



Farmácia Prática

BIMESTRAL • N° 14 • SÉRIE II • DEZEMBRO '07

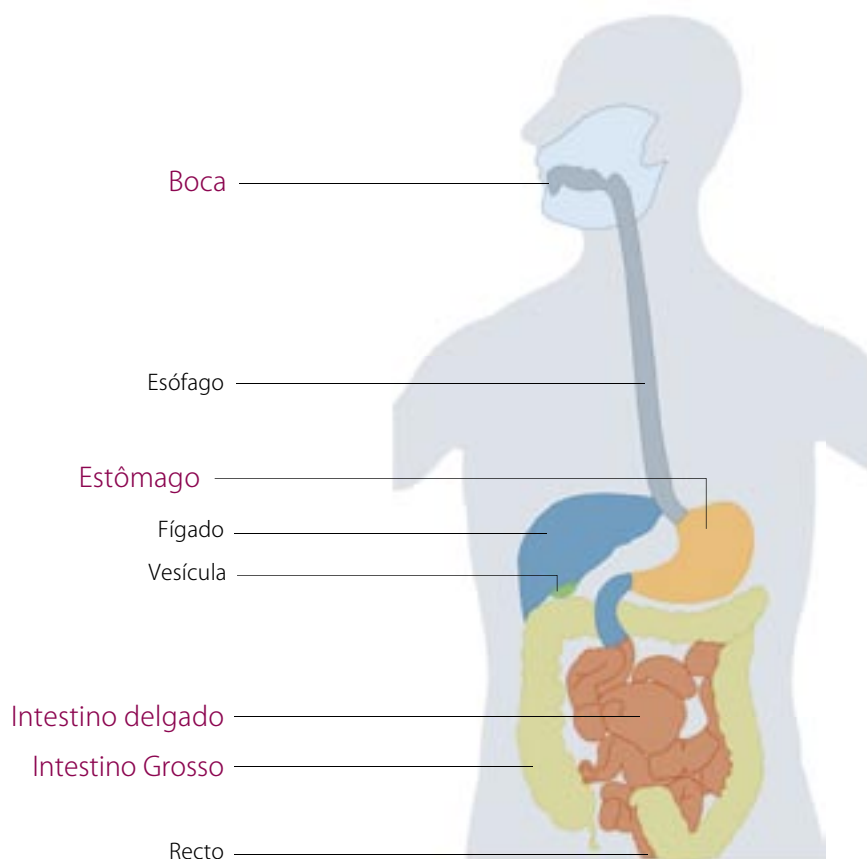
ESPECIAL

14

Sistema Digestivo de A a Z

Ana Nogueira, Lígia Reis, Zaida Moreira
cedime@anf.pt

O sistema digestivo é particularmente propício a afecções, e por isso alvo de frequentes queixas e procura de aconselhamento pelos utentes das Farmácias. A intervenção da equipa é por isso determinante neste âmbito. Esta edição especial da publicação Farmácia Prática, dedicada exclusivamente ao Sistema Digestivo de A a Z confere o melhor suporte e sistematização da informação a disponibilizar no aconselhamento nestas situações.



Boca

Pág. 1 a 7

Higiene Oral
Cárie dentária
Doença Periodontal
Gengivite e Periondontite
Estados inflamatórios da orofarinfe
Odontalgias
Estomatites
Candidíase oral ou "sapinhos"
Xerostomia ou "boca seca"
Halitose ou mau hálito

Estômago

Pág. 8 a 11

Dispepsia
Azia e pirose
Flatulência
Cólicas dos bebês
Náuseas, vômitos e enjoo
do movimento
Gastropatias
Gastrenterite, úlcera e refluxo gastroesofágico

Intestino

Pág. 12 a 16

Diarreia
Diarreia na criança
Obstipação
Hemorroidas
Parasitoses intestinais

Boca



A boca está exposta a inúmeros factores que podem causar doença. Por isso, qualquer queixa deve ser prontamente atendida para que não atinja os dentes ou evolua para infecção ou abscesso.

Higiene oral – boca saudável

A boca é o primeiro órgão do aparelho digestivo. Assegurar a sua saúde passa por uma boa higiene oral, inviabilizando a acção de bactérias sobre os dentes e gengivas, e travando a progressão de muitas doenças que afectam a cavidade oral. Uma correcta e eficaz higiene é assim um contributo importante para manter uma boca saudável.

A principal função da higiene oral é a remoção da placa bacteriana da superfície dos dentes. Esta deve iniciar-se como hábito diário desde a erupção do primeiro dente no bebé.

Principais cuidados para a melhor higiene oral:

- Escovar os dentes pelo menos 2 vezes por dia, uma delas obrigatoriamente, antes de deitar
- Utilizar sempre um dentífrico com flúor
- Utilizar uma escova de tamanho adequado, com uma cabeça pequena e macia, para evitar lesões sobre os dentes e gengivas
- Utilizar diariamente fio ou fita dentária para remover os restos alimentares e bactérias dos espaços entre os dentes e as gengivas. Fazê-lo antes da escovagem, para que a acção protectora do dentífrico seja mais prolongada
- Nas crianças, a higiene oral deve ser sempre supervisionada pelos pais, com especial atenção à quantidade de dentífrico colocado na escova e à possibilidade de ingestão
- No final da lavagem, deve apenas procurar-se eliminar o excesso de dentífrico. Desta forma a acção dos compostos fluoretados ou antimicrobianos será mais prolongada

Uma maior exigência no caso de aparelhos de ortodôncia, próteses ou dentaduras

O uso de aparelhos de ortodôncia requer cuidados de higiene rígidos, pela elevada propensão à formação de cáries.

Os cuidados de higiene oral, mesmo quando se usa uma prótese ou dentadura, devem persistir, a placa bacteriana continua a formar-se, surgem manchas e podem ocorrer inflamações na mucosa da boca.

Recomenda-se a lavagem após as refeições e a escovagem da dentadura fora da boca, 1 a 2 vezes por dia, com produtos de limpeza apropriados (ex: Corega®, Novafix®).

Conhecer os dentífricos

A pasta dentífrica é formulada com o objectivo de remover os constituintes da placa bacteriana, polir a superfície dos dentes e veicular substância activa com funções específicas. Na sua composição encontram-se:

Humectantes	Evitam que a pasta seque
Abrasivos	Removem a placa dentária, restos de alimentos e manchas dentárias
Tensioactivos	Responsáveis pela produção de espuma, emulsionam os restos dos alimentos e facilitam a sua remoção
Ligantes e espessantes	Evitam a separação das fases e espessam a formulação
Aromatizantes e corantes	Promovem a aceitabilidade da formulação

As principais afecções da boca e orofaringe

Principais afecções buco-dentárias:

- Cárie dentária
- Doença periodontal: gengivite e periodontite
- Estados inflamatórios da orofaringe
- Odontalgias
- Estomatites
- Candidíase oral ou “sapinhos”
- Xerostomia ou “boca seca”
- Halitose ou mau hálito

Entre as substâncias activas com funções específicas temos:

Anticárie ou Anticariogénico	<p>Flúor (fluoreto de sódio, fluorofosfato de sódio, decafluór, olafluór, fluoreto de amina)</p> <p>Teores em Flúor</p> <ul style="list-style-type: none"> • 500 ppm F⁻ - pasta dentífrica infantil, teor adequado até aos 6-7 anos de idade • 1000 a 1450 ppm F⁻ - pasta dentífrica standard • 1500 ppm F⁻ - pasta dentífrica branqueadora
Prevenção da desmineralização e da formação de cáries múltiplas	<p>Pasta dentífrica com elevado teor de F⁻</p> <p>Fluoreto de sódio 2800 ppm F⁻ a 5000 ppm F⁻ (requer prescrição)</p>
Anti-sépticos	Cloro-hexidina (gluconato) ou Triclosan
Sangramento das gengivas	Permetol ou Pantenol
Diminuição da sensibilidade dentária	Nitrato de potássio
Aumentar a resistência a inflamações e infecções	Vitamina A
Eliminar manchas e hálito	Xilitol

Cárie dentária

Provocada por bactérias, ocorre destruição localizada e progressiva dos tecidos duros dos dentes. No início o esmalte é atingido, de seguida a dentina é atacada pelas bactérias e pode chegar à necrose da polpa dentária (pulpite).

Quando a dentina fica exposta surge dor – odontalgia - e sensibilidade ao frio, ao calor e aos açúcares. Uma vez agredido o dente não tem capacidade de regeneração, o que implica uma visita ao dentista.

Para prevenir a cárie:

- Praticar uma alimentação equilibrada que forneça todos as vitaminas e minerais necessários à saúde dos dentes e gengivas (cálcio, fósforo, flúor, vitaminas A, B e C)
- Limitar a ingestão de açúcares e bebidas açucaradas, devido à sua acção cariogénica
- Aumentar o consumo de saladas e frutos crus, por estimularem a mastigação
- Praticar uma correcta higiene oral

Quando a escovagem normal não é suficiente pode ser complementada com produtos que assegurem um maior aporte de flúor:

Gel	<p>Aplicar 2 x por semana</p> <p>Colocar o gel na escova de dentes seca e escovar durante 2 minutos; enxaguar</p> <p>Não engolir</p>
Gotas	<p>4 Gotas contêm 0,25 mg de Flúor</p> <p>Tomar puras ou diluídas fora das refeições</p> <p>Não tomar com leite</p> <p>Criança e grávida</p>
Comprimidos	<p>Comprimido 0,55 mg (equivalente a 0,25mg de ião flúor)</p> <p>Comprimido 2,21 mg (equivalente a 1mg de ião flúor)</p> <p>Criança e grávida</p>



Quadro 1 - Princípios activos usados nos estados inflamatórios da oro-faringe

Doença periodontal

Na doença periodontal (gingivite e periodontite) há inflamação e destruição das estruturas que rodeiam e suportam os dentes, principalmente as gengivas, o osso e a camada externa da raiz do dente.

A formação de placa bacteriana é uma das principais causas de doença periodontal.

A **gingivite** é uma inflamação muito frequente, confinada à gengiva, e pode aparecer a qualquer momento após o desenvolvimento da dentição. Uma higiene oral adequada permite conservar as gengivas sãs.

Quase sempre a gingivite é consequência de uma escovagem incorrecta, que permite que a placa bacteriana permaneça sobre a linha gengival dos dentes. Há tendência para que esta placa se acumule nas obturações defeituosas e à volta dos dentes próximos das dentaduras, das pontes e dos aparelhos de ortodontia. Para além da placa bacteriana, outros factores podem agravar a inflamação, particularmente a gravidez, a puberdade, deficientes estados nutricionais, alguns medicamentos e o tabaco. Há ainda patologias na origem de alterações no organismo que propiciam a gingivite (diabetes, leucemia, HIV/ sida).

Quando o utente se queixa de edema nas gengivas, sangra facilmente, apresenta dor ao tocar e alteração de cor de rosa para vermelho, tal pode representar uma gingivite.

Quando não tratada a gingivite evolui para **periodontite**, uma infecção que destrói os tecidos peridentários e estruturas de suporte do dente, podendo levar à sua perda.

A gengiva apresenta-se inchada e vermelha, e pode regredir, abrindo mais o espaço interdental. Normalmente acompanha-se de mau hálito e alteração do paladar.

Ação	Princípio Activo	Recomendações
Anti-séptica tópica	Álcool diclorobenzílico	Frequentemente associados a outras Substâncias Activas, têm por objectivo limitar ou prevenir uma infecção
	Cetilpiridínio	
Anti-inflamatória	Cloro-hexidina	Solução bucal a 0,15%, para gargarejo com a solução pura Solução para pulverização bucal a 0,15%, indicada na angina, faringite, laringite, amigdalite e pós-cirurgia Crianças <6 anos: 1 pulverização por 4 kg de peso corporal, até um máximo de 4 pulverizações 2-6 x/dia Crianças 6-12 anos: 4 pulverizações 2-6 x/dia Adultos; 4-8 pulverizações 2-6 x/dia Pastilhas 3 mg, indicadas na dor e irritação da boca e orofaringe. Adultos e crianças > 6 anos: chupar 1 pastilha 3 x /dia. Não usar mais de 7 dias
	Dequalínio	
	Domifeno	
	Hexetidina	
	Iodopovidona	
Anti-infecciosa tópica	Fusafungina	Solução para pulverização bucal e nasal, indicada na rinofaringite Cada pulverização equivale a 125 mcg de fusafungina Não ultrapassar 7 dias de tratamento
	Gramicidina / Tirotricina	Antibiótico de natureza polipeptídica activo in vitro em bactérias Gram+
	Iodeto de tibeazónio	Solução para pulverização bucal a 0,5 mg/mL, indicada na odinofagia e faringite. Aplicar 3-4 pulverizações 4-6 x/dia Pastilhas a 5 mg, para dissolver lentamente na boca 4-6 x/dia, indicado em adultos e crianças com mais de 6 anos
Anestésica local	Benzocaína	A acção dos anestésicos tópicos na orofaringe pode envolver o risco de sensibilização alérgica
	Tetracaína	
	Oxibuprocaina	



O tabaco, os medicamentos que diminuem a formação de saliva, a diabetes, as alterações hormonais, a má nutrição são alguns dos factores que contribuem para o aparecimento de periodontite.

Como prevenir e tratar?

Através de uma higiene oral cuidadosa, após as refeições, com recurso a uma escova macia ou mesmo uma escova eléctrica, e ao uso de fio ou fita dentária antes de escovar. Como complemento é recomendável a utilização de elixires ou soluções de lavagem que contêm **anti-sépticos** - cloro-hexidina, cloreto benzalcónio, hexetidina; **anti-inflamatórios** - benzidamina, salicilatos; **adstringentes** - cloreto de zinco; **alcalinizantes** - borato ou bicarbonato de sódio.

O tratamento requer uma ida ao dentista que procede à remoção completa da placa bacteriana.

Estados inflamatórios da orofaringe

A **faringite** (inflamação da faringe) manifesta-se por dor, com ou sem dificuldade em engolir. É importante identificar a causa, algumas situações de faringite requerem consulta médica:

- Irritação persistente da garganta por mais de 1 semana, não relacionada com constipação, ou de causa desconhecida
- Rouquidão por mais de 3 semanas
- Perda total ou alteração grave e persistente da voz
- Quando acompanhada por dor nos ouvidos e choro persistente nas crianças
- Em crianças com idade inferior a 2 anos
- Na gravidez

Para o melhor aconselhamento é importante compreender a acção dos medicamentos e produtos de saúde disponíveis para o alívio e tratamento dos estados inflamatórios da orofaringe. (Quadro 1)

Odontalgias – a vulgar dor de dentes

Quando um dente dói, é sinal de que algo não está bem. Pode ser um problema de fácil solução, mas pode ser também algo que inspira maiores cuidados.

As causas mais frequentes de dor de dentes são: erupção, cárie, periodontite, pulpite, abcesso, obturação ou fractura.

Na **criança** há analgésicos e anti-inflamatórios indicados no **alívio da dor** relacionada com a **erupção dentária**:

Aplicação tópica	Salicilato de Colina	Gel para aplicação bucal (aplicar com o dedo na área dolorosa) em pequenas feridas e inflamações das gengivas, língua, lábios. Repetir a aplicação de 3 em 3 horas Contra-indicado em caso de alergia aos salicilatos
	Paracetamol	Suspensão oral e supositórios. Indicado na inflamação ou febre nas doses aconselhadas à idade e peso da criança
Acção sistémica	Ibuprofeno	Suspensão oral Administrar a dose mais baixa, pelo mais curto período de tempo possível, de acordo com as necessidades, idade e peso da criança Não é recomendado administrar por mais de 10 dias sem indicação do pediatra

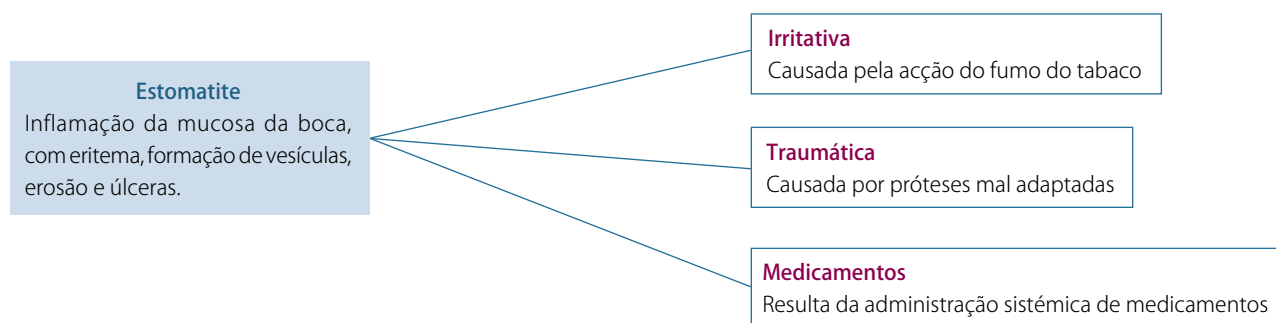
No alívio da dor no adulto:

Aplicação tópica	Benzocaína	Solução para pulverização gengival
		Aplicar directamente no local da dor, até 4x/dia, no máximo 48 h
		Cada pulverização equivale a 3 mg de benzocaína
Analgésicos e Anti-inflamatórios	Ácido acetilsalicílico, acetilsalicilato de lisina, paracetamol, ibuprofeno	

Após a extracção de um dente recomenda-se:

- Aplicar gelo, durante 10 segundos, a cada 10 minutos (só se o rosto não estiver inchado; caso esteja, lavar com anti-sépticos diluídos em água morna)
- Ingerir alimentos líquidos (frescos e gelados) durante as primeiras 24 horas
- Dormir com a cabeça elevada

Estomatites



Entre as estomatites mais frequentes estão as **aftas ou úlceras aftosas**, pequenas lesões dolorosas na mucosa oral, múltiplas ou isoladas. Nas aftas há uma exposição do tecido conjuntivo, rico em vasos e nervos, o que faz com que sintam ardor frequente e dor, que se acentuam quando a língua roça a ferida ou se ingerem alimentos quentes ou picantes.

Estão identificados alguns factores desencadeantes das aftas: insuficiências vitamínicas, distúrbios gastrintestinais, os ácidos presentes em alguns alimentos e pequenos traumas da mucosa bucal. Pode também estar associado ao stresse, ou ter carácter hormonal, relacionado com o ciclo menstrual.

Duram entre 4 a 10 dias, mas em casos graves pode aparecer febre, inflamação dos gânglios do pescoço e uma sensação geral de mal-estar. Muitas pessoas sofrem de estomatite aftosa recorrente.

Como tratar?

A **triancinolona**, em comprimido bucal muco adesivo, está indicada na terapêutica da estomatite aftosa. Deve-se aplicar 1 a 2 comprimidos por dia sobre a lesão sem engolir.

Há que reforçar a necessidade de uma **higiene oral** adequada que pode ser complementada com soluções de lavagem. Existem ainda formulações à base de extracto de aloé vera, em gel e em líquido destinadas ao alívio rápido da dor provocada pelas aftas.

Candidíase oral ou “sapinhos”

Infecção causada por *Candida albicans*, fungo saprófita que, em determinadas condições, se desenvolve dando origem a pequenas pápulas brancas “leitosas” confluentes, muito aderentes e dispersas pela boca. Quando se removem estas placas surgem erosões com eritema que sangram.

É muito comum nos bebés e crianças devido à possibilidade de infecção a partir de biberões, chupetas e mãos. Pode também surgir nas pessoas

que usam próteses dentárias, devido ao desenvolvimento do fungo sob a placa por não remoção da prótese à noite, falta de higiene ou incorrecto ajustamento à gengiva, nas pessoas que fazem terapêutica inalatória, após terapêutica antibiótica ou utilização excessiva de anti-sépticos orais que ao actuar na mucosa oral eliminam as bactérias saprófitas, mas não têm acção sobre a *Candida*.

É recomendado o miconazol (Daktarin®) até durante pelo menos uma semana após o desaparecimento dos sintomas. As doses usuais são:

Miconazol	Gel oral 20 mg/g
Crianças < 2 anos	2,5 mL, 2 vezes/dia
2 a 6 anos	5 mL, 2 vezes/dia
> 6 Anos	5 mL, 4 vezes/dia
Adultos	5 a 10 mL, 4 vezes/dia

Xerostomia ou boca seca

A secura da boca, ou xerostomia, caracteriza-se por uma diminuição da quantidade de saliva. Pode ocorrer a sensação frequente de boca seca, ou até a ausência total de saliva.

Por dia produzimos 1000 – 1500 mL de saliva, de grande importância na manutenção da saúde da boca, e fundamental na formação do bolo alimentar, pois favorece a mastigação, a deglutição e a digestão, proporciona uma lubrificação de modo a que a língua e os restantes músculos se movimentam facilmente, ajuda a controlar a flora oral e estabelece o pH dentro da cavidade oral, atenuando o processo que dá origem à cárie dentária (efeito tampão).



A saliva é assim muito importante, por isso numa situação de xerostomia pode sentir:

- Dificuldade em mastigar e engolir os alimentos, levando frequentemente a problemas de digestão
- Elevada sensação de desconforto na boca e garganta
- Diminuição do paladar
- Diminuição do pH da saliva e, em consequência, um aumento do risco de cárie dentária
- Alterações na flora oral
- Mau hálito

A xerostomia pode surgir como efeito adverso provocado por vários medicamentos (antidepressivos, ansiolíticos, antiepiléticos, antieméticos, opiáceos, diuréticos, anti-histamínicos e anti-colinérgicos) e também na sequência de quimioterapia ou radioterapia, sobretudo na região da cabeça e pescoço. Pode também estar associada a doenças como diabetes, artrite reumatóide, parkinson, infecções das glândulas salivares e Síndrome de Sjögren.

A secura da boca é mais frequente nos idosos, pois as glândulas salivares vão produzindo menos saliva à medida que a idade avança.

Entre os factores que podem desencadear ou agravar esta situação está o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e café.

Como tratar?

Medidas **não farmacológicas** a recomendar:

- Beber muita água para manter a hidratação ao longo do dia, e durante as refeições para facilitar a mastigação
- Ter um copo de água junto à cama, para poder beber sempre que acordar e sentir a boca seca
- Evitar o álcool, a cafeína e o tabaco
- Preferir alimentos moles, húmidos (pratos com molhos, sopa) e pouco condimentados
- Hidratar os lábios com produtos à base de vaselina
- Escovar os dentes de manhã, à noite, e após as refeições, com uma pasta dentífrica com flúor
- Mastigar pastilhas elásticas sem açúcar, desde que não mais de 15 a 20

minutos, de forma a evitar problemas no estômago. Estimula a produção de saliva e ajuda a prevenir a cárie dentária.

A **terapêutica farmacológica** passa pelo recurso a estimulantes da produção de saliva, dos quais a pilocarpina - Salagen® (amina simpaticomimética com os efeitos da acetilcolina) tem indicação específica na xerostomia pós-irradiação em cânceros da cabeça e do pescoço, e na secura da boca e olhos na síndrome de Sjögren. Os substitutos de saliva ou saliva artificial são também úteis no alívio do desconforto oral.

Halitose ou mau hálito

Situação frequente que se deve à formação de compostos químicos aromáticos na boca, ou provenientes do tracto gastrointestinal e respiratório. Durante o sono a formação de saliva é mínima pelo que os resíduos de alimentos tendem a ficar estagnados na boca e dentes, ocorrendo degradação pelas bactérias e formação destes compostos.

Entre as **causas mais habituais** encontra-se:

- O tabaco
- Uma dieta rica em proteínas, que são posteriormente degradadas em compostos cetónicos, comidas muito aromatizadas, alguns alimentos (alho, cebola) e álcool
- A existência de afecções da mucosa: periodontite, estomatite e gengivite
- A presença de placa bacteriana
- As próteses dentárias fixas
- Patologias naso faríngeas e respiratórias como sinusite, congestão nasal e amigdalites, que fazem respirar pela boca
- Patologias gastrointestinais como o refluxo gastroesofágico, infecção por *H. pylori*
- Medicamentos como os sais de lítio, a penicilamina, ou a griseofulvina

O **tratamento da halitose** assenta essencialmente numa correcta higiene oral com escovagem frequente dos dentes e língua, utilização do fio dentário, e soluções de lavagem ou elixires contendo xilitol.

Estômago

Principais afecções do estômago:

- Dispepsia
- Azia e pirose
- Flatulência
- Cólicas dos bebês
- Náuseas, vômitos e enjoo do movimento
- Gastropatias: gastrite, úlcera e refluxo gastroesofágico

Dispepsia

As queixas dispépticas traduzem-se num conjunto de sintomas desconfortáveis: dor de estômago e/ou desconforto associado a enjoo, saciedade, náuseas, vômitos, distensão abdominal, eructações, intolerância a alimentos gordos e outros.

Estas queixas são, por vezes, designadas por indigestão e frequentemente desencadeadas por alimentos.

As causas são muito variáveis e podem estar associadas a: dispepsia funcional (sem úlcera), a úlcera e erosões do duodeno e/ou estômago, tumor de estômago, intestino delgado e/ou cólon, síndrome do intestino irritável, litíase da vesícula, pancreatite, isquemia do miocárdio, entre outros.

Quando perante este tipo de queixas, é importante conhecer a medicação que o utente habitualmente toma, os seus estilos de vida e, caso os sintomas persistam ou sejam frequentes, verificar aspectos como a possibilidade de infecção por *H. pylori*.

Há ainda medicamentos que podem causar ou agravar situações de dispepsia: digoxina, anti-inflamatórios, ferro, alguns antibióticos, antagonistas dos canais de cálcio, nitratos, teofilina, bifosfonatos, entre outros.

Como tratar?

Dependendo da gravidade, frequência dos sintomas e resultados dos exames médicos pode ser aconselhada uma ou mais das seguintes abordagens:

- Tomar antiácidos, quando necessário
- Alterar a forma como toma a medicação habitual (antes ou depois das refeições, com ou sem alimentos)
- Realizar exames para o despiste de infecção causada pelo *H. pylori* e, se necessário, tratar a sua erradicação
- Evitar refeições volumosas, ingerir sem pressa e retirar da alimentação todos os alimentos identificados capazes de desencadear a dispepsia



Azia e Pirose

Os termos **azia** e **pirose** referem-se à sensação de queimadura ou ardor no estômago e à sensação de azedo na garganta ou na boca.

Quando se manifesta durante a noite (azia nocturna) perturba significativamente o sono, afecta o desempenho no dia seguinte e, se muito intensa e frequente, provoca muitas vezes a inflamação do revestimento do esófago.

A regurgitação do conteúdo do estômago para o esófago, associada a esta sensação de queimadura pode estar associada à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Nesta situação, pode também ocorrer dor epigástrica, enjoo, náuseas, vômitos, sialorreia (secreção salivar exagerada) e eructação.

O incómodo induzido pela azia pode, no entanto, ser apenas ligeiro, e resolver-se pela modificação de comportamentos.

A crise de azia, nomeadamente a azia nocturna, pode ser diminuída de frequência e intensidade, com algumas medidas:

- Refeições leves, pobres em gordura e isentas de bebidas gasosas
- Evitar comer nas 3 ou 4 horas antes de deitar
- Elevar ligeiramente a cabeceira da cama
- Perder peso
- Evitar bebidas com álcool e café
- Não fumar

Flatulência

A **flatulência** caracteriza-se por um excesso de gás no estômago e/ou intestino que causa a sensação de dor abdominal e distensão do estômago devido à reacção de fermentação realizada pelas bactérias sobre os hidratos de carbono e as proteínas.

Como prevenir e tratar?

Prevenir passa fundamentalmente por evitar alimentos relacionados com o aparecimento de flatulência, como feijões, ervilhas, grão e castanhas.

Aliviar é possível através de medicamentos com simeticona (dimeticona activado) isolado ou em combinação com enzimas digestivas.

A **dimeticona** é um tensioactivo absorvente. Altera a elasticidade da interface com a bolha de gás no tracto gastrointestinal, e transforma as bolhas de gás em partículas de pequenas dimensões, que podem assim ser expelidas com maior facilidade pelo organismo.

Os **substitutos das enzimas digestivas**, tal como o nome indica, facilitam a digestão dos alimentos e previnem a flatulência.

Cólicas dos bebés

A flatulência é uma possível causa das **cólicas dos bebés**. Estas, ocorrem normalmente a partir da 2ª semana, intensificam-se entre a 4ª e a 6ª semana e desaparecem por volta dos 4 meses. Surgem em crianças saudáveis e bem nutridas, por períodos de 3 horas, em mais de 3 dias por semana e prolongam-se por, pelo menos, 3 semanas. Estão sobretudo relacionadas com factores gastrointestinais (intolerância à lactose, alergia ao leite de vaca, dieta da mãe) e comportamentais resultantes da relação entre os pais e o bebé (falta de treino e insegurança).

Prevenir e aliviar as cólicas do bebé:

- Enquanto o bebé está a comer deve ser mantido numa posição mais vertical
- Após a refeição, colocar o bebé em posição vertical de encontro ao ombro (para facilitar a eructação)
- A teta do biberão deve ter um orifício suficientemente largo para que seja deglutida a menor quantidade de ar
- Acalmar o bebé colocando-o sobre o abdómen, ajuda a libertar o gás acumulado, massajando as costas ou mesmo ouvindo uma música calma
- As mães a amamentar devem reduzir a ingestão de bebidas contendo cafeína, bebidas gaseificadas e evitar certos alimentos que podem causar alergias alimentares na criança (frutos secos, citrinos)
- Registar as horas a que o bebé começa e pára de chorar, os estímulos que possam desencadear o choro ou que o tenham acalmado, ajuda a conhecer melhor e a gerir a situação

A **dimeticona** não está indicada para as cólicas, mas sim na flatulência.

A dose indicada para bebés com menos de 2 anos, é de 20 mg (0,2 ml de uma emulsão de 100 mg/ml) 4 vezes por dia.

Náuseas, vómitos e enjoo do movimento

As náuseas e vómitos são manifestações comuns, associadas aos mais diversos factores: gravidez, afecções gástricas, distúrbios nervosos, endócrinos, toxicidade, entre outros.

O vómito, normalmente precedido ou acompanhado por náuseas, quando recorrente, pode ter consequências mais ou menos graves, da desidratação, ao desequilíbrio electrolítico, passando por inflamação do esófago e do estômago, trata-se por isso de uma situação que importa prevenir e minorar.

Os antieméticos

Em situações de náuseas e vómitos persistentes, para além de um aporte adequado de líquidos e de uma dieta e confecção alimentar cuidadosas, o recurso a antieméticos é frequente. Contudo, a utilização destes medicamentos deve ser efectuada com alguma precaução, pois podem mascarar sintomas associados a outras patologias que importa identificar, como é o exemplo da ototoxicidade induzida por certos antibióticos.

Isto para além de terem de ser administrados com precaução a pessoas com patologias como o glaucoma, a hipertrofia da próstata, com retenção urinária, entre outras, devido à sua acção anticolinérgica.

No grupo dos antieméticos, incluem-se os antivertiginosos, uma vez que a vertigem pode fazer acompanhar-se de náuseas e vómitos, beneficiando com o recurso a acções farmacológicas, como o bloqueio dos receptores dopaminérgicos, tanto para a acção antiemética, como para a antivertiginosa.

Enjoo do movimento - náuseas e vómitos em viagem

As náuseas e vómitos associados a deslocações e viagens são situações frequentes. Nestes casos ajuda-se as refeições tomadas algumas horas antes da viagem forem leves e pobres em gorduras e líquidos.

Como prevenir e aliviar?

Durante a viagem, caso surjam náuseas ou vómitos, aconselham-se medidas práticas como: fixar com o olhar um ponto longínquo, respirar ar fresco, tentar dormir, optar por ser o condutor, evitar cheiros intensos, não ler nem ver filmes durante a deslocação, optar por lugares ou assentos onde o movimento é menos percebido, e no caso do transporte de crianças, mantê-las sentadas a uma altura que permita ver através das janelas.

Tanto o dimenidrinato (ex: Enjomin® comprimidos e supositórios, Viabom®



comprimidos, Vomidrine® comprimidos) como a meclizina (ex: Navicalm® comprimidos) são anti-histamínicos H1 com propriedades antieméticas, sendo que a meclizina não tem efeitos sedativos significativos, ao contrário do dimenidrinato, que induz sedação por vezes útil no controlo das náuseas e vômitos associados ao movimento.

Para prevenção do enjoo do movimento ambos devem ser tomados pelo menos 1 h antes da viagem. A toma pode ser mantida, se necessário, durante a viagem, sendo que o dimenidrinato pode ser tomado cada 4 a 6 h sem ultrapassar a dose máxima de 400 mg em 24 h, e a toma da meclizina apenas pode ser repetida cada 24 h.

Gastropatias: gastrite, úlcera e refluxo gastroesofágico

Gastropatias são afecções ou problemas no estômago, nem sempre associados a inflamação.

Gastrite

A gastrite é uma inflamação aguda do estômago (gastrite) e intestino (enterite) muito frequente e, na maior parte dos casos, relacionada com intoxicação alimentar.

Além das náuseas e vômitos é acompanhada de diarreia. Situação em que a ingestão de líquidos para evitar a desidratação é imprescindível.

A gastrite ou inflamação no estômago quando aguda é, na maior parte dos casos, uma situação passageira que pode curar em poucos dias ou evoluir para uma gastrite crónica.

Além do efeito adverso de alguns medicamentos (como os anti-inflamatórios não esteróides), a gastrite pode ainda ser causada ou agravada pelo refluxo biliar, por infecções (*H. pylori*, *E. coli*, *Rotavírus*), pelo consumo excessivo de álcool, entre outras doenças.

Úlcera

A úlcera pode ocorrer no estômago ou duodeno. É caracterizada pela perda de tecido na parede do estômago ou duodeno, que se estende até à camada muscular.

Os factores desencadeantes da úlcera variam, desde o aumento da secreção clorídrico-péptica, a alterações nas defesas da mucosa, predisposição genética e factores exógenos, dietéticos ou iatrogénicos.

Desta forma, a úlcera é uma manifestação clínica comum a um conjunto de doenças.

Refluxo gastroesofágico

O refluxo gastroesofágico ocorre geralmente depois de uma refeição abundante ou com muita gordura, e resulta do refluxo do ácido do estômago para o esófago o que dá uma sensação de azia, ardor e sabor azedo que vai do estômago à garganta.

Este refluxo quando esporádico é considerado normal, mas pode tornar-se incomodativo e crónico transformando-se numa doença que necessita de tratamento: a Doença de Refluxo Gastroesofágico. A doença também pode apresentar-se com dor no esófago ou no tórax, na orofaringe ou sintomas respiratórios.

Entre as complicações destacam-se: esofagite péptica (erosão do esófago), ardor na garganta e rouquidão, e possíveis problemas pulmonares (asma, bronquite, pneumonia).

A doença de refluxo gastroesofágico e a úlcera péptica estão muitas vezes associadas.

Como prevenir e aliviar?

Embora não haja evidência de que a modificação da dieta leve à cicatrização da úlcera ou ao tratamento da gastropatia, é importante compreender como pode interferir com a patologia:

- A ingestão de leite, não demonstrou ser eficaz
- O álcool, quando ingerido em pequena quantidade é cito protector, mas em grandes quantidades atrasa a cicatrização da úlcera
- O café é estimulante da secreção gástrica, e quando ingerido em excesso há tendência a sentir mais a úlcera
- No refluxo gastroesofágico, o consumo de bebidas alcoólicas, café, chá e de uma alimentação rica em gorduras relaxa o esfíncter esofágico inferior, o que facilita e agrava o refluxo
- Fraccionar as refeições, de forma a não produzir grande distensão antral (associada a aumento da secreção ácida) e evitar as refeições fartas, sobretudo à noite

Considerar também que:

- O tabaco, para além do efeito irritante, é um factor de risco, associa-se a aumento de recorrência e atraso da cicatrização da úlcera e estimula a produção de ácido, o que dificulta a sua neutralização
- O stress pode diminuir o limiar da sensibilidade e causar um estado de hipersensibilidade que leva a que a dor seja “sentida”
- Há que combater a obesidade. Entre outros factores, a obesidade aumenta a pressão intra-abdominal, o que agrava o refluxo gastroesofágico
- Os medicamentos derivados salicilados e anti-inflamatórios não esteróides estão contraindicados nas gastropatias
- Na doença de refluxo gastroesofágico, evitar os medicamentos que relaxam o esfíncter esofágico inferior, como os bloqueadores dos canais de cálcio, teofilina, anticolinérgicos e nitratos



O alívio sintomático da doença de refluxo gastroesofágico pode ser conseguido através de alterações induzidas pela terapêutica farmacológica:

- Elevar a pressão basal do esfíncter esofágico inferior
- Diminuir a secreção ácida
- Acelerar o esvaziamento gástrico
- Melhorar a função motora esofágica
- Aumentar a salivação

A úlcera péptica cicatriza-se ao impedir o seu contacto com o ácido e a pepsina. Actualmente este efeito consegue-se através de:

- Controlo da secreção ácida
- Aumento da defesa da mucosa gástrica prevenindo a sua agressão.

A Acção dos Antiácidos

Os antiácidos aumentam o pH gástrico, reduzindo o estímulo para produção de pepsina e aumentando a pressão sobre o esfíncter esofágico, minorando a saída do conteúdo gástrico para o esófago.

O início de acção dos antiácidos é relativamente rápido, sendo particularmente adequados para episódios isolados de dispepsia. Estão contraindicados em menores de 12 anos.

Para além das características individuais de cada antiácido, a duração do efeito depende também do estado de enchimento do estômago. Quando o antiácido é tomado com o estômago vazio, é rapidamente eliminado para o intestino reduzindo a duração do seu efeito.

Quando é necessário um alívio rápido dos sintomas, deve optar-se pelo antiácido em suspensão oral ou gel. O **bicarbonato de sódio** e **hidróxido de magnésio** têm a vantagem de se dissolverem

mais rapidamente no suco gástrico, com início de acção mais rápido.

Os **alginatos ou ácido algínico**, não têm indicação como antiácido dado a sua fraca potência. São substâncias inertes que ocasionam alívio sintomático da esofagite de refluxo por formarem um gel viscoso capaz de reduzir o contacto do ácido gástrico com a mucosa. Devem ser tomados nas posições de pé ou sentado.

Cuidados Particulares no Aconselhamento de Antiácidos

A **administração de antiácidos** com outros medicamentos deve ser alvo de um aconselhamento particular, de forma a evitar qualquer possível interacção. A toma do antiácido deve ocorrer 2h antes ou 1h após a toma de outros medicamentos.

A **duração da toma** para alívio dos sintomas de indigestão não deve ser superior a 2 semanas.

Outros supressores da acidez gástrica

Os **antagonistas dos receptores H2** (famotidina) são supressores da secreção gástrica, e podem ser tomados uma vez por dia preferencialmente (se tomados à noite causam alívio durante cerca de 12 horas). Tal como os antiácidos, são caracterizados por terem um início de acção rápido.

Os **inibidores da bomba de protões**, supressores da secreção gástrica (lansoprazol, omeprazol), tendem a ser os mais potentes supressores da acidez, no entanto, o alívio máximo dos sintomas pode demorar 2 dias.

São mais indicados para tratar sintomas recorrentes, que surgem repetidamente durante a

semana, do que para os episódios esporádicos que ocorrem após a ingestão de uma refeição descuidada. A sua efectividade é aumentada se a toma ocorrer cerca de 30 a 60 minutos antes da refeição.

O **sucralfato** promove a gastro protecção, útil aquando da toma de outros fármacos agressivos para a mucosa (anti-inflamatórios não esteróides), não inibe a secreção da acidez nem tem efeito neutralizador do ácido segregado. É um complexo de sacarose e de hidróxido de alumínio que liberta este ião no estômago, formando um gel viscoso de carga negativa capaz de revestir a mucosa e prevenir a sua agressão.

A supressão da acidez gástrica resulta da acção dos antiácidos isolados ou combinados, com antagonistas dos receptores H2 e inibidores da bomba de protões.

As características dos principais antiácidos, assim como as recomendações que asseguram o seu melhor aconselhamento e mais correcta utilização, encontram-se sistematizadas em tabela disponível no **www.anfonline.pt**, ou mediante consulta colocada por **contacto ao CEDIME** (tel 21 3400660).

Intestino



Principais afecções do intestino:

- Diarreia
- Diarreia na criança
- Obstipação
- Hemorróidas
- Parasitoses intestinais

Diarreia

Caracteriza-se por um aumento da frequência de defecções (três ou mais vezes ao dia) com fezes líquidas ou pastosas possivelmente associada a dor abdominal tipo cólica, sensação de distensão abdominal, náuseas ou sensação de urgência em evacuar.

A situação mais frequente é a diarreia aguda que aparece subitamente, tem curta duração e se distingue da diarreia crónica pelo facto desta ocorrer por períodos superiores a 4 semanas.

Em geral a diarreia não causa problemas sérios, resolvendo-se espontaneamente em alguns dias. No entanto, é importante consultar o médico nos seguintes casos:

- Diarreia aguda com duração superior a 4 ou 5 dias, acompanhada de dores muito intensas no abdómen que não aliviam com as defecções, febre superior a 39°C, melenas, sinais de desidratação (sede, diminuição da frequência em urinar, boca seca, fadiga, cefaleias ou urina de cor escura) ou perda significativa de peso.
- Diarreia crónica.

Causas	Diarreia aguda	Diarreia crónica
Exemplos de doenças funcionais:		
<i>Síndrome do intestino irritável</i>	✓	✓
<i>Doença de Crohn</i>		✓
<i>Câncer do intestino</i>		✓
<i>Diverticulose</i>		✓
<i>Colite ulcerosa</i>		✓
<i>Doença inflamatória do pâncreas</i>		✓
<i>Doença celíaca</i>		✓
Gastroenterite:		
<i>Bactérias</i>	✓	
<i>Parasitas</i>	✓	✓
<i>Vírus</i>	✓	
Exemplos de medicamentos:		
<i>Antibióticos</i>	✓	
<i>Radioterapia</i>		✓
<i>Sais de magnésio</i>		✓
<i>Anti-hipertensores</i>	✓	
Ingestão excessiva de álcool	✓	
Ingestão excessiva de alimentos com adoçantes artificiais (sorbitol)		✓
Doenças hormonais (diabetes, hipertiroidismo)		✓
Cirurgia gástrica e à vesícula		✓
Intolerância à lactose		✓

Como abordar queixas de diarreia?

- Procure identificar a causa da diarreia - infecção, ansiedade, medicamentos ou ingestão de álcool
- Recomende o aumento da ingestão de líquidos (água, chá fraco) de forma a compensar as perdas e evitar desidratação com consequências particularmente graves nas crianças e idosos, devendo, particularmente nestes casos, ser tratada rapidamente
- Comer bananas é um bom conselho, de forma a compensar as perdas de potássio
- Podem ser indicadas soluções de re-hidratação, as quais contêm três componentes fundamentais: electrólitos, glicose e hidrogenocarbonato
- Deve evitar-se alimentos como o leite e derivados, alimentos com muita fibra, doces ou bolos, uma vez que tendem a agravar a diarreia. Quando a situação melhora deve-se incluir na alimentação bananas, batatas cozidas, tostas, cenoura cozida e caldos de galinha sem gordura
- A lavagem das mãos é uma forma de prevenir a transmissão
- Quem está infectado deve evitar cozinhar para outras pessoas, nomeadamente crianças e idosos
- Quando a diarreia é acompanhada por febre alta ou melenas, a causa mais provável é infecção bacteriana, pelo que não devem ser tomados medicamentos para interromper a diarreia (loperamida, por exemplo). Nestes casos pode ter de ser prescrito um antibiótico.

Na maioria dos casos de diarreia aguda não se justifica nenhum tipo de terapêutica exceptuando um aumento na ingestão de líquidos de forma a evitar a desidratação.

Diarreia na criança

As infecções causadas pelo Rotavírus são a causa mais frequente de diarreia aguda na criança. Dura 3 a 9 dias e nem sempre necessita de terapêutica específica, exceptuando, as medidas que evitam a desidratação.

A criança deve ser imediatamente observada pelo médico caso se verifique sangue ou pus misturado nas fezes, febre elevada ou sinais de desidratação como boca e língua secas, ausência de lágrimas ao chorar, diminuição da necessidade em mudar fraldas (3 ou mais horas), fontanela deprimida ou irritabilidade.

Obstipação

O número de defecções considerado normal varia de 3 vezes por dia, a 3 vezes por semana, desde que a pessoa se sinta bem e seja esse o seu ritmo habitual de defecação.

No entanto, para além da frequência de defecções, deve ser tido em conta o esforço, as fezes volumosas ou de consistência aumentada, a evacuação incompleta, a sensação de obstrução ou a necessidade de manobras manuais para facilitar a evacuação.

Se dois ou mais destes sintomas estiverem presentes durante pelo menos 12 semanas, nos últimos 12 meses, pode considerar-se obstipação funcional.

A obstipação pode fazer-se acompanhar por sintomas de anorexia ligeira, enjoo, desconforto ou distensão abdominal.

Principais causas de obstipação:

- Maus hábitos alimentares (ingestão reduzida de legumes, frutas, líquidos)
- Ingestão de alimentos que endurecem as fezes (como o queijo e o chocolate)
- Negligência em defecar quando há vontade
- Falta de um hábito de defecação regular
- Mudança de ambientes e viagens
- Induzida por fármacos (opiáceos, anti-inflamatórios não esteróides, antidepressivos tricíclicos, neurolépticos, antipsicóticos, antagonistas dos canais de cálcio, betabloqueantes, antiácidos)
- Causas metabólicas (cetoacidose diabética, neuropatia diabética, hipocaliemia)
- Causas endócrinas (hipercalcemia, hiperparatiroidismo, hipotiroidismo, hipertiroidismo, feocromocitoma)
- Doença de Parkinson, esclerose múltipla, depressão

Situações Predisponentes a quadros de obstipação

- Idade superior a 55 anos
- Cirurgia abdominal, perianal ou pélvica recente
- Gravidez
- Sedentarismo
- Dieta inadequada
- Abuso de laxantes
- Doentes em fase terminal
- História de obstipação crónica



Como tratar?

A resolução de uma situação de obstipação, passa por abordagens farmacológica e não farmacológica.

A maioria das situações de obstipação não está subjacente uma doença orgânica grave, podendo melhorar com correcção da dieta, alimentação regular e rica em fibras (frutos, vegetais, cereais), ingestão adequada de líquidos, exercício físico regular e aquisição de hábitos de evacuação.

Se a obstipação resultar do abuso de laxantes, o utente deve ser incentivado a iniciar o seu abandono progressivo.

O recurso a laxantes, pode no entanto colocar-se.

As características dos principais grupos de laxantes, assim como o conjunto de recomendações especiais que asseguram o seu correcto aconselhamento e utilização, encontram-se sistematizadas em tabela disponível no www.anfonline.pt, ou mediante consulta colocada por **contacto ao CEDIME** (tel 21 3400660).

Antes de aconselhar um laxante, é importante confirmar que a obstipação é real, ou seja, que não está associada a nenhuma doença susceptível de terapêutica não sintomática. Deve assim ser excluída uma possível causa iatrogénica e suspender-se, sempre que possível, a toma do medicamento implicado.

Hemorróidas

Fala-se em doença hemorroidária quando existem queixas atribuíveis às hemorróidas - vasos sanguíneos que existem no canal anal.

Quando estas veias são continuamente submetidas a esforço, elas dilatam e inflamam, podendo fazer saliência, surgindo formações arredondadas à volta do ânus.

O factor mais frequentemente associado ao alargamento das hemorróidas é a obstipação ("prisão de ventre"); no entanto, a diarreia crónica, tosse frequente, gravidez e parto também podem contribuir para o seu aparecimento.

A queixa mais frequente é a hemorragia, durante e após a defecação (no papel higiénico, fezes raiadas de sangue ou "pingar na sanita").

Situações Especiais associadas a Quadros de Obstipação

Idosos

Os principais problemas deste grupo etário são os erros alimentares, a falta de exercício físico e a poli medicação. Em doentes idosos com obstipação crónica os expansores do volume fecal são considerados os laxantes de 1ª linha.

Gravidez

As principais causas de obstipação são as alterações hormonais e alimentares, diminuição da actividade física e administração de ferro. A mulher deve ser aconselhada a fazer uma dieta rica em fibras, a beber muitos líquidos e a fazer exercício físico.

O uso de laxantes se necessário deve ser utilizado por curtos períodos de tempo. Os laxantes que aumentam o volume fecal são considerados mais seguros do que os estimulantes.

Pediatria

É recomendada uma dieta rica em fibra e a ingestão de grandes quantidades de líquidos. Se o problema é recente e não há sinais significativos associados, o uso de glicerina em supositórios ou enema pode ser aconselhado, até regularização do problema. Caso não resulte deve ser encaminhado para o médico.

Diabéticos

Os laxantes expansores do volume fecal são seguros para este grupo de doentes. A lactulose e o sorbitol devem ser evitados, pois os seus metabolitos podem alterar os níveis de glicemia.

Viagens

As mulheres em particular desenvolvem obstipação devido a alterações quer dos hábitos alimentares quer nos de defecação. A antecipação com refeições regulares e consumo elevado de frutos e vegetais podem ajudar a prevenir a situação. Se necessário recomendam-se os laxantes osmóticos (lactulose e polietileno glicol)



O desconforto anal com humidade e prurido também são comuns. Pode ocorrer saliência através do canal anal, inicialmente durante as dejectões com retorno espontâneo, mas em fases mais avançadas pode ser necessário reduzir (colocar para dentro) manualmente. Quando se forma um coágulo numa das hemorroidas (trombose hemorroidária) verifica-se aumento de volume local e dor intensa.

O tratamento só se efectua quando existem sintomas. É essencial combater a obstipação de modo a reduzir o esforço durante a defecação. É aconselhável evitar determinados alimentos que têm uma acção irritante e aumentam as queixas (álcool, pimenta).

O uso de pomadas e supositórios com efeito analgésico e com vitamina A, bem como comprimidos para fortalecer as veias (venotrópicos como as diosminas), diminuem a inflamação das hemorroidas, levando ao alívio temporário das queixas durante as crises.

A eficácia do tratamento pelo recurso a preparações orais de dobesilato de cálcio, tribenosido e bioflavonóides, pelo eventual efeito nos capilares venosos, está insuficientemente documentada.

A aplicação tópica de lubrificantes ou emolientes como sais de bismuto, óxido de zinco, hamamélia, resorcinol, bálsamo do Peru apenas permitem o alívio dos sintomas.

A utilização de anestésicos locais (lidocaína, tetracaína) para o alívio da dor, e de corticoesteróides como anti-inflamatórios (hidrocortisona, fluocinolona), está limitada a curtos períodos.

A utilização de antibióticos é desaconselhada, dado o risco de desenvolvimento de resistências.

Parasitoses Intestinais

A parasitose intestinal pode ser provocada por um ou vários tipos de parasitas que se instalam no intestino.

Afectam geralmente várias pessoas do mesmo agregado familiar ou comunidade.

As crianças são o principal grupo de risco, pelas actividades próprias da idade estão mais predispostas ao contágio através das mãos, que facilmente sujam e colocam na boca.

Os parasitas intestinais provocam sintomas gerais, como falta de apetite, náuseas, vómitos, cansaço, diarreia ou cólicas intestinais.

As características das infecções pelos principais grupos de parasitas, assim como a respectiva terapêutica e as recomendações especiais que asseguram o seu correcto aconselhamento e utilização, encontram-se sistematizadas em tabela disponível no **www.anfonline.pt**, ou mediante consulta colocada por **contacto ao CEDIME** (tel 21 3400660).

A melhor forma de prevenir as parasitoses é respeitar e cumprir Normas de Higiene comuns:

- Manter os alimentos e os depósitos de água bem cobertos
- Beber apenas água potável, ou ferver a água por 10 minutos
- Lavar bem os alimentos (verduras, frutas e hortaliças)
- Manipular os alimentos sempre com as mãos limpas
- Cozinhar bem as carnes, antes de consumi-las
- Não deixar as crianças brincar em águas de enchentes, lagos e fontes
- Lavar com frequência roupas interiores e de cama
- Manter os sanitários sempre limpos
- Lavar as mãos antes de comer, antes e depois de ir aos sanitários
- Manter as unhas dos pés e das mãos sempre limpas e cortadas e tomar banho com frequência

O sistema digestivo é frequentemente alvo de pedidos de aconselhamento na Farmácia. Compreender os males que o caracterizam e saber como melhor actuar em função dos pedidos dos utentes, é imprescindível para assegurar a melhor prestação profissional em prol da prática que caracteriza as Farmácias.



Para obter a informação sistematizada nas tabelas suporte referenciadas, reforçamos o acesso ao www.anfonline.pt ou a consulta através de contacto ao CEDIME.

CEDIME – Centro de Documentação e Informação de Medicamentos

Rua Marechal Saldanha nº 1

1249-069 Lisboa

Telf: 213400660 Fax: 213400669

E-mail: cedime@anf.pt

Referências Bibliográficas

1. American Pharmaceutical Association. (2000). Handbook Of Nonprescription Drugs. 12ª ed. APhA. Washington, DC.
2. CEDIME. (2005). Como aliviar as cólicas do bebé?. Disponível em: www.anfonline.pt
3. Dipiro, et al. (1999). Constipation. Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach. 4ª ed., Appleton & Lange. Stamford, Connecticut.
4. Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão. (2005). Doença de refluxo Gastroesofágico e Úlcera Péptica: Fisiopatologia, Clínica e Terapêutica. ANF. (e-learning, 2005).
5. Edwards, C. e Stillman, P. (2006). Minor Illness or Major Disease?: The Clinical pharmacist in the community. 4ª ed. London: Pharmaceutical Press, 2006.
6. GRAHAM, M (2007). Tratamento baseado na evidência da obstipação crónica., Patient Care, vol. 123, nº 129150-58, Ed. Portuguesa.
7. Guimarães, S. et al. (2006). Terapêutica Medicamentosa e Suas Bases Farmacológicas. 5ª ed., Porto Editora. Porto.
8. INFARMED - Infomed. Portugal [acedido a 17 de Outubro de 2007] disponível em: <http://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php>.
9. INFARMED. (2007). Prontuário Terapêutico 7. Lisboa, Junho 2007.
10. Kasper, D. et al. (2005). Harrison's Principles of Internal Medicine. 16ª Edição. [S.L]: Macgraw-Hill, U.S.A.
11. Lopes, N. (2005). Guia de Indicação Terapêutica. Publicações ANF. Lisboa
12. Mayo Clinic. (2007). Disponível em: www.mayoclinic.com
13. Micromedex® Healthcare Series, Thomson Healthcare, Greenwood Village, Colorado (Edition expires [12/2007])
14. Pray, W. (2006). Nonprescription product therapeutics. 2ª Edition. Lippincot Williams & Wilkins, U.S.A.
15. Resumo das Características do Medicamento (RCMs).
16. Soares, M. (2002). Medicamentos não prescritos: Aconselhamento Farmacêutico. 2ª Edição. Publicações Farmácia Portuguesa, Associação Nacional das Farmácias, Lisboa.
17. Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia – SPG. Disponível em www.spg.pt
18. World Gastroenterology Organisation – OMGE. Disponível em <http://www.omge.org/guidelines/g-top.htm>