



# CAMPAHA DE SOBREVIVÊNCIA À SEPSE:

Atualização das Diretrizes  
Internacionais para o  
Manejo da Sepse e  
Choque Séptico

 **eurofarma**  
sua vida move a nossa



## **DRA FLÁVIA RIBEIRO MACHADO**

**CRM 80857**

- ▶ Professora Adjunta e Chefe do Setor de Terapia Intensiva da Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina Intensiva da Universidade Federal de São Paulo;
- ▶ Coordenadora Geral do Instituto Latino-Americano de Sepse;
- ▶ Presidente da *Brazilian Research in Intensive Care Network - BRICNET*;
- ▶ Membro do board da *Surviving Sepsis Campaign*.

## CONTEXTO

Sepse, definida como a presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida em decorrência da resposta desregulada do organismo à presença de infecção, é hoje uma das maiores causas de morte em todo o mundo. Estima-se que todos os anos 11 milhões de mortes por sepsse ocorram no mundo<sup>1</sup> e ela é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como problema de saúde pública mundial<sup>2</sup>. **Sepse é um desafio para o profissional de saúde, pela necessidade de pronto reconhecimento e tratamento precoce. Para isso, a elaboração de diretrizes é fundamental.**

Desde 2004, as melhores evidências para diagnóstico e tratamento são revisadas pela Campanha de Sobrevivência à Sepsse, iniciativa conjunta da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) e da *European Society of Intensive Care Medicine* (ESICM). Em outubro de 2021, foi chancelada simultaneamente nas revistas *Intensive Care Medicine*<sup>3</sup> e *Critical Care Medicine*<sup>4</sup> uma nova versão, chanceladas por diversas sociedades mundiais, entre elas o Instituto Latino Americano de Sepsse.

**Nesse documento, iremos apontar as principais novidades dessa versão e tecer comentários sobre as modificações mais relevantes.** É importante salientar que as diretrizes devem servir como guia e não podem substituir a capacidade de tomada de decisão dos profissionais de saúde.

# MUDANÇAS EM RELAÇÃO ÀS

# RECOMENDAÇÕES DE 2016

- ▶ **Modificado o formato de recomendação.**  
**RECOMENDAMOS** que hospitais e sistemas hospitalares tenham um programa de melhoria de desempenho para sepse, incluindo triagem de sepse para pacientes com doença aguda e alto risco, além de procedimentos operacionais para tratamento.

- ▶ **NOVO: RECOMENDAMOS CONTRA** o uso de o qSOFA\* em comparação com SIRS\*\*, NEWS\*\*\* ou MEWS\*\*\*\* como ferramenta de triagem única.

\*qSOFA: Quick sepsis related organ failure assessment - \*\*SIRS: Síndrome da resposta inflamatória sistêmica  
\*\*\*NEWS: National Early Warning Score - \*\*\*\*MEWS: Modified Early Warning Scores.

## RESSUSCITAÇÃO INICIAL

- ▶ **REBAIXADO de recomendação forte para recomendação fraca.**  
Para pacientes com hipoperfusão induzida por sepse ou choque séptico, **SUGERIMOS** que pelo menos 30 mL/ kg de cristalóides intravenoso devam ser administrados nas primeiras 3 horas de ressuscitação.

- ▶ **NOVO:** Para adultos com choque séptico **SUGERIMOS** o uso do tempo de enchimento capilar para orientar a reanimação como um complemento a outras medidas de perfusão.

## INFECÇÃO

### ▶ **Modificado o nível de evidência.**

Para adultos com possível choque séptico ou alta probabilidade de sepsé, **RECOMENDAMOS** administrar antimicrobianos imediatamente, de preferência dentro da primeira hora de reconhecimento. **Recomendação forte.**

Choque séptico: nível baixo de evidência.

Sepsé provável: nível muito baixo de evidência.

### ▶ **NOVAS recomendações fracas:**

Para adultos com possível sepsé sem choque, **SUGERIMOS** uma investigação rápida com curso limitado de tempo e, se a preocupação com a infecção persistir, a administração de antimicrobianos dentro de 3 horas do momento em que a sepsé foi reconhecida pela primeira vez.

Para adultos com baixa probabilidade de infecção e sem choque, **SUGERIMOS** postergar os antimicrobianos enquanto mantiver o monitoramento do paciente.

▶ **NOVO:** Para adultos com sepsé ou choque séptico com alto risco para MRSA, **RECOMENDAMOS** o uso empírico de antimicrobianos com cobertura para MRSA ao invés do uso de antimicrobianos sem cobertura para MRSA.

Para adultos com sepsé ou choque séptico e baixo risco para MRSA, **SUGERIMOS CONTRA** o uso empírico de antimicrobianos com cobertura para MRSA.

▶ **NOVO:** Para adultos com sepsé ou choque séptico e alto risco de infecção fúngica, **SUGERIMOS** o uso empírico de terapia antifúngica ao invés de nenhum antifúngico.

Para adultos com sepsé ou choque séptico e baixo risco de infecção fúngica, **SUGERIMOS CONTRA** o uso de terapia antifúngica.

## MANEJO HEMODINÂMICO

- ▶ **Modificado da recomendação anterior.**  
Para adultos com sepse ou choque séptico, **SUGERIMOS** o uso de cristalóides balanceados ao invés de solução salina para ressuscitação.
- ▶ **Detalhamento do nível de evidência para uso de vasopressores. Recomendação forte.**  
Para adultos com choque séptico, **RECOMENDAMOS** o uso de noradrenalina como agente de primeira linha ao invés de outros vasopressores.  
**Dopamina:** nível de evidência alto  
**Vasopressina:** nível de evidência moderado  
**Epinefrina:** nível de evidência baixo  
**Selepressina:** nível de evidência baixo  
**Angiotensina II:** nível de evidência muito baixo
- ▶ **NOVO:** Para adultos com choque séptico em uso de noradrenalina e com níveis inadequados de pressão arterial média, **SUGERIMOS** adicionar vasopressina ao invés de aumentar a dose de noradrenalina.
- ▶ **NOVO:** Para adultos com choque séptico, **SUGERIMOS CONTRA** o uso de terlipressina.
- ▶ **NOVO:** Para adultos com choque séptico, **SUGERIMOS** iniciar vasopressores em veia periférica para restaurar a pressão arterial média, ao invés de atrasar o início até que um acesso venoso central esteja garantido.

▶ **NOVO:** Para adultos com choque séptico e disfunção cardíaca com hipoperfusão persistente apesar de estado volêmico e pressão arterial adequados, **SUGERIMOS CONTRA** o uso de levosimendan.

▶ **NOVO:** Não há evidência suficiente para fazer uma recomendação sobre o uso de estratégias restritivas versus liberais de fluidos nas primeiras 24 horas de ressuscitação em pacientes com sepse e choque séptico que ainda apresentam sinais de hipoperfusão e depleção de volume após a ressuscitação inicial.

## VENTILAÇÃO

▶ **NOVO** - Para adultos com insuficiência respiratória hipoxêmica induzida por sepse, **SUGERIMOS** o uso de oxigênio nasal de alto fluxo ao invés de ventilação não invasiva.

▶ **Modificação da recomendação anterior.**  
Para adultos com SDRA\* moderada-grave induzida por sepse **SUGERIMOS** o uso de manobras de recrutamento tradicionais. Ao utilizar manobras de recrutamento, **RECOMENDAMOS CONTRA** a estratégia de titulação incremental de PEEP\*\*.

▶ **NOVO** - Para adultos com SDRA\* grave induzida por sepse, **SUGERIMOS** usar ECMO\*\*\* venovenosa (VV) quando a ventilação mecânica convencional falha, em centros experientes com a infraestrutura disponível para suporte.

\*SDRA: Síndrome do desconforto respiratório agudo - \*\*PEEP: Pressão positiva expiratória final

\*\*\*ECMO: Extracorporeal membrane oxygenation.

- ▶ **Modificado da recomendação anterior.**  
Para adultos com SDRA moderada-grave induzida pela sepse, **SUGERIMOS** o uso intermitente de bloqueadores neuromusculares ao invés de infusão contínua.

## TERAPIAS ADICIONAIS

- ▶ **Modificado da recomendação anterior.**  
Para adultos com choque séptico e necessidade de terapia vasopressora **SUGERIMOS** o uso de corticosteróides IV.
- ▶ **Modificado da recomendação anterior.**  
Para adultos com sepse ou choque séptico **SUGERIMOS CONTRA** o uso de hemoperfusão com polimixina B. Não há evidências suficientes para fazer uma recomendação sobre o uso de outras técnicas de purificação sanguínea.
- ▶ **NOVO** - Para adultos com sepse ou choque séptico, **SUGERIMOS CONTRA** o uso de vitamina C intravenosa.
- ▶ **Modificado da recomendação anterior.**  
Para adultos com choque séptico e hipoperfusão-acidemia láctica induzida, **SUGERIMOS CONTRA** o uso de terapia com bicarbonato de sódio para melhora hemodinâmica ou reduzir as doses de vasopressor.  
  
Para adultos com choque séptico e acidemia metabólica ( $\text{pH} \leq 7,2$ ) e lesão renal (escore AKIN 2 ou 3), **SUGERIMOS** usar bicarbonato de sódio.



## COMENTÁRIOS

Como podemos ver, diversas mudanças ocorreram, algumas bastante expressivas. Do ponto de vista da abordagem inicial, sugeriu-se a não utilização do qSOFA. Essa recomendação baseou-se em múltiplos estudos mostrando a baixa sensibilidade desse instrumento para triagem de pacientes com sepse. Entendemos como uma recomendação importante visto que diversas instituições ainda utilizam essa ferramenta e isso pode levar a falha na detecção de casos graves.

Em relação a ressuscitação inicial e otimização hemodinâmica, uma modificação importante no tocante a infusão de 30 mL/Kg de cristaloides em pacientes com sinais de hipoperfusão foi a redução da força da recomendação de forte para fraca. Reconheceu-se assim a falta de estudos de boa qualidade que amparem o uso de quantidade fixa de volume. Embora entenda-se que a maior parte dos pacientes provavelmente beneficia-se da infusão de volume, a individualização dessa intervenção é desejável.

Importante modificação foi a sugestão do tempo de enchimento capilar (TEC) como estratégia adicional para avaliação de perfusão. Essa recomendação baseou-se no estudo Andromeda<sup>5</sup>, conduzido na América Latina, cujos resultados apontam para equivalência entre o uso do TEC e do lactato como metas terapêuticas. Também se sugeriu o uso preferencial de soluções balanceadas, em contraponto a recomendação anterior onde não havia clara definição de superioridade em relação a soluções salinas.

A noradrenalina continua como medicação de primeira linha, mas uma detalhada revisão da literatura permitiu estabelecer de forma mais apropriada os níveis de evidência para cada um dos demais vasopressores. Uma nova sugestão importante foi a utilização combinada de vasopressina ao invés de incrementos na dose de noradrenalina. Há evidências de potenciais benefícios com essa prática, embora a dose de noradrenalina na qual a associação deve ser iniciada não esteja ainda clara. O uso de noradrenalina em veia periférica pode contribuir para o seu início mais precoce, hoje considerado fundamental dentro da abordagem otimizada ao paciente em choque.

É importante analisar criticamente as novas recomendações sobre terapia antimicrobiana. **A antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro dentro da primeira hora permanece como recomendação forte para pacientes com choque ou sepse provável. Entretanto, naqueles pacientes onde a sepse é considerada apenas possível, sugere-se uma rápida investigação de causas infecciosas e não infecciosas para o choque, desde que essa investigação não ultrapasse 3 horas. Vale ressaltar que em locais onde essa avaliação rápida não for possível, a terapia não deve ser postergada, o que é a realidade em muitos cenários brasileiros.**

O documento traz uma posição bastante rigorosa na necessidade de reavaliação contínua da terapia, com ênfase em retirada de antimicrobianos em pacientes onde a causa infecciosa foi descartada e descalonamento e redução do tempo de terapia sempre que possível. Também ficaram mais claras as recomendações para uso de antimicrobianos visando cobertura de estafilococos resistentes a oxacilina e fungos somente em pacientes com fatores de risco. Essas recomendações vêm ao encontro da atual preocupação com o uso racional de antimicrobianos e com o aumento progressivo de resistência bacteriana.

Com relação a terapias adjuvantes, fica clara a ausência de evidências para uso de vitamina C. Importante frisar que, posteriormente a publicação das diretrizes, um novo estudo apontou para eventual malefício<sup>6</sup>. Já em relação a ventilação mecânica, uma modificação da recomendação anterior alerta para a não utilização de manobras incrementais de titulação de PEEP. Essa recomendação baseia-se num estudo brasileiro que mostrou aumento do risco de eventos adversos com essa manobra<sup>7</sup>.

Houve também uma modificação importante na recomendação em relação ao uso de bloqueadores neuromusculares (BNM), mostrando mais uma vez como a contínua busca por evidência é importante. Embora um estudo anterior houvesse apontado para benefício com o uso contínuo de BNM, novas evidências mostraram benefício no uso intermitente<sup>8</sup>. De forma semelhante, vemos uma modificação importante no tocante ao uso de corticosteroi-

des. Na versão anterior, a recomendação era não utilizar, exceto em casos de choque séptico refratário. Nessa recomendação com base em novas evidências, recomenda-se o uso em todos os pacientes com choque séptico persistente. Da mesma forma, em todas as versões anteriores das diretrizes havia a recomendação de não se utilizar bicarbonato. Entretanto, um novo estudo mostrou que no subgrupo de pacientes com lesão renal aguda pode haver melhora de desfechos<sup>9</sup>.

**Em suma, nessa versão temos várias recomendações novas ou modificadas, baseadas em novos estudos da literatura, que em muito auxiliam a prática assistencial adequada baseada em evidências sem engessar a autonomia do profissional de saúde e sim trazendo a ele atualizações que permitem decisões clínicas adequadas.**

Instituto  
Latino Americano de  
Apolo:   
**Sepse**

**Referências Bibliográficas:** 1. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, Colombara DV, Ikuta KS, Kissoun N, Finfer S et al: Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2020, 395(10219):200-211. | 2. WHO Resolution A70/13 - Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis [[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_r7-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_r7-en.pdf?ua=1)] | 3. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, Machado FR, McIntyre L, Ostermann M, Prescott HC et al: Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med* 2021, 47(11):1181-1247. | 4. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, Machado FR, McIntyre L, Ostermann M, Prescott HC et al: Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Crit Care Med* 2021, 49(11):e1063-e1143. | 5. Hernandez G, Ospina-Tascón GA, Damiani LP, Estensoro E, Dubin A, Hurtado J, Friedman G, Castro R, Alegria L, Teboul JL et al: Effect of a Resuscitation Strategy Targeting Peripheral Perfusion Status vs Serum Lactate Levels on 28-Day Mortality Among Patients With Septic Shock: The ANDROMEDA-SHOCK Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2019, 321(7):654-664. | 6. Lamontagne F, Masse MH, Menard J, Sprague S, Pinto R, Heyland DK, Cook DJ, Battista MC, Day AG, Guyatt GH et al: Intravenous Vitamin C in Adults with Sepsis in the Intensive Care Unit. *N Engl J Med* 2022, 386(25):2387-2396. | 7. Cavalcanti AB, Suzumura É A, Laranjeira LN, Paisani DM, Damiani LP, Guimarães HP, Romano ER, Regenga MM, Taniguchi LNT, Teixeira C et al: Effect of Lung Recruitment and Titrated Positive End-Expiratory Pressure (PEEP) vs Low PEEP on Mortality in Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome: A Randomized Clinical Trial. *Jama* 2017, 318(14):1335-1345. | 8. National Heart L, Blood Institute PCTN, Moss M, Huang DT, Brower RG, Ferguson ND, Ginde AA, Gong MN, Grissom CK, Gundel S et al: Early Neuromuscular Blockade in the Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med* 2019, 380(21):1997-2008. | 9. Jaber S, Paugam C, Futier E, Lefrant JY, Lasocki S, Lescoat T, Pottecher J, Demoule A, Ferrandiere M, Asehounne K et al: Sodium bicarbonate therapy for patients with severe metabolic acidemia in the intensive care unit (BICAR-ICU): a multicentre, open-label, randomised controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2018, 392(10141):31-40.

# MEROMAX<sup>®</sup> 2g

meropeném tri-hidratado

ÚNICO NO MERCADO<sup>1</sup>

Terapia antimicrobiana otimizada na sepse.<sup>1-3</sup>

**Meropeném:** recomendado para tratamento da sepse pelos principais guidelines<sup>1</sup>

**Meropeném de 2g:** recomendado pelo ILAS como uma opção de terapia antimicrobiana otimizada.<sup>1</sup>

## BOLSA

- Isento PVC.<sup>4</sup>
- Elastômero: latex free.<sup>4</sup>

M.S. 1.0043.1047

## PLUGA IV

- Conector para diluição de medicamentos.<sup>4</sup>

M.S. 8.0164.7990.04

### Linha Hospitalar

Disponível com código bidimensional DataMatrix nas embalagens primárias.

M.S. 1.0043.1008



**Referências bibliográficas:** 1. Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS). Guia Prático de Terapia Antimicrobiana na Sepse - Edição especial - Dia Mundial de Sepse (Internete). 2020. Disponível em: <[https://ilas.org.br/bases/arquivos/placa/Guia\\_ATM\\_pos.pdf](https://ilas.org.br/bases/arquivos/placa/Guia_ATM_pos.pdf)>. Acesso em: 01/03/2021. 2. DELATTRE UK; HITES, M.; LATREFF, P-F; DUGERMEY, T.; SPIDEN, H.; WALLUMAD, P.E. et al. What is the optimal loading dose of broad-spectrum  $\beta$ -lactam antibiotics in sepsis patients? Results from pharmacokinetic simulation modeling. *Int J Antimicrob Agents*. 2020 Oct; 56(4):106113. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.106113>>. Acesso em: 01/03/2021. 3. LEHTVAINEN, T.; MONTAKANTIL, P.; TANGSUVATTI, V.; SANGUAMIT, P.; SUEJAN, J.; ALPRAWANTON, S. et al. Clinical outcomes of empirical high-dose meropenem in critically ill patients with sepsis and septic shock: a randomized controlled trial. *J Intensive Care* [Internet]. 2020 Apr; 8:26. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32318268/>>. Acesso em: 01/03/2021. 4. Ficha técnica do produto. 5. Disponível em: <[https://ilas.org.br/bases/arquivos/placa/Guia\\_ATM\\_pos.pdf](https://ilas.org.br/bases/arquivos/placa/Guia_ATM_pos.pdf)>. Acesso em: 01 agosto 2022 às 9:57.

**MEROMAX (meropeném tri-hidratado):** indicações: infecções graves por bactérias multiresistentes sendo inicialmente mais potente contra *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa*. **Contraindicações:** hipersensibilidade aos componentes ou outros antibióticos, gravidez, < 18 anos. **Reações adversas:** irradiação local no local de injeção, epurtena, estomatite, alterações gastrointestinais, febre, dor de cabeça, náusea, vômito, candidíase vaginal, monilíase oral, elevação de ALT e AST, fadiga, alcalose, desidratação hídrica, bilirrubinas, creatinina e ureia, trombofobia, exantema, leucopenia, neutropenia, alteração do tempo de protrombina e trombolisina parcial ativada, anemia. **Precauções:** supercrescimento de microrganismos não sensíveis, diarreia associada ao medicamento, gravidez e lactação, peso < 50kg, toxicidade hepática ou renal. **Interações medicamentosas:** probenecida, ácido valérico, vacina contra tétano tóide. **Farmacologia:** farmacocinética em 100ml de solução fisiológica. Infusão contínua (iv), a cada 8 horas. M.S.: 1.0043.1008. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. USO RESTRITO A HOSPÍTAL. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.** Poleta destinada exclusivamente aos profissionais habilitados a prescrever medicamentos. [at@eurofarma.com.br](mailto:at@eurofarma.com.br).

**CONTRAINDICAÇÃO: HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES OU OUTROS ANTIBIÓTICOS.**

**INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: PROBENECIDA.**

**FISIOLÓGICO (SOLUÇÃO DE CLORETO DE SÓDIO 0,9%)** - Solução injetável 9 mg/ml. - USO INTRAVENOSO E INDIVIDUALIZADO - USO ADULTO E PEDIÁTRICO. **INDICAÇÕES:** restabelecimento do fluido e eletrólitos; repositor de água e eletrólitos em caso de desidratação do grau moderado, em cámbria de sódio e como diluente para medicamentos. **CONTRAINDICAÇÕES:** hiponatremia; retenção hídrica e hipervolemia. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** cautela em pacientes hipertensos, com IC e pré-eclâmpsia; insuficiência renal grave; edema pulmonar e distensão do tórax inferior; nos tratamentos prolongados ou sempre que a condição do paciente demonstrar necessidade, realizar avaliações clínicas e determinações laboratoriais periódicas; uso de condutores ou medicamentos que possam causar retenção de sódio; categoria de risco C na gravidez; em idosos pode ser necessário reduzir volume e a velocidade de infusão, especialmente em pacientes com insuficiência cardíaca e renal. **Atenção:** não usar embalagens primárias em conexões em sepsis. **Não procedimento pode causar embolia gástrica devido ao ser residual aspirado da primeira embalagem antes que a administração de fluido da segunda embalagem seja completada. NÃO PERFURAR A EMBALAGEM, POIS HA COMROMETIMENTO DA ESTERILIDADE DO PRODUTO E RISCO DE CONTAMINAÇÃO. REAÇÕES ADVERSAS:** resposta febril; infecção no ponto de injeção; trombose venosa; febre; náuseas; vômito; diarreia; calicis glomerulares; redução da lactotactina; taquicardia; hipertensão; tábica renal; edema pulmonar; em pacientes com infusão inadequada de água a hipervolemia pode causar sintomas respiratórios como edema pulmonar; embolia ou pneumonia. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Anfotericina B; Avaliar a compatibilidade dos outros medicamentos que serão diluídos ou dissolvidos na solução de cloreto de sódio 0,9%. **POSOLÓGIA:** uso intravenoso e individualizado. A dose deve ser determinada por um médico e é dependente da idade, do peso, das condições clínicas do paciente, do medicamento diluído em solução e das determinações em laboratório. M.S.: 1.0043.1047. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Uso restrito a hospital. Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Poleta destinada exclusivamente aos profissionais habilitados a prescrever medicamentos. [at@eurofarma.com.br](mailto:at@eurofarma.com.br).

**CONTRAINDICAÇÕES: HIPERNATREMIA; RETENÇÃO HÍDRICA E HIPERCLORÊMIA.**

**INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: ANFOTERICINA B.**

546622 - HO MEROMAX ILAS 2022

Impresso em agosto 2022

[www.eurofarma.com.br](http://www.eurofarma.com.br)

**(AME)**  
Associação Médica Europeia  
0800 701-2263  
[www.eurofarma.com.br](http://www.eurofarma.com.br)  
at@eurofarma.com.br

**eurofarma**  
sua vida move a nossa