouvido interno, que sucede quando microrganismos ou mediadores inflamatórios atingem o labirinto e o comprometem<sup>14</sup>.

#### **3.3.3.1 Etiologia**

Pode ter uma etiologia infecciosa ou inflamatória. Uma labirintite infecciosa pode ser viral, quando o agente etiológico é um vírus, ou pode ser bacteriana, quando o agente causador é uma bactéria. Uma labirintite de causa inflamatória pode ser pós-traumática ou pós-cirúrgica, quando há contaminação do labirinto provocada por sangue ou ar, o que pode eventualmente suceder num traumatismo ou cirurgia, ou pode ser autoimune, a qual é bastante rara<sup>14</sup>.

#### **3.3.3.2 Sintomatologia**

Os principais sintomas manifestados são tonturas ou vertigem, e hipoacusia ou perda auditiva. Podem também ocorrer outros sintomas como zumbido no ouvido, e náuseas e vômitos, entre outros<sup>14</sup>.

### 3.4 Amigdalite

A amigdalite consiste na inflamação das amígdalas sendo imputada, na generalidade dos casos, às amígdalas palatinas. As amígdalas linguais podem igualmente sofrer inflamação contudo, as amigdalites linguais são bastante raras e com um contexto clínico mais severo. As amigdalites subdividem-se em amigdalite aguda (AA), que se trata de um processo inflamatório pontual caracterizado por um agravamento rápido e cuja sintomatologia dura entre 5 a 7 dias, e amigdalite crónica (AC), que consiste numa amigdalite recorrente<sup>14</sup>.

A amigdalite é uma afeção contagiosa, que se transmite através de espirros, tosse, gotículas de saliva e, quanto às crianças, essa transmissão pode suceder através da partilha de brinquedos contaminados. Uma faringite aguda pode eventualmente anteceder o desenvolvimento de amigdalite, ocorrendo deste modo uma faringoamigdalite<sup>14</sup>.

#### 3.4.1 Etiologia

Segundo a sua etiologia, a amigdalite pode ser viral (provocada por vírus), bacteriana (provocada por bactérias) ou fúngica (provocada por fungos). A maioria das AA é provocada por vírus, sendo mais frequentes o *rhinovírus*, o *adenovírus* e o *vírus influenza*. A AA de etiologia bacteriana é provocada, na maioria dos casos, por *Streptococcus* do grupo A (SGA), originando amigdalite estreptocócica. A amigdalite causada por fungos é incomum<sup>14,33,34</sup>.

#### 3.4.2 Sintomatologia

A AA de etiologia bacteriana provocada por SGA é detentora de sinais/sintomas típicos, tais como: febre (>38°C), odinofagia, dor abdominal, vómitos, cefaleias e orofaringe hiperemiada com ou sem exsudado amigdalino. Surge frequentemente em idade escolar, entre os 5 e os 15 anos, ocorrendo especialmente no início da Primavera e no Inverno. Já a AA de etiologia viral apresenta várias manifestações clínicas sugestivas, como ausência de febre, tosse, rouquidão, rinorreia, conjuntivite, estomatite ou diarreia. Estas manifestações clínicas, todavia, não são suficientes para efetuar um diagnóstico com acuidade. É imperativo que sejam realizados exames microbiológicos para averiguar a presença do SGA na orofaringe, salvo quando a sintomatologia apresentada sugere firmemente que se trata de AA de etiologia viral. São dois os tipos de exames microbiológicos: o teste diagnóstico antigénio rápido (TDAR) e a cultura da orofaringe<sup>33</sup>.

As amigdalites podem surgir em adultos, contudo são mais comuns em idade pediátrica, atingindo praticamente todas as crianças pelo menos uma vez<sup>14,34</sup>. O diagnóstico etiológico da AA deve ser efetuado em idade pediátrica através da realização de exames microbiológicos

que possibilitem a confirmação da etiologia estreptocócica, previamente à instituição da antibioterapia<sup>33</sup>. Na amigdalite infantil, o processo inflamatório pode atingir também as adenóides, ocorrendo deste modo uma adenoamigdalite. São manifestações características da amigdalite infantil a presença de um excesso de saliva e a falta de apetite. Por norma, as amigdalites surgem após os 12-18 meses de idade, podendo suceder de forma recorrente<sup>14</sup>.

### 3.5 Faringite

A faringite trata-se da inflamação da faringe. Este processo inflamatório pode, em certos casos, estender-se às amígdalas, ocorrendo uma faringoamigdalite, como referido anteriormente<sup>13</sup>.

#### 3.5.1 Etiologia

A faringite pode ser devida a causas infecciosas e não infecciosas. As causas não infecciosas compreendem alergias, irritação decorrente de exposição a fumo ou ar seco, tiroidite aguda, refluxo gastroesofágico, entre outras. As causas infecciosas podem ser virais, bacterianas ou fúngicas, devendo estas últimas ser tidas em consideração particularmente em indivíduos imunocomprometidos<sup>35</sup>.

No que diz respeito à sua evolução, as faringites podem ser agudas ou crónicas. A faringite aguda (FA) é, normalmente, de causa infecciosa, sendo provocada sobretudo por vírus ou por bactérias<sup>14</sup>. Em cerca de 80% dos casos, a faringite tem etiologia viral, sendo os vírus mais frequentemente implicados o vírus *influenza*, o *adenovírus* e o *rhinovírus*<sup>13,35</sup>. A faringite de etiologia bacteriana é provocada sobretudo por SGA (*Streptococcus pyogenes*) e é mais frequente em crianças do que em adultos<sup>36</sup>. Os surtos afetam essencialmente crianças com idade compreendida entre os 5 e os 15 anos e ocorrem no início da primavera e durante o inverno<sup>35</sup>. SGA é um patógeno de extrema relevância devido às possíveis complicações que acarreta, constituindo um exemplo a febre reumática<sup>36</sup>. Apesar de menos frequente, a faringite pode ter também etiologia fúngica, sendo *Candida albicans* o agente patogénico responsável, e ocorrendo particularmente em bebés, idosos e doentes imunodeprimidos<sup>13</sup>.

A faringite crónica (FC), por oposição à FA, é mais frequente no adulto. Embora não se trate de uma afeção grave, as queixas persistentes que confere tornam-se deveras incomodativas para o doente. São inúmeros os fatores que favorecem o surgimento de FC: abuso vocal, meio ambiente circundante, patologia alérgica, tabaco, doenças metabólicas como a diabetes, mau estado dos dentes, obstrução nasal persistente, refluxo gastroesofágico, entre outros<sup>14</sup>.

### **3.5.2 Sintomatologia**

A odinofagia é um sintoma comum à etiologia viral e à etiologia bacteriana. Tosse, expetoração, rouquidão, congestão nasal, conjuntivite, dor de ouvido e diarreia são sintomas frequentes na etiologia viral. Os principais sintomas manifestados na FC são secura faríngea, ardor e picadas. Febre, cefaleias e mal estar geral são sintomas habituais em causas infecciosas, particularmente na etiologia bacteriana<sup>14,35,36</sup>.

### **3.6 Laringite**

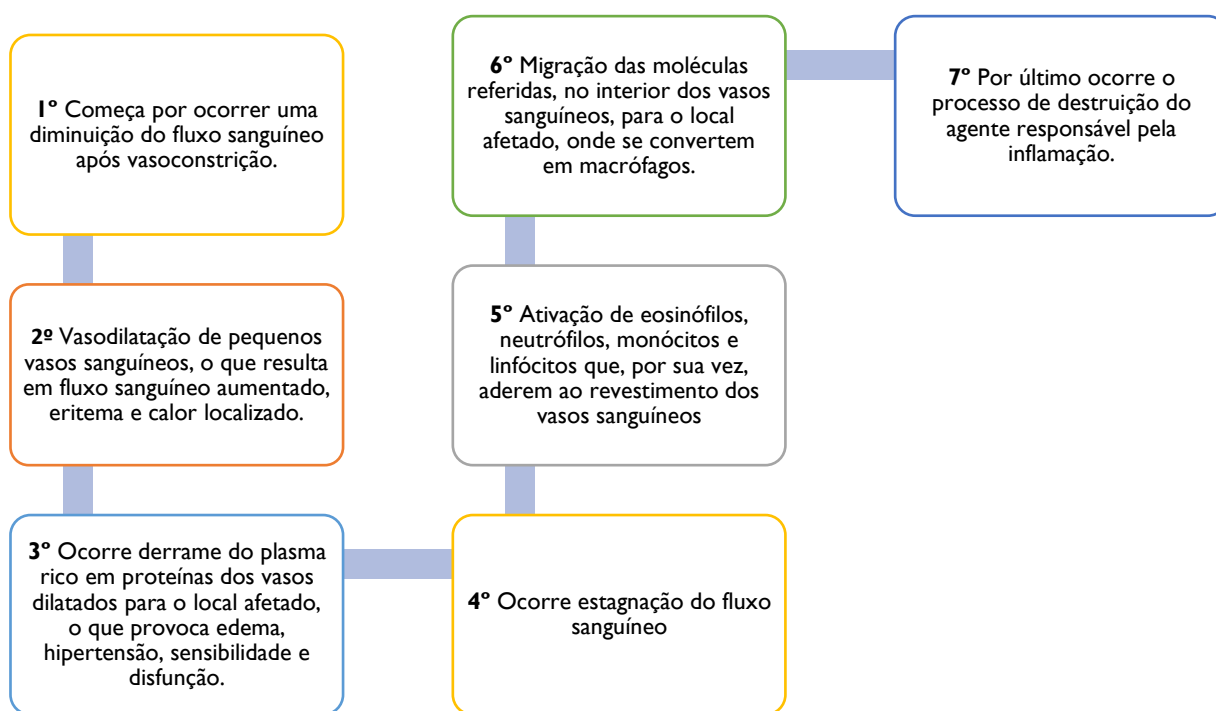
A laringite consiste na inflamação da laringe, e pode ser aguda ou crónica, infecciosa ou inflamatória, uma afeção isolada ou integrada numa patologia sistémica. Por norma, a laringite está associada a uma infeção respiratória superior, e pode ser tremendamente impactante na qualidade de vida dos indivíduos, no caso de sintomatologia persistente<sup>37</sup>.

A laringite pode-se classificar em aguda, laringite aguda (LA), e em crónica, laringite crónica (LC). A LA trata-se de uma condição inflamatória autolimitada, que contempla uma duração inferior a 3 semanas. Por norma, está associada a infeção do trato respiratório superior ou esforço vocal agudo, e é a causa mais frequente de rouquidão. A LC consiste na inflamação persistente decorrente da exposição crónica a agentes irritantes<sup>38</sup>.

#### **3.6.1 Processo inflamatório**

Tipicamente, a inflamação implica a ocorrência de reações celulares e humorais, para enfrentar os efeitos perniciosos do agente incitante e, deste modo, limitar o dano tecidual e promover a cicatrização<sup>39</sup>.

O processo inflamatório ocorre através de 7 passos sequenciais:



**Figura 4** – Processo Inflamatório da Laringite. Adaptada de <sup>39</sup>

Este processo implica a produção de imunoglobulinas, de fibrina, que se trata de proteínas de coagulação que impedem o alastramento da inflamação, de neutrófilos e fagossomas que impulsionam a cicatrização e a homeostase, assim como mediadores químicos essenciais na patogénese da inflamação, nomeadamente histamina, serotonina, prostaglandinas e leucotrienos<sup>39</sup>.

### 3.6.2 Etiologia

A LA é normalmente de etiologia infecciosa (viral, bacteriana ou fúngica), ou provocada por trauma. A etiologia viral é a mais frequente, e os vírus mais comumente implicados são o *adenovírus*, o *rhinovírus*, o *influenza* e o *parainfluenza*. A etiologia bacteriana e a etiologia fúngica são menos frequentes. As bactérias mais habituais são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* B, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* e *Klebsiella pneumoniae*. A etiologia bacteriana e a etiologia viral podem coexistir. A etiologia fúngica é a menos frequente, e surge como candidíase laríngea. Também como referido anteriormente, o esforço vocal agudo, como tosse persistente, cantar ou gritar, podem contribuir para o desenvolvimento de LA<sup>37,38</sup>.

A LC está normalmente associada à exposição crónica a agentes desencadeantes, nomeadamente esforço vocal continuado, tabagismo, consumo crónico de álcool, refluxo

gastroesofágico, asma, tosse crónica, sinusite crónica e tratamento com corticosteroides inalados<sup>38</sup>. Outras causas associadas ao desenvolvimento de LC são doenças autoimunes, como artrite reumatoide e sarcoidose, e alergias<sup>37</sup>.

### **3.6.3 Sintomatologia**

A laringite manifesta-se por disfonia (rouquidão), afonia (ausência de voz), tendência para a aspiração do ar, e até mesmo dificuldades respiratórias. Podem estar presentes outros sintomas como febre, tosse, disfagia e odinofagia<sup>13,37</sup>.

### **3.6.4 Laringite crónica e refluxo gastroesofágico**

Como referido anteriormente, o refluxo gastroesofágico pode, eventualmente, estar na origem de LC. O refluxo laringofaríngeo (RLF) resultante do fluxo inverso do conteúdo gástrico, essencialmente ácido e pepsina, compromete a mucosa faríngea e laríngea. Ácido conjugado com pepsina compromete a integridade do epitélio das cordas vocais e a resistência da barreira epitelial das cordas vocais é também ameaçada quando exposta a estes dois agentes. A pepsina invade as células epiteliais da laringe através de endocitose mediada por um recetor, e possui o pico de atividade a um pH de 2. Comparativamente com o esófago, a mucosa laríngea é mais vulnerável ao dano tecidual provocado pelo refluxo visto a laringe não ser protegida pelo peristaltismo, assim como não é tamponada pelo bicarbonato salivar<sup>40</sup>.

A LC provocada pelo refluxo gastroesofágico é mais comum em adultos com mais de 40 anos e em mulheres grávidas<sup>14</sup>.

## **4. Automedicação e Aconselhamento Farmacêutico**

### **4.1 Automedicação**

A automedicação é definida, de acordo com o Despacho nº17690/2007, de 10 de Agosto, como a utilização de MNSRM, tratando-se este de um uso responsável e destinado ao alívio e tratamento de afeções menores, mediante o aconselhamento facultativo de um profissional de saúde. Visto que se trata, cada vez mais, de uma prática integrante do sistema de saúde, deve ser restrita a condições clínicas bem definidas e ser exercida em conformidade com as especificações estipuladas para esses medicamentos, pelo que, tendo tal em consideração, o mesmo Despacho faculta uma lista de situações passíveis de automedicação, compreendendo algumas condições mencionadas previamente, como a rinite alérgica (diagnóstico médico prévio)<sup>41</sup>. Apesar do contexto oficial em Portugal restringir a automedicação ao uso de MNSRM, há uma tendência crescente para esta abranger todo o tipo de medicamentos, inclusive os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM)<sup>42</sup>.

Nos dias de hoje, a automedicação é uma prática cada vez mais recorrente, possibilitando à população uma maior autonomia na gestão/controlo da sua saúde. Comporta vantagens e riscos. Encara-se como vantagem a capacidade de reduzir a perda de tempo, não requerendo consulta médica, assim como a redução de recursos financeiros e custo do tratamento. Também representa uma prática vantajosa quer para o médico, que dispõe de mais tempo para contextos clínicos mais severos, quer para o SNS, visto que os utentes suportam a totalidade do preço dos medicamentos. No entanto, acarreta riscos. Os MNSRM apresentam efeitos adversos inerentes à sua utilização, podem comprometer a eficácia da terapêutica prescrita e suscitar interações medicamentosas entre a terapêutica prescrita e não prescrita, e são passíveis de mascarar sintomas associados a patologias mais graves. Neste sentido, é crucial zelar para que esta seja uma prática segura e eficaz, e é aqui que o farmacêutico comunitário adquire um papel central. Ao farmacêutico compete, fazendo uso do arsenal de competências e valências que lhe são tão características, orientar esta prática e fomentar a literacia em saúde dos utentes. O envolvimento na automedicação representa uma oportunidade para que o farmacêutico coloque em prática as suas valências de comunicação e de informação, missão que lhe compete na saúde pública<sup>13</sup>.

### **4.2 Automedicação e o farmacêutico comunitário**

O farmacêutico é o profissional de saúde que estabelece maior proximidade com a comunidade e no qual os utentes depositam grande confiança no momento da escolha do medicamento mais indicado para o alívio da sintomatologia apresentada. Ao farmacêutico



competete informar, orientar e prestar um aconselhamento adequado, assumindo um papel essencial na racionalização da automedicação<sup>13</sup>.

A automedicação consiste na implementação de um tratamento medicamentoso por iniciativa própria do utente e, perante tal cenário, o farmacêutico comunitário deve orientar o uso ou não do medicamento requerido, propiciando que a automedicação seja exercida mediante o uso racional do medicamento<sup>43</sup>.

Aquando da cedência de medicamentos em automedicação, deve-se proceder a uma apreciação das necessidades do utente:

- O farmacêutico deve recolher toda a informação pertinente referente à condição de saúde do utente, nomeadamente qual é o problema em questão, quais os sintomas apresentados, há quanto tempo perduram, e se já foi tomada medicação.
- O farmacêutico deve avaliar a sintomatologia apresentada, a fim de averiguar se está associada a uma patologia grave e, em caso positivo, aconselhar a ida a consulta médica.
- O farmacêutico deve, aquando da dispensa de medicamentos no caso de afeções menores, facultar toda a informação relevante<sup>43</sup>.

#### **4.3 Indicação Farmacêutica**

A indicação farmacêutica constitui o ato profissional mediante o qual o farmacêutico comunitário assume a responsabilidade da seleção de um MNSRM, ou de um produto de saúde e/ou aconselhamento de medidas não farmacológicas, com o intuito de tratar uma afeção menor, de cariz não grave, de curta duração e autolimitada, e que não contemple correlação com outros problemas de saúde manifestados pelo utente. Para além dos MNSRM, o farmacêutico comunitário dispõe complementarmente de medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF).

Aquando do ato da indicação farmacêutica, o farmacêutico deve conceber uma comunicação pertinente com o utente, a fim de recolher dados relevantes sobre as queixas ou sintomas apresentados, episódios idênticos até então e respetivos tratamentos, duração da sintomatologia apresentada, outros problemas de saúde sofridos pelo utente e alergias medicamentosas eventualmente manifestadas, e medicação que já tome<sup>44</sup>.

## 5. Tratamento e Aconselhamento Farmacêutico

O tratamento farmacológico e não farmacológico das afeções ORL pode requerer quer intervenção farmacêutica, quer intervenção médica, dependendo do cenário em questão, sendo o papel do médico indubitável em certos casos, como aqueles em que é requerida prescrição antibiótica.

### 5.1 Sinusite

#### 5.1.1 Tratamento farmacológico

O tratamento varia consoante se trate de uma SA ou de uma SC.

##### 5.1.1.1 Sinusite aguda

A SA, na maioria dos casos, é de etiologia viral, pelo que o tratamento envolve, por norma, o uso de **corticosteroides nasais, descongestionantes orais ou tópicos e anti-histamínicos** (quando associada a RA), prescritos para o alívio da sintomatologia<sup>45,46</sup>. **Antibióticos** estão indicados para o tratamento de sinusite de etiologia bacteriana, contudo, visto que a SA é, por norma, autolimitada, tendo tendência a solucionar-se em, sensivelmente 7 a 14 dias sem recurso à antibioterapia, e tendo em consideração a emergência das resistências bacterianas, é imperativo que esta prescrição seja criteriosa<sup>45</sup>.

O farmacêutico comunitário pode intervir ao nível do alívio dos sintomas manifestados, indicando um **descongestionante nasal em spray (cloridrato de fenilefrina e oximetazolina)** durante 3 a 5 dias, **descongestionantes orais (pseudofedrina)** e **analgésicos**, como o **paracetamol**, e **AINE**, para o abrandamento da dor e em caso de febre<sup>13,47</sup>.

##### 5.1.1.2 Sinusite crónica

Para o tratamento da SC estão indicados **corticosteroides** e **irrigação salina**, a qual é particularmente importante nesta forma crónica. Também está indicada **antibioterapia prolongada**. Em determinados casos, pode ser aconselhado **tratamento cirúrgico**<sup>45,46</sup>.

#### 5.1.2 Tratamento não farmacológico

Deve ser aconselhado ao utente a adoção de determinados comportamentos, nomeadamente a ingestão de líquidos, a evicção de bebidas que possam provocar desidratação, como álcool, nebulizações e o distanciamento de irritantes respiratórios, como pó e fumo<sup>48</sup>.

Deve ser também aconselhada a **irrigação salina**, por possibilitar a atenuação da congestão e do excesso de mucosidade<sup>47,49</sup>.

## 5.2 Rinite

### 5.2.1 Tratamento farmacológico

O tratamento varia consoante se trate de uma RA ou de uma RNA.

#### 5.2.1.1 Rinite alérgica

A terapêutica farmacológica da RA inclui **anti-histamínicos HI**, administrados na sua forma oral ou tópica (nasal ou ocular), sendo utilizados preferencialmente os de 2ª geração, **corticoides intranasais**, **anticolinérgicos intranasais**, **cromonas locais** e **antileucotrienos orais**. São também aconselhados **descongestionantes intranasais/orais**, devendo ser referido ao doente que apesar dos descongestionantes nasais serem altamente eficazes no alívio da congestão nasal, devido ao efeito *rebound* e à associação ao desenvolvimento de rinite medicamentosa devem ser utilizados durante 3 a 5 dias, não devendo ser excedido este período<sup>21,22</sup>. A intervenção do farmacêutico comunitário pode otimizar os benefícios da terapêutica e minimizar a ocorrência de efeitos adversos, devendo alertar o utente sobre a importância de seguir à risca a terapêutica prescrita. O farmacêutico pode, em determinados casos, indicar um MNSRM, como descongestionantes, durante um período de tempo limitado, dependendo da severidade do quadro clínico<sup>50</sup>.

#### 5.2.1.2 Rinite não alérgica

O tratamento da RNA deve estar em conformidade com a etiologia subjacente, e ser direcionado com base nos sintomas manifestados. A terapêutica farmacológica da RNA inclui **corticosteroides nasais**, que são empregues sobretudo no tratamento da rinite idiopática e da RNASE. Os **anti-histamínicos** conferem um benefício diminuto, contudo a **azelastina** em aplicação nasal está indicada no tratamento de rinite idiopática, e a **terapêutica combinada com um corticosteroide nasal e um anti-histamínico nasal** é vantajosa. Também está indicado no tratamento da RNA o **brometo de ipatrópio nasal**, um anticolinérgico indicado especialmente na rinite do idoso e rinite gustativa. Devem ser também aconselhados como adjuvantes da terapêutica **descongestionantes nasais/orais**<sup>23</sup>.

## 5.2.2 Tratamento não farmacológico

No que diz respeito à RA, devem ser aconselhadas **medidas de evicção**, principalmente no que toca a aeroalergénios como os ácaros do pó. A **imunoterapia** é também uma alternativa terapêutica na RA, estando indicada em doentes com patologia alérgica acentuada e não controlada, devendo ser empregue apenas em casos cuidadosamente selecionados. A **cirurgia** é, paralelamente, uma opção para doentes que manifestam sintomas nasais persistentes, mesmo com terapêutica médica instituída e otimizada<sup>21</sup>. As **lavagens nasais com solução salina** devem também ser aconselhadas, visto corresponderem a uma terapêutica não farmacológica suplementar que possibilita o alívio dos sintomas manifestados na RA, principalmente a obstrução nasal<sup>22</sup>.

Relativamente à RNA, devem ser evitados os agentes desencadeantes: na rinite medicamentosa deve-se evitar o medicamento em questão, responsável por induzir a rinite, na rinite ocupacional deve-se recorrer à evicção de determinados agentes, como fumo de cigarro, pelo que deve ser recomendado ao doente que sofre de rinite parar de fumar. Tal como na RA, são também aconselhadas **lavagens nasais com solução salina**. Adicionalmente, a **cirurgia** é uma alternativa para doentes com sintomatologia não controlada<sup>23</sup>.

## 5.3 Otite

### 5.3.1 Tratamento farmacológico

Na OE, a terapêutica farmacológica envolve o alívio da dor e o tratamento da inflamação e da infeção. Visto que pode ser extremamente dolorosa, o controlo da dor é fulcral, e está associado à utilização de **paracetamol** e **AINE**, como ibuprofeno e naproxeno, que minimizam a inflamação. A **terapêutica tópica** é empregue na maioria dos casos de OE, e implica a **aplicação tópica** de **soluções antissépticas** e **acidificantes**, como **clorohexidina**, **ácido acético** e **álcool**, **antibióticos**, **corticosteroides**, ou respetivas associações. A **terapêutica sistémica** é utilizada em casos mais graves, podendo ser eventualmente conveniente recorrer a **antibioterapia oral**. O farmacêutico tem um papel fulcral no aconselhamento prestado ao nível da aplicação da medicação, devendo orientar os utentes relativamente à administração adequada das gotas auriculares, e alertar para o quão importante é a adesão ao tratamento<sup>26</sup>.

Na OMA, muito comum em idade pediátrica, é recomendado o tratamento da dor com **analgésicos**, como o **paracetamol**, e **AINE**, como o **ibuprofeno**. Está indicada **antibioterapia**<sup>31</sup>.

Na labirintite, o tratamento depende da etiologia: na infecciosa, quando é causada por bactérias, envolve **antibioterapia sistêmica**, e quando é provocada por vírus o **tratamento é sintomático**<sup>13</sup>.

### 5.3.2 Tratamento não farmacológico

Na OE, o doente deve ser aconselhado a evitar a exposição à água de modo a manter o canal auditivo externo seco, devendo ser recomendado o uso de tampões durante o banho ou prática de natação. A **limpeza do canal auditivo externo** é um procedimento médico que possibilita a remoção de detritos, cerúmen ou exsudado<sup>26</sup>.

## 5.4 Amigdalite

### 5.4.1 Tratamento farmacológico

Na AA, que é particularmente frequente em crianças, o tratamento depende da etiologia subjacente. Se se tratar de uma amigdalite estreptocócica, são indicados **antibioterapia** e **tratamento sintomático**. Se a AA for de etiologia viral, está indicado **tratamento sintomático**. Independentemente da etiologia, o **paracetamol** e **AINE** como o **ibuprofeno** são aconselhados no alívio da dor e/ou febre<sup>33</sup>.

### 5.4.2 Tratamento não farmacológico

São recomendados descanso e aumento do aporte de líquidos<sup>13</sup>. A **amigdalectomia** pode ser indicada quando se verifica a ocorrência de episódios infecciosos recorrentes<sup>34</sup>.

## 5.5 Faringite

### 5.5.1 Tratamento farmacológico

A terapêutica farmacológica é direcionada para o **controlo sintomático**, particularmente o alívio da dor<sup>35</sup>. Estão indicados **AINE** como **ibuprofeno**, e **paracetamol** para atenuar a febre e a dor. São também recomendados agentes tópicos, como **pastilhas** (de **benzocaína**, por exemplo) e **sprays** para o abrandamento temporário dos sintomas<sup>35,36</sup>. No caso de faringite de etiologia bacteriana, está indicada adicionalmente **antibioterapia**<sup>35</sup>.

O farmacêutico comunitário dispõe de um arsenal de MNSRM, dos quais pode usufruir no momento de aconselhamento em casos mais ligeiros e, perante quadros mais severos, referenciar para o médico<sup>13</sup>.

## 5.5.2 Tratamento não farmacológico

Como medida não farmacológica é aconselhado gargarejar com água salgada, visto proporcionar um alívio momentâneo da dor<sup>36</sup>. Deve ser também recomendado descanso e aumento do aporte de líquidos<sup>13</sup>.

A **cirurgia**, nomeadamente a **amigdalectomia**, é uma opção para doentes com episódios infecciosos recorrentes<sup>36</sup>.

## 5.6 Laringite

### 5.6.1 Tratamento farmacológico

O tratamento da LA é efetuado com recurso a **antibioterapia**, em caso de etiologia bacteriana<sup>39</sup>. A terapêutica recomendada é direcionada para o alívio da sintomatologia e inclui **analgésicos** e **AINE**<sup>13,51</sup>. São também aconselhados **mucolíticos**<sup>13</sup>. Em quadros mais severos, pode ser exigido o uso de **corticosteroides sistémicos**<sup>13,39</sup>.

A LC que, como referido anteriormente, pode ser causada por diversos fatores, entre eles o refluxo gastroesofágico, implica o tratamento desta patologia que é, muitas das vezes, o agente causal. A terapêutica engloba **inibidores da bomba de prótons (IBP)** ou, menos frequente, **antagonistas do recetor H2**<sup>52,53</sup>.

O farmacêutico pode atuar somente no campo do alívio dos sintomas manifestados, como uma disфонia ou uma afonia. Tem ao seu dispor uma panóplia de medicamentos que pode indicar, assim como conselhos que deve facultar ao utente. É extremamente crucial que o farmacêutico saiba há quanto tempo o utente se encontra rouco ou afónico, sendo que uma disфонia com uma duração superior a 3 semanas, sem sintomatologia associada a constipação, deve ser encaminhada para consulta médica<sup>13</sup>.

### 5.6.2 Tratamento não farmacológico

Na LA é recomendada **higiene vocal**, que inclui comportamentos como repouso vocal, hidratação, humidificação e redução do consumo de cafeína<sup>37</sup>. A hidratação é conseguida através do aumento do aporte de líquidos, e a humidificação é adjuvante da hidratação, sendo fulcral ao possibilitar fluidificar o muco<sup>13,37</sup>.

Na LC decorrente de RLF são aconselhadas mudanças ao nível do estilo de vida, nomeadamente cessação tabágica, elevação da cabeceira da cama, diminuição da ingestão de álcool, cafeína e gorduras, perda de peso, entre outras<sup>53</sup>.

A **terapia da fala** é aconselhada, particularmente como ferramenta de apoio no tratamento de lesões decorrentes de esforço vocal e má colocação da voz, entre outros<sup>13</sup>.

## 6. Considerações Finais

As afeções ORL são consideravelmente comuns. Decorrem de um processo inflamatório derivado de causas infecciosas, podendo ser de etiologia bacteriana, viral ou, menos frequentemente, fúngica, ou de causas não infecciosas, como alergias, exposição a agentes desencadeantes ou patologias preexistentes. Consoante a sua evolução e duração, classificam-se em agudas e crónicas. São detentoras de sintomatologia diversa. Podem ser particularmente frequentes em determinados grupos etários, destacando-se a AA e a OMA, que são muito comuns em idade pediátrica. Dependendo da etiologia, e da gravidade e duração da sintomatologia manifestada, podem requerer ou não intervenção médica. Frequentemente tratam-se de condições autolimitadas que exigem meramente controlo sintomático. Estes quadros mais ligeiros surgem comumente em farmácia comunitária.

Tendo em vista o alívio dos seus sintomas, muitos utentes optam por se dirigir à farmácia e solicitar um MNSRM, tirando partido da prática de automedicação. O farmacêutico comunitário deve adotar uma postura prudente perante esta conduta, tendo como missão orientar e zelar para que esta seja uma prática segura. É seu dever encetar uma cascata de questões que lhe possibilitem dispor de informação pertinente referente à condição do utente e, perante quadros mais severos, encaminhar para consulta médica.

O tratamento farmacológico e não farmacológico das afeções ORL pode implicar intervenção médica e intervenção farmacêutica. O papel do médico é inegável em casos como aqueles em que é exigida prescrição antibiótica. Já o farmacêutico detém uma missão crucial ao nível da otimização do tratamento, devendo advertir o utente para a importância de seguir à risca a terapêutica prescrita. Pode paralelamente, em certos casos de menor severidade, indicar um MNSRM que possibilite o alívio das queixas. A par do médico, o farmacêutico comunitário pode intervir também no tratamento não farmacológico, mediante aconselhamento de medidas de evicção e comportamentos favoráveis ao abrandamento da sintomatologia.

O farmacêutico, enquanto profissional de saúde e especialista exímio do medicamento, comporta uma relevância marcante no âmbito das afeções ORL.

## 7. Referências Bibliográficas

1. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **Farmácia Comunitária**. [Acedido a 15 de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/>
2. CUF – **Otorrinolaringologia**. [Acedido a 17 de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.cuf.pt/especialidades/otorrinolaringologia>
3. FARMÁCIAS PORTUGUESAS – **Automedicação e Bom Senso**. [Acedido a 19 de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/menu-principal/doencas-cronicas/automedicacao-e-bom-senso.html>
4. PATEL, R.G. – **Nasal Anatomy and Function**. Facial plastic surgery: FPS. 33(2017) 3-8.
5. DE BELDER, T., SYS, L., VAN CAUWENBERGE, P. & WATELET J. B. – **Anatomy and physiology of the nose and the paranasal sinuses**. Immunology and allergy clinics of North America. 24 (2004), 1-17.
6. OLIVEIRA, R. – **Atlas de Anatomia Humana**. Lisboa: F.G.P. - Editores, 1998. ISBN 972-8332-31-9
7. CRESPO, X., CURELL, N., CURELL, J. – **Grande Enciclopédia das Ciências: Anatomia**. Amadora: Ediclube, 1992. ISBN 972-719-052-9
8. GREVERS, G., IRO, H., PROBST, R. – **Basic Otorhinolaryngology: A Step-By-Step Learning Guide**. 2ªEd. New York: Thieme, 2006. ISBN 3-13-132441-4
9. ALMEIDA, E., BARROS, E., BRANCO, C., BRANCO, G., CARDOSO, S., CAROÇA, C., LOUREIRO, C., MARCOS, E., RUAH, C., RUAH, S. – **Patologia naso-sinusal**. 1ªEd. Queluz: Círculo Médico, 2008. ISBN 978-989-95520-2-9
10. SEELEY, R.R, STEPHENS, T.D., TATE, P. – **Anatomia e Fisiologia** 1ªEd. Lisboa: Lusodidacta, 1997. ISBN 972-96610-5-7
11. RADIOPAEDIA – **Waldeyer's Ring** [Acedido a 13 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://radiopaedia.org/articles/waldeyers-ring-1?lang=us>
12. BARROS, E., GONÇALVES, P., MACEDO, A., MONTEIRO, L., MOTA, M., PRATA, J.B., SANTOS, A., TOMÉ, P., VIEIRA, A.S. – **Avaliação da prevalência e caracterização da rinosinusite em Portugal – estudo epidemiológico**. Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. 46, 4 (2008), 243-250.



13. SOARES, M.A. – **Medicamentos Não Prescritos: Aconselhamento Farmacêutico**. 2ªEd. Lisboa: Associação Nacional das Farmácias, 2002. ISBN 972-98579-8-9.
14. SAÚDE BEM ESTAR – **Otorrinolaringologia**. [Acedido a 20 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/otorrino/>
15. LAYLAND, M.K., LIN, T.L. – **Guia Prática para Otorrinolaringologia**. 1ªEd. Missouri: Lippincott, Williams & Wilkins, 2003.
16. BACHERT, C., BRUAENE, N.V., GEVAERT, P., PEREZ-NOVO, C., TOMASSEN, P., ZELE, T.V., ZHANG, N. – **Pathophysiology of Chronic Rhinosinusitis**. Proceedings of the American Thoracic Society. 8 (2011) 115-120.
17. BACHERT, C., CAVALIERE, C., GAVAERT, E., KRYSKO, O., WEIPING, W., ZHANG, N. – **Biologics for chronic rhinosinusitis with nasal polyps**. J Allergy Clin Immunol. 145, 3 (2020), 725-739.
18. BRÁS, R., CARVALHO, J.C., COUTINHO, I.A., FERREIRA, C., GOUVEIA, J., MESQUITA, M., PEREIRA, A.M., RAMA, T., SANGALHO, I., SANTA, C. – **Rinossinusite Crónica com e sem polipose nasal**. Rev Port Imunoalergologia. 30, 3 (2022), 207-221.
19. LALWANI, A.K. – **Diagnosis & Treatment in Otolaryngology – Head & Neck Surgery**. 3ªEd. New York: The McGraw-Hill Companies, 2012. ISBN 978-0-07-162439-8
20. APIFARMA – **Rinite Alérgica**. [Acedido a 10 de novembro de 2022]. Disponível em: [https://www.apifarma.pt/wpcontent/uploads/2021/03/Folheto\\_RiniteAlergica\\_v20042017.pdf](https://www.apifarma.pt/wpcontent/uploads/2021/03/Folheto_RiniteAlergica_v20042017.pdf)
21. ARROBAS, A.M., RODRIGUES, C., SANTIS, M. – **Rinite alérgica e doenças associadas**. Revista Portuguesa de Pneumologia. 15, 5 (2009), 891-898.
22. CALDEIRA, L.E., PEREIRA, A.M., SANTOS, G.M., SILVA, M.I.T. – **Rinite alérgica – classificação, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento**. Revista Portuguesa de Imunoalergologia. 29, 2 (2021), 95-106.
23. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **Rinite não alérgica**. [Acedido a 23 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/e-publicacoes/rinite-nao-alergica/>
24. BACHERT, C. – **Persistent rhinitis – allergic or nonallergic?** Allergy. 59, 76 (2004), 11-15.

25. CASTEL-BRANCO, M.G. – **Redefinindo a rinite.** Revista Portuguesa de Imunoalergologia. 5, 1 (1997), 51-54.
26. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **Otite Externa. Tratamento e Prevenção.** [Acedido a 28 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/e-publicacoes/otite-externa/>
27. ÁVILA, J.L., CRIADO, E.G., FERNÁNDEZ, J.P., GUERRERO, J.L., MARTÍNEZ, R.R., MATA, F.S. – **Diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de las otitis externas.** Med Clin. 126, 13 (2006), 507-513.
28. KIM, J., LEE, H., NGUYEN, V. – **Ear infections. Otitis Externa and Otitis Media.** Prim Care Clin Office Pract. 40 (2013), 671-686.
29. ANDREA, M., DIAS, Ó., DORES, L., MACHADO, M.P., MACOR, C., MARQUES, M.C., SANTOS, A.R., SIMÃO, M. – **Controvérsias no Tratamento da otite média aguda- Revisão de literatura.** Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. 50, 2 (2012), 141-145.
30. CARNEIRO, A.V., COSTA, J., FERNANDES, R., PINTO, S. – **Análise da Revisão Cochrane: Antibioticoterapia na Otite Média Aguda da Criança.** Acta Med Port. 26, 6 (2013), 633-636.
31. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Norma nº007/2012: Diagnóstico e Tratamento da Otite Média Aguda na Idade Pediátrica.** (2012) 1-17.
32. AZEVEDO, C., COSTA, A.I., DIAS, L., LIMA, A.F., MACHADO, J.F., MENEZES, A.S., VILARINHO, S. – **Otosopia no diagnóstico de otite média com efusão: Análise de concordância entre otorrinolaringologistas.** Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. 58, 4 (2020), 219-226.
33. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Norma nº020/2012: Diagnóstico e Tratamento da Amigdalite Aguda na Idade Pediátrica.** (2012) 1-2.
34. SHAPIRO, N.L., SIDELL, D. – **Acute tonsillitis.** Infectious Disorders-Drug Targets. 12 (2012), 271-276.
35. WEBER, R. – **Pharyngitis.** Prim Care Clin Office Pract. 41 (2014), 91-98.
36. KOCIOLEK, L.K., SHULMAN, S.T. – **In The Clinic: Pharyngitis.** Annals of internal medicine. 157, 5 (2012).
37. ALLEN, J., ATHANASIADIS, T., WOOD, J.M. – **Laryngitis.** the bmj. (2014), 1-6.

38. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **Rouquidão ou Disfonia. Causas e Tratamento.** [Acedido a 3 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/e-publicacoes/rouquidao-ou-disfonia/>
39. DWORKIN, J.P. – **Laryngitis: Types, Causes, and Treatments.** *Otolaryngol Clin N Am.* 41 (2008), 419-436.
40. HAWKSHAW, M.J., PEBDANI, P., SATALOFF, R.T. – **Reflux Laryngitis: An Update.** *Journal of Voice.* 27, 4 (2013), 486-494.
41. Despacho nº17690/2007 de 10 de Agosto. *Diário da República nº 154/2007 – II Série.* Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Lisboa.
42. CARAMONA, M., CRUZ, P.S., GUERREIRO, M.P. – **Uma reflexão sobre a automedicação e medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal.** *Revista Portuguesa de Farmacoterapia.* 7 (2015), 83-90.
43. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF). *Cons. Nac. da Qualidade, 3ªEd, 53 (2009).*
44. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **Norma específica sobre indicação farmacêutica.** [Acedido a 20 de dezembro de 2022] Disponível em: [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/of.c\\_n005\\_00\\_norma\\_especifica\\_sobre\\_indicacyayo\\_farmaceyutica\\_5541776765afd9c982f505.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/of.c_n005_00_norma_especifica_sobre_indicacyayo_farmaceyutica_5541776765afd9c982f505.pdf)
45. PSALTIS, A.J., VYSKOCIL, E. – **What are the challenges in choosing pharmacotherapy for rhinosinusitis?** *Expert Opinion on Pharmacotherapy.* ISSN 1465-6566 (2020), 1-7.
46. KATIAL, R., LEUNG, R.S. – **The Diagnosis and Management of Acute and Chronic Sinusitis.** *Primary Care: Clinics in Office Practice.* 35 (2008), 11-24.
47. WINSTEAD, W. – **Rhinosinusitis.** *Primary Care: Clinics in Office Practice.* 30 (2003), 137-154.
48. FIP – **Cold, flu and sinusitis: Managing symptoms and supporting self-care. A handbook for pharmacists.** The Hague: International Pharmaceutical Federation, 2021.
49. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **São úteis as lavagens nasais com soluções salinas?** [Acedido a 22 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/sao-uteis-as-lavagens-nasais-com-solucoes-salinas/>

50. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **Rinite Alérgica**. [Acedido a 22 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/e-publicacoes/rinite-alergica/>
51. CARDONA, A.F., REVEIZ, L. – **Antibiotics for acute laryngitis in adults**. The Cochrane database of systematic reviews. 3 (2013).
52. VERMA, S., ZHUKHOVITSKAYA, A. – **Identification and Management of Chronic Laryngitis**. Otolaryngol Clin N Am. (2019).
53. TULUNAY, O.E. – **Laryngitis - Diagnosis and Management**. Otolaryngol Clin N Am. 41 (2008), 437-451.