



UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Jéssica Ferreira Lopes

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Estratégias Terapêuticas na Hidrosadenite Supurativa” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, respetivamente, da Dra. Maria do Carmo Almeida Moço e da Professora Doutora Ana Maria Telmo Cabral apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2018

Jéssica Ferreira Lopes

Relatório de Estágio e Monografia intitulada "Estratégias Terapêuticas na Hidrosadenite Supurativa" referentes à Unidade Curricular "Estágio", sob a orientação da Dra. Maria do Carmo de Almeida Moço e da Professora Doutora Ana Maria Telmo Cabral apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Setembro 2018



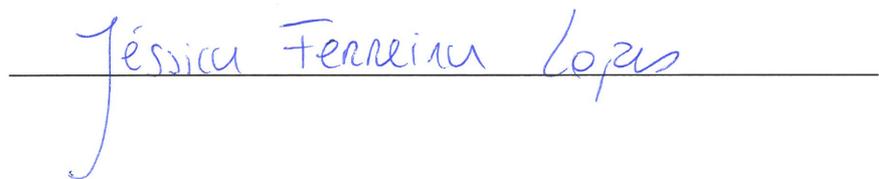
UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Eu, Jéssica Ferreira Lopes, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 2012147284, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Estratégias Terapêuticas na Hidrosadenite Supurativa” 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, 5 de setembro de 2018,



AGRADECIMENTOS

A toda a equipa da Farmácia Moço, o mais sincero obrigado. A vós, só posso agradecer pelos momentos e conhecimentos partilhados, pela amizade e carinho que tornaram este estágio uma experiência única. Às minhas colegas de estágio, Liliana e Catarina, pelos momentos de companheirismo e horas de almoço partilhadas.

Aos utentes da Farmácia Moço, obrigado pela confiança e paciência.

À Faculdade de Farmácia, agradeço pela formação académica de excelência que me tornou quem hoje sou enquanto futura farmacêutica. A todo o corpo não-docente e docente, agradeço por toda a disponibilidade demonstrada ao longo destes últimos seis anos. Termino o meu tempo na faculdade, orgulhosa por ter estudado na FFUC.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Maria Telmo Cabral, o meu profundo agradecimento por todo o apoio, dedicação, simpatia que tornaram possível a presente monografia.

Aos meus amigos, por terem sido as melhores pessoas que Coimbra me deu, por me terem amparado sempre que caía, por terem sempre estado lá. Vivemos intensamente, alguns dias melhores, outros nem tanto. A vós, levo-vos comigo p'rá Vida!

À minha mãe e ao meu pai, por terem tornado possível hoje vir a ser farmacêutica, por todo o carinho, amor e paciência mesmo quando eu achava que já não iria conseguir! Só espero ser merecedora do orgulho que depositam em mim.

À minha irmã, pelas palavras amigas e cheias de sabedoria, por me teres apoiado a vida inteira não importando o que quer que seja que tivesse feito, estiveste sempre lá.

Ao Gonçalo, só posso agradecer pelos últimos 2 anos que espero que se repliquem pela nossa vida inteira. Foste a verdadeira fonte de inspiração para esta monografia, por me lebares a querer saber mais sobre a doença que afeta a tua vida diariamente. Obrigado por seres o meu porto seguro, por todo o amor, o consolo e a força que me transmites todos os dias, nunca me deixando desistir.

A todos vós, Obrigada! Sem cada um, o Hoje não teria sido possível!

Índice

AGRADECIMENTOS	2
RESUMO	5
ABSTRACT	6
PARTE I: RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA	
ABREVIATURAS	8
1. INTRODUÇÃO	9
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA FARMÁCIA	10
2.1. LOCALIZAÇÃO	10
2.2. HORÁRIO	10
2.3. INSTALAÇÕES	10
2.4. A EQUIPA	11
3. ESTÁGIO CURRICULAR (EC)	12
4. ANÁLISE SWOT	13
4.1. PONTOS FORTES.....	13
4.1.1. COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA GESTÃO COMERCIAL	13
4.1.2. PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS MANIPULADOS	14
4.1.3. DURAÇÃO DO ESTÁGIO	14
4.1.4. ACONSELHAMENTO EM MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE USO VETERINÁRIO.....	15
4.1.5. MEIAS DE COMPRESSÃO ELÁSTICA.....	15
4.1.6. FORMAÇÕES CONSTANTES.....	16
4.2. PONTOS FRACOS.....	17
4.2.1. ERROS DE STOCK	17
4.2.2. LACUNAS NA ÁREA DO CONHECIMENTO	17
4.2.3. REGIMES DE COMPLEMENTARIDADE.....	18
4.3. OPORTUNIDADES.....	18
4.3.1. ATIVIDADE VARIADAS	18
4.3.2. FITOTERAPIA.....	19
4.4. AMEAÇAS	19
4.4.1. MEDICAMENTOS ESGOTADOS E RATEADOS	19
4.4.2. TEMPO LIMITADO NO ATENDIMENTO E ELEVADAS FONTES DE INFORMAÇÃO	20
5. EXEMPLOS DE INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA	21
5.1. CASO PRÁTICO I	21
5.2. CASO PRÁTICO 2	21
6. CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

PARTE II ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS NA HIDROSADENITE SUPURATIVA

ABREVIATURAS	25
1. INTRODUÇÃO.....	26
2. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA.....	26
2. FATORES DE RISCO.....	27
2.1.1. OBESIDADE	27
2.1.2. TABAGISMO	27
2.1.3. HISTÓRICO FAMILIAR DE HS.....	27
2.1.4. OUTRAS DOENÇAS CONCOMITANTES.....	28
2.4.1. CLASSIFICAÇÃO DE HURLEY.....	30
2.4.2. ESCALA DE SARTORIUS	30
2.4.3. HS – AVALIAÇÃO GLOBAL DO MÉDICO (HS-PGA).....	31
2.4.4. ÍNDICE DE GRAVIDADE DE HS (HSSI).....	31
3. TRATAMENTO DA HS.....	32
4. NOVAS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS.....	38
5. CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

RESUMO

O presente documento encontra-se dividido em duas partes distintas, sendo que cada uma representa o culminar dos anos de formação académica vividos na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

A primeira parte é referente à experiência vivida no estágio curricular em farmácia comunitária. O presente relatório contempla uma análise *SWOT*, que me permitiu avaliar a minha prestação no estágio que ocorreu na Farmácia Moço, onde são analisados os pontos fortes (*strengths*), pontos fracos (*weakness*), oportunidades (*opportunities*) e ameaças (*threats*) vivenciados. Já a segunda parte é referente à Monografia, intitulada “Estratégias terapêuticas na Hidrosadenite Supurativa”.

A hidrosadenite supurativa (HS) é uma doença dermatológica crónica, inflamatória e extremamente debilitante cujas etiologia e fisiopatologia não são inteiramente conhecidas. Sabe-se que afeta cerca de 1% da população mundial, mas os atrasos no diagnóstico da doença levam a querer que os números possam na realidade ser superiores. A HS tem um impacto extremamente negativo na qualidade de vida dos doentes, sendo esta proporcional ao nível de gravidade da doença.

A falta de eficácia dos tratamentos disponíveis para a doença levou à procura de novos alvos terapêuticos. A descoberta da presença de mediadores pró-inflamatórios em infiltrado das lesões, levou a uma melhor compreensão do mecanismo inflamatório da HS. Deste modo, surgiram diferentes estratégias terapêuticas, os medicamentos biológicos, como os inibidores do Fator de Necrose Tumoral.

A presente monografia combina uma abordagem às características da doença e revisão das diferentes alternativas disponíveis para o tratamento da HS, seguindo a *guideline* europeia atual. Assim como, combina os resultados de algumas novas estratégias terapêuticas que surgiram nos últimos anos.

Palavras-Chave: Farmácia Comunitária, Relatório de Estágio, Hidrosadenite Supurativa, Análise SWOT, Qualidade de Vida, Adalimumab.

ABSTRACT

The present document can be found split in two distinct parts, that both represent the peak of all years of academic education lived in Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

The first part is about the experience lived during the Community Pharmacy traineeship. The present report contemplates a SWOT, analysis that allowed me to self-evaluate my work on the internship that occurred at Farmácia Moço, where all strengths (S), weaknesses (W), opportunities (O) and threats (T) lived are subject of analysis.

Finally, the second part is referent to the Monography, entitled “Therapeutic strategies for Hidradenitis Suppurativa”.

Hidradenitis Suppurativa (HS) is a chronic, inflammatory and extremely debilitating skin disease whose etiology and physiopathology aren't entirely known. It affects 1% of the world population, but the late and delayed disease diagnosis makes us believe that the numbers may be way bigger. HS has an extremely negative impact on the quality of life of its patients, this being proportional to the level of severity of the disease.

The lack of efficiency of the current available treatments led to a research with new therapeutic focuses. The discovery of pro inflammatory mediators present on lesion inflammatory infiltrate led to a better comprehension of the inflammatory mechanism of HS. This way different therapeutic strategies started emerging, biological medicines, like the Tumor Necrosis Factor inhibitors.

This Monography combines an approach of the disease characteristics and the review of different available alternatives for the treatment of HS, following the actual European *guideline*. Also, it combines the results of some new therapeutic strategies that appeared the last years.

Keywords: Community Pharmacy, Internship Report, Hidradenitis Suppurativa, SWOT Analysis, Quality of Life, Adalimumab.

Parte I:
Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária



ABREVIATURAS

CIMPI – Centro de Informação de Medicamentos de Preparação Individualizada

EC – Estágio Curricular

FFUC – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

FM – Farmácia Moço

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MM – Medicamento Manipulado

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

PIC – preço impresso na cartonagem

PVF – preço de venda à farmácia

PVP – Preço de Venda ao Público

I. INTRODUÇÃO

O estágio curricular (EC) é o culminar da formação académica enquanto futuros farmacêuticos. Marca o fim da vida académica enquanto estudantes e o início da carreira profissional, uma vez que é aqui que muitas vezes ocorre o primeiro contacto com o mercado de trabalho. Apesar de poder ser realizado EC em áreas do medicamento como Farmácia Hospitalar, Distribuição e Indústria Farmacêutica, escolhi realizar o mesmo em Farmácia Comunitária.

Ao longo destes seis anos na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC) foi vasto o conhecimento que me foi transmitido. Contudo, é no EC que se põe verdadeiramente em prática todos estes anos de formação e que se colmatam as lacunas do saber existentes.

No momento em que cheguei ao balcão de atendimento, apercebi-me realmente do quão importante é o papel do farmacêutico comunitário, dada a sua proximidade com a população. Principalmente nos dias de hoje em que o poder económico do utente/doente é muitas vezes parte do impedimento da adesão à terapêutica instituída. Sendo que a comunicação entre o farmacêutico e o utente é fulcral para que sejam tomadas escolhas responsáveis, e que vão de encontro à necessidade transmitida. Deste modo, propicia-se o estabelecimento de uma relação de confiança entre ambas as partes, contribuindo para a fidelização do utente mas também para que a mensagem que pretendemos transmitir sobre do uso responsável do medicamento seja compreendida e assimilada.

Ao longo destes meses, realizei o EC na Farmácia Moço (FM) que escolhi pelas excelentes referências de antigos colegas, professores e até de utentes da farmácia que referenciam toda a equipa como excelentes profissionais de saúde. O facto de possuir um grande espaço de Dermocosmética, que foi sempre uma área de Farmácia que me atraiu bastante, contribui também para esta escolha.

O presente relatório apresenta uma análise *SWOT* que permite a avaliação crítica do EC, demonstrando ainda as mais variadas valências assimiladas assim como alguns casos práticos que marcaram estes últimos meses.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA FARMÁCIA

2.1. Localização

A FM encontra-se localizada na Avenida Fernando Namora n.º 252, em Coimbra desde 2012. Anteriormente, situava-se na freguesia de Almalaguês onde no mesmo espaço, atualmente se situa a Farmamoço que é uma parafarmácia cuja proprietária é, também, a Dra. Maria do Carmo Moço. Deste modo, este espaço de saúde continuou a permitir que algumas das necessidades dos utentes fossem satisfeitas com recurso a medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), suplementos alimentares e produtos de dermocosmética aconselhados pelo técnico Pedro Marques.

A FM insere-se numa zona residencial que engloba moradores das diversas faixas etárias que são já clientes habituais, havendo uma relação próxima entre estes e a equipa, tornando-a num ambiente familiar, o que transmite confiança aos seus utentes. Para além disso, o facto de possuir parque de estacionamento, de se encontrar numa zona de passagem e fácil acesso a autoestrada e de estradas que levam a concelhos vizinhos, tornam-na frequentemente num local de paragem quer por ambulâncias de transporte de utentes quer por outros utentes que moram nos arredores de Coimbra, para que estes adquiram os seus medicamentos. Estas visitas esporádicas tornam-se em habituais com o reconhecimento por parte dos utentes do excelente atendimento que lhes é prestado.

2.2. Horário

O horário de atendimento decorre desde as 9h até às 21h30m de segunda-feira a sexta-feira, sem pausa para almoço. Aos sábados, encontra-se em funcionamento das 9h às 20h e, aos feriados, das 9h às 19h.

Este horário alargado favorece a população em geral permitindo a aquisição de medicamentos e outros produtos em horários que lhes são mais favoráveis, nomeadamente durante a pausa para almoço e pós-laboral. Cabe à farmácia assegurar um turno de serviço permanente (aberta durante 24h) que decorre de 20 em 20 dias, em que os atendimentos noturnos após as 0h ocorrem através do postigo, uma estratégia que permite a proteção e segurança do profissional de saúde que está a trabalhar.

2.3. Instalações

A Farmácia é constituída por dois pisos: no rés-do-chão, encontra-se a área de atendimento, dois gabinetes para atendimento personalizado, um gabinete da direção técnica, uma área de armazenamento, instalações sanitárias e o laboratório para a preparação de

medicamentos manipulados; já no piso -I, encontra-se a copa/sala de convívio, uma zona de receção de encomendas e o armazém secundário, onde se armazenam os excessos de medicamentos e outros produtos.

Em particular, a área de atendimento é composta por cinco balcões fixos e individualizados que garantem a privacidade do utente, sendo que um deles se destina mais a atendimentos relacionados com puericultura e aconselhamento de dermocosmética. Aqui é possível observar as vastas zonas dedicadas à dermocosmética, puericultura, suplementação alimentar e dispositivos ortopédicos.

Já a área de armazenamento, apresenta um armário de gavetas deslizantes onde são arrumados todos os medicamentos de acordo com a sua forma farmacêutica e por ordem alfabética, com exceção dos medicamentos genéricos (na forma de cápsulas ou comprimidos) que se encontram num armário perpendicular a este organizados por ordem alfabética do princípio ativo e do laboratório que os produz/disponibiliza no mercado. Nesta área encontra-se ainda um frigorífico para conservação dos produtos termolábeis, organizados também por ordem alfabética, mas dividido entre insulinas (parte superior) e outros medicamentos ou produtos (parte inferior).

2.4. A equipa

A equipa da FM é jovem, dinâmica, mas acima de tudo altamente qualificada. Atualmente, é constituída por quatro farmacêuticos, duas técnicas de diagnóstico e terapêutica e a empregada de limpeza, respetivamente, Dra. Maria do Carmo Moço (Diretora Técnica), Dr. João Aveiro, Dra. Inês Lucas, Dra. Ana Fonseca, Dra. Márcia Bastos, Dra. Cristina Fonseca e D. Júlia Lourenço, em que cada um dos membros desempenha um papel fundamental no dia-a-dia da farmácia, nas áreas em que cada um é mais rentável.

O facto da proprietária e diretora técnica, Dra. Maria do Carmo, estar diariamente na farmácia proporciona quer um acompanhamento constante à sua equipa, principalmente pela sua sabedoria e elevada experiência quando surgem algumas dúvidas no decorrer de um atendimento, quer confiança na sua equipa, que faz com que os utentes se sintam seguros ao serem atendidos por qualquer membro desta.

Este ambiente tranquilo, espontâneo, familiar e amigável que existe entre toda a equipa permitiu que me sentisse rapidamente integrada, o que facilitou imenso todo este processo de aprendizagem.

3. ESTÁGIO CURRICULAR (EC)

O plano do meu EC encontra-se dividido em 3 fases: Inicialmente realizei todas as atividades inerentes ao *back-office* como a conferência, receção e armazenamento de encomendas, assim como conferência de receituário. As encomendas podem ser efetuadas a armazéns de distribuição grossista. Estas são encomendas diárias, ou encomendas instantâneas que permitem colmatar pequenas falhas de *stock* que possam ocorrer durante um atendimento, de modo simples e rápido. Sendo que os principais fornecedores com que a FM trabalha diariamente são:

- Empifarma – Produtos Farmacêuticos, S.A;
- OCP, Portugal – Produtos Farmacêuticos, S.A;
- Alliance Healthcare;
- Plural – Cooperativa Farmacêutica.

Ou ainda diretamente aos laboratórios através dos respetivos delegados comerciais ou outros fornecedores, como os Britos – Acessórios de Farmácia, Lda. ou Medivaris – Representações Médicas, Lda. para aquisição de, respetivamente, acessórios de farmácia e meias de compressão elástica.

Na receção de encomendas, os pontos-chave para que esta seja bem-sucedida são:

- Verificação de existência de produtos sujeitos a condições especiais de armazenamento e sua imediata arrumação nos locais a eles destinados;
- Confirmação se a encomenda corresponde à guia de remessa/ fatura e nota de encomenda;
- Verificação dos prazos de validade, preço impresso na cartonagem (PIC), preço de venda ao público autorizado (PVP), preço de venda à farmácia (PVF), possíveis bónus, descontos e estado das embalagens.

No entanto, podem existir situações que levam à devolução dos produtos ou por se tratar de um “erro no pedido” por não ser o produto pretendido, ou pela “embalagem danificada”, ou pelo “prazo de validade ser demasiado curto” ou de “remarcação de PVP” que acontece quando o preço impresso na cartonagem não corresponde ao PVP autorizado, normalmente acontece após atualizações dos preços dos medicamentos que ocorrem frequentemente ao longo do ano. Depois de efetuadas as devoluções, segue-se mais tarde a respetiva regularização com notas de crédito ou com produtos, que também tive a oportunidade de realizar. De seguida, realiza-se o armazenamento das encomendas rececionadas. Este foi um processo que permitiu que o atendimento ao balcão fosse muito mais fácil por já saber a localização da grande maioria dos medicamentos e outros produtos.

O ponto-chave no armazenamento reside em ter atenção ao prazo de validade de cada produto, colocando os produtos com menor validade na frente do restante *stock* (princípio *first in, first out*).

Numa segunda fase, procedi à realização de atendimentos que se destinam a entrega ao domicílio, o que permitiu uma maior familiarização com o Sifarma 2000® sem existir ainda o contacto frente a frente com o utente, o que me fez sentir mais segura quando começou a última fase do plano – atendimento ao balcão. Sendo que esta última fase, para mim, foi a mais desafiante, principalmente porque se não existir assertividade e coerência ao longo de todo o atendimento podemos gerar alguma confusão ao utente e transmitir uma ideia errada, ou até perder a confiança do utente, podendo levar à perda de um cliente fidelizado. Nesta fase, tive a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos aprendidos ao longo de toda a formação de MICF.

4. ANÁLISE SWOT

A análise SWOT é uma ferramenta que permite que se efetue uma autoavaliação seja ela referente a uma empresa, uma organização e/ou o desenvolvimento pessoal, uma vez que permite pôr em perspetiva os pontos fortes (*strengths*) e os pontos fracos/fraquezas (*weaknesses*) que constituem o ambiente interno, e as oportunidades (*opportunities*) e as ameaças (*threats*) que pertencem ao ambiente externo. A análise SWOT relativa ao EC encontra-se apresentada de seguida.

4.1. Pontos Fortes

4.1.1. Competências na área da gestão comercial

Atualmente o farmacêutico tem de ser um profissional polivalente, principalmente na área de Farmácia Comunitária em que as competências na área de gestão são fundamentais, nomeadamente: na rotatividade de MNSRM, de suplementos alimentares, de produtos de dermocosmética e medicamentos de uso veterinário. A manutenção dos níveis de *stock* dos medicamentos e outros produtos, definindo-se stocks mínimos e máximos para cada um e procedendo à sua reavaliação de forma regular, é fundamental na gestão diária da farmácia.

É a constante procura de melhores condições comerciais e campanhas que permite à farmácia ter boas condições comerciais e, consecutivamente, melhores preços face ao mercado extremamente competitivo em que nos encontramos atualmente. Estes foram alguns dos conhecimentos transmitidos relativamente a esta área, e que considero que me

fizeram perceber que a conjugação de todos estes fatores é o que permite à farmácia prosperar, estando na base para atingir o sucesso de um negócio lucrativo.

4.1.2. Preparação de medicamentos Manipulados

Os medicamentos manipulados resultam da necessidade da individualização do medicamento, cujo o seu método de produção ou armazenamento estão invalidados a nível industrial, sendo normalmente destinados a grupos especiais de doentes como a população pediátrica. Sendo o farmacêutico responsável pela garantia de qualidade ao longo do circuito do medicamento manipulado (MM) desde a sua preparação até à dispensa, devendo reger-se pelas Boas Práticas de Preparação de Medicamentos Manipulados.

Para a preparação de MM dispomos do Formulário Galénico Português, que já apresenta um elevado número de monografias, com as respetivas fichas de preparação.

Quando se trata de uma prescrição de uma fórmula magistral, podemos sempre recorrer ao Centro de Informação de Medicamentos de Preparação Individualizada (CIMPI), a fim de obtermos os esclarecimentos que acharmos necessários para aquela fórmula.

No final da preparação deve proceder-se a todas as verificações que permitem a certificação da garantia de qualidade do MM, através da realização de ensaios não destrutivos e, no mínimo, ensaios de avaliação das características organoléticas, que se encontram integrados na Farmacopeia Portuguesa.

O PVP de MM segue a Portaria n.º 769/2004, de 1 de junho que “Estabelece que o cálculo do preço de venda ao público dos Medicamentos Manipulados por parte das farmácias é efetuado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem”.^[1]

Durante o estágio, tive a oportunidade de preparar ocasionalmente alguns MM como Pomada de Enxofre a 6%, destinada ao tratamento da Sarna, e Solução alcoólica de ácido bórico à saturação utilizada no tratamento de infeções do ouvido.

4.1.3. Duração do estágio

O meu EC teve uma duração mais longa do que o normal tendo eu escolhido apenas uma área para realizar estágio. Contudo, acredito que é por isso que hoje sinto que estou exceccionalmente bem formada e pronta efetivamente para o mercado de trabalho. Só posso agradecer a oportunidade que me foi dada em prolongar o meu estágio, pois enriqueceu toda esta experiência principalmente pelas inúmeras formações, como também pelo elevado tempo em que estive a atender ao público e que melhorou a maneira como comunico, de

modo a ser mais assertiva e segura nos aconselhamentos. Permitiu-me já estar bastante segura relativamente aos inúmeros nomes comerciais de MNSRM e as suas respetivas indicações terapêuticas, que também veio ao longo do tempo a reduzir o tempo que demoro em média num atendimento, o que hoje em dia é fulcral na sociedade em que vivemos que quer ser atendida de forma eficaz, mas também rápida.

4.1.4. Aconselhamento em medicamentos e produtos de uso veterinário

Ter conhecimento e saber aconselhar medicamentos e produtos de uso veterinário é algo que distingue o farmacêutico ou a farmácia, sendo hoje essencial a fim de providenciar um serviço de excelência aos utentes da farmácia, não só pela crescente preocupação dos utentes relativamente à saúde dos seus animais de companhia como nos destinados ao consumo humano, podendo assim contribuir para a manutenção da saúde pública da população.

Como tal para além dos conhecimentos já adquiridos na unidade curricular de Preparações de Uso Veterinário, foi-me possibilitada a oportunidade de ter formações com veterinários devido ao protocolo estabelecido entre a FM e o Espaço Animal e, ainda, a possibilidade de esclarecer alguma dúvida resultante de um atendimento em tempo real, com um veterinário através de uma linha telefónica exclusiva para os membros Espaço Animal. Assim, mediante algumas situações mais complicadas conseguimos transmitir um aconselhamento seguro e que transmite confiança ao utente.

Durante o estágio fui confrontada com inúmeras situações acerca de desparasitação interna e externa tanto de animais de companhia como de animais de produção, doenças respiratórias em galinhas e vacinação de coelhos para profilaxia da mixomatose e da doença hemorrágica, entre outros.

Tanto os casos práticos reais como os fictícios nas formações, serviram para completar a minha formação na área da Veterinária, contribuindo para me tornar uma profissional de saúde mais completa.

4.1.5. Meias de Compressão elástica

As meias de compressão elástica são dispositivos médicos que permitem melhorar o retorno venoso impedindo a formação de coágulos ou trombos devido à pressão superior a nível do tornozelo que reduz o diâmetro da veia, sendo que esta pressão exercida diminui

gradualmente ao longo da perna. As meias encontram-se normalmente divididas em quatro graus de compressão: ^[2]

- Compressão muito leve (CL0): 10 a 15 mmHg;
- Compressão leve (CL1): 15 a 21 mmHg;
- Compressão moderada (CL2): 22 a 32 mmHg;
- Compressão Forte (CL3): 33 a 46 mmHg;
- Compressão extraforte (CL4): superior ou igual a 49 mmHg.

De acordo com o comprimento da meia, as meias variam de AD (até ao joelho), AG (até à raiz da coxa) e AT (*collant*). Esta indicação é dada, na maioria das vezes, por um(a) médico(a) de cirurgia vascular.

Na escolha da meia de compressão elástica deve ter-se em conta o sexo e a preferência do utente relativamente à malha pretendida, para que se faça uma escolha acertada, de forma a facilitar o seu. O utente muitas vezes rejeita a sugestão do farmacêutico ou muitas vezes do médico que o acompanha devido à ideia de que são desconfortáveis ou porque são difíceis de calçar. Cabe ao farmacêutico explicar como se deve calçar corretamente as meias, assim como todos os cuidados de modo a prolongar a vida útil da meia, como a lavagem diária da meia para que esta retorne ao seu estado de compressão inicial. Sendo este um fator extremamente importante, dado o preço deste tipo de artigos, que só por si já constitui algumas vezes um entrave à sua utilização.

A FM é um ponto de referência na venda destes dispositivos pelo que ao longo do EC deparei-me com diversos atendimentos que exigiram certos conhecimentos. Estes vão desde a correta medição que deve ser efetuada ao longo das pernas dos utentes, variando de acordo com as várias referências, aos tipos de compressão e suas indicações, e ao tipo de malha, ou seja, do fio da meia. Assim, uma correta medição faz com que a meia seja do tamanho certo e que esteja a efetuar a compressão correta, de forma a permitir ao utente usufruir de todos os benefícios da meia.

Acredito que o papel do farmacêutico é fundamental para contribuir na adesão ao uso destes dispositivos de um modo diário, que de outra forma são muitas das vezes descartados como opção viável por parte dos utentes.

4.1.6. Formações Constantes

O elevado número de formações quer a nível interno (na farmácia) quer a nível externo por parte de laboratórios, como a La Roche Posay que apresentou a sua Campanha de solares no Hotel Quinta das Lágrimas, são de extrema importância para complementar a

nossa formação. Estas formações abordaram temas desde suplementação alimentar, produtos de dermocosmética, puericultura e MNSRM.

Assim sendo, considero este um dos pontos mais fortes do meu estágio, que contribuiu para a futura farmacêutica que hoje sou com múltiplas valências.

4.2. Pontos Fracos

4.2.1. Erros de Stock

Apesar de todas as políticas e procedimentos de atuação transmitidos pela e à equipa da FM e da observável estratégia de organização, acontecem algumas das vezes erros de *stock*, que a meu ver têm origem no erro humano, ou porque não se colocou no sitio correto, ou porque houve algum erro na receção das encomendas originando *stocks* superiores ou inferiores em sistema relativamente aos reais, ou por qualquer outro motivo.

Quando deparada com esta situação, notei um comprometimento do atendimento que estava a realizar, perdendo algum tempo à procura do produto, o que diminui a fluidez do atendimento, podendo levar ao descontentamento do utente e até mesmo a perda de um utente fidelizado. Pelo que é fulcral a comunicação, sabendo passar a mensagem ao cliente, proporcionando uma solução alternativa, caso não seja possível encomendar o produto em questão. Contudo, em medicamentos para situações urgentes ou em utentes que se encontrem de passagem, estes erros de *stock* levam à perda do atendimento e, possivelmente, de um futuro cliente.

4.2.2. Lacunas na área do conhecimento

Qualquer profissional, independentemente da sua área, deve constantemente procurar atualizar-se, pois o conhecimento não é estático e o que hoje é tomado como certo, amanhã pode já não o ser. Pelo que, principalmente, sendo o farmacêutico um agente de saúde pública é imperativo que exista esta atualização de conhecimentos. E foi nesta perspetiva que encarei o estágio como o culminar da minha formação académica, cujas bases foram adquiridas ao longo dos anos de formação de MICEF.

No entanto, houve certas áreas que senti imensa dificuldade aquando o atendimento ao público, nomeadamente no aconselhamento de medicamentos homeopáticos, produtos de higiene oral e dispositivos solicitados por alguns utentes. Ainda que prontamente auxiliada por algum dos membros da equipa, senti que esta falta de conhecimento afetou negativamente o meu desempenho, acabando sempre por afetar a confiança que o utente depositou no meu atendimento. Contudo, levou-me a procurar saber mais e a pedir à Dra.

Maria do Carmo que me desse formação nos diversos temas. Assim, foi-me possível colmatar estas dificuldades de um modo geral, mas no futuro são pontos nos quais preciso de investir em mais formação.

4.2.3. Regimes de Complementaridade

Existem diversos planos de participação complementares à participação que é atribuída pelo Estado. Estes planos advêm de subsistemas de saúde inerentes a algumas profissões como Indústria de Lanifícios, bancários e militares com determinadas portarias que conferem participação especial, entre outros. Contudo, a correta identificação do organismo complementar, e da metodologia a seguir no sistema, quer para receitas manuais quer em formato eletrónico, mostrou-se desafiante. Deste modo, talvez seja importante fazer uma abordagem aos vários organismos e respetivas metodologias na formação sobre o sistema operativo Sifarma 2000[®], que os alunos têm antes de iniciarem o estágio.

4.3. Oportunidades

4.3.1. Atividade Variadas

Ao longo do EC, foram desenvolvidas atividades variadas na FM que permitiram aumentar a satisfação do cliente pelos serviços prestados, e contribuir para a proximidade entre o farmacêutico e o utente, assim como dar a conhecer ao utente novos produtos e de que modo é que estes podem contribuir para o seu bem-estar.

Uma das atividades na qual tive um papel ativo foi a realização de *Workshops* de auto-maquilhagem, em parceria com a marca de pincéis portugueses Skinfact[®], que me permitiu aliar a minha paixão pela maquilhagem à carreira farmacêutica.

Neste *workshop* foi abordado num primeiro módulo, os cuidados gerais a ter com rosto, abordando a rotina de limpeza, ritual de hidratação dependendo do tipo de pele e do gosto pessoal do utente, com experimentação dos produtos apresentados às convidadas. No segundo módulo, foram transmitidos os conselhos, dicas e truques para uma maquilhagem de dia-a-dia, com escolha individualizada de produtos adequados ao tipo de pele, à cor da pele e olhos, de modo a que as convidadas aprendessem a realçar os seus pontos fortes e a sentirem-se mais bonitas e com maior autoestima. Considero que esta é uma atividade inovadora e que deu origem a *feedback* muito positivo por parte dos utentes, que se mostraram muito interessados na repetição da atividade com novos temas.

Quero destacar ainda algumas das outras atividades realizadas, como o rastreio capilar em parceria com a marca *Nourkrin*[®], que proporcionou aos utentes uma avaliação da saúde

do seu cabelo, especialmente em utentes que sofrem de queda sazonal excessiva ou hereditária, assim como o rastreio facial com lâmpada de Wood, que permite a identificação sinais ou manchas na pele, do nível de hidratação desta e, ainda, avaliação das rugas existentes e outros sinais de envelhecimento.

Considero que estas atividades, principalmente o quão mais inovadoras forem, permitem uma maior diferenciação do serviço prestado, contribuindo também para a fidelização do cliente, sendo este um dos aspetos fulcrais em Farmácia Comunitária.

4.3.2. Fitoterapia

Esta é uma das áreas que se encontra a ser desenvolvida na FM que na minha opinião constitui uma oportunidade devido ao aumento da procura de medicamentos ou suplementos alimentares à base de plantas. Os conhecimentos científicos adquiridos nas unidades curriculares de Fitoterapia e Plantas Medicinais, assim como as diversas formações com as marcas Arkopharma®, Aquilea® e PhytoXpert®, contribuíram para que me sentisse mais confiante no atendimento ao balcão, aquando do pedido deste tipo produtos assim como o seu aconselhamento como primeira solução face ao tipo de problema em questão (consultar o ponto 5 – casos práticos). Contudo cabe ao farmacêutico apelar também ao uso racional deste tipo de produtos, uma vez que também são inerentes a apresentar reações adversas e levar a interações do tipo planta-medicamento.

Assim, o farmacêutico deve realizar uma avaliação da medicação, principalmente em indivíduos com doenças crónicas e/ou polimedicados. A escolha do suplemento alimentar e/ou medicamento à base de plantas deve recair em produtos de elevada qualidade e segurança, como os das marcas supramencionadas. Contudo, a legislação de suplementos alimentares passa pelo Ministério da Agricultura e não pelo Infarmed, pelo que não são sujeitos tão pouco ao rigor que é exigido por este.

4.4. Ameaças

4.4.1. Medicamentos esgotados e rateados

Quando os medicamentos existem numa quantidade escassa que não consegue suprimir as necessidades da população, estes são denominados medicamentos rateados. Sendo a sua aquisição racionalizada por parte dos armazéns de distribuição grossista ou por parte do próprio laboratório em si, de forma a garantir que todas as farmácias têm acesso ao medicamento. Algumas vezes são criadas linhas SOS, para que as farmácias tenham acesso

aos medicamentos rateados diretamente através dos laboratórios responsáveis pelos mesmos.

Apesar de existirem algumas medidas para tentar suprimir as necessidades terapêuticas do utente, na maioria estas são insuficientes quando os medicamentos ficam esgotados ou descontinuados. Como, por exemplo, na situação mais particular dos sensores *Freestyle Libre*[®] que vieram melhorar substancialmente a qualidade de vida do doente diabético insulínico dependente, que tem a necessidade de proceder à monitorização da sua glicémia várias vezes ao longo do dia. Contudo estes sensores sem a comparticipação do sistema nacional de saúde apresentam o PVP bastante elevado. Com o aparecimento da comparticipação destes dispositivos pelo Estado, a produção dos sensores não foi de todo suficiente para suprimir a procura dos mesmos. Na FM, muitos dos utentes diabéticos utilizam este sensor. Devido a esta dificuldade, a farmácia simplesmente consegue ceder um por mês a cada um dos seus utentes habituais. Cada sensor tem de ser trocado quinzenalmente, o que significa que em metade do mês cada um dos doentes da farmácia se encontra sem sensor. Este aspeto aliado à falta de conhecimento do utente relativamente a todos estes processos pode levar ao descontentamento dos mesmos, podendo a farmácia perder um cliente.

Deste modo, é fundamental que se explique ao utente de modo a que ele perceba que a culpa destas situações não é da farmácia e que enquanto farmacêuticos percebemos que o utente é que sai prejudicado destas situações. Mais uma vez, a comunicação é fulcral na resolução deste tipo de situações.

4.4.2. Tempo limitado no atendimento e elevadas fontes de informação

Foi-me possível observar que cada vez mais os utentes esperam um atendimento rápido e que resolva os seus problemas. Contudo, isto dificulta muitas das vezes a recolha de toda a informação necessária para realizar um aconselhamento responsável, constituindo uma ameaça ao papel do farmacêutico.

A existência de atendimentos em que o utente pretende um medicamento sujeito a receita médica, como um antibiótico porque viu que os seus sintomas se assemelhavam, por exemplo, a uma infeção urinária através de pesquisa na internet, são inúmeras. Cabe ao farmacêutico explicar o porquê de não ceder, e, de acordo com a sintomatologia do utente, aconselhar a ida ao médico e/ou providenciar sugestões que possam melhorar o seu desconforto.

Contudo, esta é apenas uma das várias situações que o farmacêutico vê os seus conselhos refutados ou contestados, deixando-o por vezes em situação de conflito.

Deste modo, senti que é necessária elevada destreza no atendimento e na procura rápida de soluções de forma a combater esta ameaça. Ao longo destes meses de estágio, sinto que adquiri métodos e estratégias que me permitem refutar e resolver este tipo de situações, que se tornam cada vez mais comuns ao balcão de farmácia comunitária.

5. EXEMPLOS DE INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

5.1. Caso Prático 1

Uma senhora de 43 anos dirigiu-se à farmácia procurando resolver a sua falta de dificuldade em adormecer. Afirmando que já sente dificuldade em adormecer e em manter o sono há já algumas semanas. Afirmo que esta a situação que lhe está a causar grande incómodo e a afetar a sua vida quotidiana. Posto isto, perguntei à utente se tomava alguma medicação habitualmente ao que esta me respondeu que apenas tomava a pílula contraceptiva. Mediante a situação apresentada sugeri à utente a toma do suplemento alimentar *Aquilea Sono*[®] com 1mg de melatonina, presente na primeira camada do comprimido, a fim de combater a dificuldade em adormecer, e com extratos de papoila da califórnia, valeriana e passiflora, na segunda camada, permitindo diminuir os despertares noturnos.

A utente acatou a minha sugestão tendo voltado 3 dias mais tarde a agradecer, pois já tinha finalmente tido uma noite de descanso.

5.2. Caso Prático 2

Uma senhora, recém mamã, entra na farmácia com o seu bebé de 5 meses, mostrando-se preocupada com a vermelhidão que o bebé apresentava à volta da boca, procurando uma solução.

Perguntei à mãe se tinha procedido a alguma mudança recente no quotidiano do bebé, nomeadamente da rotina alimentar e no estado de saúde dele; se tinha sido identificado sinais de pele atópica ou de alergias; ao que a utente respondeu que não a todas as perguntas, informando que tinha sido um bebé bastante saudável até ao momento. Posto isto, informei a mãe que este tipo de irritações pode provir do contacto com a saliva do bebé, que pode ser provocada pela salivação excessiva associada ao nascimento dos dentes, ou do contacto com a chupeta, entre outras situações. Também perguntei à mãe se tinha trocado de chupeta recentemente, ao que esta me responde que sim. Deste modo, aconselhei a mãe a trocar de chupeta, pois era uma possível causa para o aparecimento da irritação. Indiquei como possível

escolha a chupeta *Chicco® Physio Air* para uma idade dos 0 aos 6 meses, que pelos orifícios que apresenta favorece a circulação de ar, impedindo a acumulação de saliva, deixando a pele respirar. ^[3] Para além da chupeta, sugeri o uso de um creme com ação reparadora e emoliente, nomeadamente, o creme reparador perioral - *Nutraisdin® Perioral*. Este tem ação reparadora e calmante, reduzindo a irritação, vermelhidão e prurido causados pela saliva e pelo roçar da chupeta, entre outras situações. ^[4] Aconselhei a sua aplicação, após as refeições do bebé, na zona afetada previamente limpa e seca.

6. CONCLUSÃO

O EC na FM permitiu não só melhorar as minhas qualidades a nível profissional como, também, a nível pessoal. Esta excelente oportunidade modelou a minha formação, o que contribui para quem hoje sou enquanto futura farmacêutica.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de passar por todas as tarefas que fazem parte do quotidiano da farmácia, e entender o seu funcionamento em pleno.

Através da análise *SWOT* percebi quais os meus pontos fortes e fracos e quais as dificuldades a colmatar, permitindo-me elaborar uma estratégia que melhore o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Cumpri todos os objetivos que tinha definido para mim e posso afirmar que termino o estágio uma pessoa mais rica e consciente com o próximo, reconhecendo o elevado trabalho que está a cargo do farmacêutico comunitário, mas que se deve centrar sempre no bem-estar do utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Portaria n.º 769/2004 - Diário da República. no 153: Série I-B (2004).
- 2 – Classes de Compressão, <http://www.medivaris.pt/quadro-2/> (Acedido a 10 de março de 2018)
- 3 – Características da Chupeta *Physio Air* da Chicco, Disponíveis em:https://www.shop.chicco.pt/produto/chupetas-physio-air-azul-borracha-2-pecas-8058664058747?category=CHC_PUERICULTURA_CHUPETAS_CHUPETAS_COM_ESCUDO_RIGIDO (acedido a 30 de maio de 2018)
- 4 – Características do creme Nutraisdin® Perioral. Disponíveis em: <https://www.isdin.com/pt-PT/produto/nutraisdin/reparador-perioral> (acedido a 30 de maio de 2018)

Parte II
Monografia

Estratégias Terapêuticas na Hidrosadenite Supurativa

ABREVIATURAS

AINE – anti-inflamatório não-esteróide

DLQI – Índice dermatológico de Qualidade de Vida

HS – Hidrosadenite Supurativa

HSSI – Índice de Gravidade de HS

Ig – Imunoglobulinas

IL – Interleucina

IMC – Índice de Massa Corporal

LOE – nível de evidência

PGA – Avaliação Global do Médico

PT – Pontuação Total

QoL – Qualidade de Vida

SOR – Grau de recomendação

TLR – Recetores do tipo toll

TNF – Fator de Necrose Tumoral

tRNA – RNA de transferência

VAS – Escala Visual Analógica

I. INTRODUÇÃO

A Hidrosadenite Supurativa (HS) é uma doença de pele inflamatória crónica e debilitante com lesões inflamatórias recorrentes nas zonas corporais que contêm glândulas sudoríparas apócrinas. Estima-se que afete cerca de 1% da população mundial com maior prevalência no sexo feminino. ^[1,2] Os portadores de HS apresentam elevada redução do nível de qualidade de vida. ^[3] Muitos casos de doentes com HS foram mal diagnosticados ou com um tempo médio de diagnóstico de 5 anos. ^[4]

A falta de terapêutica para a doença, leva à procura de potenciais novos alvos terapêuticos que, por sua vez, levam a potenciais novos fármacos. Perceber a fisiopatologia da doença e o seu mecanismo inflamatório é imprescindível para a descoberta de novos alvos terapêuticos e para a escolha de tratamentos adequados. Assim, foi desenvolvida a presente monografia de forma a estudar e a perceber melhor a HS e os seus possíveis tratamentos. Esta monografia tem como principais objetivos a caracterização da HS, a revisão da terapêutica convencional, biológica e abordagens de algumas novas estratégias terapêuticas, tendo por base a guideline europeia para o tratamento da HS, assim como novos estudos promissores.

2. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA

A Hidrosadenite Supurativa (HS)/Acne Inversa é uma doença de pele inflamatória, crónica, recorrente e debilitante. As lesões apresentadas são nódulos subcutâneos, abscessos purulentos e granulomas que levam à formação de ductos, fístulas e cicatrizes hipertróficas nas zonas corporais que contêm glândulas sudoríparas apócrinas, nomeadamente, a região da barba (sexo masculino), axilas, virilhas, região infra mamária (mais frequente no sexo feminino), região perianal e nádegas. ^[5]

A etiologia da HS é desconhecida. Sabe-se que surge normalmente na pós-adolescência e que está ligada a alterações no folículo piloso, em que há oclusão das partes superiores deste iniciando o processo inflamatório com formação das lesões típicas supramencionadas. ^[6] Em lesões primárias, há criação de infiltrado inflamatório com macrófagos, monócitos e células dendríticas com elevada expressão de recetores do tipo toll 2 (TLR-2), podendo este ser um contributo para o caráter inflamatório da HS. A expressão aumentada de TLR leva ao aumento dos níveis de citocinas pró-inflamatórias como o fator de necrose tumoral (TNF)-

α , interleucina (IL)-1 β , IL-10 e IL-17. Estes dados foram confirmados em estudos que analisaram as concentrações destas em lesões típicas de HS. [7,8,9]

Um facto interessante é que as bactérias encontradas nas lesões são de múltiplas espécies, sendo então considerada uma infeção polimicrobiana. Estas são bactérias do tipo estafilococos coagulase-negativa presentes na microbiota natural da pele como *Staphylococcus hominis*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Micrococcus species*, *Micrococcus luteus*, *Micrococcus varians* (axilas e zona genital).^[10,11] Apesar de a oclusão do folículo piloso acontecer em ambiente estéril, quando se dá a rutura da unidade pilossebácea existe a contaminação daquele ambiente pela microbiota natural da pele, originando uma resposta inflamatória local que se torna numa resposta inflamatória crónica. Foram ainda encontradas colónias de bactérias que formam biofilmes ligadas irreversivelmente aos tratos sinusais/fístulas e folículos pilosos contribuindo também para a resposta inflamatória crónica.

2. Fatores de Risco

2.1.1. Obesidade

Estudos realizados confirmam que a maioria dos doentes com HS tem excesso de peso ($25 < \text{IMC} < 30$) ou obesidade clínica ($\text{IMC} > 30$)^[10,12,13]. Há evidências ainda da correlação positiva do aumento da gravidade da doença com o excesso de peso e obesidade, ainda que sejam necessários mais estudos para verificação desta correlação.^[14]

2.1.2. Tabagismo

Apesar de não existirem estudos que relacionem o aparecimento da HS com o tabagismo, a ligação entre o tabagismo e a prevalência da HS está bem estabelecida^[13]. Contudo ainda não existem dados que permitam estabelecer a correlação entre o aumento da severidade da HS e o tabagismo.^[14]

2.1.3. Histórico Familiar de HS

Na última década, os doentes relatam histórico familiar de HS ou de lesões similares constituindo estes cerca de 30-40% dos doentes com HS.^[10] Estudos indicam que há efetivamente alterações genéticas ao nível das subunidades da secretase - γ que levam a um fenótipo mais agressivo da doença^[15]. As mutações que foram reportadas baseiam-se sobretudo na perda de atividade como na diminuição da Via de Sinalização de Notch^[16]. Em

estudos com ratos com a inatividade da secretase - γ evidenciaram que estes possuíam lesões semelhantes às observadas em doentes com HS. ^[11] Contudo, atualmente estima-se que apenas 5% dos doentes com HS a devam a causas genéticas. ^[10]

2.1.4. Outras doenças concomitantes

Em diversos estudos de doentes com HS observou-se a associação com doença de Crohn, diabetes, doença inflamatória do intestino, acne severo, doenças reumáticas e distúrbios hormonais. ^[17,18] Contudo, não se sabe ainda a prevalência desta associação. ^[10]

2.2. Qualidade de vida com HS

A HS tem um impacto extremamente negativo na qualidade de vida (QoL) dos doentes. Estudos indicaram que o impacto na QoL dos doentes com HS é superior aos de outras doenças dermatológicas através do Índice dermatológico de Qualidade de Vida (DLQI) que na HS a pontuação foi 8.9 pontos, na alopecia 8.3 pontos, na acne 7.5 pontos e psoríase 7 pontos. ^[3]

As lesões recorrentes, dolorosas e debilitantes, assim como a ocorrência de drenagem pelas fístulas exsudativas acompanhadas de mau odor que sujam constantemente a roupa dos doentes, levam à existência de sentimentos de vergonha, baixa autoestima e medo de relacionamentos interpessoais, contribuindo para o risco dos doentes com HS desenvolverem depressão. ^[10,19]

A dor é descrita pelos doentes como sensação de queimadura, pressão elevada, cortante, aguda e de que a pele pode rachar, avaliada pela Escala Visual Analógica (VAS) variando os resultados no intervalo de 4-10. ^[20] Um estudo piloto de Ring *et al.* evidenciou que cerca de 77% dos doentes usaram analgésicos e anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs), sendo que a morfina e o tramadol surtiram os melhores efeitos em termos de alívio da dor ao contrário dos AINEs e do paracetamol, o que indica a necessidade de terapêutica para o controlo da dor. ^[19]

2.3. Diagnóstico

Segundo a guideline europeia para o tratamento da Hidrosadenite supurativa, os critérios para o diagnóstico são quando existe ocorrência de pelo menos 2 lesões típicas dolorosas e supurativas no período de 6 meses – nódulos, fístulas, abscessos e/ou cicatrizes

(Figura 1) – sendo que estas são mais comuns nas zonas axilar, genito-femoral e glútea e períneo; e/ou quando há histórico familiar de HS.

No início da doença, a HS pode ser confundida com furúnculos, lesões acneicas ou quistos sebáceos infetados. Já num estado mais avançado pode ser confundida com doença de Crohn cutânea, linfogranuloma venéreo ou, em casos raros, com escrofuloderma, pelo que deve ser efetuado um diagnóstico diferencial. [10,21]



Figura 1 - lesão típica em doentes com HS.

Retirado de: van der Zee HH et al., Elevated levels of tumour necrosis factor (TNF)- α , interleukin (IL)-1 β and IL-10 in hidradenitis suppurativa skin: a rationale for targeting TNF- α and IL-1 β . Br J Dermatol. 2011 Jun; 164(6):1292-8.

2.4. Classificação da doença segundo grau de gravidade

Existem diversas escalas para fazer uma avaliação da HS consoante o grau de gravidade desta permitindo também medir a evolução da doença em ensaios clínicos e na prática clínica.

[10,13]

A terapêutica instituída deve ser feita com base nesta avaliação, assim como a reavaliação da terapêutica instituída, a fim de avaliar a sua eficácia clínica naquele paciente.

2.4.1. Classificação de Hurley

Os estádios descritos por Hurley, encontram-se representados na Figura 2. Contudo, apresenta diversas limitações pelo facto de ser uma escala qualitativa com apenas três estádios.



Figura 2 - Estádios de Hurley.

Retirado de: PERSAUD R, ELLIOTT JA, GOODMAN L, SOMAYAJI R, LIM M, SIBBALD RG - Hidradenitis suppurativa: A retrospective review of 13 patients and literature summary, *EMJ Dermatol.* 2017; Vol 5[1]:90-97.

2.4.2. Escala de Sartorius

A Escala de Sartorius consiste numa pontuação (tabela I) tendo em conta o número de regiões anatómicas envolvidas, no número e tipo de lesões, na distância entre elas e na existência de pele sã entre todas as lesões. ^[22] No entanto, num estudo de Zouboulis *et al.* ^[10], a aplicabilidade em casos graves pode ser limitada em que há aglomeração de lesões, uma vez que podem já não ser sensíveis ao tratamento médico.

Ainda assim, permite uma abordagem mais dinâmica que os estádios de Hurley.

Tabela 1 - Escala de Sartorius modificada por Revuz com respectivas pontuações.

Escala de Sartorius modificada por Revuz	Descrição
Região Anatômica Envolvida	Axilas, virilhas, glúteos, região perianal, inframamária, perineal e outras do lado esquerdo e/ou direito: 3 pontos por região
Tipo de lesões	Nódulos: 2 pontos; Abscesso ou Fístulas: 4; Cicatrizes hipertróficas: 1; Outras (foliculite, pústulas, ...): 0.5
A maior distância entre duas lesões relevantes ou tamanho (só 1 lesão)	Distância <5 cm: 2, <10 cm: 4, >10 cm: 8
Todas as lesões estão claramente separadas por pele normal?	Sim: 0 e Não: 6

2.4.3. HS – Avaliação Global do Médico (HS-PGA)

A avaliação da gravidade da doença é feita com base em orientações, expressas na tabela 2, e que permite avaliar entre seis níveis diferentes de gravidade, constituindo um método de avaliação adequado para a monitorização dos doentes ao longo dos tratamentos que realizam ou em ensaios clínicos. ^[23]

Tabela 2 - Hidradenite supurativa - Avaliação Global do Médico ^[23]

Mínima (escala = 1)	Sem abscessos, fístulas exsudativas ou nódulos inflamatórios, mas com presença de nódulos não inflamatórios
Ligeira (escala = 2)	Sem abscessos ou fístulas exsudativas e com 1 - 4 nódulos inflamatórios, ou 1 abscesso ou fístula exsudativa e sem nódulos inflamatórios
Moderada (escala = 3)	Sem abscessos nem fístulas exsudativas e com ≥ 5 nódulos inflamatórios, ou 1 abscesso ou fístula exsudativa e ≥ 1 nódulos inflamatórios, ou 2 - 5 abscessos ou fístulas exsudativas e <10 nódulos inflamatórios.
Grave (escala = 4)	2 - 5 abscessos ou fístulas exsudativas e ≥ 10 nódulos inflamatórios
Muito Grave (escala = 5)	>5 abscessos ou fístulas exsudativas

2.4.4. Índice de gravidade de HS (HSSI)

Em alguns estudos mais recentes que estudaram a eficácia clínica de medicamentos biológicos na HS utilizaram esta escala para avaliação do grau de gravidade da HS assim como para medição da evolução dos doentes com o tratamento.^[24] Esta escala interliga parâmetros objetivos com subjetivos, incluindo área de superfície corporal, o número de lesões, a avaliação da dor e avaliação da drenagem das lesões (Tabela 3).

Uma pontuação total (PT) ≤ 7 indicam que a doença está em estado ligeiro, $8 \leq PT \leq 12$, estado moderado e $PT \geq 13$ indica estado grave.^[25]

Tabela 3 - Pontuações do Índice de gravidade de HS ^[21]

HSSI	Pontuação (se observado)
Lesão Comedogénica	1 ponto
Abcesso / lesão inflamatória	2 pontos
Fístulas	3 pontos
Fibrose e aderência	4 pontos
Placas fibro-escleróticas inflamadas	5 pontos
Avaliação da Dor (segundo VAS)	0-10 pontos
Total	
HSSI – Índice de gravidade da Hidrosadenite Supurativa VAS – Escala Visual Analógica	

3. Tratamento da HS

A escolha da terapêutica deve ser efetuada de acordo com o grau de gravidade da doença/estádio, de acordo com as lesões observadas na prática clínica e, ter por base a guideline europeia para o tratamento da HS, mas também a experiência clínica do médico que é um fator determinante para esta escolha. As medidas iniciais a tomar englobam o aconselhamento para cessação tabágica caso o doente seja fumador, para a perda de peso caso o doente seja obeso ou tenha excesso de peso, para o uso de roupas mais largas para evitar a fricção e para práticas de boa higiene, principalmente quando as lesões drenam.^[21]

3.1. Estratégias terapêuticas Convencionais

3.1.1. Tratamento Tópico

Para estádios mais ligeiros de HS (estádio I e ligeiro estágio II de Hurley), a primeira linha terapêutica passa pelo uso de antibióticos de administração tópica podendo ser coadjuvados com retinóides ou corticosteróides de uso tópico.

A clindamicina é o único antibiótico estudado para o tratamento tópico de HS, normalmente a 1% durante 3 meses, tendo mostrado maior eficácia em lesões mais superficiais como foliculites, pápulas e pústulas. Contudo, os doentes reportam melhorias com o uso de peróxido de benzoílo a 5% como solução de limpeza sendo que muitas vezes a prescrição médica passa pela associação destes dois medicamentos. [21,25]

O uso de corticosteróides intra-lesionais, nomeadamente acetonido de triancinolona, demonstrou rapidez na redução do processo inflamatório local de lesões agudas ou mesmo nos nódulos recorrentes e fístulas exsudativas. [26,27] No entanto, há evidência de poder contribuir para o aumento de infeção bacteriana pelo que se existir ou seja provável que exista infeção bacteriana não é recomendado o seu uso. [10]

3.1.2. Tratamento sistémico

Para estádios moderados a graves (estádio II e III de Hurley) ou em que as lesões estão espalhadas em múltiplas zonas ou quando a terapia tópica não surte efeito terapêutico positivo, as estratégias terapêuticas incluem a toma oral de antibióticos, corticosteróides e retinóides associados muitas vezes à terapêutica tópica. [10]

O uso de retinóides é recomendado como 2ª linha terapêutica.

3.1.2.1. Antibióticos sistémicos

3.1.2.1.1. Tetraciclina

A tetraciclina atua ao ligar-se reversivelmente à subunidade ribossomal 30S bloqueando o recetor que se liga ao rRNA durante o processo de tradução. Há redução da gravidade da doença em cerca de 30% com uma dosagem de tetraciclina normalmente de 500 mg, duas vezes por dia durante 4 meses. [10] Apesar de estar indicada como 1ª linha terapêutica, e ter o mesmo grau de recomendação (SOR) e nível de evidencia (LOE) que a clindamicina de uso tópico respetivamente, B e IIb, não mostrou ser mais eficaz que a clindamicina de uso tópico, pelo que se ao fim de 4 meses de tratamento não se obtiver os resultados esperados a terapêutica instituída deve ser revista. [28,29]

3.1.2.1.2. Associação de clindamicina e rifampicina

A clindamicina atua ao ligar-se à subunidade ribossomal 50S das bactérias levando à interrupção da transpeptidação e da síntese proteica. Já a rifampicina ao interagir com a

RNA polimerase bacteriana inibe a atividade da RNA polimerase DNA dependente. Tendo esta associação SOR C e LOE III. [28] Com uma dosagem de 300mg de clindamicina em associação com rifampicina, duas vezes por dia durante 10 semanas (é necessário haver ajuste de dose consoante o peso) observou-se benefício clínico com uma redução de 50% na escala de Sartorius, redução da dor (de 7 para 3 segundo a VAS) e redução do tempo de supuração. [10] Um estudo que realizou um ano de acompanhamento após o tratamento bem-sucedido evidenciou que a maioria dos doentes volta a ter atividade em cerca de 4 meses. [30]

Esta associação está indicada como 1ª linha em estádios moderados a graves e como 2ª linha em estados leves a moderados cujos tratamentos anteriores não tenham sido bem-sucedidos.

3.1.2.1.3. Outros antibióticos

Existem diversos estudos que indicam o uso de outros antibióticos como ertapenem, a associação de amoxicilina com ácido clavulânico, a associação de eritromicina com metronidazole, dapsona e minociclina, sendo que todos à exceção do ertapenem revelaram falta de eficácia a longo prazo. [3] O tratamento com ertapenem em doentes de estágio I e II de Hurley, levou a remissão clínica em, respetivamente, 67% e 26% da área corporal dos doentes, tal é evidenciado na figura 3. [31]

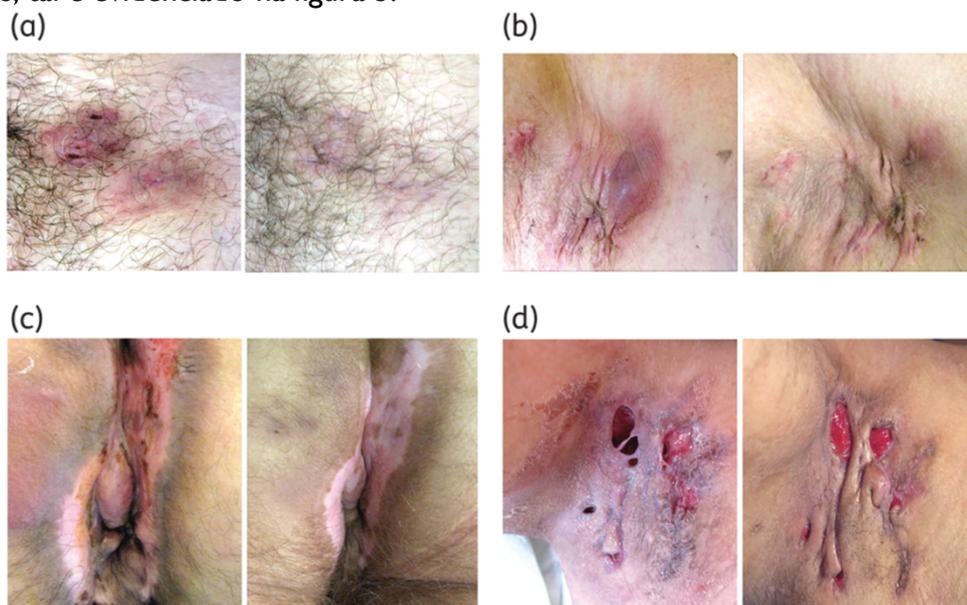


Figura 3 - Eficácia Clínica do ertapenem em doentes com HS severa. Os painéis esquerdo e direito evidenciam as áreas afetadas, respetivamente, antes e depois do tratamento com ertapenem ao longo de seis semanas. (a) Remissão clínica de duas lesões na púbis de estágio I de Hurley. (b) Área axilar de estágio II de Hurley. (c) Fenda interglútea em estágio III de Hurley (d) Área axilar em estágio III de Hurley com zonas necróticas. Retirado de *Efficacy of ertapenem in severe hidradenitis suppurativa: a pilot study in a cohort of 30 consecutive patients*, *J Antimicrob Chemother.* 2015; 71(2):513-520.

Contudo, visto ser necessário perfusão para realizar o tratamento e a falta de mais estudos indicativos de evidência científica leva a que deva ser uma escolha quando as outras opções terapêuticas de primeira e segunda linha não forem bem-sucedidas.

3.1.2.2. Corticosteróides

O conhecimento científico e estudos sobre o uso de corticosteróides na HS são muito reduzidos. Os Corticosteróides diminuem a progressão do processo inflamatório ao inibirem a síntese de prostaglandinas, leucotrienos e produção de citocinas (TNF- α , IL, Interferão- γ). Impedindo o processo de quimiotaxia.

O uso de uma dose diária de 0.5-0.7 mg/kg de prednisolona mostrou-se eficaz em reduzir a inflamação em erupções agudas em alguns doentes. À medida que o processo inflamatório reduz e se mantém controlado, deve ser efetuado o desmame para reduzir o risco de complicações associados a este tipo de medicamentos. ^[10] O seu uso a longo prazo em combinação com antiobioterapia e isotretinoína mostrou ser eficaz em controlar a doença num caso de HS, localizado apenas na zona vulvar. ^[32]

Os corticosteróides conduzem a imunossupressão, sendo por isso também escolhidos no tratamento da HS.

3.1.2.3. Ciclosporina A

A ciclosporina. A é um potente agente imunossupressor específico para os linfócitos T que atua ao inibir a calcineurina, tendo origem no fungo *Tolyposcladium inflatum*.

A duração do tratamento varia desde as seis semanas e os sete meses e, a dose varia entre 2-6 mg/kg/dia. Houve benefício terapêutico em alguns casos com diminuição de recorrência de episódios inflamatórios agudos e da dor, mas não está bem estabelecido. ^[33] São necessários mais estudos para estabelecer melhor a dose apropriada assim como a duração do tratamento para a HS. Deste modo, a escolha deste medicamento só deve ser efetuada caso a primeira, segunda e terceira linhas terapêuticas não sejam bem-sucedidas. ^[10, 25]

3.1.2.4. Retinóides

O uso de isotretinoína para o tratamento da HS tem sido estudado ao longo de vários anos, por prevenir que unidades pilossebáceas afetadas sofram de hipercornificação ductal.

Contudo, o seu benefício terapêutico quando usado em monoterapia é praticamente inexistente e está inteiramente ligado à gravidade da doença. ^[10] No entanto, em terapia combinada com antibióticos e corticosteróides mostrou-se eficaz em reduzir o estado inflamatório, reduzindo o tamanho das glândulas sebáceas. ^[32] Atualmente, a isotretinoína não deve ser utilizada como primeira linha. Aliás só deve ser recomendada quando outras alternativas terapêuticas tiverem falhado, devido aos resultados de diversos estudos serem tão diferentes e inconclusivos. ^[10,32]

Já a acitretina tem mostrado resultados terapêuticos bastante promissores em HS em estágio I e II moderado de Hurley, ainda que em estudos de menores dimensões. ^[34] A acitretina é um derivado da vitamina A, comumente utilizada no tratamento da Psoríase e outras doenças dermatológicas. Ao influenciar o ciclo de crescimento das células cutâneas, normalizando a diferenciação destas e, diminuindo a taxa de proliferação de queratinócitos, leva a uma diminuição da espessura da camada córnea. O seu contributo no tratamento da HS deve-se, também, ao seu efeito anti-inflamatório, ao nível da derme e epiderme, por inibir a quimiotaxia de granulócitos e a libertação de mediadores pró-inflamatórios. ^[9,34] Contudo, o seu mecanismo ainda não é totalmente conhecido.

Estudos realizados com administração de doses de 0.25-0.88 mg/kg/dia de acitretina durante 3 a 12 meses, evidenciaram uma taxa de sucesso elevada (60.9%) com melhoria no DLQI. ^[10,25] Também em uso pós-cirúrgico como coadjuvante da cirurgia, verificou-se que a taxa de recorrência é baixa comparativamente com o grupo que apenas realizou tratamento com acitretina. ^[35]

No entanto, muitos pacientes declararam não querer repetir o tratamento, principalmente devido a ser difícil de tolerar quando as doses diárias são superiores a 25 mg. ^[27,34]

3.1.2.5. Analgésicos e Anti-inflamatórios não-esteróides

Visto a HS ser uma doença extremamente incapacitante e debilitante, é necessário o uso de opiáceos e AINEs para tentar reduzir a dor sentida pelos doentes. Tal como já foi referenciado em cima, ainda que não existam evidências científicas suficientes sobre o uso destas classes na redução da dor em doentes com HS, é necessário que exista uma terapêutica para controlo da dor. Quando as alternativas mais comuns como o paracetamol, tramadol e AINEs falharem, deve ser utilizado como opção de segunda linha a codeína e, por sua vez, a morfina. ^[10,19,20] Todavia, urge a necessidade de novos estudos relacionados com o tratamento e controlo da dor em doentes com HS.

3.2. Estratégias terapêuticas com agentes biológicos

Com a descoberta de novos alvos terapêuticos na HS, principalmente relacionados com o processo inflamatório da doença, surgiram novas alternativas terapêuticas – os medicamentos biológicos. Como já foi referido anteriormente, os doentes com HS apresentam expressão aumentada de TLR que leva ao aumento exacerbado dos níveis plasmáticos de citocinas pró-inflamatórias, nomeadamente o TNF- α , a IL-1 β , a IL-10, a IL-17, comparativamente com grupos controlo constituídos por indivíduos de pele saudável e grupos com indivíduos com psoríase. O aumento destas citocinas está correlacionado com o grau de gravidade da doença. ^[8,9] Deste modo, os medicamentos biológicos constituem uma opção terapêutica válida quando outras estratégias terapêuticas não foram bem-sucedidas e a cirurgia também já não é uma opção válida. Estes apresentam indicação terapêutica nos estádios mais severos da doença ou quando esta já se tornou recalcitrante.

3.2.1. Adalimumab

O adalimumab é um anticorpo monoclonal constituído pela região constante da Imunoglobulina (Ig)-G e pela região variável, em que a cadeia leve e a cadeia pesada apresentam elevada afinidade e especificidade para se ligarem ao TNF- α , tanto na sua forma solúvel como na transmembranar. ^[10] Deste modo, o tratamento com adalimumab impede que o TNF- α se ligue ao recetor do TNF, bloqueando o efeito que este exerce no processo inflamatório.

Num ensaio clínico de fase II duplamente cego e controlado por placebo foi avaliada, de forma randomizada, o tratamento com placebo e adalimumab 40 mg administrado semanalmente ou em semanas alternadas, durante 16 semanas. Sendo que a administração semanal se mostrou mais eficaz em atingir resposta clínica, com impacto na redução da dor (redução do valor da escala de VAS) a partir da segunda semana e, diminuição do DLQI. ^[36] Contudo, após procedimento cirúrgico pode ser administrada uma dose de 160mg e após 1 semana 80 mg e daí em diante os 40 mg semanais habituais. ^[10] Em doentes obesos, têm sido obtidos melhores resultados com uma dose semanal de 80 mg. ^[27]

O adalimumab foi o primeiro medicamento biológico com aprovação para o tratamento da HS. Contudo, nem todos os utentes atingem os pré-requisitos para serem sujeitos ao tratamento e, apesar de já se terem efetuado diversos estudos sobre a sua eficácia e segurança, os efeitos a longo prazo ainda não estão bem estabelecidos. Pelo que o seu uso é recomendado quando também já não existam alternativas terapêuticas válidas ou

em casos bastante severos da doença. Ainda assim, se após 16 semanas de tratamento não se atingir resposta clínica, devem ser consideradas outras estratégias terapêuticas.

3.2.2. Inflixumab

O inflixumab, à semelhança do adalimumab, é um potente inibidor do TNF- α . E o seu mecanismo de ação é também semelhante. A inibição da atividade pro-inflamatória deve-se à ligação deste anticorpo monoclonal quimérico à forma solúvel do TNF- α . Já quando este se encontra ligado à forma transmembrar, pode haver indução do mecanismo de apoptose celular. ^[10]

A dose de inflixumab é de 5 mg/kg administrada por via endovenosa durante um período de 2 horas nos dias 0, 2 e 6 e, posteriormente, a cada 8 semanas. Tendo este tratamento demonstrado uma redução em 50% ou mais do HSSI, comparativamente com os doentes do grupo placebo. A redução na escala de VAS e do DLQI demonstra que houve alívio da dor que se traduziu num aumento da qualidade de vida do doente. ^[24]

Ainda que os resultados sejam promissores, o tratamento com adalimumab é melhor tolerado pelos doentes, devendo este ser a 1ª linha no que diz respeito ao uso de medicamentos biológicos para tratamento da HS. ^[10,17,27] Sendo que se após 12 semanas não se tiver atingido uma resposta clínica favorável, devem ser consideradas outras estratégias terapêuticas. ^[28]

4. NOVAS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

A HS continua a ser uma doença sem cura e cujos tratamentos disponíveis são muitas vezes ineficazes. Urge a necessidade de novas estratégias terapêuticas que possam contribuir significativamente para o aumento da QoL dos doentes.

Como já referido anteriormente, a descoberta de novos alvos terapêuticos associados ao carácter inflamatório da HS deram origem a possíveis novas estratégias terapêuticas, como caso do Adalimumab e Inflixumab. Mais recentemente num estudo publicado em 2018, em que os doentes não eram elegíveis ao tratamento com adalimumab, foi utilizado como tratamento o MABpI.

O MABpI é um anticorpo monoclonal que apresenta elevada sensibilidade e especificidade para a IL-1 α . Esta IL está envolvida em mecanismos de inflamação estéril em certas doenças inflamatórias, tal como no caso da HS. O controlo da atividade de

mediadores pro-inflamatórios mostrou ser bastante eficaz no tratamento da doença, evidenciado pelo uso de inibidores do TNF- α .

Num ensaio clínico de fase II randomizado que avaliou a eficácia e a segurança do tratamento de HS com o MABpI, verificou-se que 60% dos doentes tratados com esta estratégia terapêutica, atingiram resposta clínica comparativamente com o grupo placebo. O MABpI revelou ainda ter efeitos terapêuticos mesmo após 12 semanas de o tratamento ter cessado. A diminuição da profundidade das lesões é notória, ao contrário do grupo placebo cuja profundidade aumentou (Figura 4).^[37]

Deste modo, existe evidência científica que suporta esta alternativa terapêutica para a HS. Contudo, são necessários mais estudos que avaliem a segurança e eficácia do tratamento com MABpI.

O uso de Anakinra no tratamento da HS constitui, também, uma nova abordagem terapêutica. A sua atividade como antagonista do recetor da IL-1, permite o bloqueio da atividade biológica da IL-1 quer da forma α quer da forma β . Doentes com HS tratados com 100mg anakinra versus o grupo de doentes tratados com placebo, apresentaram elevada redução da sua avaliação com a escala de Sartorius, assim como não desenvolveram novas lesões inflamatórias nas 12 semanas após o tratamento cessar. Apesar da remissão clínica não ter sido atingida, continua a ser uma abordagem terapêutica bastante promissora.^[38]

O uso de outros inibidores do TNF- α , como o etanercept, fusão de proteínas recombinantes, e o uso de ustekinumab, anticorpo monoclonal direcionado para a IL-12 e a IL-23 que regulam o sistema imunitário, foram avaliados no tratamento da HS. A administração de etanercept numa dose de 25 mg, duas vezes por semana numa duração total de 3 a 10 meses apresentou resposta clínica favorável superior a 50% em 15 doentes. Contudo, quando se cessa o tratamento, volta a existir recorrência nas lesões na maioria dos doentes.^[10] Já o uso de 3-45 mg ustekinumab nas semanas 0, 4 e 16, demonstrou eficácia clínica com redução do DLQI, VAS e HS-PGA em doentes com estádios moderados a graves de HS (estádios II e III de Hurley), sendo que um doente atingiu remissão completa da doença.^[39]

Outras abordagens terapêuticas possíveis passam pelo uso de inibidores da IL-17, como o secukinumab que se mostrou eficaz e seguro no tratamento da Psoríase em estudos clínicos de fase III.^[40]

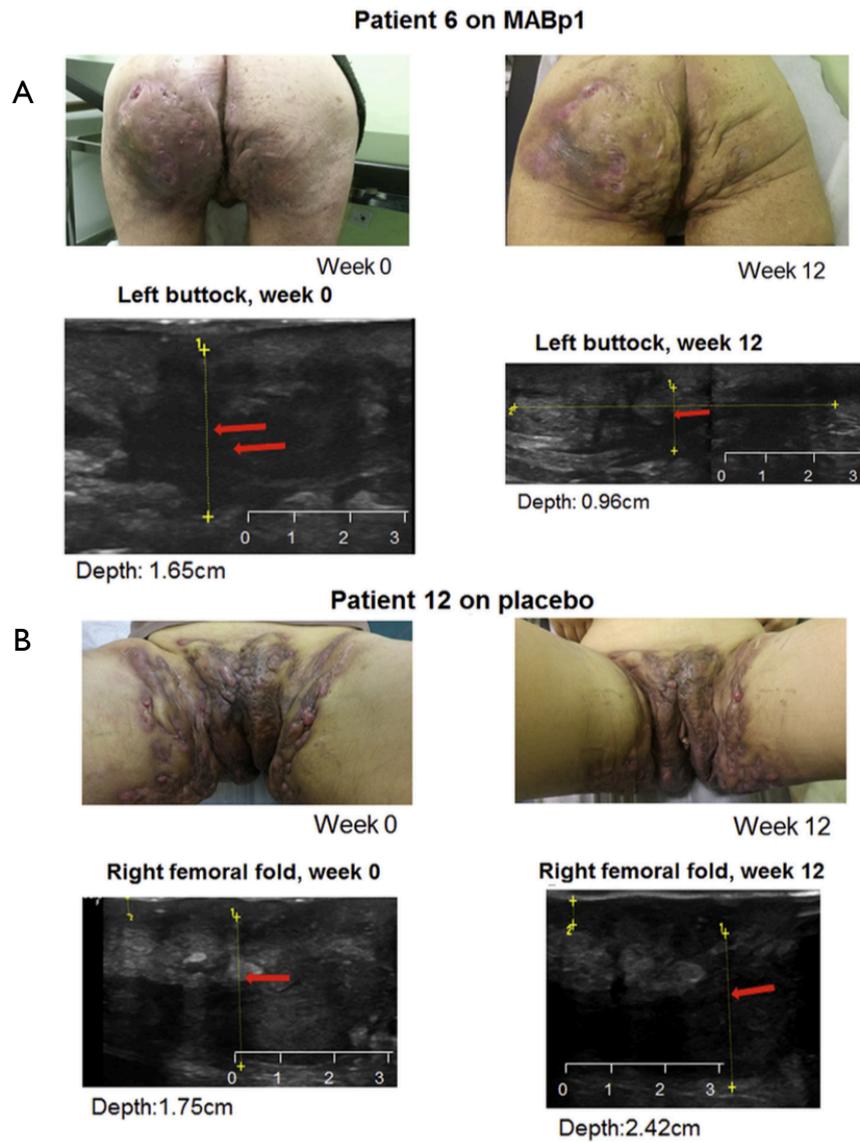


Figura 4 - Alterações nas lesões com evidencia clínica e através de ecografias. (A) Diminuição da profundidade da lesão na nádega direita do doente 6 sob o tratamento com MABp1. (B) Aumento da profundidade da lesão na zona genital do doente 12 sob o tratamento com placebo. Retirado de: KANNI T et al, MABp1 Targeting IL-1 α for Moderate to Severe Hidradenitis Suppurativa Not Eligible for Adalimumab: A Randomized Study, *J Invest Dermatol.* 2018 Apr; Vol. 138(4):795-801.

5. Conclusão

A HS é uma doença crónica, com caráter auto-imune cuja etiologia e fisiopatologia ainda não são inteiramente conhecidas. As lesões são extremamente debilitantes e dolorosas, restringindo o doente nas suas atividades diárias. Tendo, por isso, um impacto extremamente negativo na qualidade de vida dos doentes.

Atualmente, ainda não existe “cura” para a HS. Os objetivos da terapia residem, principalmente, em tentar reduzir a intensidade do episódio agudo assim como a sua recorrência. Contudo, as estratégias terapêuticas convencionais mostram ser muitas vezes ineficazes, especialmente no controlo da dor.

Ao longo dos anos, novos alvos terapêuticos foram descobertos como o TNF- α , permitindo o uso de novas abordagens terapêuticas que apresentaram resultados muito promissores, nomeadamente o recurso a medicamentos biológicos.

É observável que ao compreender mais o mecanismo e os intervenientes do processo inflamatório estéril inerente à HS, se chegará a possíveis novos alvos terapêuticos sendo que algumas já se encontram em análise em diversos estudos, tal como revisto anteriormente.

A difícil reprodutibilidade de resultados, torna muitas vezes difícil a escolha da terapêutica a ser prescrita. A criação da *guideline* europeia para o tratamento da HS assim como o aumento de bibliografia nos últimos anos, vieram facilitar esta escolha. Contudo, quando as estratégias terapêuticas falham, a cirurgia acaba por ser a única opção viável, mas que se mostra ineficaz a longo prazo.

Em suma, existe ainda um longo caminho a percorrer no tratamento da HS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 – REVUZ JE, CANOUI-POITRINE F, WOLKENSTEIN P, VIALLETTE C, GABISON G, POUGET F, POLI F, FAYE O, ROUJEAU JC, BONNELYE G, GROB JJ, BASTUJI-GARIN S. - Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: results from two case-control studies; J Am Acad Dermatol. 2008; Vol. 59:596-601.

2 – JEMEC GB, HEIDENHEIM M, NIELSEN NH - The prevalence of hidradenitis suppurativa and its potential precursor lesions, J Am Acad Dermatol. 1996; Vol. 35:191-4.

3 – VON DER WERTH JM, JEMEC GB - Morbidity in patients with hidradenitis suppurativa, Br J Dermatol. 2001 Apr; Vol. 144 (4): 809-813.

4 – KIM WB, SIBBALD RG, HU H, BASHASH M, ANOOSHIRVANI N, COUTTS P, ALAVI A - Clinical Features and Patient Outcomes of Hidradenitis Suppurativa: A Cross-Sectional Retrospective Study, J Cutan Med Surg. 2016; Vol. 20(1):52-7.

5 – JEMEC GB - Clinical practice. Hidradenitis suppurativa; N Engl J Med. 2012; Vol. 366: 158-164.

6 – KURZEN H, KUROKAWA I, JEMEC GB, EMTESTAM L, SELLHEYER K, GIAMARELLOS-BOURBOULIS EJ, NAGY I, BECHARA FG, SARTORIUS K, LAPINS J, KRAHL D, ALTMAYER P, REVUZ J, ZOUBOULIS CC - What causes hidradenitis suppurativa? Exp Dermatol. 2008 May; Vol. 17: 455-472.

7 – HUNGER RE, SUROVY AM, HASSAN AS, BRAATHEN LR, YAWALKAR N - Toll-like receptor 2 is highly expressed in lesions of acne inversa and colocalizes with C-type lectin receptor, Br J Dermatol. 2008 Apr; Vol. 158(4): 691- 697.

8 – MATUSIAK Ł, SZCZĘCH J, BIENIEK A, NOWICKA-SUSZKO D, SZEPIETOWSKI JC - Increased interleukin (IL)-17 serum levels in patients with hidradenitis suppurativa: Implications for treatment with anti-IL-17 agents, J Am Acad Dermatol. 2017 Apr; Vol. 76(4):670-675.

9 – VAN DER ZEE HHI, DE RUITER L, VAN DEN BROECKE DG, DIK WA, LAMAN JD, PRENS EP - Elevated levels of tumour necrosis factor (TNF)- α , interleukin (IL)-1 β and IL-10 in hidradenitis suppurativa skin: a rationale for targeting TNF- α and IL-1 β , Br J Dermatol. 2011 Jun; Vol. 164(6):1292-8.

10 – ZOUBOULIS CC, DESAI N, EMTESTAM L, HUNGER RE, IOANNIDES D, JUHÁSZ I, LAPINS J, MATUSIAK L, PRENS EP, REVUZ J, SCHNEIDER-BURRUS S, SZEPIETOWSKI JC, VAN DER ZEE HH, JEMEC GB - European SI guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015 Apr; Vol. 29:619-44.

11 – JEMEC GB, FABER M, GUTSCHIK E, WENDELBOE P - The bacteriology of hidradenitis suppurativa, Dermatology. 1996; Vol. 193(3): 203-206.

12 – JANSEN I, ALTMAYER P, PLEWIG G - Acne inversa (alias hidradenitis suppurativa), J Eur Acad Dermatol Venereol. 2001 Nov; Vol. 15: 532-540.

13 – PERSAUD R, ELLIOTT JA, GOODMAN L, SOMAYAJI R, LIM M, SIBBALD RG - Hidradenitis suppurativa: A retrospective review of 13 patients and literature summary, EMJ Dermatol. 2017; Vol 5[1]:90-97.

14 – SARTORIUS K, EMTESTAM L, JEMEC GB, LAPINS J - Objective scoring of hidradenitis suppurativa reflecting the role of tobacco smoking and obesity, Br J Dermatol. 2009; Vol. 161:831-9.

15– WANG B, YANG W, WEN W, SUN J, SU B, LIU B, MA D, LV D, WEN Y, QU T, CHEN M, SUN M, SHEN Y, ZHANG X – Gamma-secretase gene mutations in familial acne inversa, Science. 2010 Nov; Vol. 330(6007):1065.

16– PINK AE, SIMPSON MA, DESAI N, TREMBATH RC, BARKER JNW - Gamma-secretase mutations in hidradenitis suppurativa: new insights into disease pathogenesis, J Invest Dermatol. 2013 Mar; 133(3): 601-607.

17– MARTIN-EZQUERRA G, MASFERRER E, MASFERRER-NIUBÒ M, FERRAN M, SÁNCHEZ-REGAÑA M, COLLGROS H, BORDAS X, NOTARIO J, ALSINA M, GIL I, IZQUIERDO N, APARICIO G, MOLLET J, GARCIA-PATOS V, PUJOL RM - Use of biological

treatment in patients with hidradenitis suppurativa, J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015 Jan; Vol. 29(1):56-60.

18 – PRENS E, DECKERS I - Pathophysiology of hidradenitis suppurativa: An update, J Am Acad Dermatol. 2015 Nov; Vol. 73(5 Suppl 1): S8-11.

19 – RING HC, SØRENSEN H, MILLER IM, LIST EK, SAUNTE DM, JEMEC GB - Pain in Hidradenitis Suppurativa: A Pilot Study, Acta Derm Venereol. 2016 May; Vol. 96(4):554-6.

20 – SMITH HS, CHAO JD, TEITELBAUM J - Painful hidradenitis suppurativa, Clin J Pain. 2010; Vol. 26:435-44.

21 – PATIL S, APURWA A, NADKARNI N, AGARWAL S, CHAUDHARI P, GAUTAM M - Hidradenitis Suppurativa: Inside and Out, Indian J Dermatol. 2018 Mar-Apr; Vol. 63(2):91-98.

22 – REVUZ J - Hidradenitis suppurativa, J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009 Sep; Vol. 23(9):985-98.

23 – ZOUBOULIS CC, DEL MARMOL V, MROWIETZ U, PRENS EP, TZELLOS T, JEMEC GB - Hidradenitis suppurativa/acne inversa: Criteria for diagnosis, severity assessment, classification and disease evaluation, Dermatology. 2015; Vol. 231(2):184-90.

24 – GRANT A, GONZALEZ T, MONTGOMERY MO, CARDENAS V, KERDEL FA - Infliximab therapy for patients with moderate to severe hidradenitis suppurativa: a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trial, J Am Acad Dermatol. 2010 Feb; Vol. 62(2): 205-217.

25 – NAPOLITANO M, MEGNA M, TIMOSHCHUK EA, PATRUNO C, BALATO N, FABBROCINI G, MONFRECOLA G - Hidradenitis suppurativa: from pathogenesis to diagnosis and treatment, Clin Cosmet Investig Dermatol. 2017 Apr; Vol. 10: 105-115.

26 – JOVANOVIĆ M, KIHICZAK G, SCHWARTZ RA - Hidradenitis Suppurativa Medication, <https://emedicine.medscape.com/article/1073117-medication#1> (accedido a 26 de maio de 2018).

27 – SCHEINFELD N - Hidradenitis suppurativa: A practical review of possible medical treatments based on over 350 hidradenitis patients, *Dermatol Online J.* 2013 Apr; Vol. 19(4):1.

28 – GULLIVER W, ZOUBOULIS CC, PRENS E, JEMEC GB, TZELLOS T - Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa, *Rev Endocr Metab Disord.* 2016 Sep; Vol. 17(3):343-351.

29 – JEMEC GB, WENDELBOE P - Topical clindamycin versus systemic tetracycline in the treatment of hidradenitis suppurativa, *J Am Acad Dermatol.* 1998 Dec; Vol. 39(6):971-4.

30 – DESSINIOTI C, ZISIMOU C, TZANETAKOU V, STRATIGOS A, ANTONIOU C - Oral clindamycin and rifampicin combination therapy for hidradenitis suppurativa: a prospective study and 1-year follow-up, *Clin Exp Dermatol.* 2016 Dec; Vol. 41(8):852-857.

31 – JOIN-LAMBERT O, COIGNARD-BIEHLER H, JAIS JP, DELAGE M, GUET-REVILLET H, POIRÉE S, DUCHATELET S, JULLIEN V, HOVNANIAN A, LORTHOLARY O, NASSIF X, NASSIF A - Efficacy of ertapenem in severe hidradenitis suppurativa: a pilot study in a cohort of 30 consecutive patients, *J Antimicrob Chemother.* 2016 Feb; Vol. 71(2):513-520.

32 – FEARFIELD LA, STAUGHTON RC - Severe vulval apocrine acne successfully treated with prednisolone and isotretinoin, *Clin Exp Dermatol.* 1999 May; Vol. 24: 189-192.

33 – ANDERSON MD, ZAULI S, BETTOLI V, BOER J, JEMEC GB - Cyclosporine treatment of severe Hidradenitis suppurativa--A case series, *J Dermatolog Treat.* 2016; Vol. 27(3):247-50.

34 – BOER J, NAZARY M - Long-term results of acitretin therapy for hidradenitis suppurativa: is acne inversa also a misnomer? *Br J Dermatol.* 2011 Jan; Vol. 164(1):170-5.

35 – PURI N, TALWAR A - A study on the management of hidradenitis suppurativa with retinoids and surgical excision, *Indian J Dermatol.* 2011 Nov; Vol. 56(6):650-1.

36– KIMBALL AB, KERDEL F, ADAMS D, MROWIETZ U, GELFAND JM, GNIADECKI R, PRENS EP, SCHLESSINGER J, ZOUBOULIS CC, VAN DER ZEE HH, ROSENFELD M, MULANI P, GU Y, PAULSON S, OKUN M, JEMEC GB - Adalimumab for the treatment of moderate to severe hidradenitis suppurativa: a parallel randomized trial, *Ann Intern Med.* 2012 Dec; Vol. 157(12); 846-855.

37 – KANNI T, ARGYROPOULOU M, SPYRIDOPOULOS T, PISTIKI A, STECHER M, DINARELLO CA, SIMARD J, GIAMARELLOS-BOURBOULIS EJ - MABpI Targeting IL-1 α for Moderate to Severe Hidradenitis Suppurativa Not Eligible for Adalimumab: A Randomized Study, *J Invest Dermatol.* 2018 Apr; Vol. 138(4):795-801.

38 – TZANETAKOU V, KANNI T, GIATRAKOU S, KATOULIS A, PAPADAVID E, NETEA MG, DINARELLO CA, VAN DER MEER JW, RIGOPOULOS D, GIAMARELLOS-BOURBOULIS EJ - Safety and Efficacy of Anakinra in Severe Hidradenitis Suppurativa: A Randomized Clinical Trial, *JAMA Dermatol.* 2016 Jan; Vol. 152(1):52-59.

39 – GULLIVER WP, JEMEC GB, BAKER KA - Experience with ustekinumab for the treatment of moderate to severe hidradenitis suppurativa, *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012 Jul; Vol. 26(7):911-4.

40 – TORRES T, FILIPE P - Interleukin-17 as a therapeutic target in psoriasis, *Acta Med Port.* 2014 Mar-Apr; Vol. 27(2):252-8.