



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REALIZADO NO ÂMBITO DO MESTRADO INTEGRADO
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Farmácia Peninsular

Sofia Isabel Fernandes Coelho

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia Peninsular

Janeiro de 2020 a Março de 2020

Junho de 2020 a Outubro de 2020

Sofia Isabel Fernandes Coelho

Orientador : Dra. Ana Loureiro

Tutor FFUP: Prof. Dra. Manuela Morato

Novembro de 2020

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro que o presente relatório é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, 21 de novembro de 2020

Sofia Isabel Fernandes Coelho

AGRADECIMENTOS

No culminar desta grande aventura que se revelou o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, não poderia deixar de demonstrar a minha gratidão a todos os que dela fizeram parte.

À Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto e nela representados todos os docentes e não docentes que fizeram parte do meu percurso académico, contribuindo para a minha formação enquanto futura Farmacêutica. Em especial, à Professora Doutora Manuela Morato, por toda a sua disponibilidade e acompanhamento ao longo desta última etapa.

A todos os membros da equipa da Farmácia Peninsular que, desde início, demonstraram paciência, sensibilidade e disponibilidade perante todas as minhas dúvidas e incertezas. Um agradecimento especial à Dra. Ana Loureiro, pela incansável vontade de me transmitir o verdadeiro sentido de responsabilidade e profissionalismo.

Às Sirigaitas, a Tuna Feminina da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, por terem sido refúgio, por me terem permitido ser eu, por terem marcado estes cinco anos e por me terem marcado.

Aos que me acompanharam desde o início, e aos que encontrei pelo caminho, por terem feito do Porto casa e por terem dado sentido aos últimos cinco anos.

Aos meus da *terrinha*, por acreditarem em mim e por, sem saberem, estarem sempre comigo!

Aos pais e ao mano, por serem chão, paredes e teto de abrigo. Faltarão para sempre palavras de gratidão por tudo o que sempre fizeram por mim e para mim; por me terem permitido este sonho (e tantos outros); e por fazerem de mim o que hoje sou e o que serei.

RESUMO

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) finda com um semestre de estágio profissionalizante, que surge como um marco importante na consolidação de todos os conhecimentos adquiridos e experiências vivenciadas ao longo dos últimos cinco anos. É nesta etapa final que se sobrepõe, ainda mais, o sentido de responsabilidade pelo bem-estar de cada um, o que constitui, no fundo, o principal objetivo de um futuro profissional de saúde.

O presente relatório diz respeito ao meu percurso desenvolvido neste último semestre, em farmácia comunitária, relatando todas as aprendizagens, desafios e projetos concretizados. Constitui-se por duas partes, sendo que na primeira são abordados os aspetos relacionados com a prática farmacêutica e as diversas valências da farmácia comunitária, nomeadamente a gestão da farmácia, a dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos e serviços de saúde prestados. A segunda parte foca-se nas temáticas que desenvolvi ao longo do período de estágio. O primeiro projeto corresponde ao tema da proteção solar, surgindo com os principais objetivos de sensibilizar os utentes e, simultaneamente, auxiliar no momento da escolha do fotoprotetor mais adequado, diminuindo as problemáticas decorrentes do uso incorreto destes produtos. O segundo projeto debruça-se sobre os cuidados no bebé, perante os típicos problemas que podem surgir nos primeiros anos de vida, num esforço de consciencializar os cuidadores dos principais sintomas associados e dos procedimentos a adotar. A terceira temática aborda a imunidade e, à semelhança dos anteriores, foi desenvolvido a nível das redes sociais, com o principal objetivo de informar acerca do papel dos principais constituintes presentes nos suplementos alimentares destinados ao reforço do sistema imunitário. O último projeto aborda os produtos farmacêuticos que devem constituir um *kit de inverno* e foi concretizado através de um folheto informativo. Estes projetos, para além de terem contribuído para um aprofundamento dos meus conhecimentos, permitiram introduzir uma dinâmica na Farmácia Peninsular numa área de relativa importância na sociedade atual – as redes sociais.

A meu ver, o estágio profissionalizante, apesar de constituir a reta final do MICF, representa o início de um longo percurso de novas experiências e competências, que permitirão uma formação contínua, tanto a nível técnico como a nível pessoal, enquanto agente promotor de saúde pública, enquanto Farmacêutico.

ÍNDICE

Índice de tabelas.....	5
Índice de anexos.....	6
Lista de abreviaturas.....	7
Introdução	8
PARTE I – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA FARMÁCIA PENINSULAR	9
1. A farmácia peninsular	9
1.1. Apresentação, localização e horário de funcionamento	9
1.2. Perfil dos utentes	9
1.3. Recursos humanos.....	9
1.4. Instalações.....	10
1.4.1. Espaço exterior.....	10
1.4.2. Espaço interior	10
2. Gestão da farmácia	11
2.1. Sistema informático	11
2.2. Gestão de <i>stocks</i>	12
2.3. Realização de encomendas	12
2.4. Receção de encomendas.....	12
2.5. Armazenamento dos produtos	13
2.6. Irregularidades e devoluções	14
3. Dispensa de produtos na farmácia.....	14
3.1. Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica	15
3.1.1. A prescrição médica	15
3.1.2. Dispensa de medicamentos psicotrópicos e estupefacientes.....	16
3.1.3. Dispensa de medicamentos manipulados.....	17
3.1.4. Regimes de comparticipação	17
3.1.5. Conferência de receituário e faturação	18
3.2. Dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica	18
3.3. Dispensa de outros produtos.....	19
3.3.1. Produtos cosméticos e de higiene corporal	19
3.3.2. Medicamentos e produtos de uso veterinário	20
3.3.3. Artigos de puericultura.....	20
3.3.4. Suplementos alimentares	20
4. Outros serviços prestados na farmácia.....	21
5. Formação contínua	21
6. Situações específicas ocorridas durante o atendimento.....	23
PARTE II – PROJETOS DESENVOLVIDOS NA FARMÁCIA PENINSULAR	24
PROJETO I – PROTEÇÃO SOLAR	24
1. Enquadramento teórico	24

1.1.	Radiação solar.....	24
1.2.	Filtros solares	24
1.3.	Cuidados na exposição solar	25
1.4.	Suplementos alimentares com interesse na fotoproteção	25
1.5.	Fototipos de pele	26
1.6.	Fotoproteção.....	26
1.6.1.	Fotoproteção de rosto	26
1.6.2.	Fotoproteção de corpo	27
1.7.	Cuidados pós-solares.....	28
1.8.	Sinais de alerta de lesões cutâneas.....	28
2.	Desenvolvimento do projeto	28
2.1.	Motivação e objetivos do projeto.....	28
2.2.	Descrição do projeto.....	29
2.3.	Resultados e discussão.....	29
2.4.	Conclusão.....	30
	PROJETO II – CUIDADOS NO BEBÉ.....	30
1.	Enquadramento teórico	30
1.1.	Crosta láctea.....	30
1.2.	Dermatite de contacto irritativa.....	31
1.2.1.	Dermatite da fralda	31
1.2.2.	Dermatite perioral	32
1.3.	Pele atópica.....	32
1.4.	Cólicas	33
1.5.	Primeiros dentes.....	33
2.	Desenvolvimento do projeto	34
2.1.	Motivação e objetivos do projeto.....	34
2.2.	Descrição do projeto.....	34
2.3.	Resultados e discussão.....	34
2.4.	Conclusão.....	34
	PROJETO III – IMUNIDADE	35
1.	Enquadramento teórico	35
1.1.	Sistema imunitário	35
1.2.	Geleia real	35
1.3.	Própolis.....	36
1.4.	Mel de manuka	36
1.5.	Pólen.....	37
1.6.	Equinácea.....	37
1.7.	Acerola.....	38
1.8.	Vitamina c	38
1.9.	Zinco	39

1.10. Selénio.....	40
2. Desenvolvimento do projeto	41
2.1. Motivação e objetivos do projeto	41
2.2. Descrição do projeto.....	42
2.3. Resultados e discussão.....	42
2.4. Conclusão.....	42
PROJETO IV – KIT DE INVERNO.....	42
1. Enquadramento teórico	42
1.1. Sintomas típicos de gripe e constipação	42
1.1.1. Febre	43
1.1.2. Dor.....	43
1.1.3. Rinorreia e congestão nasal.....	43
1.1.4. Tosse	44
1.1.5. Dor de garganta.....	44
1.2. Cieiro e frieiras.....	44
2. Desenvolvimento do projeto	45
2.1. Motivação e objetivos do projeto	45
2.2. Descrição do projeto.....	45
2.3. Resultados e discussão.....	45
2.4. Conclusão.....	45
Conclusão	46
Bibliografia.....	47
Anexos.....	53

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Cronograma das atividades desenvolvidas durante o estágio profissionalizante.....	8
TABELA 2 – Formações frequentadas durante o estágio profissionalizante	22
TABELA 3 - Classificação dos fototipos de pele de Fitzpatrick	26
TABELA 4 - Valores de Ingestão Diária Recomendada (IDR), em mg/dia, para a vitamina C	39
TABELA 5 - Conteúdo em vitamina C, em mg/100 mg, de determinados alimentos	39
TABELA 6 - Valores de Ingestão Diária Recomendada (IDR), em mg/dia, para o zinco	40
TABELA 7 - Conteúdo em zinco, em mg/100 mg, de determinados alimentos	40
TABELA 8 - Valores de Ingestão Diária Recomendada (IDR), em µg/dia, para o selênio	41
TABELA 9 - Conteúdo em selênio, em µg/porção, de determinados alimentos.....	41

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 - Material divulgado nas redes sociais no âmbito do Projeto I – Proteção solar.....	53
ANEXO 2 - Mitos e verdades sobre a proteção solar.....	62
ANEXO 3 - Representação gráfica do alcance do material divulgado no âmbito do Projeto I.....	64
ANEXO 4 - Material divulgado nas redes sociais no âmbito do Projeto II – Cuidados no bebé.....	65
ANEXO 5 - Representação gráfica do alcance do material divulgado no âmbito do Projeto II.....	74
ANEXO 6 - Material divulgado nas redes sociais no âmbito do Projeto III – Imunidade.....	75
ANEXO 7 - Representação gráfica do alcance do material divulgado no âmbito do Projeto III.....	88
ANEXO 8 - Folheto informativo <i>Kit de Inverno</i>	89

LISTA DE ABREVIATURAS

AIM – Autorização de Introdução no Mercado

CNP – Código Nacional de Produto

DCI – Denominação Comum Internacional

DGS – Direção-Geral da Saúde

FP – Farmácia Peninsular

FPS – Fator de Proteção Solar

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

IVA – Imposto de Valor Acrescentado

MEP – Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

MNSRM-EF - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia

MSRM – Medicamento Sujeito a Receita Médica

PV – Prazo de Validade

PVF – Preço de Venda à Farmácia

PVP – Preço de Venda ao Público

SI – Sistema Imunitário

INTRODUÇÃO

A Farmácia Comunitária sempre se assumiu como a face mais visível da profissão farmacêutica, mais do que um local, representa uma fonte de confiança, disponibilidade e competência profissional para a sociedade. Atualmente, assume-se como o principal setor de empregabilidade dos estudantes que concluem o MICF, pelo que é fundamental um ciclo de estudos que contemple um estágio curricular em Farmácia Comunitária.

O meu estágio profissionalizante realizou-se, exclusivamente, na Farmácia Peninsular, em Matosinhos, sob orientação da Dr^a. Ana Loureiro. A situação pandémica vivida, devido à COVID-19, forçou a uma interrupção, pelo que o meu período de estágio passou a compreender-se entre os dias 13 de janeiro e 7 de março e entre os dias 1 de junho e 23 de outubro.

Ao longo do período de estágio foi possível envolver-me em diversas atividades, nas mais variadas vertentes da Farmácia Peninsular, permitindo-me assim desenvolver competências e consolidar conhecimentos. O cronograma destas mesmas atividades encontra-se descrito na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Cronograma das atividades desenvolvidas durante o estágio profissionalizante

ATIVIDADE	PERÍODO
Gestão de encomendas	13 de janeiro a 7 de março / 1 de junho a 23 de outubro
Armazenamento e gestão de stocks	13 de janeiro a 7 de março / 1 de junho a 23 de outubro
Gestão dos prazos de validade	27 de janeiro a 7 de março / 1 de junho a 23 de outubro
Organização de receituário e faturação	1 de fevereiro a 7 de março
Determinação de parâmetros físicos e bioquímicos	13 de janeiro a 7 de março / 1 de junho a 23 de outubro
Atendimento ao balcão	25 de fevereiro a 7 de março / 1 de junho a 23 de outubro
Formações internas	13 de janeiro a 7 de março / 14 de junho a 25 de setembro
Formações externas	13 de janeiro a 7 de março
Projeto I – Proteção solar	17 de junho a 16 de agosto
Projeto II – Cuidados no bebé	22 de agosto a 1 de outubro
Projeto III – Imunidade	6 a 21 de outubro
Projeto IV – Kit de inverno	19 a 22 de outubro

PARTE I – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA FARMÁCIA PENINSULAR

1. A FARMÁCIA PENINSULAR

1.1. APRESENTAÇÃO, LOCALIZAÇÃO E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

A Farmácia Peninsular (FP) integra um grupo de Farmácias, do mesmo proprietário, pertencendo à empresa TRIAGEM VITAL, S.A. Situada no número 685 da Avenida da República, em Matosinhos, conta com uma localização central e privilegiada que, aliada a muitos outros fatores, justifica a grande afluência por parte da população local.

A FP encontra-se aberta ao público de segunda a sábado, entre as 9h00 e as 20h00, e encerra aos domingos e feriados, conforme a legislação em vigor.¹ Conjuntamente com outras farmácias do município, a FP assume-se como Farmácia de Serviço, periodicamente, encontrando-se aberta durante 24 horas.

Durante o meu período de estágio cumpri o horário das 10h00 às 18h00, numa fase inicial, e posteriormente das 09h30 às 17h30, de segunda a sexta, com pausa para almoço de uma hora, pelo que cumpri sete horas diárias, fazendo um total de 35 horas semanais.

1.2. PERFIL DOS UTENTES

A FP conta diariamente com utentes de variados contextos socioeconómicos e faixas etárias, sendo que a maioria utiliza medicação crónica e, por isso, já se encontram fidelizados à farmácia. Em grande parte devido à sua localização, a FP lida, frequentemente, com utentes esporádicos, que habitam ou trabalham nas imediações e também com turistas

A meu ver, esta diversidade constituiu uma grande vantagem, uma vez que me permitiu lidar com várias situações distintas durante o estágio. Inicialmente, as maiores dificuldades com que me deparei foram as de reconhecer os utentes habituais, que naturalmente estão acostumados a um atendimento mais personalizado, e saber como atuar de imediato perante situações atípicas. No entanto, tais problemáticas foram-se desvanecendo ao longo do tempo de estágio, à medida que me ia familiarizando com os utentes.

1.3. RECURSOS HUMANOS

A direção técnica da FP é da responsabilidade da Dra. Ana Loureiro que integra o quadro farmacêutico juntamente com a Dra. Luísa Brás, a Dra. Rosário Pereira e a Dra. Ana Costa. Do quadro não farmacêutico fazem parte quatro Técnicos de Farmácia – Ivo Moreira, Tiffany Cardoso, Rafaela Rodrigues e, como responsável do *backoffice*, Sofia Costa.

Esta é a equipa de trabalho que, diariamente, contribui para a fidelização de inúmeros utentes, através da prestação de um serviço de qualidade e excelência. Cada um destes profissionais está encarregue por diferentes tarefas que se complementam e contribuem para uma otimização dos serviços prestados e um bom funcionamento da FP. Foi neste sentido que, ao longo do estágio, fui acompanhando de perto cada um deles e realizando estas mesmas tarefas em conjunto. Este acompanhamento permitiu-me conhecer um pouco acerca dos diversos aspetos relacionados com a gestão de uma farmácia, para além de ter constituído uma importante aprendizagem no âmbito do

atendimento. Acima de tudo, sempre mostraram empenho por me transmitir todo o conhecimento possível e abertura para o esclarecimento de qualquer dúvida.

1.4. INSTALAÇÕES

O espaço físico da FP, tanto interior como exterior, cumpre o descrito na legislação em vigor ² e disposto no Manual de Boas Práticas de Farmácia Comunitária ³.

1.4.1. ESPAÇO EXTERIOR

Como previsto pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, a FP encontra-se devidamente identificada pela “cruz verde”, além de divulgar, de forma visível, informações relativas à direção técnica, ao horário de funcionamento, às escalas de turnos das farmácias do município, aos serviços prestados e respetivos preços e à existência de livro de reclamações.²

Para além disso, dispõe de um lugar de estacionamento situado, precisamente, em frente à farmácia, facilitando o acesso aos utentes que se deslocam em veículo próprio.

1.4.2. ESPAÇO INTERIOR

As diversas áreas funcionais da FP concentram-se num único piso, bastante moderno e com muita luminosidade, conferindo um ambiente profissional e agradável.

Na **entrada** encontra-se um dispensador de senhas, que facilita a organização da ordem de atendimento, principalmente para utentes prioritários, e um equipamento de monitorização de peso, altura e IMC para usufruto dos utentes.

Imediatamente a seguir, a **área de exposição geral** conta com dois lineares principais dedicados à exposição dos produtos de puericultura e dermocosmética, uma vez que representam uma grande parte das vendas da FP. Para além destes, existem ainda três gôndolas ao centro que se destinam à higiene oral e à exposição de produtos sazonais ou sujeitos a campanhas promocionais em vigor.

A **área de atendimento ao público** dispõe de seis balcões, sendo que cinco deles estão dispostos em linha. Atrás destes balcões estão expostos, de forma visível e não acessível ao público, Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), que vão sendo substituídos conforme a sazonalidade. O sexto balcão encontra-se destacado estrategicamente perto da entrada, de modo a facilitar, principalmente, o contacto do colaborador com algum utente que procure informações relativas a produtos expostos.

Existem **três gabinetes de serviço**, um dos quais se destina à medição dos parâmetros físicos e bioquímicos, à administração de injetáveis e furação de orelhas e ao atendimento farmacêutico personalizado. No segundo gabinete realizam-se as reuniões com os delegados comerciais, as formações internas e os aconselhamentos de nutrição. O terceiro destina-se à realização dos aconselhamentos de podologia, do serviço de depilação a *laser* e de outros serviços pontuais.

No **backoffice** procede-se à gestão das encomendas e ao armazenamento de produtos. Este é o local onde se encontra também o contentor VALORMED®, para recolha de embalagens vazias e medicamentos fora de prazo ou fora de uso, e os contentores para recolha de radiografias, no âmbito da Campanha de Reciclagem de Radiografias da Assistência Médica Internacional (AMI).

A FP dispõe ainda de um **laboratório**, que é utilizado, quase exclusivamente, para a preparação de fórmulas líquidas orais, nomeadamente antibióticos; um **escritório**, onde se encontra toda a bibliografia exigida por lei ², disponível para consulta de todos os colaboradores; um **armazém**, que se destina ao armazenamento de expositores, material de divulgação e outros materiais; uma **copa** e **instalações sanitárias** disponíveis para os colaboradores e utentes.

2. GESTÃO DA FARMÁCIA

2.1. SISTEMA INFORMÁTICO

O programa informático em vigor na FP é o Sifarma®, um sistema reconhecido pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED), ao qual cada colaborador tem acesso através de um código individual. O Sifarma® constitui uma ferramenta de gestão que possibilita o registo das vendas e respetiva faturação, o controlo do movimento de produtos, de prazos de validade (PV) e de *stocks*, a organização do receituário, entre outras funcionalidades.

No âmbito do atendimento tornou-se uma ferramenta de suporte imprescindível, principalmente para consulta de informação técnico-científica relativa a cada medicamento, como a sua composição, posologia e doses, indicações terapêuticas, efeitos indesejáveis e interações medicamentosas. Apesar do Sifarma® constituir também uma ótima ferramenta de apoio no acompanhamento e aconselhamento farmacoterapêutico, através da criação e monitorização das fichas dos utentes, esta foi uma funcionalidade pouco explorada ao longo do estágio, algo transversal a toda a equipa técnica.

A nível do *backoffice* consegui adaptar-me facilmente ao Sifarma®, no entanto, deparei-me com certas dificuldades na fase inicial do atendimento, no qual considerei o sistema pouco intuitivo. Ainda assim, foi uma dificuldade que consegui contornar rapidamente através da prática.

Não obstante, numa fase posterior, foi introduzido o novo Módulo de Atendimento do Sifarma® na FP, que se tornou assim a principal ferramenta de suporte ao atendimento no restante período de estágio. A meu ver, comparativamente ao sistema anteriormente utilizado, este novo módulo mostrou-se mais simples e mais interativo, apesar de ter constituído um desafio para toda a equipa técnica numa fase inicial de adaptação. Para além disso, não se fazia acompanhar de todas as funcionalidades disponíveis na versão anterior, pelo que foi necessário complementar o novo módulo com o antigo. Inicialmente, tal dinâmica demonstrou-se desafiante, mas facilmente consegui contornar através da prática.

A FP dispõe de um cartão de fidelização próprio, regulado por um programa informático distinto, que permite acumular uma certa percentagem do valor de cada compra efetuada que pode, posteriormente, ser descontado em produtos de Imposto de Valor Acrescentado (IVA) a 23%. Entre outras funcionalidades, sob consentimento assinado, este programa regista e organiza todos os produtos adquiridos pelo utente em categorias – MSRM, MNSRM, entre outras. Esta função auxiliou, principalmente, na seleção da medicação nos casos em que o utente não era capaz de identificar o nome ou o fabricante habitual, o que permitiu melhorar a eficácia e qualidade do atendimento.

2.2. GESTÃO DE STOCKS

O sucesso de uma farmácia depende, em grande parte, de uma boa gestão de *stocks*, de forma a manter uma boa rentabilidade financeira e, simultaneamente, satisfazer todas as necessidades dos utentes. Assim, torna-se imperativo garantir um *stock* mínimo que atenda a todos os pedidos e, também, um *stock* máximo, evitando excessos que poderão envolver prejuízos a nível económico. Portanto, toda esta gestão deve atender não só às exigências dos utentes, mas também a outras aspetos como a sazonalidade e as campanhas publicitárias.

O Sifarma® assume, uma vez mais, um papel facilitador nesta gestão, permitindo estudar os padrões de vendas de cada produto e definir os respetivos limites de *stock*. Para além disso, fornece informação em tempo real do *stock* existente de determinado produto, essencial no momento de atendimento. No entanto, é importante realizar uma contagem física de *stocks* periodicamente, após análise e verificação de erros, de forma a proceder à sua correção. Ao longo do período de estágio foi-me atribuída, várias vezes, a tarefa de realizar contagem física de determinados produtos, o que se revelou um processo simples.

2.3. REALIZAÇÃO DE ENCOMENDAS

A FP colabora com diversos fornecedores, sendo que os distribuidores preferenciais a que recorre são a *OCP Portugal* e a *Coopprofar* e, apenas em alguns casos, a *Alliance Healthcare* e a *Magium Farma*. A escolha é feita, sobretudo, em função da rentabilidade, tendo em conta fatores como o Preço de Venda à Farmácia (PVF) e os descontos aplicados.

Diariamente são efetuadas duas encomendas através do Sifarma®, atendendo aos produtos em falta e aos limites de *stock* previamente estabelecidos para cada produto. Durante o período de estágio consegui acompanhar de perto a realização destas mesmas encomendas, tendo-me sido dada a oportunidade de realizar algumas delas, sob supervisão do responsável, assim como o pedido de produtos esgotados e rateados.

Podem também ser efetuados pedidos diretamente aos distribuidores através dos respetivos *gadgets* – plataformas digitais – ou via telefónica, caso falte algum produto não contemplado nas encomendas diárias. Estes *gadgets* revelaram-se uma importante ferramenta de apoio no atendimento, principalmente, nos casos de reservas de produtos, uma vez que forneciam de imediato informação acerca da disponibilidade do produto e a hora de entrega prevista.

Para além destas, são também efetuadas encomendas diretas a determinados laboratórios farmacêuticos, geralmente para a aquisição de grandes quantidades de produtos mediante condições especiais. Nestes casos, as encomendas são feitas em reunião entre a DT e o respetivo delegado comercial.

Relativamente aos medicamentos manipulados, apesar de a FP não produzir, os poucos pedidos que surgem são solicitados a uma farmácia parceira que, depois de preparado, encaminha para a FP.

2.4. RECEÇÃO DE ENCOMENDAS

Todas as encomendas chegam à FP devidamente acondicionadas em contentores ou caixas de cartão, incluindo os produtos que necessitam de condições especiais de conservação, sendo estes transportados em contentores térmicos diferenciados dos restantes.

Juntamente com cada encomenda encontra-se a respetiva nota de encomenda e fatura - original e duplicado - ou, caso ainda não tenha sido faturada, uma guia de remessa. Estes documentos indicam o fornecedor, o destinatário, os produtos encomendados e respetivo Código Nacional de Produto (CNP), as quantidades encomendadas e efetivamente enviadas, o PVF, o Preço de Venda ao Público (PVP), o IVA e os descontos comerciais quando aplicados. No caso dos Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos (MEP), para além da fatura, estes fazem-se acompanhar pela respetiva folha de requisição.

As encomendas são rececionadas no sistema informático, através da leitura ótica do código de barras de cada produto. Para os produtos novos é necessário criar a ficha de produto, indicando o fornecedor preferencial, o *stock* mínimo e máximo e a entrada de etiqueta. Para além disso, é necessário confirmar o PVF, o PVP, a margem de lucro e o PV, que deve ser atualizado caso seja inferior ao prazo previamente registado no sistema ou caso o *stock* do respetivo produto seja nulo.

No final de todo este processo, o valor total deve coincidir com o valor faturado, caso contrário comunica-se a falha ao fornecedor, que deve regularizar a situação através do envio dos produtos em falta ou da emissão de uma nota de crédito destes mesmos.

Terminada a receção, a lista de produtos em falta é transferida para nova encomenda e comunicada ao INFARMED e são impressas as etiquetas contendo o PVP para os MNSRM e para outros produtos que necessitem.

Durante o estágio estive sempre envolvida nesta logística em volta da receção de encomendas, principalmente nas primeiras seis semanas em que intervi, quase exclusivamente, a nível do *backoffice*. Este período foi fulcral no meu processo de adaptação à gestão e à dinâmica da FP, assim como no conhecimento da maioria dos produtos lá comercializados, constituindo uma base importante para a etapa seguinte – o atendimento.

2.5. ARMAZENAMENTO DOS PRODUTOS

Para o bom funcionamento de qualquer farmácia é imprescindível uma boa organização de todos os produtos e, neste aspeto, a FP torna-se exemplar pelo método lógico e prático que adota. Desta forma, é possível rentabilizar o tempo de procura dos produtos durante o atendimento e prevenir possíveis prejuízos por baixa rotatividade ou por expiração dos PV.

No *backoffice* existe uma área composta por gavetas deslizantes, onde os produtos se encontram organizados conforme as seguintes categorias: comprimidos e cápsulas – subdivididos em medicamentos de marca e medicamentos genéricos; cremes e pomadas; Medicamentos e Produtos de Uso Veterinário (MPUV); pílulas; ampolas; injetáveis; medicamentos oftálmicos; material para determinações bioquímicas; MEP, em gaveta não identificada; supositórios, enemas e óvulos; soluções, suspensões e sistemas transdérmicos. Todos os excedentes são colocados nas gavetas superiores e em prateleiras existentes na mesma área. Dentro de cada uma destas categorias, os medicamentos estão dispostos por ordem alfabética do nome comercial ou por ordem da Denominação Comum Internacional (DCI) e do respetivo laboratório de fabrico, no caso dos genéricos, e por ordem crescente de dosagem. Além disso, a organização tem em conta o método *First In First Out*, ou seja, os produtos com PV inferior são os primeiros a serem dispensados.

Os medicamentos que necessitam de ser conservados a temperaturas reduzidas, como as insulinas e algumas vacinas, hormonas e colírios, encontram-se igualmente organizados no frigorífico.

O armazenamento dos produtos fez parte de todo o meu período de estágio na FP. Inicialmente, revelou-se uma tarefa desafiante, tendo até cometido alguns erros, porém, à medida que me familiarizava com a organização dos produtos, fui-me tornando cada vez mais autónoma nesta função.

Em todas as áreas, incluindo o frigorífico, é necessário garantir as condições adequadas de temperatura e humidade, de forma a manter a integridade, segurança e qualidade de todos os produtos. Para tal, recorre-se a termohigrómetros que medem ambos os parâmetros e cujos valores são recolhidos e monitorizados periodicamente por um membro responsável da equipa técnica. Durante o estágio, foi possível acompanhar de perto esta monitorização, o que me permitiu constatar que a utilização destes aparelhos e do respetivo *software* simplificam todo o processo.

Além disso, todos os meses é feita uma verificação dos produtos cujos PV se aproximam do limite. Assim, aqueles que estejam prestes a caducar (em 3 meses) são retirados para serem devolvidos e, simultaneamente, corrigem-se possíveis erros, atualizando os PV no sistema informático. Esta tarefa, que sempre se demonstrou relativamente simples, fez parte de todo o meu período de estágio. Não obstante, os PV de determinados produtos de dermocosmética não se encontram explícitos, seguindo diferentes regras (por exemplo, tendo em conta o lote), o que representou a principal dificuldade de todo este processo.

2.6. IRREGULARIDADES E DEVOLUÇÕES

A devolução de qualquer medicamento ou produto é feita através do Sifarma®, por indicação da quantidade a ser devolvida, do preço de compra, do número interno da fatura de origem e do motivo de devolução – expiração do PV, embalagem danificada, erro no pedido, desistência de reserva, entre outras razões justificáveis. Por outro lado, também podem ser emitidas circulares de suspensão de comercialização, pelo INFARMED, ou de recolha voluntária, pelo detentor da Autorização de Introdução no Mercado (AIM), que implicam a devolução destes produtos.

Posteriormente, o sistema informático emite uma Nota de Devolução em triplicado, que deve ser carimbada e assinada. O original e o duplicado seguem para o distribuidor e o triplicado fica arquivado na farmácia para posterior regularização.

Perante a aprovação da devolução, a regularização pode ser feita através do envio de uma nota de crédito ou de produtos em troca. Contudo, caso a devolução seja rejeitada, o produto regressa à farmácia para ser depositado no contentor da VALORMED e procede-se à quebra de *stock* do mesmo.

Durante o meu estágio acompanhei várias vezes este procedimento, tendo-me sido delegada a elaboração de algumas destas devoluções, principalmente devido a expiração do PV e a embalagem danificada. Neste processo, a meu ver, o Sifarma® é bastante simples e intuitivo, pelo que realizei com facilidade esta tarefa.

3. DISPENSA DE PRODUTOS NA FARMÁCIA

O papel do Farmacêutico comunitário, como já é sabido, vai muito além da dispensa de produtos, porém, a verdade é que a sua atividade central é aquilo que o diferencia dos restantes profissionais de

saúde é, precisamente, a sua competência em farmacoterapia. Apesar de ser o momento que todos anseiam, sempre encarei o atendimento ao público com algum receio, como sendo o momento em que a margem para falha é muito estreita, ou até mesmo nula. Ainda assim, assumi o balcão com toda a responsabilidade e com a consciência de que todas as situações, por mais desafiantes que fossem, me fariam crescer enquanto futura Farmacêutica.

3.1. DISPENSA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

De acordo com o Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, os MSRM são todos os que representam, direta ou indiretamente, um risco para a saúde do doente, quando utilizados para outros fins que não os pretendidos ou sem vigilância médica; que contêm substâncias ou preparações à base dessas substâncias cuja atividade ou reações adversas sejam indispensáveis aprofundar; que sejam administrados por via parentérica.⁴

Estes medicamentos, naturalmente, só podem ser dispensados mediante prescrição médica válida, motivo que originou algumas situações desafiantes ao longo do estágio. Alguns utentes solicitavam MSRM sem prescrição médica, pelo que era da minha responsabilidade explicar a situação e procurar uma solução para contornar o problema em conjunto com o utente.

Para além disso, em alguns casos, procurei alertar para o uso racional dos medicamentos, focando em aspetos como a posologia, precauções e possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas. Neste aspeto, o sistema informático auxiliou uma vez mais, principalmente quando existia alguma interação entre os produtos dispensados, algo que por vezes era complicado de identificar, lançando de imediato um alerta e permitindo atuar junto do utente.

3.1.1. A PRESCRIÇÃO MÉDICA

Receita médica define-se como sendo o *documento através do qual são prescritos, por um médico ou, nos casos previstos em legislação especial, por um médico dentista ou por um odontologista, um ou mais medicamentos determinados*.⁴

A prescrição é feita obrigatoriamente por indicação da DCI da substância ativa, seguida da dosagem, forma farmacêutica, apresentação e tamanho da embalagem e posologia. Contudo, há casos excecionais definidos por lei em que é possível prescrever um medicamento pelo nome comercial, sendo: medicamentos com margem ou índice terapêutico estreito; suspeita, previamente reportada ao INFARMED, de intolerância ou reação adversa a um medicamento contendo a mesma substância ativa; medicamentos destinados a assegurar continuidade de tratamento com duração estimada superior a 28 dias.⁴

Embora o objetivo principal seja a sua total desmaterialização, atualmente, existem três tipos de prescrição: receita manual, receita eletrónica em papel ou materializada e receita eletrónica sem papel ou desmaterializada.⁵

A **prescrição manual** é utilizada apenas em situações excecionais, sendo que o prescritor deve sempre indicar o motivo como sendo: falência informática, inadaptação do prescritor, prescrição no domicílio ou prescrição máxima de 40 receitas médicas por mês. Em cada receita podem ser prescritos até 4 medicamentos diferentes, no máximo de duas embalagens por cada um, num total de 4 embalagens por receita. Este tipo de prescrição tem uma validade de 30 dias a partir da data de

emissão – de preenchimento obrigatório –, deve constar sempre da assinatura do médico prescriptor, e respetiva vinheta, e não pode conter rasuras ou caligrafias distintas.⁵

A prescrição eletrónica é acessível e interpretável na farmácia através da Base de Dados Nacional de Prescrições (BDNP), tornando o processo de dispensa mais prático e seguro.

A **prescrição eletrónica materializada** apresenta a mesma validade e o mesmo número limite de medicamentos e embalagens possíveis de prescrever do que a receita manual. No entanto, no caso de receitas contendo medicamentos destinados a tratamentos de longa duração, estas podem ser renováveis até 3 vias, devidamente identificadas, com uma validade de 6 meses.⁵

Desde 2016, a **prescrição eletrónica desmaterializada** passou a ser de carácter obrigatório.⁶ Esta prescrição caracteriza-se pelo número da receita, código de dispensa e código de direito de opção, e pode ser impressa em papel ou enviada para o dispositivo móvel do utente. Neste caso já é permitida a prescrição de um número ilimitado de medicamentos distintos, tendo um máximo de duas embalagens para medicamentos destinados a tratamentos de curta ou média duração e seis embalagens para tratamentos de longa duração, com uma validade de 60 dias e 6 meses, respetivamente.⁵

Ao longo do estágio, foi possível contactar ainda com algumas receitas manuais, cujo processo de dispensa constituiu uma das minhas principais dificuldades, por toda a logística que envolve e por todos os pormenores aos quais é necessário atender para garantir que a prescrição é válida. Embora não me tenha deparado com muitos erros, a verdade é que ainda surgem lapsos no preenchimento deste tipo de receitas, daí a atenção redobrada de que necessitam. As receitas eletrónicas desmaterializadas representaram a maioria das prescrições com que lidei e, indubitavelmente, a sua dispensa torna-se mais prática e intuitiva para o Farmacêutico, reduzindo as probabilidades de ocorrência de erros. Contudo, uma vez que é possível o levantamento gradual da medicação, esta gestão das quantidades e respetivas datas de validade, por vezes, torna-se complicada para o utente. Foi neste sentido que surgiram algumas situações de receitas fora de validade ou sem embalagens por aviar, porém, facilmente explicadas e contornadas. Para além disso, a menção do custo máximo de cada medicamento na receita, também suscitava alguma confusão e até uma certa desconfiança por parte de alguns utentes, que acabava por desvanecer após explicação do seu significado. Dado que grande parte do meu período de estágio coincidiu com a pandemia pela COVID-19, a apresentação de receitas eletrónicas desmaterializadas através do dispositivo móvel revelaram-se uma constante diária. Esta forma de apresentação constituiu uma mais-valia perante a situação vivida, não só pela diminuição da afluência aos centros de saúde, como também pela rapidez de obtenção de uma prescrição médica, principalmente, para medicação crónica. Não obstante, por vezes representava um obstáculo para os utentes, nomeadamente, pela dificuldade para consultar o seu conteúdo, pela acumulação de receitas dispensadas ou fora de validade no dispositivo móvel ou até pela eliminação accidental da prescrição. Os primeiros casos sempre se revelaram de fácil resolução, no entanto, perante a última situação a única solução passava por requerer o reenvio da prescrição médica, o que, naturalmente, se tornava um entrave para os utentes.

3.1.2. DISPENSA DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS E ESTUPEFACIENTES

Os medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas estão sujeitos a um controlo rigoroso, pela possível dependência física e psíquica que podem causar.

Independentemente do tipo de prescrição, durante a dispensa destes medicamentos é necessário preencher um formulário gerado automaticamente pelo Sifarma®, com o nome do médico prescritor, a identificação do utente usuário da medicação e a identificação do utente adquirente, recorrendo ao cartão de cidadão ou bilhete de identidade. No final da dispensa, é gerado um talão comprovativo que deverá ser devidamente arquivado na farmácia durante três anos. Posteriormente, até dia oito do mês a seguir à dispensa, terá de ser enviada ao INFARMED a listagem das receitas aviadas, juntamente com as cópias das receitas manuais.⁵

Ao longo do estágio foi possível proceder, por diversas vezes, à dispensa deste tipo de medicamentos, o que se demonstrou um processo relativamente acessível, principalmente devido ao apoio prestado pelo sistema informático.

3.1.3. DISPENSA DE MEDICAMENTOS MANIPULADOS

O medicamento manipulado define-se como *qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico*.⁷

A FP não dispõe do serviço de preparação de medicamentos manipulados, pelo que durante o estágio, naturalmente, não contactei com esta vertente da farmácia comunitária. Todavia, quando surgem prescrições de medicamentos manipulados, estas são reencaminhadas para uma farmácia parceira que, após preparação, entrega o produto na FP para proceder à sua dispensa.

3.1.4. REGIMES DE COMPARTICIPAÇÃO

O atual sistema de comparticipação assenta na premissa de que todos os cidadãos têm direito à sua medicação e às necessidades básicas de saúde, prevendo a possibilidade de comparticipação de determinados medicamentos através de um regime geral ou de um regime especial.

No âmbito do regime geral de comparticipação, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) estabelece uma percentagem do PVP dos medicamentos que será suportada pelo Estado, constituindo-se quatro escalões: A - 90% do PVP comparticipado, B - 69% do PVP comparticipado, C - 37% do PVP comparticipado e D - 15% do PVP comparticipado, consoante a classificação farmacoterapêutica.⁵

O regime especial contempla dois tipos de comparticipação representados pelas letras R – pensionistas - ou O – patologias ou grupos especiais de utentes. Os pensionistas beneficiam de um acréscimo da comparticipação em 5% no escalão A e 15% nos escalões B, C e D. Excecionalmente, a comparticipação pode ser de 95% para todos os escalões, caso o utente opte por um medicamento cujo PVP seja igual ou inferior ao quinto preço mais baixo do respetivo grupo homogéneo. Para os medicamentos destinados ao tratamento de determinadas patologias ou a grupos especiais de utentes, a comparticipação é definida por despacho, sendo diferentemente graduada em função das entidades que os prescrevem ou dispensam. Não obstante, o prescritor deve indicar explicitamente na receita o diploma correspondente, de forma a assegurar o seu cumprimento. Um dos regimes especiais mais comuns trata-se da comparticipação de produtos destinados ao autocontrolo da *Diabetes Mellitus*, que corresponde a 85% do PVP para as tiras-teste e a 100% para as agulhas, seringas e lancetas.⁵

Encontram-se ainda disponíveis outros sistemas de comparticipação, criados por entidades privadas, como o SAMS® - Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Norte – a Multicare® e a EDP-Sávida®, cuja comparticipação pode atingir, na sua maioria, os 100%.

Ao longo do período de atendimento, foi possível contactar com os mais diversos regimes de comparticipação e assim constatar que, indubitavelmente, representam uma mais-valia para a maioria dos utentes. Principalmente no que concerne à polimedicação e à medicação crónica, muitos utentes demonstravam o quão complicado em termos monetários se revelava a aquisição dos medicamentos e outros produtos de saúde, pelo que acredito que a adesão à terapêutica seria bastante inferior perante a falta destes regimes de comparticipação.

3.1.5. CONFERÊNCIA DE RECEITUÁRIO E FATURAÇÃO

Todos os meses é necessário realizar o processamento do receituário e faturação, de modo a que a farmácia seja reembolsada pelas comparticipações dos medicamentos dispensados através de receitas manuais e receitas eletrónicas materializadas.

Este processo inicia-se no momento da dispensa, através da impressão do “Documento de Faturação” no verso da receita, que contém informações acerca da farmácia e da direção técnica, número e lote da receita, data e número da venda, organismo de comparticipação e identificação dos medicamentos comparticipados (CNP, nome, dosagem, número de embalagens, PVP e valor participado). Este documento deve ser assinado pelo adquirente, como prova de que adquiriu os respetivos medicamentos e que exerceu o seu direito de opção, e o farmacêutico deve carimbar, rubricar e datar.

Mensalmente, estas mesmas receitas são organizadas consoante o organismo de comparticipação e agrupadas por lote – constituído por 30 receitas -, por ordem crescente do respetivo número de série. Em simultâneo, verifica-se novamente todos os parâmetros que garantem a conformidade de todas as receitas com os aspetos legais, caso contrário a receita será devolvida e o valor participado pelo SNS não será reembolsado à farmácia. Seguidamente, procede-se ao fecho de cada lote através do separador “Gestão de Lotes e Faturação” do Sifarma®, que emite automaticamente o verbete de identificação do lote, a relação-resumo dos lotes e a fatura mensal. Por fim, o receituário participado apenas pelo SNS é endereçado ao Centro de Conferência de Faturas (CCF) – até dia 5 de cada mês -, enquanto o receituário participado por outros organismos complementares é enviado à Associação Nacional das Farmácias (ANF) – até dia 10 de cada mês -, que reencaminha para os respetivos órgãos de comparticipação.

A realização das comparticipações, principalmente nas receitas manuais e receitas eletrónicas materializadas, representou um grande desafio ao longo do estágio, uma vez que implicava um conjunto de procedimentos indispensáveis a uma correta dispensa. Todavia, acabei por me acostumar com a prática, até se tornar um processo quase automático. Tive também a oportunidade de acompanhar e auxiliar todo o processo envolvente na gestão do receituário.

3.2. DISPENSA DE MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

Os MNSRM representam todos os medicamentos que não necessitam de apresentação de uma prescrição médica para serem adquiridos, tal como o nome indica, e cuja venda é permitida fora das farmácias, após implementação do Decreto-Lei n.º 238/2007, de 19 de junho.⁸ Os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF) incluem-se nesta classe e a sua dispensa deve ser feita em cumprimento com protocolos de dispensa.⁴

Inevitavelmente, surge aqui o conceito de automedicação, que estabelece *a utilização de MNSRM de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde.*⁹

Neste âmbito, é papel do Farmacêutico identificar, logo à partida, o problema em causa, avaliando a adequação do medicamento solicitado pelo utente, sugerindo um tratamento adequado ou reencaminhando para intervenção médica. Independentemente da situação, é indispensável a sensibilização para o uso racional dos medicamentos.

Pela experiência de atendimento adquirida durante o período de estágio, que acabou por compreender épocas distintas, constatei que a sazonalidade influenciava o tipo de situações que surgiam e, portanto, o tipo de MNSRM solicitados. Na fase inicial e final do estágio, que coincidiram com os meses mais frios, surgiam casos de constipações, rinite alérgica e sinusites, maioritariamente, além da solicitação de produtos para reforço do sistema imunitário. Nos meses mais quentes, a maior parte das situações correspondia a micoses, infeções vaginais, queimaduras solares, conjuntivites e otites. Além disso, eram-me solicitadas, recorrentemente, soluções para diarreia e obstipação, hemorroidas, secura ocular, dificuldade em adormecer, dificuldade de concentração, entre outros. Por toda a responsabilidade que um aconselhamento terapêutico implica, inicialmente consultava sempre algum membro da equipa técnica, que prontamente me auxiliava na escolha do tratamento mais adequado. No entanto, fui-me tornando cada vez mais autónoma, à medida que conhecia melhor os diversos MNSRM e MNSRM-EF, conjuntamente com todos os conhecimentos transmitidos pelas Farmacêuticas e pelos Técnicos da FP.

3.3. DISPENSA DE OUTROS PRODUTOS

As farmácias diferenciam-se, cada vez mais, pela diversidade de produtos que disponibilizam, de modo a satisfazer as variadas exigências dos seus utentes. A FP não é exceção, destacando-se positivamente como sendo uma farmácia onde facilmente se encontram produtos cosméticos e de higiene corporal, medicamentos e produtos veterinários, artigos de puericultura, medicamentos homeopáticos, produtos naturais, dispositivos médicos, suplementos alimentares e produtos de alimentação especial, entre outros. Assim sendo, abordarei os produtos com maior expressão na FP e, portanto, com os quais contactei mais frequentemente ao longo do estágio.

3.3.1. PRODUTOS COSMÉTICOS E DE HIGIENE CORPORAL

Um produto cosmético é definido como *qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, (...), com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais.*¹⁰

A comercialização deste tipo de produtos representa uma das principais apostas da FP, que disponibiliza um variadíssimo leque de marcas no âmbito da higiene corporal e íntima, hidratação de lábios, mãos e corpo, tratamento capilar, higiene oral (colutórios, pastas e escovas de dentes), além de todos os produtos destinados a problemas específicos de pele, como a acne, rosácea, pele atópica, manchas ou rugas.

Inicialmente, perante tamanha diversidade tornou-se desafiante direcionar o aconselhamento de produtos cosméticos e de higiene corporal para a escolha mais adaptada às necessidades dos utentes. No entanto, ao longo do período de estágio sinto que consegui progredir nesta área, na medida em que me foi possível adquirir novos conhecimentos através do contacto com os produtos e das formações das várias marcas, mas também devido ao estudo individual e aos ensinamentos transmitidos pela equipa técnica da FP.

3.3.2. MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE USO VETERINÁRIO

A legislação define um medicamento veterinário como *toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas*.¹¹

Neste âmbito, a FP procura responder às necessidades mais recorrentes, nomeadamente, anticoncecionais e desparasitantes de uso interno e externo.

Os medicamentos e produtos de uso veterinário não constituem um tema incluído no plano curricular do MICE, o que dificultou a sua dispensa numa fase inicial. Contudo, sinto que ao longo do período de estágio consegui aumentar o meu conhecimento nesta área, pelo menos no que concerne aos problemas mais frequentes, como é o caso da desparasitação.

3.3.3. ARTIGOS DE PUERICULTURA

Os produtos de puericultura destinam-se a promover o desenvolvimento dos bebés e crianças, constituindo uma área essencialmente procurada tanto numa fase pré-natal, como nos primeiros anos de vida. Assim sendo, respondendo a todas as necessidades características destas fases, a FP tem ao seu dispor inúmeros artigos, como biberões, chupetas, tetinas, brinquedos, artigos de higiene, fraldas, papas e leites, promovendo frequentemente campanhas promocionais nesta área.

Apesar da grande diversidade de produtos de puericultura, esta área demonstrou-se relativamente acessível de trabalhar ao longo do estágio, principalmente devido à informação já contida nas respetivas embalagens.

3.3.4. SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Os suplementos alimentares são *géneros alimentícios que se destinam a complementar e ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutritivas ou outras com efeito nutricional ou fisiológico* (...).¹²

É cada vez mais recorrente a procura de suplementação, quer por recomendação médica, quer por iniciativa própria, para situações como a perda de peso e de gordura corporal, o cansaço físico e intelectual, o reforço do sistema imunitário, entre outros. É neste sentido que a FP disponibiliza um vasto leque de suplementos alimentares, adaptados a diferentes faixas etárias e necessidades.

Durante o período de estágio deparei-me com pedidos de suplementação para os mais variados problemas. Não obstante, foi possível constatar que numa fase “pós-confinamento”, devido à pandemia

pela COVID-19, os principais pedidos recaíam sobre suplementos alimentares para a ansiedade e reforço do sistema imunitário.

4. OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS NA FARMÁCIA

A farmácia comunitária, além da dispensa de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, constitui-se de outros serviços de saúde disponíveis para os utentes, visando sempre o seu bem-estar.

Como tal, a FP dispõe de medição de **pressão arterial**, através de um medidor de braço automático e digital, representando o serviço mais solicitado. Sendo que a hipertensão constitui um dos maiores problemas de saúde a nível mundial, torna-se essencial a sensibilização por parte do Farmacêutico, quer na adesão à terapêutica, quer nas medidas não farmacológicas, como a adoção de uma alimentação saudável e a prática de exercício físico.

A **glicemia** constitui um parâmetro de elevada importância para quem apresenta diabetes mellitus. Na FP recorre-se a um dispositivo apropriado para a sua monitorização, após colheita de sangue capilar através de uma punção com lanceta, idealmente com o utente em jejum. Os valores devem ser interpretados consoante a condição do requerente, porém, é papel do Farmacêutico apelar sempre a uma alimentação moderada em hidratos de carbono simples e à prática de exercício físico.

A FP dispõe também do serviço de medição de **colesterol total** e de **triglicerídeos**, embora este último não seja solicitado com muita frequência. A sua monitorização é feita pelo mesmo método da glicemia, recorrendo a um aparelho distinto. Os níveis de colesterol total e de triglicerídeos influenciam profundamente o risco cardiovascular, pelo que se torna essencial adotar medidas não farmacológicas, como a evicção de gorduras saturadas e a ingestão de frutas e vegetais, aliadas às medidas farmacológicas quando aplicadas.

Durante todo o período de estágio tive a oportunidade de avaliar estes parâmetros em diversos utentes, pontuais e recorrentes. Procurei sempre explicar os valores obtidos e, quando fora do normal, conversar com o utente acerca das possíveis causas – na maioria dos casos relacionava-se com *stress*, não adesão à terapêutica e hábitos pouco saudáveis - e quais as medidas que poderia adotar para contrariar tais valores.

Para além dos serviços supramencionados, a FP dispõe de **administração de injetáveis, furação de orelhas e aconselhamentos de nutrição e de podologia**. Estas consultas realizam-se quinzenalmente e são coordenadas por especialistas da respetiva área, com quem a FP mantém parceria. O grau de satisfação dos utentes que usufruem destes serviços demonstra-se elevado, o que justifica também a elevada procura. Por último, a FP disponibiliza **testes serológicos à COVID-19**, um serviço introduzido pelo contexto de pandemia vivido e cuja procura foi aumentando ao longo do período de estágio.

5. FORMAÇÃO CONTÍNUA

O conhecimento do Farmacêutico é algo que deve estar em constante atualização, só assim é possível exercer um serviço de qualidade, respondendo a todas as necessidades dos utentes. Neste sentido, as marcas e os laboratórios de produção promovem diversas formações, tanto a nível interno como externo, que visam consolidar conhecimentos, apresentar novos produtos ou adaptações de produtos já existentes.

Relatório de Estágio Profissionalizante em Farmácia Comunitária – Farmácia Peninsular

Ao longo do período de estágio tive a oportunidade de marcar presença em diversas formações, descritas na **Tabela 2**, que, indubitavelmente, contribuíram para o aumento do meu conhecimento em diferentes áreas.

Tabela 2 – Formações frequentadas durante o estágio profissionalizante

TEMA	FORMADOR	DATA	DURAÇÃO
Soluções orais contra a tosse	Aboca®	15/01	20 minutos
Órteses para a mão	Epitact®	21/01	30 minutos
Cuidados da pele intolerante	Avène®	22/01	45 minutos
Novo emplastro Nurofen®	Nurofen®	04/02	1h30
Reforço do sistema imunitário	Advancis®	05/02	15 minutos
Gama Endocare®	Cantabria Labs®	05/02	20 minutos
Ampolas para cuidados de pele	Martiderm®	06/02	40 minutos
Produtos para muda da fralda	Isdin®	06/02	20 minutos
Estratégias de venda de medicamentos genéricos	Tecnigen®	07/02	15 minutos
BioActivo® Coenzima Q10	Pharma Nord®	11/02	10 minutos
Homeoptic® e grânulos homeopáticos	Boiron®	13/02	35 minutos
Gama Vitis®	Dentaid®	19/02	25 minutos
Diclodent® e Varimine®	Atral®	21/02	35 minutos
Gama Arkoreal®	Arkopharma®	24/02	40 minutos
MorEPA®, MorDHA® e Ansiwell®	Yfarma®	03/03	1 hora
Desparasitação interna e externa	Frontline®	05/03	50 minutos
Cuidados de pele	Cerave®	06/03	40 minutos
Gama Boí Thermal®	Martiderm®	15/06	20 minutos
Protetores solares	Isdin®	18/06	15 minutos

Protetores solares	Bioderma®	23/06	25 minutos
Gama Heliocare®	Cantrabia Labs	02/07	20 minutos
Cis-Control®, Arkorelax® e Arkoflex®	Arkopharma	07/07	1 hora

6. SITUAÇÕES ESPECÍFICAS OCORRIDAS DURANTE O ATENDIMENTO

A maioria dos atendimentos com que lidei revelaram-se desafiantes a diversos níveis, no entanto, todos eles representaram novas oportunidades de crescimento e de aprendizagem. Procurei sempre atender a todas as necessidades dos utentes e auxiliar nas suas principais dificuldades, pelo que destaco duas situações em que acredito ter sido útil:

Caso 1 – utente com cerca de 70 anos deslocou-se à FP com o intuito de aviar uma receita eletrónica desmaterializada rececionada no seu telemóvel. Apresentou-me o seu dispositivo eletrónico e informou-me de que se tratava da mensagem mais recente. No entanto, após consulta da prescrição através do SI, os medicamentos lá constados não correspondiam ao pedido do utente, pelo que acabou por revelar que continha imensas mensagens relativas a receitas eletrónicas e que não sabia do que se tratavam. Sugeri então que fizéssemos uma “limpeza” de tais mensagens, ao que o utente aderiu. Assim sendo, consultei todas as receitas contidas no telemóvel do utente, eliminando as que já haviam sido dispensadas e imprimindo o talão dos *produtos por dispensar* das restantes. Tal gestão permitiu ao utente ter uma melhor perceção dos medicamentos contidos nas receitas ainda por aviar e também dos medicamentos que necessitavam de pedido de receita médica.

Caso 2 – utente com cerca de 60 anos dirige-se à FP para proceder à medição da pressão arterial. Após obtenção de valores fora do normal, na ordem dos 160 mm/Hg para a pressão sistólica e dos 90 mm/Hg para a pressão diastólica, procurei conhecer melhor acerca do contexto do utente. Informou-me que já havia tomado medicação para o tratamento da hipertensão durante muitos anos, mas que recentemente havia descontinuado a sua toma, um vez que os seus valores se encontravam normalizados. Perante tal situação, informei o utente de que os seus valores normais se deveriam, naturalmente, à toma do medicamento e que o seu descontrolo poderia ser consequência da não adesão à terapêutica. Sugeri então que retomasse o tratamento prescrito pelo médico e que, caso não verificasse melhorias, deveria consultar o seu médico de modo a adaptar a terapêutica.

Caso 3 – utente com cerca de 50 anos contacta a FP partilhando que sofria de uma indisposição a nível gastrointestinal associada a diarreia e vómitos, há cerca de 3 dias, pensando tratar-se de uma gastroenterite. Informou que ainda não havia recorrido a nenhum medicamento e que, apesar de ter apresentado melhorias ao longo dos últimos dias, ainda tinha episódios de diarreia. Desta forma, o meu aconselhamento pautou principalmente por medidas não farmacológicas, nomeadamente o aumento da ingestão de água de modo a evitar a desidratação. Ainda assim, a utente sentia-se desconfortável com os episódios de diarreia e procurava uma solução rápida, pelo que lhe aconselhei um produto natural rico em taninos, o Lenodiar® Adulto, que tem ação antidiarreica, sem provocar obstipação e respeitando o equilíbrio da flora intestinal, juntamente com Bi-OralSuer® para reposição de eletrólitos.

PARTE II – PROJETOS DESENVOLVIDOS NA FARMÁCIA PENINSULAR

PROJETO I – PROTEÇÃO SOLAR

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. RADIAÇÃO SOLAR

Da radiação solar que atinge a superfície terrestre, 5% desta é a principal causadora de danos a nível da pele – a radiação ultravioleta (UV).¹³ Com um comprimento de onda compreendido entre 290 e 400 nm, é capaz de induzir a transição de eletrões para níveis superiores de energia, provocando alterações na estrutura química do ácido desoxirribonucleico (ADN), proteínas e lípidos.¹³ A radiação UVA penetra nas camadas mais profundas da pele, danificando o tecido conjuntivo e, consequentemente, provocando danos a longo prazo, como o envelhecimento precoce, o aparecimento de rugas e a perda de elasticidade da pele.¹⁴ A radiação UVB, com um comprimento de onda inferior, penetra apenas nas camadas superiores da pele, estimulando a síntese de melanina como resposta protetora ao dano provocado a nível celular, sendo assim a responsável pelas queimaduras solares.¹⁴

Os restantes 95%, com comprimentos de onda superiores à radiação UV, correspondem à radiação infravermelha (IV) e radiação visível, que durante muitos anos se consideraram como inofensivas para a pele. Não obstante, estudos recentes demonstraram que a radiação IV tem a capacidade de induzir as metaloproteinases de matriz (MMPs) e a expressão proteica, contribuindo para o envelhecimento cutâneo.¹⁵ Enquanto os danos provocados pela radiação visível devem-se, maioritariamente, à luz azul, que tem vindo a constituir um problema cada vez mais frequente, devido à exposição excessiva a fontes de luz azul artificiais - televisão, telemóveis, computadores, entre outros. Este tipo de radiação capaz de induzir a produção de espécies reativas de oxigénio e o processo de melanogénese, resultando em zonas de hiperpigmentação após múltiplas exposições.¹⁶

1.2. FILTROS SOLARES

A utilização de proteção solar é a forma mais eficaz de prevenir os efeitos nocivos provocados pela exposição à radiação UV, IV e visível. Entre todos os componentes de um fotoprotetor, destacam-se os filtros solares, químicos ou físicos, como sendo os responsáveis pela proteção conferida.

A estrutura dos filtros químicos, ou orgânicos, permite que estes atuem por absorção da radiação de maior energia. A molécula fica assim no seu estado excitado e, uma vez que retorna ao seu estado fundamental, liberta energia mais baixa, não nociva para a pele. O octocrileno e os salicilatos são exemplos de filtros químicos utilizados nos protetores solares.¹⁷

Os filtros físicos, ou minerais, atuam por reflexão da radiação, pelo que a sua eficácia dependerá de propriedades como o tamanho das partículas, respetivo índice de reflexão e a espessura do filme.¹⁷ O óxido de zinco e o dióxido de titânio são os principais filtros minerais utilizados e, uma vez que não penetram na pele, tornam-se mais adequados para indivíduos com pele delicada e sensível, face aos filtros orgânicos.¹⁸

1.3. CUIDADOS NA EXPOSIÇÃO SOLAR

Aliado à utilização de protetor solar, devem ser adotados cuidados básicos, que muitas vezes tendem a ser esquecidos ou até desvalorizados, mas que fazem toda a diferença. Um exemplo destes cuidados passa por evitar a exposição solar direta entre as 11h00 e as 17h00 - período que corresponde à incidência máxima dos raios UV - e a utilização de chapéu e óculos que confirmam proteção contra a radiação UVA e UVB, uma vez que se circula no exterior.¹⁹

A escolha do protetor solar e do respetivo fator de proteção solar (FPS) – indicador da proteção contra os raios UV – deve incidir sobre a idade e o tipo de pele.¹⁹ Efetivamente, um FPS de 50 aumenta em 50 vezes o tempo que um indivíduo pode estar exposto ao sol sem se queimar, quando aplicada uma camada uniforme de 2 mg/cm² de protetor solar.¹³ Na realidade, porém, os indivíduos aplicam uma espessura bastante inferior, atingindo apenas 20% a 50% do FPS indicado.²⁰ É neste sentido que a Direção-Geral da Saúde (DGS) recomenda a utilização de um FPS igual ou superior a 30, renovando a sua aplicação a cada duas horas.¹⁹ Mesmo no caso de protetores solares contendo a designação *resistente à água*, deve ser feita a sua renovação após o indivíduo molhar-se ou transpirar, porque, na verdade, a proteção só é garantida até um máximo de 40 minutos em contacto com a água.²⁰ Para além disso, é de realçar a importância da utilização de protetor solar tanto à sombra, uma vez que os raios UV têm capacidade de atravessar certos materiais (árvores, toldes ou chapéus de chuva)²¹, como em dias nublados, dado que 80% da radiação UV pode atravessar leves nuvens.²²

Por último, é crucial o aumento da ingestão de líquidos e a evicção de bebidas alcoólicas e com elevados teores de açúcar, a fim de contrariar a desidratação provocada pela exposição solar.¹⁹

A pele da criança é, naturalmente, mais frágil; é menos espessa, a transpiração é insuficiente para arrefecer o corpo e o sistema de pigmentação - mecanismo de fotoproteção natural da pele – encontra-se pouco desenvolvido. Assim sendo, é crucial prevenir, limitando a exposição solar de bebés e crianças e adotando um conjunto de cuidados adicionais.²³

Primeiramente, bebés com menos de 6 meses não devem ser expostos à radiação solar e deve ser evitada a exposição solar direta de crianças com menos de 3 anos. É recomendada a utilização de um protetor solar com FPS elevado (30 ou 50+, preferencialmente) e de vestuário largo, leve e opaco. Além disso, não se deve manter as crianças dentro de carros estacionados, especialmente em dias de temperaturas elevadas, e deve ser assegurada a sua hidratação pela ingestão de água ou sumos naturais, sem adição de açúcar.²⁴

1.4. SUPLEMENTOS ALIMENTARES COM INTERESSE NA FOTOPROTEÇÃO

Dos efeitos nocivos resultantes da exposição solar, citados anteriormente, destaca-se a formação de radicais livres e, conseqüente, dano a nível celular. Apesar do nosso organismo ter a capacidade de produzir antioxidantes – substâncias capazes de estabilizar os radicais livres – como a glutathione peroxidase, a catalase e a coenzima Q10, esta vai diminuindo com o envelhecimento. Assim, ao longo do tempo, torna-se necessário recorrer a antioxidantes exógenos através da alimentação ou de suplementação.²⁵

Como exemplos de antioxidantes exógenos existem as vitaminas A, C e E, que atuam na cadeia de peroxidação lipídica; o zinco, que inibe pró-oxidantes e estimula enzimas antioxidantes; e o selénio, necessário ao funcionamento de antioxidantes endógenos, como a glutathione peroxidase.²⁶ Os

carotenoides, como o β -caroteno, o licopeno e a luteína, já demonstraram possuírem atividade antioxidante, principalmente, devido à sua estrutura que lhes permite interagir com os radicais livres.²⁷ Para além destes, os polifenóis também atuam como antioxidantes exógenos, cujo mecanismo de ação depende da sua estrutura.²⁸

Tal como o nome indica, estes produtos são utilizados apenas como suplementos e, portanto, não devem substituir uma dieta variada e equilibrada, nem a utilização de protetor solar. Para uma máxima eficácia, a sua toma deve ser iniciada 15 dias antes da primeira exposição solar, prolongando durante o período de exposição e até 15 dias após o fim da máxima exposição.²⁹

1.5. FOTOTIPOS DE PELE

Nem todas as peles reagem da mesma forma à exposição solar, umas queimam com facilidade, outras bronzeiam rapidamente, dependendo, naturalmente, de fatores internos e de fatores externos. Surge assim, o conceito de fototipo de pele e o sistema de classificação de Thomas Fitzpatrick, que tem por base a reatividade da pele de um indivíduo à radiação solar (**Tabela 3**).³⁰

Tabela 3 – Classificação dos fototipos de pele de Fitzpatrick ³⁰

	QUEIMA	BRONZEIA
TIPO I	Sempre	Nunca
TIPO II	Sempre	Com dificuldade
TIPO III	Pouco	Moderada e gradualmente
TIPO IV	Pouco	Com facilidade
TIPO V	Raramente	Rapidamente
TIPO VI	Nunca	Profundamente

Naturalmente, esta classificação depara-se com muitas limitações, uma vez que tem em conta princípios subjetivos, como o autorreconhecimento do indivíduo quanto à tendência para sofrer uma queimadura solar ou bronzear.³⁰ Não obstante, constitui um método prático que qualquer pessoa pode utilizar para adotar os cuidados de proteção solar que melhor se adaptam ao seu tipo de pele.

1.6. FOTOPROTEÇÃO

Na escolha do protetor solar deve ter em conta, primeiramente, que a pele do rosto e a pele do restante corpo têm necessidades distintas. Embora o mercado disponibilize já alguns fotoprotetores adequados para ambas as partes, a grande maioria encontra-se direcionado para rosto ou para corpo.

1.6.1. FOTOPROTEÇÃO DE ROSTO

Na escolha do protetor solar de rosto é necessário ter em conta, além do fototipo de pele, outro fator crucial – o tipo de pele. Da forma mais básica e prática, podemos diferenciar quatro tipos de pele: normal, seca, oleosa e mista, que terão, naturalmente, necessidades distintas.³¹

A pele normal caracteriza-se por um estado de equilíbrio a nível da hidratação e da oleosidade, com poros finos, textura macia e lisa, sem imperfeições. É, portanto, uma pele que necessita apenas

de cuidados de manutenção, pelo que a escolha do fotoprotetor, neste caso, recai sobre as preferências do indivíduo, essencialmente.³¹

Uma pele seca traduz-se por um desequilíbrio da sua camada mais externa - o estrato córneo – constituída por ceramidas, ácidos gordos e colesterol, associado a uma baixa produção de sebo.^{31,32} Consequentemente, ocorre uma diminuição da sua capacidade de reter água e um aumento da sua suscetibilidade a fatores externos. Assim sendo, uma pele seca requer um protetor solar com uma textura nutritiva, à base de água ou óleo (creme ou leite), de forma a promover a reparação da barreira cutânea; e com propriedades calmantes, a fim de minimizar os efeitos das agressões externas.³²

Numa pele oleosa existe uma produção excessiva de sebo, que se deve tanto a fatores internos (genética, alterações hormonais) como a fatores externos (cosméticos). Caracteriza-se, assim, como uma pele mais grossa, com brilho e com poros visíveis, com tendência à formação de pontos brancos e negros.³¹ Neste caso, o fotoprotetor adequado deve fornecer um efeito matificante, preferencialmente com uma textura bastante ligeira (fluido, pó ou compacto) e deve ser não comedogénico, de modo a contrariar tanto o brilho como a formação dos pontos brancos e negros.

A pele mista caracteriza-se por uma zona T oleosa (testa, queixo e nariz) e por uma pele normal a seca no restante rosto.³¹ Perante duas necessidades opostas, a escolha recai, principalmente, sobre fotoprotetores não comedogénicos e sem óleo, com texturas leves e fluídas (*aqua*-fluido ou fluido), de forma a controlar a oleosidade da zona T.

Dentro destes quatro tipos de pele, podem ainda existir peles mais sensíveis que necessitam de um fotoprotetor com elevado FPS e que não cause irritação. Neste caso, torna-se mais adequado recorrer aos protetores solares contendo filtros minerais, como mencionado no ponto 1.1. da parte II.

1.6.2. FOTOPROTEÇÃO DE CORPO

Atualmente, o mercado oferece diversas formas de apresentação dos protetores solares de corpo, como creme ou loção, gel-creme, bruma, *stick*. No momento da escolha, para além das preferências individuais e do FPS, é necessário considerar o contexto em que o produto será utilizado.

Os cremes e as loções são as formas mais comuns e, embora bastante semelhantes, diferenciam-se pela viscosidade. As loções, com textura mais fina e menos viscosa e, portanto, mais fáceis de aplicar, tornam-se adequadas para áreas grandes. Considerados emulsões, a água constitui um dos principais componentes das loções e dos cremes, o que lhes confere propriedades hidratantes, ideal para uma pele seca. Para além disso, a sua estrutura e composição facilitam o controlo da viscosidade e, portanto, a formação de uma película uniforme.³³

Os protetores solares em óleo são, geralmente, utilizados como estimulantes do bronzado natural.³⁴ Alguns destes produtos podem ainda ser aplicados no cabelo, para além do rosto e corpo, a fim de o proteger da secura provocada pela exposição solar.³⁵

O gel-creme apresenta-se com uma textura com dupla função: hidrata como um creme e refresca com um gel.³⁶ Além de ser rapidamente absorvido³³, apresenta a vantagem de ser facilmente aplicado em áreas com pelo, como o couro cabeludo ou o peito, principalmente nos homens.³⁷

As brumas apresentam-se como *sprays* transparentes, maioritariamente à base de óleo, que possibilitam a aplicação em pele molhada. Este formato permite ao indivíduo alcançar zonas de mais difícil acesso, ainda assim com necessidade de espalhar na pele para obter uma cobertura uniforme.³³

Os *sticks* são adequados para zonas mais expostas ao sol – lábios e nariz - e que necessitem de um reforço constante da proteção solar – cicatrizes e zonas mais secas. Assumem, assim, a função de impedir a desidratação e as queimaduras solares nestas zonas mais sensíveis.³³

1.7. CUIDADOS PÓS-SOLARES

Para além da prevenção – os cuidados básicos aliados à utilização de protetor solar – é possível reverter alguns dos danos provocados pela exposição à radiação solar. É neste sentido que surgem os pós-solares, popularmente conhecidos como *after-sun*.

Estes produtos possuem propriedades calmantes, refrescantes e hidratantes, que permitem repor os níveis de água da pele danificada pela radiação, potenciando o processo de regeneração celular. Desta forma, é possível evitar a descamação da pele, prolongando o bronzeado natural.³⁸

1.8. SINAIS DE ALERTA DE LESÕES CUTÂNEAS

Atualmente, o cancro mais comum a nível global é o cancro da pele e a excessiva exposição à radiação solar é apontada como a principal causa. Este tipo de cancro possui uma taxa de recuperação elevada quando detetado precocemente, daí a necessidade da consciencialização pública relativamente aos sinais e sintomas.³⁹

As lesões podem surgir em qualquer parte do corpo, mesmo que não esteja exposta ao sol. Assim, de forma a reconhecer um cancro de pele no seu estágio inicial, é possível recorrer a uma regra simples e prática, intitulada de *ABCDE*:⁴⁰

- **Assimetria:** dividindo mentalmente o sinal ambos os lados são diferentes
- **Bordos irregulares:** os bordos do sinal são irregulares
- **Cor:** a cor do sinal não é uniforme
- **Diâmetro:** sinal com diâmetro igual ou superior a 6 mm
- **Evolução:** ocorreram alterações no aspeto do sinal (tamanho, forma ou cor)

Ainda assim, é possível associar outros sinais de alerta, como uma ferida que não cicatriza, vermelhidão, inchaço, comichão, sensibilidade, dor ou mudança na superfície de um sinal.⁴⁰

2. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

2.1. MOTIVAÇÃO E OBJETIVOS DO PROJETO

Estudos demonstraram que dois em cada três portugueses têm carência de vitamina D.⁴¹ Estes dados, conjuntamente com as notícias que davam conta da possibilidade desta vitamina auxiliar no combate à COVID 19,⁴² despertaram uma série de dúvidas na população portuguesa, principalmente quanto à forma de contrariar esta tendência. Sendo a luz solar uma das principais fontes de vitamina D, comecei a constatar que alguns utentes negavam a utilização de um FPS elevado ou até mesmo de qualquer tipo de protetor solar, dado que acreditavam que só assim seria possível obter vitamina D.

Para além disso, atualmente, o mercado da fotoproteção disponibiliza uma variedade imensa de produtos, que diferem na formulação, no tipo de filtros e em tantas outras características que os tornam cada vez mais adaptados às exigências de cada um. Todavia, durante o período de estágio, foi possível constatar que tal diversidade constituía também um obstáculo ao consumidor no momento da escolha.

Perante esta duas problemáticas, o projeto surgiu com o objetivo de sensibilizar e educar o utente para os malefícios da exposição solar excessiva e os respetivos cuidados a adotar, assim como auxiliar na escolha do fotoprotetor mais adequado a cada um, principalmente numa fase em que a exposição à radiação solar tende a ser maior – o verão.

2.2. DESCRIÇÃO DO PROJETO

Numa época em que as redes sociais assumem cada vez mais importância, não só devido à situação pandémica em que nos encontramos que impossibilitou a partilha de panfletos e outros materiais, mas também pela grande adesão das gerações atuais, adotei a estratégia de desenvolver este projeto a nível da plataforma *Instagram*, na página da FP. Assim sendo, desenvolvi um conjunto de 10 publicações - em formato de imagem (**Anexo 1**) -, onde procurei reunir informação útil e prática para o consumidor, juntamente com sugestões de produtos disponíveis na FP. A divulgação coincidiu com a época de maior procura de protetores solares, sendo que organizei as publicações pelos seguintes temas: radiação solar, filtros solares, cuidados na exposição solar, fotoproteção na criança, suplementação solar, fototipos de pele, fotoproteção de rosto, fotoproteção de corpo, pós-solares e sinais de alerta. As datas de divulgação de cada publicação foram geridas pelas responsáveis pelas redes sociais da FP, tendo em conta o restante material a ser divulgado.

Simultaneamente, desenvolvi uma dinâmica com o público através de sondagens relativas a mitos e verdades acerca da proteção solar. Neste caso, a estratégia passou por divulgar uma frase, verdadeira ou falsa (**Anexo 2**), e dar a oportunidade ao público de escolher a opção *Mito* ou *Verdade* e, posteriormente, divulgar os resultados juntamente com a informação correta.

De realçar que, para o desenvolvimento deste projeto, toda a informação retirada da literatura foi complementada com o vasto conhecimento dos colaboradores da FP, para que fosse possível transmitir dados práticos, corretos e claros.

2.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando o alcance de cada uma das publicações, ou seja, o número de indivíduos que as visualizaram, foi possível constatar que o material divulgado atingiu entre 100 (*Fotoproteção de rosto*) e 131 (*Fototipos de pele*) indivíduos (**Anexo 3**). No entanto, tal facto não coincide com o número de *likes*, que variou entre quatro a seis em cada publicação, o que demonstra que este fator nem sempre é representativo do público que a informação divulgada consegue atingir.

Relativamente à dinâmica *Mitos e Verdades*, para as frases *Só é necessário aplicar protetor solar no verão* e *A utilização do protetor solar reduz o envelhecimento precoce*, 100% das respostas foram acertadas. Tal resultado pode dever-se, em grande parte, às publicações divulgadas anteriormente, que continham informação, precisamente, acerca destes dois pontos. Na frase *Não é necessário aplicar protetor solar em dias nublados*, 88% dos indivíduos acertaram, o que coincide com o foco que é dado, cada vez mais, a esta temática. *A proteção conferida pelo protetor solar não depende da quantidade aplicada* obteve apenas 38% de respostas certas, contra 62% de respostas erradas. A meu ver este resultado relaciona-se com a reduzida informação divulgada acerca deste assunto, principalmente a nível dos rótulos dos protetores solares que não contêm informação acerca da quantidade adequada a aplicar. Relativamente à frase *Se não me molhar não necessito de reaplicar o protetor solar*, a

percentagem de respostas erradas foi de 48%, contra 52% de respostas certas, o que demonstra uma certa incerteza no que concerne a este tópico. Embora muitos indivíduos já reconheçam a importância de reaplicar o protetor solar para sua máxima eficácia, ainda existe a ideia errada de que, uma vez aplicado, o produto mantém-se na pele por tempo indeterminado. Por fim, a frase *O uso de protetor solar impede a absorção de Vitamina D* obteve um total de 60% de respostas erradas, o que coincide, de certa forma, com o *feedback* obtido por parte dos utentes, anteriormente à divulgação deste projeto.

Segundo as estatísticas da página da FP na plataforma *Instagram*, o seu principal público situa-se na faixa etária entre os 25 e os 34 anos. Tal facto demonstra que, embora as redes sociais tenham bastante expressão na sociedade atual, apresentam ainda a grande desvantagem de não atingirem todo o público-alvo típico de uma farmácia.

À medida que fui desenvolvendo este projeto confrontei-me com certas dificuldades, principalmente na recolha de informação acerca das características que diferenciam as diversas formulações de fotoprotetores, e que permitem direcioná-las para necessidades ou situações específicas

2.4. CONCLUSÃO

Creio que este projeto introduziu uma nova dinâmica na FP numa área ainda pouco explorada, mas que assume um certo papel relevante na atualidade. Acima de tudo, contribuiu para a minha formação e para a melhoria do atendimento prestado neste âmbito.

PROJETO II – CUIDADOS NO BEBÉ

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os primeiros meses/anos de vida podem constituir um verdadeiro desafio para os pais a diversos níveis. No entanto, existem situações típicas desta faixa etária que quando surgem podem ser facilmente controladas, reduzindo as possíveis complicações inerentes, como a crosta láctea, dermatites de contacto irritativas, pele atópica, cólicas e o aparecimento dos primeiros dentes.

1.1. CROSTA LÁCTEA

A crosta láctea define-se como um tipo de dermatite seborreica muito comum, principalmente, nos primeiros três meses de vida. Surge em áreas cuja atividade das glândulas sebáceas é maior, como o couro cabeludo, podendo prolongar-se para as sobrancelhas, o nariz, o queixo e na zona atrás das orelhas, originando placas eritematosas com escamas amarelas e de aparência oleosa. Além disso, é considerada uma condição benigna e praticamente autolimitada, independentemente da zona.⁴³

Embora a etiologia da crosta láctea permaneça desconhecida, existem vários fatores apontados como possíveis causadores desta patologia.⁴³ A atividade das glândulas sebáceas – produtoras de sebo - é regulada a nível hormonal. Naturalmente, quando ocorre uma estimulação destas glândulas o sebo acumula-se e os corneócitos – células mortas resultantes da renovação celular – aderem, formando placas. Assim sendo, uma das hipóteses baseia-se na influência das hormonas maternas, ainda em circulação na corrente sanguínea do recém-nascido, na atividade das glândulas sebáceas.^{43,44} Outro fator envolvente na formação da crosta láctea é a *Malassezia* – espécie de fungo

encontrado naturalmente na superfície da pele –, cuja proliferação depende de determinados ácidos gordos constituintes do sebo.⁴³

A prevenção e o tratamento da crosta láctea tornam-se complicados, uma vez que a etiologia não se encontra completamente esclarecida. Ainda assim, é possível adotar um conjunto de cuidados, de forma a minimizar a sua aparência. Diariamente, deve ser feita uma limpeza com um champô suave e calmante, massajando ligeiramente a pele, juntamente com um emoliente, como óleo mineral ou outro óleo para bebé. Caso estas medidas não sejam suficientes, poderá recorrer-se a um antifúngico ou corticosteroide tópico.⁴³ Relativamente à remoção das placas ainda não existe um consenso, uma vez que certos especialistas defendem a sua remoção através de escovas apropriadas, enquanto outros sugerem que estas se libertem naturalmente.

1.2. DERMATITE DE CONTACTO IRRITATIVA

A dermatite de contacto irritativa define-se como um processo inflamatório, provocado pelo contacto constante da pele com agentes irritantes - químicos, físicos ou biológicos. Este tipo de dermatite surge frequentemente nas crianças, dado a reduzida espessura do seu estrato córneo e o desenvolvimento incompleto das restantes camadas da pele. A dermatite da fralda e a dermatite perioral são formas comuns de dermatite de contacto irritativa que surgem nos primeiros anos de vida.⁴⁵

1.2.1. DERMATITE DA FRALDA

A dermatite da fralda apresenta-se clinicamente por um eritema na zona coberta pela fralda – nádegas, coxas, parte inferior do abdómen, púbis, grandes lábios e escroto.⁴⁶

A utilização da fralda provoca um aumento da temperatura e humidade que, em conjunto com a fricção da pele com a fralda e com o aumento do pH provocado pelo contacto prolongado com as fezes e urina, compromete a função barreira da pele. Todos estes fatores contribuem para o aumento da permeabilidade da pele e para a ativação de enzimas fecais - proteases e lípases - que atuarão como agentes irritantes. Assim, tanto a irritação da pele como a alteração do seu pH constituem condições ideais para uma possível infeção por determinados microrganismos, como a *Candida albicans*. Outros fatores podem também contribuir para esta condição, como a exposição a irritantes químicos (toalhitas com álcool, detergentes, desodorizantes).⁴⁷

A prevenção e o tratamento da dermatite da fralda visa, sobretudo, manter a área seca, evitar o contacto prolongado com as fezes e urina e manter um pH ácido. A higiene diária da zona da fralda pode ser feita apenas com água ou com produtos sem álcool nem perfume, secando, posteriormente, a pele de forma suave e sem friccionar.^{46,47} As fraldas utilizadas, para além do tamanho adequado e de um elevado poder de absorção, devem ser trocadas após cada micção ou dejeção, sempre que possível.⁴⁶ Adicionalmente, deve-se aplicar cremes ou pomadas de barreira, contendo óxido de zinco, após cada muda da fralda, uma vez que formam um filme lipídico protetor que minimizará o contacto com as fezes e urina e a perda transepidermica de água.⁴⁷ Em caso de suspeita de contaminação por *Candida albicans*, ou seja, quando a dermatite permanece por um período superior a três dias, deve-se recorrer a uma antifúngico tópico, como o miconazol, muitas vezes já presente nos cremes de barreira.⁴⁶

1.2.2. DERMATITE PERIORAL

À semelhança da dermatite da fralda, a dermatite perioral caracteriza-se por um eritema na área em redor da boca, que pode atingir a zona externa do nariz.⁴⁵

O contacto com a chupeta, o hábito de morder os lábios ou a produção excessiva de saliva durante o aparecimento dos dentes - no fundo, a falta de controlo da salivacção - constituem fatores de predisposição para a dermatite perioral. A ação permanente da saliva afeta as zonas cutâneas próximas, o que origina alterações a nível da barreira cutânea e, conseqüentemente, da sua função protetora, aumentando a vulnerabilidade da pele à ação de outros agentes irritantes, como os alimentos.⁴⁵

O contacto com a saliva, considerado o principal agente causador da dermatite perioral, é, porém, inevitável. Assim, o método mais eficaz na prevenção e tratamento desta condição passa pela utilização de cremes de barreira, que atuam diminuindo a penetração cutânea dos agentes irritantes. Para além disso, é recomendada a utilização de cremes hidratantes e reparadores, adequados à pele delicada dos bebés e crianças, de forma a acelerar o processo de regeneração cutânea. Naturalmente, devem ser evitados possíveis agentes irritantes, como alimentos ácidos, a fim de evitar o agravamento da condição.⁴⁵

1.3. PELE ATÓPICA

A dermatite atópica (DA), vulgarmente conhecida como pele atópica, é a doença inflamatória crónica da pele mais comum entre crianças e adultos. Caracteriza-se por lesões pruriginosas, secas e escoriadas que podem afetar qualquer parte do corpo, dependendo essencialmente da faixa etária.⁴⁸

Estudos demonstraram que a disfunção da barreira cutânea, provocada principalmente por mutações de genes que codificam para proteínas essenciais à estrutura da pele, como a filagrina – proteína estrutural do estrato córneo -, constitui o fator determinante no desenvolvimento da DA. Esta perturbação conduz, conseqüentemente, a um aumento da permeabilidade da pele a fatores ambientais, como microrganismos e alérgenos, daí a associação frequente de quadros de asma, rinite alérgica e outras alergias à DA. Paralelamente, ocorre uma ativação da resposta imunitária, traduzida por uma cascata pro-inflamatória que originará os sinais característicos da DA.⁴⁸ Em suma, a predisposição genética assume um papel crucial nesta patologia, estimando-se uma probabilidade de desenvolver DA de 30% e de 70% para as crianças em que apenas um ou ambos os pais apresentam esta condição, respetivamente.⁴⁹ Além disso, outros fatores, como o calor, a transpiração ou a aplicação de produtos químicos na pele, constituem fontes de irritação no desenvolvimento da DA.⁴⁸

O tratamento da pele atópica passa, fundamentalmente, pelo controlo dos sintomas, ou seja, diminuir a secura, acalmar o prurido e controlar a inflamação, impedindo a sua evolução. Primeiramente, deve optar-se pela utilização de produtos de tolerância elevada, adaptados a este tipo de pele, e de roupas de algodão, evitando lã e roupas sintéticas que podem irritar a pele. Diariamente, deve evitar-se a exposição a possíveis alérgenos, como ácaros, pólen e pelos de animais, e a ambientes muito quentes e secos. Por último, é aconselhável cortar frequentemente as unhas, devido ao prurido intenso, de forma a evitar o agravamento da condição. Para o tratamento das crises, recorre-se a corticoides tópicos que, para além da ação anti-inflamatória, proporcionam um alívio do prurido.⁵⁰

1.4. CÓLICAS

As cólicas constituem um fenómeno comum nos primeiros meses de vida que, apesar de benigno e autolimitado, representa um motivo de desconforto para o bebé e ansiedade para os pais. Segundo Wessel, as cólicas definem-se por episódios de choro que duram mais de três horas por dia, mais de três dias por semana e perduram por três semanas. Todavia, o diagnóstico deve incluir os seguintes critérios: idade inferior a 5 meses; períodos recorrentes de irritabilidade, agitação ou choro, sem causa aparente e que não são possíveis de prevenir nem de resolver por parte dos cuidadores; e sem evidência de deficiência no crescimento, febre ou outros problemas de saúde. Estes episódios de choro ocorrem maioritariamente no final do dia.⁵¹

A etiologia das cólicas permanece desconhecida. Não obstante, a deglutição excessiva de ar, durante os episódios de choro, na amamentação ou pela utilização da chupeta ou biberão, é sugerida por estudos como um fator de causa. Existem também dados que evidenciam diferenças na flora intestinal dos bebés que sofrem de cólicas, comparando com bebés saudáveis da mesma faixa etária, nomeadamente, níveis reduzidos de bifidobactérias e lactobacilos, incluindo espécies com efeito anti-inflamatório, e um aumento de proteobactérias produtoras de gás e inflamação.⁵¹ A imaturidade da mucosa intestinal, a alergia à proteína do leite de vaca ou a intolerância à lactose podem contribuir também para o desenvolvimento das cólicas. Para além disso, estudos recentes sugerem o tabagismo materno como um fator de risco.⁵²

De forma a prevenir as cólicas, deve-se adaptar bem a boca do bebé ao mamilo ou à tetina, assegurando que tem o nariz desobstruído, e dar oportunidade ao bebé para arrotar a meio e no final das mamadas, em posição vertical. Durante os episódios de choro, o cuidador deve acalmar o bebé e pode recorrer a uma massagem na barriga, de forma a facilitar a expulsão dos gases acumulados, ou a uma almofada anti-cólicas.⁵³ Atualmente, existem também uns biberões especialmente desenvolvidos para reduzir as cólicas, os gases e o refluxo, que contêm uma válvula que permite minimizar a quantidade de ar ingerida pelo bebé.⁵⁴

1.5. PRIMEIROS DENTES

O desenvolvimento dos dentes de leite inicia-se ainda durante a gravidez, entre a sexta e a oitava semana, começando a irromper, geralmente, entre os seis e os oito meses de idade. Primeiramente surgem os incisivos centrais inferiores, posteriormente os incisivos superiores e os restantes vão surgindo, o mais tardar, até aos três anos de idade, completando-se a dentição de leite com oito incisivos, quatro caninos e oito molares.⁵⁵

Os bebés podem reagir de formas diferentes durante a erupção dos primeiros dentes. No geral, apresentam-se mais agitados e irritados, com falta de apetite e, de forma a aliviar o desconforto, estão constantemente a morder, estimulando a salivação.⁵⁵ A erupção, naturalmente, provoca uma inflamação local, acompanhada de dor, que pode originar febre e alterações gastrointestinais, como diarreia.⁵⁶

Todos estes sintomas podem ser tratados em casa recorrendo a métodos simples. A massagem da gengiva com objetos gelados proporciona um alívio imediato, assim como a utilização de anéis de dentição colocados previamente no frio. Caso a dor não seja aliviada com estas técnicas, pode recorrer-se a anestésicos de aplicação tópica ou a medicamentos analgésicos.⁵⁶

2. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

2.1. MOTIVAÇÃO E OBJETIVOS DO PROJETO

O projeto desenvolvido anteriormente, com o tema *Proteção solar*, acabou por colmatar uma área pouco explorada na FP e que assume um papel cada vez mais central na nossa sociedade – as redes sociais. Paralelamente, a situação de pandemia devido à COVID-19 impossibilitava ainda a partilha de material, como folhetos informativos, pelo que as redes sociais revelavam-se o meio de comunicação mais eficaz. Surgiu então a sugestão, por parte da minha orientadora de estágio, de me tornar responsável por esta nova dinâmica iniciada com o projeto anterior, auxiliando em simultâneo as responsáveis pelas redes sociais.

Entre os dias 12 e 30 de setembro, realizou-se na FP a *Festa mamã & bebé* destinada à promoção dos artigos de puericultura. Assim surgiu a ideia de desenvolver um projeto que complementasse este evento, tendo como objetivo o esclarecimento dos pais acerca dos principais problemas que surgem nos primeiros meses/anos de vida, fornecendo informação útil e prática sobre os sinais e sintomas, as principais causas e os comportamentos e métodos a adotar de forma a contorná-los.

2.2. DESCRIÇÃO DO PROJETO

Perante o exposto no ponto anterior, elaborei um total de seis publicações, em formato de imagem (**Anexo 4**), que foram divulgadas na plataforma *Instagram* durante a *Festa mamã & bebé* da FP. A informação divulgada, sempre acompanhada por sugestões de produtos disponíveis na FP, incidiu sobre os seguintes temas: crosta láctea, dermatite da fralda, dermatite perioral, pele atópica, cólicas e primeiros dentes

2.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com este projeto foi possível atingir um máximo de 162 indivíduos, com a publicação referente à dermatite perioral. Todavia, as restantes atingiram entre 113 e 128, com exceção da publicação sobre a dermatite da fralda que teve um alcance de apenas 87 indivíduos. Analisando minuciosamente as datas de divulgação, constatou-se que todas coincidiram com dias da semana, à exceção da publicação com maior alcance, que foi divulgada a um sábado. Apesar de serem resultados pouco representativos, coincidem com os dados prestados pela plataforma *Instagram* acerca da página da FP, que indicam uma maior atividade e, portanto, um maior alcance ao fim-de-semana.

Para além disso, foi possível obter *feedback* pessoalmente de uma utente que se dirigiu à FP e em conversa revelou que a informação divulgada se tornou útil no seu caso, mais precisamente acerca dos métodos a adotar para contrariar os sintomas inerentes ao aparecimento dos primeiros dentes.

2.4. CONCLUSÃO

Este projeto demonstrou ter sido um importante complemento à *Festa mamã & bebé* realizada na FP, que permitiu esclarecer determinadas dúvidas, principalmente quanto aos cuidados a adotar para contrariar os problemas explorados. Em suma, creio que o principal objetivo de esclarecer de forma clara e objetiva os futuros ou recentes “papás” foi cumprido, ainda que de uma forma alternativa.

PROJETO III – IMUNIDADE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o início dos meses mais frios do ano, existe uma maior tendência para a permanência em espaços fechados e com pouca circulação do ar. Consequentemente, a propagação de agentes infecciosos transmissíveis pelo ar ocorre mais facilmente, aumentando a probabilidade de contágio de doenças respiratórias agudas. Como medida preventiva, torna-se fundamental reforçar o SI recorrendo a uma alimentação variada e equilibrada, que pode revelar-se insuficiente, ou à suplementação, em conjunto com outros hábitos de vida saudáveis, como o exercício físico.

1.1. SISTEMA IMUNITÁRIO

O sistema imunitário (SI) define-se como um conjunto de estruturas e processos biológicos, envolvendo órgãos, células, tecidos e mediadores, que protegem o organismo do que não lhe é próprio. A resposta imunitária pode ser classificada como inata e adquirida. O sistema imunitário inato, ou natural, oferece uma resposta imediata e não específica, que não adquire memória para invasões posteriores. É essencialmente mediado por células fagocíticas, pelo sistema complemento e por diversos recetores, como os *toll-like* (TLRs). O sistema imunitário adquirido, ou adaptativo, desenvolve uma resposta específica a determinado antígeno. Embora a resposta não seja imediata no primeiro contacto, este subsistema tem a capacidade de adquirir memória para uma resposta rápida e efetiva em invasões posteriores. Os linfócitos T e B são as principais células mediadoras da imunidade adquirida.^{57,58}

Na presença de um agente patogénico, o SI aumenta a sua atividade e, portanto, o consumo energético. Para tal, as células utilizam glucose, aminoácidos e ácidos gordos, provenientes de fontes endógenas e exógenas, para gerar energia. Consequentemente, este processo – cadeia transportadora de eletrões - resulta na produção de espécies reativas de oxigénio que podem ser prejudiciais aos tecidos do hospedeiro. Torna-se assim fundamental recorrer a mecanismos de proteção antioxidante, sendo a alimentação e a suplementação importantes fontes destes componentes.⁵⁹

Para além disso, a proliferação celular é um processo crucial na resposta imunitária, para a sua amplificação e memória, pelo que é necessário um aporte de nucleótidos, aminoácidos, ácidos gordos e outros lípidos e componentes celulares, como a arginina, o ferro, zinco e magnésio e as vitaminas A e D. Naturalmente, a obtenção de alguns destes componentes, como aminoácidos essenciais, ácidos gordos essenciais e minerais, só é possível a partir da dieta.⁵⁹

Em suma, uma nutrição ou suplementação adequada potencia a capacidade do SI para combater as invasões por agentes patogénicos e assim proteger o organismo dos seus malefícios.

1.2. GELEIA REAL

A geleia real é uma substância secretada pelas abelhas obreiras, da espécie *Apis mellifera*, para alimentar exclusivamente a abelha rainha. Enquanto que as abelhas obreiras vivem em média 45 dias, a rainha pode viver até 5 anos (40 vezes mais), com uma produtividade extraordinária, devido, precisamente, ao consumo da geleia real.⁶⁰

Este “superalimento” é maioritariamente constituído por água, seguida de proteínas, açúcares e lípidos. Em menores quantidades, contém minerais (ferro, potássio, zinco, magnésio, sódio, cálcio, cobre e manganês), aminoácidos (valina, leucina, treonina, triptofano), vitaminas (A, C, E e complexo B), enzimas, polifenóis, nucleótidos, hormonas e compostos heterocíclicos menores.⁶¹

A geleia real apresenta diversos benefícios para a saúde proporcionados pelos seus diferentes componentes. As suas proteínas específicas – *Major Royal Jelly Proteins* (MRJPs), os péptidos – jelleine, apidacina e defensina - e o ácido 10-hidroxicarboxílico (10-HDA) têm uma importante atividade antimicrobiana, contra bactérias, fungos e parasitas. Os compostos fenólicos e a MRJP-2 demonstraram possuir atividade antioxidante, através da estimulação de enzimas celulares antioxidantes – superóxido dismutase, glutatona peroxidase, glutatona redutase e catalase - e de outros processos, como a diminuição do *stress* oxidativo. A atividade imunomoduladora deve-se à presença do 10-HDA, do 3,10-DDA (ácido 3,10-dihidroxicarboxílico) e da MRJP-3, capazes de inibir e estimular determinadas interleuquinas. Para além das propriedades supramencionadas, a geleia real possui atividade anti-inflamatória, dada a capacidade do 10-HDA para, entre outros, inibir a atividade das metaloproteinases de matriz (MMPs), e do ácido sebácico para inibir a produção de TNF- α (Fator de Necrose Tumoral).⁶¹

1.3. PRÓPOLIS

O própolis é uma substância resinosa, produzida pelas abelhas obreiras para revestir e proteger as paredes das colmeias.⁶² A sua composição varia de acordo com a origem, mas, no geral, o própolis é constituído por resina, cera, óleos essenciais, pólen e outras substâncias, como flavonoides, ácidos fenólicos, ésteres, diterpenos, sesquiterpenos, aldeídos aromáticos, álcoois, aminoácidos, ácidos gordos, vitaminas e minerais.^{62,63}

A atividade antioxidante do própolis deve-se à presença dos compostos polifenólicos, que atuam inibindo a peroxidação lipídica e a formação de radicais livres, para além de aumentarem a atividade das enzimas antioxidantes. A atividade anti-inflamatória aparenta estar relacionada com o conteúdo em flavonoides, ácidos fenólicos e respetivos ésteres, terpenoides e aminoácidos, com principal foco no éster fenil-etílico do ácido cafeico (CAPE). Estes compostos atuam por inibição da ciclooxigenase (COX) e, conseqüente, inibição da síntese de prostaglandinas, eliminação dos radicais livres, inibição da síntese de óxido nítrico, redução da concentração de citocinas inflamatórias e imunossupressão. O própolis apresenta ainda propriedades imunomoduladoras e antimicrobianas, conferidas pelos flavonoides e pelo CAPE.⁶³

1.4. MEL DE MANUKA

O mel de manuka é produzido pelas abelhas da espécie *Apis mellifera*, recorrendo à árvore de Manuka – *Leptospermum scoparium* -, nativa da Nova Zelândia. Este tipo de mel, à semelhança de outros, é constituído por hidratos de carbono, ácidos gordos, proteínas, compostos fenólicos e flavonoides. Não obstante, o mel de manuka diferencia-se pelo *Unique Manuka Factor* (UMF), que traduz a sua atividade antibacteriana, através da quantificação de determinados marcadores - metilglioxal, leptosperina e dihidroxiacetona.⁶⁴

Além da atividade antibacteriana, estudos demonstraram que o mel de manuka possui forte atividade antivírica contra o vírus varicela zoster, o vírus sincicial respiratório e o vírus influenza.⁶⁵ Os compostos fenólicos, essencialmente, são responsáveis pelas suas propriedades antioxidantes, que já demonstraram influenciar a citotoxicidade de determinadas células cancerígenas, como as células MCF-7.⁶⁴ Simultaneamente, o mel de manuka tem sido alvo de estudo no âmbito das úlceras gástricas, devido à sua ação anti-inflamatória, traduzida pela sua capacidade de inibir a peroxidação lipídica e as citocinas inflamatórias.⁶⁵

1.5. PÓLEN

O pólen da abelha constitui-se por uma mistura de pólen proveniente de diferentes espécies de flores, aglutinado pelo néctar e pelas enzimas secretadas pelas glândulas salivares das abelhas. A sua composição e, portanto, o seu valor nutritivo variam consoante a origem botânica e a sazonalidade, no entanto, contém maioritariamente proteínas, aminoácidos essenciais, açúcares reduzidos, lípidos, ácidos nucleicos e fibra. Em minoria encontram-se as vitaminas – C, A, E, complexo B, biotina e ácido fólico – e os minerais – cálcio, magnésio, ferro, zinco, potássio, fósforo, manganês e cobre. Dos componentes bioativos destacam-se os ácidos gordos, os fosfolípidos, os terpenos e os polifenóis.⁶⁶

Atualmente, são reconhecidas diversas propriedades terapêuticas do pólen de abelha entre elas a sua ação anticarcinogénica, derivada da sua ação antioxidante conferida por metabolitos secundários como os compostos fenólicos, os carotenoides, as vitaminas C e a glutatona. Possui também uma ação anti-inflamatória, possivelmente relacionada com dois fatores: os flavonoides, capazes inibir a cascata do ácido araquidónico e, conseqüentemente, os níveis de prostaglandinas; e os ácidos gordos e fitoesteróis. A sua atividade antibacteriana e antifúngica, principalmente contra *Staphylococcus aureus* e *Candida glabrata*, está associada à presença da glucose oxidase – enzima produzida pelas abelhas – e dos compostos fenólicos, que atuam por degradação da membrana citoplasmática. Para além disso, estudos reportam que o pólen de abelha tem a capacidade de estimular a resposta imunitária humoral – mediada por anticorpos.⁶⁶

1.6. EQUINÁCEA

A equinácea é uma planta, do género *Echinacea*, representada por nove espécies, entre as quais se destacam a *Echinacea purpurea*, *Echinacea angustifolia* e *Echinacea pallida* pelo seu interesse a nível medicinal. Na sua composição incluem-se compostos voláteis - óleos essenciais -, alquilamidas, polifenóis, derivados do ácido cafeico, alcaloides, glicoproteínas, polissacáridos de alto peso molecular, componentes lipofílicos e elementos inorgânicos, como potássio, cálcio, magnésio, ferro e alumínio.⁶⁷

Estudos reportaram diversas ações benéficas ao organismo humano associadas à equinácea e, portanto, aos seus componentes bioativos – alquilamidas, polifenóis, polissacáridos e derivados do ácido cafeico. Destacam-se a sua ação antivírica e antibacteriana – contra *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, rinovírus, poliovírus, herpes, influenza, entre outros -, ação anti-inflamatória, ação antioxidante e imunomoduladora, atuando tanto a nível do sistema imunitário inato como do sistema imunitário adquirido. Não obstante, é necessário cautela no que concerne à exacerbação da autoimunidade em indivíduos com

predisposição genética. Naturalmente, este espectro de ação está dependente da espécie e da zona da planta utilizada, na medida em que existe uma variação nos constituintes bioativos.^{57,67}

1.7. ACEROLA

A acerola é um fruto retirado da árvore *Malpighia emarginata*, mais conhecida como cerejeira dos Barbados. É constituído maioritariamente por água, hidratos de carbono - frutose, glucose e sucrose -, lípidos - ácido oleico, linoleico, palmítico, esteárico e α -linolénico - e proteínas. Contém ainda vitaminas do complexo B, provitamina A, vitamina C e minerais, como o cálcio, ferro, potássio, magnésio e fósforo. Os metabolitos secundários mais abundantes são os polifenóis, entre os quais se destacam os ácidos fenólicos e os flavonoides – antocianinas, procianidinas, flavonóis e catequinas.⁶⁸

Apesar de ocorrer uma redução dos seus compostos bioativos durante o processo de amadurecimento, a acerola é considerada um fruto funcional, ou seja, um fruto com propriedades benéficas para o organismo. Os polifenóis e o alto teor em vitamina C são os responsáveis pela sua ação antioxidante, que constitui o principal interesse terapêutico da acerola. Esta capacidade de redução do stress oxidativo contribui, conseqüentemente, para a diminuição da genotoxicidade e dos danos ao nível do ADN induzidos pelo peróxido de hidrogénio. Entre outros efeitos, a acerola demonstrou também possuir uma atividade antimicrobiana contra *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas putida*, *Pseudomonas fluorescens*, *Pseudomonas fragi* e *Brochothrix thremosphacta*.^{68,69}

1.8. VITAMINA C

A vitamina C, ou ácido ascórbico, é uma vitamina hidrossolúvel cujo organismo humano não tem a capacidade de produzir, ao contrário da maioria das espécies, nem de armazenar em quantidades significativas. Assim, torna-se essencial a ingestão regular e adequada desta vitamina através de fontes externas, como a alimentação ou suplementação, a fim de evitar a sua carência, que poderá resultar em fadiga, mal-estar, irritabilidade e, em casos mais graves, em escorbuto.⁷⁰

A vitamina C está envolvida em diversas atividades que contribuem para o seu efeito imunomodulador. A capacidade para doar eletrões torna esta vitamina num antioxidante eficaz na proteção de importantes biomoléculas, como proteínas, lípidos e ácidos nucleicos, dos danos causados pelos radicais livres resultantes do normal metabolismo celular e da exposição a toxinas e poluentes (por exemplo, o tabaco). Além disso, a vitamina C já demonstrou ser capaz de promover a regeneração de outros antioxidantes essenciais, nomeadamente, a glutatona e a vitamina E. Esta vitamina é considerada também um cofator de determinadas enzimas envolvidas na síntese de colagénio, carnitina – molécula envolvida no transporte de ácidos gordos para a mitocôndria – e de outros neurotransmissores, como as catecolaminas.⁷⁰

A Ingestão Diária Recomendada (IDR) de vitamina C varia de acordo com o sexo, idade e outras condições como a gravidez e a amamentação. No caso das crianças até aos 12 meses, não existem critérios funcionais que permitam estabelecer a IDR, pelo que a dose recomendada baseia-se na ingestão média de vitamina C de crianças que se alimentam, exclusivamente, do leite materno.⁷¹

Tabela 4 – Valores de Ingestão Diária Recomendada (IDR), em mg/dia, para a vitamina C ⁷¹

IDADE	MASCULINO (mg/dia)	FEMININO (mg/dia)
0 – 6 meses	40	40
7 – 12 meses	50	50
1 – 3 anos	15	15
4 – 8 anos	25	25
9 – 13 anos	45	45
14 – 18 anos	75	65
≥ 19 anos	90	75

Até aos 18 anos de idade, em caso de gravidez a IDR é de 80 miligramas (mg) e durante a amamentação é de 115 mg de vitamina C. Enquanto que para idades iguais ou superiores a 19 anos, é recomendada a ingestão diária de 85 mg durante a gravidez e de 120 mg durante a amamentação. Os indivíduos fumadores também necessitam de um maior aporte de vitamina C, pelo que, nestes casos, à IDR dos indivíduos não fumadores acresce 35 mg.⁷¹

Praticamente quase toda a vitamina C proveniente da dieta deriva de frutas e vegetais, como os citrinos, kiwi, meloa, papaia, mirtilos, tomate, espinafres, entre outros.⁷²

Tabela 5 – Conteúdo em vitamina C, em mg/100 mg, de determinados alimentos ⁷²

ALIMENTO	Concentração em Vitamina C (mg/100 mg)
Salsa	170
Pimento	125 – 200
Brócolos	90 – 150
Espinafres	50 – 90
Laranja/Limão	50
Morango	40 – 90
Tangerina	30
Framboesa	18 – 25

Naturalmente, a concentração de vitamina C nos alimentos varia consoante as condições de cultivo e armazenamento, sazonalidade, estado de maturação e modo de preparação.⁷¹

1.9. ZINCO

O zinco é um mineral essencial para o qual o organismo humano não contém reservas, pelo que surge a necessidade de o obter diariamente através da alimentação ou suplementação.⁷³

O zinco assume um papel essencial em múltiplas fases do metabolismo celular. É um mineral utilizado como cofator por centenas de enzimas (como a álcool desidrogenase, RNA polimerase ou fosfatase alcalina), pelo que se encontra envolvido em processos como a síntese proteica, metabolismo de hidratos de carbono, lípidos e algumas vitaminas, síntese de ADN, divisão celular e apoptose, entre

outros. Consequentemente, a sua carência reflete-se, essencialmente, nos sistemas imunitário, nervoso e reprodutor.⁷³

A IDR de zinco é semelhante para ambos os sexos, no entanto varia, tal como no caso da vitamina C, com a idade e com outras condições como a gravidez e a amamentação. Para os bebés com idade igual ou inferior a 6 meses é definido um valor de Ingestão Adequada (IA) que corresponde à ingestão média de zinco por parte de bebés saudáveis que se alimentam, exclusivamente, do leite materno.⁷⁴

Tabela 6 – Valores de Ingestão Diária Recomendada (IDR), em mg/dia, para o zinco ⁷⁴

IDADE	MASCULINO (mg/dia)	FEMININO (mg/dia)
0 – 6 meses	2	2
7 – 12 meses	3	3
1 – 3 anos	3	3
4 – 8 anos	5	5
9 – 13 anos	8	8
14 – 18 anos	11	9
≥ 19 anos	11	8

Até aos 18 anos de idade, em caso de gravidez a IDR de zinco é de 12 mg e durante a amamentação é de 13 mg. Enquanto que para idades iguais ou superiores a 19 anos, é recomendada a ingestão diária de 11 mg durante a gravidez e de 12 mg durante a amamentação.⁷⁴

Existem diversos alimentos que constituem fontes de zinco, tais como a carne vermelha, o marisco, cereais, legumes, entre outros. Não obstante, os fitatos presentes no pão integral e em vários cereais e legumes têm a capacidade de se ligarem ao zinco diminuindo a sua absorção, pelo que a sua biodisponibilidade é superior nos produtos de origem animal.⁷⁴

Tabela 7 – Conteúdo em zinco, em mg/100 mg, de determinados alimentos ⁷⁵

ALIMENTO	Concentração em Zinco (mg/100 mg)
Marisco	7,14
Queijo	2,94
Carne	2,86
Ovos	1,04
Peixe	0,59

1.10. SELÉNIO

O selénio é um micronutriente essencial encontrado na natureza, tanto no solo como nos alimentos, cujas concentrações no organismo humano dependem do meio ambiente e da ingestão alimentar.⁷⁶

Os efeitos biológicos do selénio estão maioritariamente relacionados com a sua ligação a proteínas - selenoproteínas. Na sua maioria, estas proteínas representam enzimas como, por exemplo, as glutatona peroxidases, com importante função antioxidante; as tioredoxina redutases, envolvidas na

regeneração do ácido ascórbico (vitamina C); e as iodotironina deiodinases, que regulam o metabolismo da hormona da tiróide.⁷¹

A IDR do selênio encontra-se na ordem dos microgramas (μg) variando, mais uma vez, de acordo com a idade e determinadas condições como a gravidez e a amamentação. Para os bebés com idade igual ou inferior a 12 meses é definido um valor de Ingestão Adequada (IA) de selênio equivalente à ingestão média deste nutriente por parte de bebés saudáveis que se alimentam, exclusivamente, do leite materno.⁷¹

Tabela 8 – Valores de Ingestão Diária Recomendada (IDR), em $\mu\text{g}/\text{dia}$, para o selênio ⁷¹

IDADE	MASCULINO ($\mu\text{g}/\text{dia}$)	FEMININO ($\mu\text{g}/\text{dia}$)
0 – 6 meses	15	15
7 – 12 meses	20	20
1 – 3 anos	20	20
4 – 8 anos	30	30
9 – 13 anos	40	40
14 – 18 anos	55	55
≥ 19 anos	55	55

Em caso de gravidez a IDR corresponde a 60 μg e durante a amamentação a 70 μg , independentemente da idade.⁷¹

As castanhas do Pará, os frutos do mar e a carne representam os alimentos mais ricos em selênio, embora a sua concentração esteja dependente de fatores como o conteúdo em selênio do solo onde ocorreu a criação do animal ou a cultura da planta.⁷¹

Tabela 9 – Conteúdo em selênio, em $\mu\text{g}/\text{porção}$, de determinados alimentos ⁷⁷

ALIMENTO	Concentração em Selênio ($\mu\text{g}/\text{porção}$)
Castanhas do Pará	544 (6-8 castanhas)
Atum	92
Sardinhas enlatadas	45
Bife de porco	33
Frango	22
Ovo cozido	15

2. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

2.1. MOTIVAÇÃO E OBJETIVOS DO PROJETO

O farmacêutico assume, uma vez mais, um papel crucial na educação e sensibilização do utente para a importância de um SI reforçado. Simultaneamente, perante uma oferta cada vez maior deste

tipo de suplementos alimentares, e também cada vez mais variada, surge a necessidade de um atendimento mais personalizado, tendo em conta as necessidades individuais.

Neste sentido, já numa fase final do estágio, surgiu a necessidade de desenvolver um projeto focado nos diferentes constituintes que se encontram, atualmente, nos suplementos alimentares destinados ao reforço do SI. Assim sendo, o objetivo passou por dar a conhecer os principais benefícios destes mesmos componentes para o nosso organismo e o papel que desempenham no SI.

2.2. DESCRIÇÃO DO PROJETO

De forma a dar continuidade à dinâmica pela qual me tornaram responsável, desenvolvi um total de 10 publicações em formato de imagem (**Anexo 6**), contendo informações acerca do SI, da geleia real, própolis, mel de manuka, pólen, equinácea, acerola, vitamina C, zinco e selénio. A estas informações foram adicionadas sugestões de suplementos alimentares para o SI, com os respetivos componentes, disponíveis na FP.

2.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando o alcance de cada publicação que constituiu este projeto, foi possível atingir um total de 164 indivíduos (**Anexo 7**). À semelhança do que ocorreu com o projeto anterior, este número coincide com a única publicação divulgada a um sábado, o que corrobora, de certa forma, a ideia de que é possível um maior alcance ao fim-de-semana.

Todavia, o tempo tornou-se um fator limitante no desenvolvimento deste projeto, uma vez que a ideia surgiu perto do fim do período de estágio. A meu ver, como resultado, a informação não foi transmitida com tanta clareza, isto é, numa linguagem facilmente interpretada por qualquer indivíduo, além de não ter sido explorada toda a informação acerca deste tema, nomeadamente, outros constituintes possíveis de encontrar em suplementos alimentares destinados ao SI.

2.4. CONCLUSÃO

Numa altura em que, frequentemente, nos solicitavam suplementos alimentares para o reforço do SI, o desenvolvimento deste projeto demonstrou-se uma mais-valia para o meu conhecimento neste tipo de produtos e, consequentemente, para a prestação de um melhor atendimento.

PROJETO IV – KIT DE INVERNO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Como referido anteriormente, é natural o aparecimento de determinadas afeções menores durante o período mais frio do ano - gripes e constipações, crieiro e frieiras, entre outros - cujos sintomas são, porém, facilmente resolvidos recorrendo a MNSRM, MNSRM-EF ou a dispositivos médicos.

1.1. SINTOMAS TÍPICOS DE GRIPE E CONSTIPAÇÃO

A gripe e a constipação são patologias de origem vírica que, embora distintas em intensidade e evolução, podem despoletar efeitos sistémicos (como febre e dor) ou efeitos locais (como congestão nasal, tosse e dor de garganta) semelhantes.

1.1.1. FEBRE

A febre define-se como um mecanismo fisiológico em que ocorre uma elevação da temperatura corporal acima da variação diária normal. É um processo decorrente da ação de fatores pirogênicos exógenos – microrganismos, agentes terapêuticos, entre outros - que podem atuar por si mesmos ou pela estimulação da síntese de pirogênicos endógenos – as citocinas, principalmente a IL-1, IL-6 e TNF- α . Estes agentes pirogênicos apresentam a capacidade de atuar sobre células endoteliais especializadas dos órgãos vasculares hipotalâmicos, induzindo a síntese de prostaglandinas por ação de ciclooxigenases. Por sua vez, as prostaglandinas atuam no núcleo pré-ótico do hipotálamo, provocando um aumento do ponto de equilíbrio térmico, que resulta numa vasoconstrição para que ocorra a diminuição da perda de calor.⁷⁸

Apesar de a febre constituir um mecanismo de defesa do nosso organismo, a sua persistência pode-se tornar prejudicial. O paracetamol é o antipirético de primeira linha, pela sua ação inibitória das enzimas ciclooxigenases. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), como o ácido acetilsalicílico, também podem ser utilizados, uma vez que inibem a produção de prostaglandinas.⁷⁹

1.1.2. DOR

Neste caso, a dor surge com um sintoma decorrente da resposta de fase aguda da infeção. As citocinas pro-inflamatórias resultantes levam à produção de prostaglandinas, que estão envolvidas no mecanismo de transmissão dos estímulos dolorosos até ao corno posterior da medula espinal.^{80,81}

Quando não tratada, a dor pode fazer-se acompanhar de complicações para a saúde, tanto física como mental, do indivíduo. Assim os analgésicos, como paracetamol, ácido acetilsalicílico e ibuprofeno, constituem o tratamento de primeira linha, uma vez que têm a capacidade de inibir as ciclooxigenases envolvidas na produção de prostaglandinas e, conseqüentemente, evitar a transmissão dos estímulos dolorosos.^{80,81}

1.1.3. RINORREIA E CONGESTÃO NASAL

A rinorreia, conhecida por “pingo no nariz”, representa as secreções aquosas nasais produzidas pelos ductos nasais da parte anterior do nariz. Considerado multifatorial, este sintoma surge como resultado da ativação reflexa do sistema nervoso parasimpático, que estimulam as secreções nasais pelas respetivas glândulas.⁸⁰

A congestão nasal, termo conhecido como “nariz entupido”, surge como causa da dilatação dos vasos de capacitância do tecido erétil venoso presente na cavidade nasal. Este processo é mediado pelo sistema nervoso simpático a fim de regular a resistência das vias aéreas ao fluxo do ar.⁸⁰

Posto isto, é possível contornar estes sintomas através, por exemplo, da utilização de água do mar isotónica, mais indicada para lavagem das fossas nasais, ou hipertónica, com uma ação descongestionante mais forte. Ambas auxiliam na remoção de partículas e microrganismos nocivos e na fluidificação das secreções. Para a descongestão nasal pode também recorrer-se à administração tópica de agentes simpaticomiméticos – oximetazolina, xilometazolina, cloreto de benzalcónio, pseudoefedrina -, sob a forma de *spray* ou gotas, que atuam sobre recetores adrenérgicos da mucosa nasal induzindo a vasoconstrição.⁸⁰ Os anti-histamínicos orais, como a desloratadina, podem ser utilizados, em simultâneo, dada a sua eficácia comprovada na redução deste tipo de sintomas.⁸²

1.1.4. TOSSE

A tosse representa uma resposta fisiológica decorrente da irritação das vias aéreas, que funciona como um mecanismo de defesa do nosso organismo, facilitando a remoção de secreções e outros corpos estranhos. Embora o reflexo da tosse seja um processo complexo e multifatorial, estudos indicam que, numa fase inicial, surge uma tosse seca provocada, essencialmente, por mediadores inflamatórios, como as prostaglandinas e a bradicinina, que atuam nas terminações nervosas do sistema respiratório. A tosse produtiva resulta do posterior alastramento da inflamação/infeção para o trato respiratório inferior e, consequente, estimulação da produção de muco e expectoração.⁸⁰

Geralmente, a tosse é transitória e autolimitada, mas pode revelar-se um verdadeiro entrave no quotidiano de qualquer um. O seu tratamento deve ter em conta o tipo de tosse apresentada, pelo que os antitússicos – inibidores do reflexo da tosse -, como a codeína e o dextrometorfano, devem ser utilizados apenas em caso de tosse seca. Os mucolíticos, como a acetilcisteína, carbocisteína e o ambroxol, afetam a viscosidade e estrutura do muco, pelo que são indicados para a tosse com expectoração.⁸³

1.1.5. DOR DE GARGANTA

A dor de garganta resulta da inflamação das vias aéreas superiores resultante da infeção viral. Geralmente, inicia-se por uma irritação local, mas pode facilmente evoluir para dor provocada, uma vez mais, pela libertação de bradicinina e prostaglandinas nas vias aéreas.⁸⁰

Uma dor de garganta sem complicações, na maioria dos casos, resolve-se espontaneamente recorrendo apenas a medidas não farmacológicas, como a ingestão de líquidos e outras substâncias que suavizem a garganta. No entanto, nem sempre são suficientes, pelo que surge a necessidade de reforçar com medidas farmacológicas, nomeadamente, pastilhas com ação anestésica para redução da dor ou anti-inflamatórios, sob a forma de solução oral, *spray*, pastilhas, entre outros.⁸⁴

1.2. CIEIRO E FRIEIRAS

Perante temperaturas reduzidas o nosso organismo reage pelo meio de vasoconstrição, diminuindo o aporte de nutrientes e oxigénio por via sanguínea, mas também a produção de sebo. Adicionalmente, o vento e a baixa humidade também contribuem para a desidratação da pele.⁸⁵

No caso do cieiro, este ocorre principalmente nas zonas do corpo onde a pele tem maior espessura e menor elasticidade, sujeitas a mais movimentação, como os lábios. A contração da pele, como consequência da exposição ao frio, provoca pequenas fissuras que podem atingir as camadas mais profundas da pele, tornando-se dolorosas.⁸⁵

Embora a etiologia das frieiras permaneça ainda incerta, sabe-se que resultam de uma ação do frio sobre os vasos sanguíneos superficiais. Estas lesões ocorrem essencialmente nos pés, dedos, orelhas e rosto, e apresentam-se como uma inflamação localizada e superficial.⁸⁶

Em ambos os casos, a principal intervenção passa pela reposição dos níveis de hidratação da pele, através de *batons* e cremes hidratantes adequados, protegendo simultaneamente dos efeitos do frio.^{85,86} Não obstante, este tratamento poderá não ser suficiente no caso das frieiras, surgindo a necessidade de recorrer a fármacos vasodilatadores – bloqueadores dos canais de cálcio -, como a nifedipina, sob consulta médica.⁸⁶

2. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

2.1. MOTIVAÇÃO E OBJETIVOS DO PROJETO

A ideia do desenvolvimento deste projeto surgiu em jeito de conclusão do anterior, referente ao reforço do sistema imunitário, uma vez que, simultaneamente à requisição deste tipo de suplementos, surgiam já diversos pedidos de produtos para tratamento dos sintomas relatados anteriormente. Além disso, alguns utentes surgiam com questões relativas à intervenção, principalmente, no caso de rinorreia, congestão nasal, tosse e dor de garganta, uma vez que já possuíam alguns dos produtos, mas tinham dúvidas quanto ao que deveriam utilizar.

Neste sentido, o projeto *Kit de Inverno* surgiu com o principal objetivo de clarificar os utentes quanto ao tratamento para cada tipo de sintomas que surgem, mais frequentemente, nos meses mais frios, apelando, em simultâneo, aos cuidados a ter com a conservação de produtos de saúde em casa.

2.2. DESCRIÇÃO DO PROJETO

Para a realização deste projeto elaborei um folheto (**Anexo 8**) tendo por base o documento iSaúde, disponível no Sifarma, relativo ao tema *Preparar o Inverno em tempos COVID-19*.⁸⁷ Procurei assim focar nas soluções para os seguintes sintomas: febre e dor, nariz entupido ou a pingar, tosse, dor de garganta e rouquidão, cieiro e frieiras -, apresentando sugestões de produtos disponíveis na FP. Foram impressos cerca de 100 folhetos que foram estrategicamente colocados no interior dos sacos de papel oferecidos pela FP para colocar os medicamentos e produtos adquiridos.

Adicionalmente, numa das gôndolas centrais da FP foram expostos alguns produtos utilizados nos sintomas mencionados, juntamente com o folheto em formato A4, assumindo assim mais exposição. Simultaneamente, foi feita a divulgação do respetivo folheto nas redes sociais, de modo a atingir o máximo de utentes.

2.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A meu ver, este projeto permitiu elucidar os utentes, um pouco mais, acerca das soluções para os sintomas típicos dos meses mais frios, que se revelam bastante comuns e facilmente contornáveis.

Além disso, este folheto demonstrou-se útil tanto para os utentes que se dirigiam à FP para adquirir produtos de saúde de “reserva” para este tipo de eventualidades, como para os membros da equipa técnica que faziam o aconselhamento, servindo como “guia” para ambos.

2.4. CONCLUSÃO

Em suma, a forma de divulgação deste *kit* foi bem conseguida, permitindo alcançar os utentes em diferentes vertentes. Não obstante, reconheço que este projeto apresenta algumas falhas, na medida em que a intervenção sugerida poderia ter sido mais explorada, principalmente no que concerne a medidas não farmacológicas e ao aconselhamento farmacêutico.

CONCLUSÃO

Concluída esta etapa final do MICF, resta o sentimento de dever cumprido. O estágio profissionalizante na FP permitiu-me desenvolver diversas capacidades, tanto a nível técnico como a nível pessoal, onde se destaca o papel de toda a equipa técnica.

Os seis meses que constituíram o estágio foram repletos de desafios para os quais não me encontrava, muitas vezes, preparada, exigindo uma grande capacidade de resposta e comunicação, que fui desenvolvendo apenas com a prática. Ainda assim, a grande responsabilidade que o papel do Farmacêutico assume junto de cada utente tornou-se no desafio mais marcante do meu estágio, na medida em que nem sempre se tratam apenas de problemas facilmente resolvidos pela medicação. Acredito que, acima de tudo, o Farmacêutico, mais que um profissional de saúde, representa proximidade e disponibilidade.

Relativamente aos projetos desenvolvidos, foi possível alcançar os objetivos a que me propus perante a FP, com a certeza de que foram ao encontro das suas necessidades e de que contribuíram para os meus conhecimentos, os quais procurei sempre pôr em prática junto dos utentes.

Em suma, reconheço um balanço bastante positivo ao estágio profissionalizante desenvolvido na FP. Não obstante, acredito que ser Farmacêutico não se alcança apenas com o diploma na mão, ser Farmacêutico é uma aprendizagem diária que, a meu ver, não tem limites.

BIBLIOGRAFIA

1. Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro - Define o horário padrão de funcionamento das farmácias de oficina, regula o procedimento de aprovação e a duração, execução, divulgação e fiscalização das escalas de turnos, bem como o valor máximo a cobrar pelas farmácias de turno pela dispensa de medicamentos não prescritos em receita médica do próprio dia ou do dia anterior, e revoga a Portaria n.º 31-A/2011, de 11 de janeiro. Diário da República, 1ª Série, n.º 177/2012, 5202-5203.
2. Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto - Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, 1ª Série, n.º 148/2012, 4030-4045.
3. Conselho Nacional da Qualidade da Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas de Farmácia Comunitária 2015 (BPF:2015): Norma Geral sobre as Infraestruturas e Equipamentos. [Online] Acessível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt>. [acedido a 16 de março de 2020].
4. Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto – Estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, transpondo a Directiva n.º 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de Novembro, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, bem como as Directivas n.os 2002/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Janeiro, 2003/63/CE, da Comissão, de 25 de Junho, e 2004/24/CE e 2004/27/CE, ambas do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, e altera o Decreto-Lei n.º 495/99, de 18 de Novembro. Diário da República, 1ª Série, n.º 167/2006, 6297-6383.
5. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso (2014). Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. [Online] Acessível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispensa/4c1aea02-a266-b3ee-a2983bdfe790 [acedido a 22 de março de 2020]
6. Portaria n.º 284-A/2016 - Procede à terceira alteração à Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, na redação resultante das Portarias n.os 417/2015, de 4 de dezembro, e 138/2016, de 13 de maio, e à sua republicação (Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde e define as obrigações de informação a prestar aos utentes). Diário da República, 1ª Série, n.º 212/2016, 3908-(2) a 3908-(11).
7. Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho – Aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar. Diário da República, 1ª Série, n.º 129/2004, 3441-3445.
8. Decreto-Lei n.º 238/2007, de 19 de junho - Altera o Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto, no sentido de permitir que os medicamentos não sujeitos a receita médica possam ser vendidos fora das farmácias. Diário da República, 1ª Série, n.º 116/2007, 3898-3900.
9. Despacho n.º 17690/2007, de 23 de Julho - Revoga o anexo ao despacho n.º 2245/2003, de 16 de Janeiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 29, de 4 de Fevereiro de 2003 - lista das situações de automedicação. Diário da República, 2ª Série, n.º 154/2007, 22849-22850.

10. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro - Estabelece o regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal, transpondo para a ordem jurídica nacional as Directivas n.os 2007/53/CE, da Comissão, de 29 de Agosto, 2007/54/CE, da Comissão, de 29 de Agosto, 2007/67/CE, da Comissão, de 22 de Novembro, 2008/14/CE, da Comissão, de 15 de Fevereiro, e 2008/42/CE, da Comissão, de 3 de Abril, que alteram a Directiva n.º 76/768/CEE, do Conselho, relativa aos produtos cosméticos, a fim de adaptar os seus anexos II, III e VI ao progresso técnico. Diário da República, 1ª série, n.º 185/2008, 6826-6905.
11. Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de julho - Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2004/28/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, e parcialmente a Directiva n.º 2001/82/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de Novembro, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos veterinários, e a Directiva n.º 2006/130/CE, da Comissão, de 11 de Dezembro, que determina os critérios de isenção da receita veterinária para determinados medicamentos veterinários aplicáveis a animais produtores de alimentos, e revoga os Decretos-Leis n.os 146/97, de 11 de Junho, 184/97, de 26 de Julho, 232/99, de 24 de Junho, 245/2000, de 29 de Setembro, 185/2004, de 29 de Julho, e 175/2005, de 25 de Outubro. Diário da República, 1ª série, n.º 145/2008, 5048-5095.
12. Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de junho - Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2002/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 10 de Junho, relativa à aproximação das legislações dos Estados membros respeitantes aos suplementos alimentares. Diário da República, 1ª série, n.º 147/2003, 3724-3728.
13. Sarkany R. Sun protection strategies. *Medicine*. 2017; 45(7): 444-447.
14. Euromelanoma. Raios UV e seus efeitos. [Online] Acessível em: <https://www.euromelanoma.org/portugal/cancro-da-pele/raios-uv-e-seus-efeitos> [acedido a 17 de junho de 2020].
15. Hudson L, Rashdan E, Bonn CA, Chavan B, Rawlings D, Birch-Machin MA. Individual and combined effects of the infrared, visible, and ultravioleta light components of solar radiation on damage biomarkers in human skin cells. *The FASEB Journal*. 2020; 34(3).
16. Randhawa M, Seo I, Liebel F, Southall MD, Kollias N, Ruvolo E. Visible light induces melanogenesis in human skin through a photoadaptive response. *PLOS ONE*. 2015; 10(6).
17. Gabros S, Nessel TA, Zito PM. Sunscreens and photoprotection. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, 2020. Acessível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537164/> [acedido a 19 de junho de 2020].
18. Farmácias Portuguesas. Protetor mineral vs. Protetor químico: quais as diferenças?. [Online] Acessível em: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/menu-principal/bem-estar/protetor-mineral-vs-protetor-quimico-quais-as-diferencas.html> [acedido a 19 de junho de 2020].
19. Direção-Geral da Saúde. Férias e Viagens: proteja-se do calor e do frio. [Online] Acessível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/ferias/exposicao-solar.aspx> [acedido a 21 de junho de 2020]
20. Young AR, Claveau J, Rossi AB. Ultraviolet radiation and the skin: photobiology and sunscreen photoprotection. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2017; 76(3): S100-S109.

21. World Health Organization. Radiation: Sun protection, 2003. [Online] Acessível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/sun-protection> [acedido a 22 de junho de 2020]
22. Euromelanoma. Bronzeamento e solários. [Online] Acessível em: <https://www.euromelanoma.org/portugal/prevenindo-o-cancro-da-pele/bronzeamento-e-sol%C3%A1rios> [acedido a 22 de junho de 2020]
23. Farmácias Portuguesas. Bebés e crianças ao sol: quando todo o cuidado é pouco! [Online] Acessível em: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/menu-principal/familia/protecao-solar-bebes-e-criancas-ao-sol-protecao-maxima.html> [acedido a 23 de junho de 2020]
24. Direção-geral da Saúde. Folheto informativo - Calor e radiação ultravioleta: cuidados a ter com as crianças. [Online] Acessível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/calor-folheto-criancas-pdf.aspx> [acedido a 23 de junho de 2020]
25. Ferreira J. Os Antioxidantes. Fundação Portuguesa de Cardiologia. [Online] Acessível em: <http://www.fpcardiologia.pt/os-antioxidantes/> [acedido a 25 de junho de 2020]
26. Koekkoek WAC (Kristine), van Zanten ARH. Antioxidant vitamins and trace elements in critical illness. *Nutrition in Clinical Practice*. 2016; 31(4): 457-474.
27. Young AJ, Lowe GL. Carotenoids – Antioxidant Properties. *Antioxidants*. 2018; 7(2): 28.
28. Cory H, Passarelli S, Szeto J, Tamez M, Mattei J. The role of Polyphenols in Human Health and Food Systems: A Mini-Review. *Frontiers in Nutrition*. 2018; 5: 87.
29. ISDIN® Love Your Skin. SunISDIN Cápsulas. [Online] Acessível em: <https://www.isdin.com/pt-PT/produto/fotoprotector-isdin/capsulas> [acedido a 26 de junho de 2020].
30. Gupta V, Sharma VK. Skin-typing: Fitzpatrick grading and others. *Clinics in Dermatology*. 2019.
31. Eucerin®. Compreender a pele: Tipos de pele e condições. [Online] Acessível em: <https://www.eucerin.pt/sobre-a-pele/conhecimentos-basicos-da-pele/tipos-de-pele> [acedido a 26 de junho de 2020].
32. Baumann L. Understanding and Treating Various Skin Types: The Baumann Skin Type Indicator. *Dermatologic Clinics*. 2008; 26(3): 359-373.
33. Tanner PR. Sunscreen Product Formulation. *Dermatologic Clinics*. 2006; 24(1): 53–62.
34. BIODERMA® Laboratoire Dermatologique. Photoderm: BRONZ Huile seche SPF 50+. [Online] Acessível em: <https://www.bioderma.pt/os-nossos-produtos/photoderm/bronz-huile-seche-spf-50> [acedido a 30 de junho de 2020].
35. URIAGE® Eau Thermale. Bariésun óleo seco SPF 50+. [Online] Acessível em: <https://www.uriage.pt/produtos/bariesun-oleo-seco-spf50> [acedido a 30 de junho de 2020].
36. ISDIN® Love Your Skin. Fotoprotetor ISDIN Gel Cream SPF 50+, SPF 30. [Online] Acessível em: <https://www.isdin.com/pt-PT/produto/fotoprotector-isdin/gel-cream-fps-50-fps-30> [acedido a 30 de junho de 2020]
37. Gibson LE. Best sunscreen: Understand sunscreen options. Mayo Clinic, 2019. [Online] Acessível em: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/best-sunscreen/art-20045110> [acedido a 2 de julho de 2020]

38. Revista Saúde. SOS Escaldão e Cuidado Pós-solar. [Online] Acessível em: <https://www.revistasauda.pt/saudeAZ/Pages/SaudeAaZ.aspx?article=3754> [acedido a 2 de julho de 2020]
39. Euromelanoma. Cancro da pele. Acessível em: <https://www.euromelanoma.org/portugal/cancro-da-pele> [acedido a 2 de julho de 2020]
40. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE. Melanoma: olhe para a sua pele com atenção. [Online] Acessível em: <https://hff.min-saude.pt/melanoma-olhe-para-a-sua-pele-com-atencao/> [acedido a 3 de julho de 2020]
41. Observador. Dois em cada três portugueses têm falta de vitamina D, segundo estudo. 2020. [Online] Acessível em: <https://observador.pt/2020/04/28/dois-em-cada-tres-portugueses-tem-falta-de-vitamina-d-segundo-estudo/> [acedido a 18 de outubro de 2020]
42. Observador. O COVID-19 e a premência de suplementar Vitamina D. 2020. [Online] Acessível em: <https://observador.pt/opinioao/o-covid-19-e-a-premencia-de-suplementar-vitamina-d/> [acedido a 18 de outubro de 2020]
43. Nobles T, Harbeger S, Krishnamurthy. Cradle Cap. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, 2020. Acessível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531463/> [acedido a 22 de agosto de 2020].
44. Ro BI, Dawson TL. The Role of Sebaceous Gland Activity and Scalp Microfloral Metabolism in the Etiology of Seborrheic Dermatitis and Dandruff. *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*. 2005; 10(3): 194-197.
45. Luk D. Irritant Contact Dermatitis. *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology*. 2019, pp. 287-299.
46. Rocha N, Selores M. Dermatite das fraldas. *NASCER E CRESCER*. 2004; XII(3).
47. Lawton S. Nappy rash: current evidence for the prevention and management. *British Journal of Midwifery*. 2020; 28(5): 291-295.
48. Tsakok T, Woolf R, Smith CH, Weidinger S, Flohr C. Atopic dermatitis: the skin barrier and beyond. *British Journal of Dermatology*. 2018.
49. Buchner SA. Dermatite atopique. *Forum Med Suisse*. 2011, pp 484-490.
50. BIODERMA® Laboratoire Dermatologique. O que acontece com a pele atópica? (E como espaçar as crises de eczema). [Online] Acessível em: <https://www.bioderma.pt/sua-pele/pele-seca-atopica/pele-irritada-com-comichao-atopica/o-que-acontece-com-pele-atopica-e-como-espacar-crises-de-eczema> [acedido a 30 de agosto de 2020]
51. Daelemans S, Peeters L, Hauser B, Vandenplas Y. Recent advances in understanding and managing infantile colic. *F1000 Reserach*. 2018.
52. Sung V. Infantile colic. *Australian Prescriber*. 2018; 41(5): 105-110.
53. Hospital da Luz. Cólicas no recém-nascido. [Online] Acessível em: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/guia-de-saude/saude-e-bem-estar/72/colicas-no-recem-nascido> [acedido a 1 de setembro de 2020]

54. PHILIPS® AVENT. Anticólicas com abertura AirFree™. [Online] Acessível em: https://www.philips.pt/c-p/SCF813_14/avent-anticolicas-com-abertura-airfreetm [acedido a 1 de setembro de 2020]
55. NUK®. Guia NUK – Boca e Dentes. [Online] Acessível em: http://www.nuk.pt/media/static/pdf/Guias/Guia_NUK_BocaDentes.pdf [acedido a 10 de setembro de 2020]
56. Silva FWGP, Santos BM, Stuardi AS, Mellara TS, Queiroz AM. Erupção dental: sintomatologia e tratamento. PEDIATRIA (SÃO PAULO). 2008; 30(4): 243-248.
57. Catanzaro M, Corsini E, Rosini M, Racchi M, Lanni C. Immunomodulators Inspired by Nature: A Review on Curcumin and Echinacea. Molecules. 2018; 23(11): 2778.
58. McDade TW, Georgiev AV, Kuzawa CW. Trade-offs between acquired and innate immune defenses in humans. Evolution, Medicine, and Public Health. 2016; 2016(1): 1-16.
59. Calder PC. Feeding the immune system. Proceedings of the Nutrition Society. 2013; 72(03): 299-309.
60. Fratini F, Cilia G, Mancini S, Felioccoli A. Royal Jelly: An ancient remedy with remarkable antibacterial properties. Microbiological Research. 2016; 192: 130-141.
61. Ahmad S, Campos MG, Fratini F, Ataye SZ, Li J. New Insights into the Biological and Pharmaceutical Properties of Royal Jelly. International Journal of Molecular Sciences. 2020; 21(2): 382.
62. Sforcin JM. Biological Properties and Therapeutic Applications of Propolis. Phytotherapy Research. 2016; 30(6): 894-905.
63. Braakhuis A. Evidence on the Health Benefits of Supplemental Propolis. Nutrients. 2019; 11(11): 2705.
64. Johnston M, McBride M, Dahiya D, Owusu-Apenten R, Nigam PS. Antibacterial activity of Manuka honey and its components: An overview. AIMS Microbiology. 2018; 4(4): 655-664.
65. Cruz BCF, Ronqui L, Scharnoski P, Peruzzolo M, Santos PR, Araújo KF. Health Benefits of Honey. Honey Analysis. 2019.
66. Denisow B, Denisow-Pietrzyk M. Biological and therapeutic properties of bee pollen: a review. Journal of the Science of Food and Agriculture. 2016; 96(13): 4303-4309.
67. Sharifi-Rad M, Mnayer D, Morais-Braga MFB, Carneiro JNP, Bezerra CF, Contreras M, Soltani-Nejad A, Uribe YAH, Yousaf Z, Iriti M, Sharifi-Rad J. Echinacea plants as antioxidant and antibacterial agents: From traditional medicine to biotechnological applications. Phytotherapy Research. 2018.
68. Moura CFH, Oliveira L, Souza KO, Franca LG, Ribeiro LB, Souza PA, Miranda MRA. Acerola *Malpighia emarginata*. Exotic Fruits. 2018; 7-14.
69. Belwal T, Devkota HP, Hassan HÁ, Ahluwalia S, Ramadan MF, Mocan A, Atanasov AG. Phytopharmacology of Acerola (*Malpighia* spp.) and its potential as functional food. Trends in Food Science & Technology. 2017; 74: 99-106.
70. Carr AC, Maggini S. Vitamin C and Immune Function. Nutrients. 2017; 9(11): 1211.

71. Institute of Medicine (US) Panel on Dietary Antioxidants and Related Compounds. Dietary References for Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids. Washington (DC): National Academies Press (US), 2000; 5, Vitamin C. [Online] Acessível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225480/> [acedido a 11 de outubro de 2020].
72. Combs, Jr GF. The Vitamins: Fundamental aspects in nutrition and health. 3rd edition. Elsevier AP, 2008, p. 237. ISBN-13: 978-0-12-183493-7.
73. Rink L. Zinc and the immune system. Proceedings of the Nutrition Society. 2000; 59(04): 541-552.
74. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc. Washington, DC: National Academy Press, 2001, pp. 442-488. [Online] Acessível em: <https://www.nap.edu/read/10026/chapter/14#452> [acedido a 13 de outubro de 2020]
75. McDonald A, Smith SM, Webb D. Complete Book of Vitamins & Minerals. Consumer Guide, 1998. ISBN-13: 978-0451194480
76. Avery JC, Hoffmann PR. Selenium, Selenoproteins, and Immunity. Nutrients. 2018; 10(9): 1203.
77. U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service. FoodData Central, 2019.
78. Walter EJ, Hanna-Jumma S, Carraretto M, Forni L. The pathophysiological basis and consequences of fever. Critical Care. 2016; 20(1).
79. Prajitha N, Athira SS, Mohanan PV. Comprehensive biology of antipyretic pathways. Cytokine. 2019; 116: 120-127.
80. Eccles R. Mechanisms of symptoms of common cold and flu. Common Cold, 2009, p. 23-41.
81. Anand P, Dickenson A, Finco G, Marinangeli F, Polati E, Romualdi P, Tzschentke T, Canonico PL. Novel insights on the management of pain: highlights from the “Science of Relief” meeting. Pain Management. 2019; 9(6).
82. Nayak AS, Schenkel E. Desloratadine reduces nasal congestion in patients with intermitente allergic rhinitis. Allergy. 2001; 56(11): 1077-1080.
83. Simón A. Ficha técnica do cim – A Tosse. Ordem dos Farmacêuticos. [Online] Acessível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/ft106_a_tossepdf_5266326445b042ec1499be.pdf [acedido a 15 de novembro de 2020]
84. Looze F, Shepard A, Smith AB. Locally Delivered Flurbiprofen 8.75 mg for Treatment and Prevention of Sore Throat: A Narrative Review of Clinical Studies. Journal of Pain Research. 2019; 12: 3477-3509.
85. Ramos J. As doenças do frio: Frieiras e cieiro. Rádio e Televisão de Portugal. [Online] Acessível em: <https://media.rtp.pt/agoranos/diga-doutor/frieiras-e-cieiro> [acedido a 19 de novembro de 2020]
86. Nyssen A, Benhadou F, Magnée M, André J, Koopmansch C, Wautrecht JC. Chilblains. Vasa. 2020; 49: 133-140.
87. Associação Nacional das Farmácias. iSaúde: Preparar o Inverno em tempos COVID-19. 2020.

ANEXOS

ANEXO 1 - Material divulgado nas redes sociais no âmbito do Projeto I – Proteção solar

1ª publicação

Radiação solar

Radiação ultravioleta

A **radiação UVB** penetra nas camadas superiores da pele, sendo a principal causa de danos a curto prazo, como as **queimaduras solares**, que constituem um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do **cancro da pele**.

A **radiação UVA** penetra profundamente na pele e provoca danos a longo prazo, como o **fotoenvelhecimento da pele**, **aparecimento de rugas**, **perda de elasticidade da pele** e, eventualmente, **cancro da pele**.

Radiação visível

A radiação visível provém maioritariamente do sol, mas os **aparelhos eletrónicos** com os quais contactamos diariamente são também uma fonte deste tipo de radiação.

A luz visível penetra nas camadas mais profundas da pele e a exposição contínua, principalmente à **luz azul**, origina **manchas hiperpigmentadas** e estimula a produção de **radicais livres**, responsáveis pela oxidação das células e pelo **envelhecimento precoce da pele**.

Radiação infravermelha

A radiação infravermelha (IV) tem capacidade para induzir **alterações a nível da pele** semelhantes àquelas provocadas pela exposição crónica à radiação UV.

Os raios IV são nocivos para a pele, uma vez que desencadeiam mecanismos que provocam um **aumento de radicais livres**, uma **diminuição da síntese de colagénio** e **hiperpigmentação da pele**.

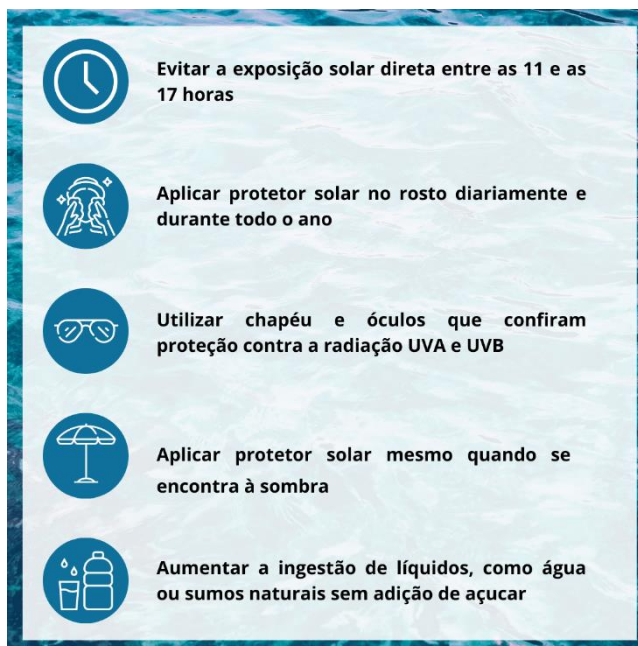
2ª publicação

Filtros solares



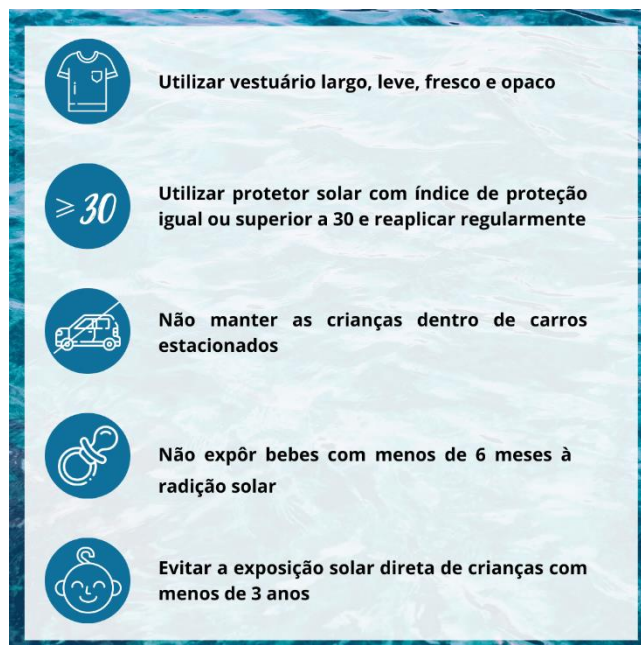
3ª publicação

Cuidados na exposição solar



4ª publicação

Fotoproteção na criança



5ª publicação

Suplementação solar

Suplemento nutricional

A exposição solar promove a produção de radicais livres que danificam as nossas células.

A utilização de suplementos nutricionais com propriedades antioxidantes permite amenizar estes danos, prevenindo o fotoenvelhecimento, as manchas e outras alterações cutâneas provocadas pela exposição solar.

Estes suplementos não têm a capacidade de barrar a penetração dos raios UV na pele, pelo que não devem substituir os fotoprotetores tópicos, mas sim complementá-los.

São os aliados ideais na prevenção da alergia solar

Suplemento nutricional

- 1 Iniciar a toma cerca de 15 dias antes da exposição solar (1 cápsula por dia)
- 2 Continuar a toma durante o período de exposição solar direta (1 cápsula por dia)
- 3 Prolongar a toma durante cerca de 15 dias após a exposição solar (1 cápsula por dia)

As nossas sugestões



6ª publicação

Fototipos de pele



7ª publicação

Fotoproteção Rosto



Pele oleosa

Textura ultra-ligeira com
acabamento em pó

Efeito matificante, não
comedogénico

Anti-brilho

Gel-creme, pó ou compacto



Pele mista

Texturas fluídas, leves e com
toque seco (dry touch)

Não comedogénico

Sem óleo (oil-free)

Aqua-fluídos e fluídos



Pele sensível

Texturas confortáveis e não
irritantes

Elevado índice de proteção

Sem perfume

Preferencialmente com filtros
minerais



8ª publicação

Fotoproteção Corpo

Loção ou leite

Textura ligeira e hidratante

Boa uniformidade da película protetora

Ideal para aplicar em áreas grandes

Indicado para pele seca e sensível



Óleo

Textura rica e nutritiva

Potenciador do bronzeado

Ideal para rosto, corpo e cabelo

Indicado para pele do fototipo III e IV



Gel-creme

Hidrata com um creme e refresca com um gel

Absorve imediatamente

Fácil aplicação

Ideal para áreas com pêlo, como couro cabeludo ou peito



Bruna

Textura transparente - não deixa resíduo branco

Aplicação independente 360°

Fácil reaplicação mesmo em pele molhada

Ideal para aplicar em áreas grandes



Stick

Dupla proteção: desidratação e queimadura solar

Prático de transportar

Ideal para as zonas mais sensíveis (lábios, nariz, cicatrizes e zonas secas)



9ª publicação

Pós solares

 Hidratação e reparação intensa da pele, promovendo a regeneração celular

 Efeito calmante e refrescante sobre a pele irritada

 Prolonga o bronzeado, evitando a descamação da pele

Sabia que também existem cuidados pós-solares específicos para o rosto?



10ª publicação

*Sinais
de alerta*



ANEXO 2 - Mitos e verdades sobre a proteção solar

Mitos e Verdades

Não é necessário aplicar protetor solar em dias nublados

MITO | VERDADE

Mitos e Verdades

Se não me molhar não necessito de reaplicar o protetor solar

MITO | VERDADE

Mitos e Verdades

A utilização do protetor solar reduz o envelhecimento precoce

MITO | VERDADE

Mito

Mais de 80% da radiação ultravioleta consegue atravessar as nuvens.

É assim **necessário aplicar protetor solar mesmo em dias nublados**, para proteger principalmente da radiação UVA.

Mito

Estudos demonstraram que mesmo **protetores solares resistentes à água e ao suor não são 100% resistentes**, ocorrendo uma certa perda de produto após contacto com a água e em situações de maior transpiração

Verdade

Os **filtros solares permitem proteger a pele dos raios UVA**, que penetram mais profundamente e são os principais responsáveis pelo fotoenvelhecimento cutâneo.

Mitos e Verdades

A proteção conferida pelo protetor solar não depende da quantidade aplicada

MITO	VERDADE
------	---------

Mitos e Verdades

Só é necessário aplicar protetor solar no verão

MITO	VERDADE
------	---------

Mitos e Verdades

O uso de protetor solar impede a absorção de Vitamina D

MITO	VERDADE
------	---------

Mito

O FPS é testado com uma **espessura de 2 mg/cm²**, ou seja, para que um protetor solar proteja conforme indicado pelo respetivo FPS deve ser aplicada esta mesma quantidade em todo o corpo.

Mito

A aplicação de **proteção solar deve fazer parte da rotina diária** de qualquer pessoa, principalmente no rosto.

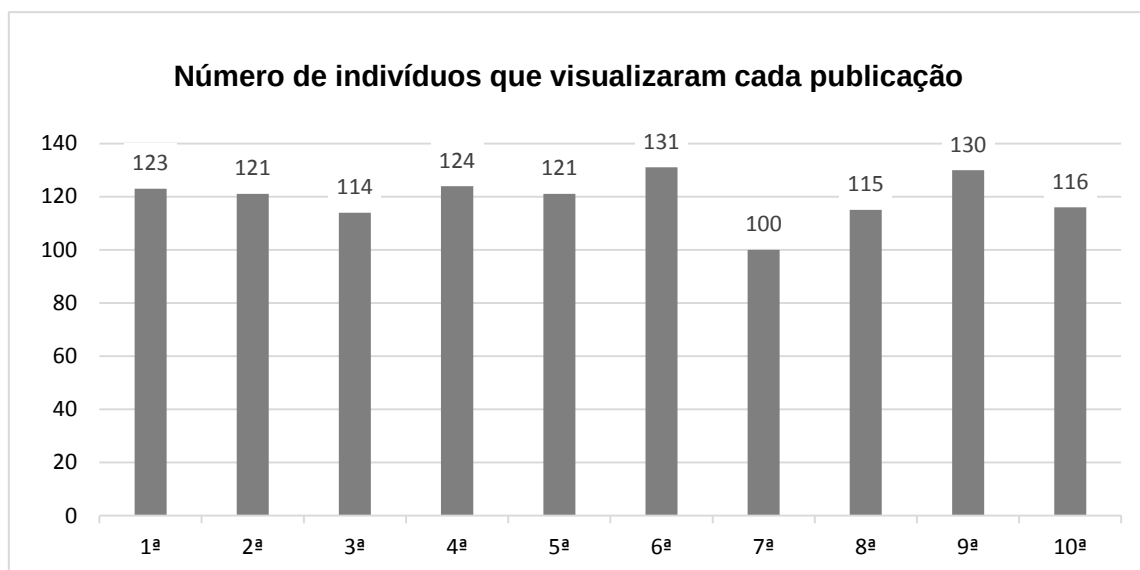
Todos os dias, independentemente da estação do ano, estamos expostos a **diversos tipos de radiação prejudiciais** para a nossa pele.

Mito

As **radiações UVB** podem ser absorvidas através de **roupas leves e do couro cabeludo**.

Não é assim necessário deixar de utilizar protetor solar para absorver raios solares para produção da vitamina.

ANEXO 3 – Representação gráfica do alcance do material divulgado no âmbito do Projeto I – Proteção solar



1ª – Radiação solar; 2ª – Filtros solares; 3ª – Cuidados na exposição solar; 4ª – Fotoproteção na criança; 5ª – Suplementação solar; 6ª – Fototipos de pele; 7ª – Fotoproteção de rosto; 8ª – Fotoproteção de corpo; 9ª – Pós-solares; 10ª – Sinais de alerta

ANEXO 4 – Material divulgado nas redes sociais no âmbito do Projeto II – Cuidados no bebé

1ª publicação

Crosta láctea

O que é?

A crosta láctea, também denominada dermatite seborreica, resulta da **produção excessiva de sebo** que se acumula na pele e forma umas **pequenas escamas amarelas e oleosas**



É uma condição benigna e autolimitada!

Causas

Não se sabe ao certo o que causa a crosta láctea, mas existem, segundo especialistas, duas hipóteses possíveis:

- ★ **hormonas maternas** na corrente sanguínea do bebé que poderão estimular as glândulas sebáceas
- ★ um fungo que existe naturalmente na superfície da pele - ***Malassezia furfur*** - e que tem afinidade química para as gorduras

Tratamento

A crosta láctea tende a desaparecer espontaneamente, no entanto, poderá adotar certos cuidados

- ★ **Massajar** ligeiramente a pele com óleos vegetais
- ★ **Lavar** as zonas afetadas com produtos de limpeza à base de substâncias calmantes ou de óleo



2ª publicação

Dermatite da fralda

O que é?

A dermatite da fralda consiste numa **inflamação da pele da zona coberta pela fralda**, podendo atingir também as pregas, e que se caracteriza por **vermelhidão ou eritema**



Em caso da vermelhidão permanecer por mais de 3 dias, após tratamento, deverá suspeitar-se de infeção fúngica

Causas

- ★ **Fezes e urina**
- ★ **Fricção** de pele-pele e de pele-fralda durante os movimentos
- ★ **Temperatura e humidade**
- ★ **Irritantes químicos** - óleos, desodorizantes e conservantes
- ★ **Microorganismos** - *Candida albicans*

Tratamento

- ★ **Lavar** a pele da zona da fralda apenas com **água** ou **produtos sem álcool nem perfume**
- ★ **Secar bem** a pele, de forma suave sem friccionar
- ★ **Mudar a fralda após cada micção e dejeção**
- ★ Utilizar pastas ou pomadas de barreira com **óxido de zinco** e, em caso de suspeita de infeção fúngica, com **antifúngico tópico**

As nossas sugestões



3ª publicação

Dermatite perioral

O que é?

A dermatite perioral é um tipo de **dermatite de contacto**, que se caracteriza por **vermelhidão, irritação e sensibilização** da zona em **volta da boca** do bebé.



Causas

A saliva em contacto com a pele através da **baba** ou da **chupeta**



Perda da função barreira protetora da pele



Maior vulnerabilidade da pele à ação de outros elementos irritantes (como alimentos e sujidade)

Tratamento

Utilizar produtos **hidratantes, reparadores e que confirmam proteção** à pele do bebé

Evitar alimentos ácidos, produtos com constituintes irritantes e manter a zona peribocal seca, o máximo de tempo possível!



4ª publicação

Pele atópica

O que é?

A dermatite atópica, vulgarmente conhecida como pele atópica, é uma **doença inflamatória crónica da pele**, que se traduz por **comichão, pele seca e manchas avermelhadas**



Um perfil atópico pode vir a manifestar-se através de outras alergias, como asma, rinite alérgica ou conjuntivite alérgica

Causas

Predisposição genética

Um dos pais tem
pele atópica

30% de probabilidade
da criança desenvolver
pele atópica

Ambos os pais têm
pele atópica

70% de probabilidade
da criança desenvolver
pele atópica

Tratamento

A pele atópica não tem cura, pelo que o objetivo passa por diminuir a secura, acalmar o prurido e controlar a inflamação

- ★ Utilizar **produtos adaptados a pele atópica**
- ★ Utilizar **roupas de algodão e macias**
- ★ **Evitar exposição a possíveis alérgenos**
- ★ **Secar bem a pele**, de forma suave e meticulosa
- ★ **Evitar ambientes muito quentes**
- ★ **Cortar frequentemente as unhas**, para evitar arranhões

As nossas sugestões



As nossas sugestões



5ª publicação

Cólicas

Sinais

As cólicas do bebé manifestam-se por **episódios recorrentes de choro** súbito, que duram **mais de 3 horas por dia, mais de 3 dias por semana** e perduram por **3 semanas**

Estes episódios podem ocorrer várias vezes ao longo do dia, mas são mais frequentes à noite!

Causas

- ★ **Deglutição excessiva de ar** - chupeta, biberão, choro
- ★ **Imaturidade gastrointestinal**
- ★ **Alergia à proteína do leite de vaca**
- ★ **Intolerância à lactose**
- ★ **Tabagismo materno**

Tratamento

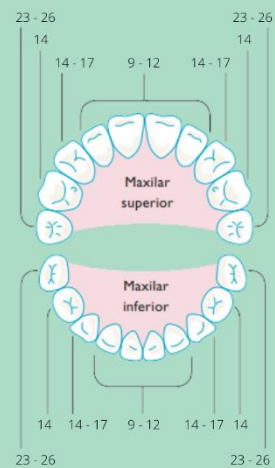
As cólicas no bebé não têm um tratamento específico, mas existem diversas medidas de conforto que podem ser adotadas

- ★ **Adaptar bem a boca do bebé ao mamilo ou à tetina**
- ★ Deixar o bebé **arrotar no meio e no final das mamadas**, mantendo-o em posição vertical
- ★ **Acalmar** o bebé, embalando-o, falando ou cantando
- ★ **Massajar cuidadosamente a barriga** do bebé com um creme gordo
- ★ Recorrer aos **biberões** e às **almofadas anti-cólicas**



6ª publicação

Primeiros dentes



Evolução do aparecimentos dos dentes em meses

Sintomas

Na maioria dos bebês, os primeiros dentes surgem acompanhados de diversos sintomas

- ★ **Salivação excessiva**
- ★ **Inflamação da gengiva**, acompanhada de **dor**
- ★ **Irritação local**, provocada pelo morder e coçar das gengivas
- ★ **Irritabilidade e falta de apetite**
- ★ **Febre** baixa e passageira

Tratamento

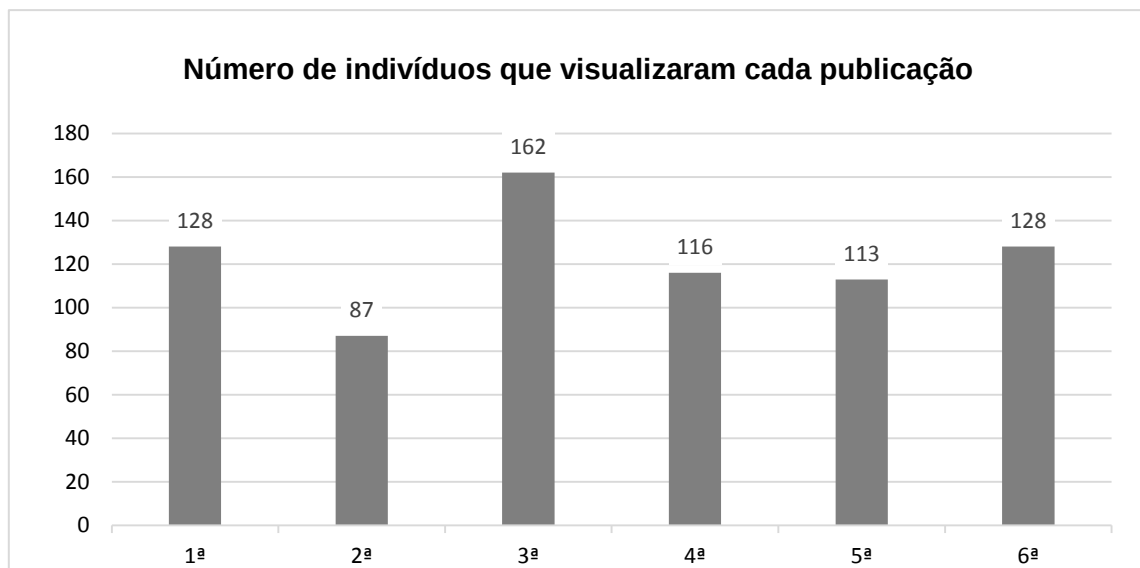
Para aliviar os sintomas associados ao aparecimentos dos primeiros dentes podem ser adotadas certas medidas

- ★ Embeber uma **compressa esterilizada com água fria** e aplicar nas gengivas
- ★ **Acalmar** o bebê, embalando-o, falando ou cantando
- ★ Utilizar **anestésicos locais de aplicação tópica**
- ★ Deixar roer um **anel de dentição** adequado (colocar no frigorífico para uma sensação de frescura e alívio)

As nossas sugestões



ANEXO 5 – Representação gráfica do alcance do material divulgado no âmbito do Projeto II – Cuidados no bebé



1ª – Crosta láctea; 2ª – Dermatite da fralda; 3ª – Dermatite perioral; 4ª – Pele atópica; 5ª – Cólicas; 6ª – Primeiros dentes

ANEXO 6 – Material divulgado nas redes sociais no âmbito do Projeto III – Imunidade

1ª publicação

IMUNIDADE

IMUNIDADE INATA	IMUNIDADE ADQUIRIDA
Natural	Adaptativa ou específica
Presente desde o nascimento	Desenvolve-se por exposição a invasores estranhos
Resposta imediata a invasores estranhos ao organismo	Resposta demorada na primeira exposição aos invasores
Não possui memória - não confere proteção contínua	Possui memória - resposta mais rápida e eficaz nas exposições posteriores

2ª publicação

GELEIA REAL

A geleia real é uma substância **secretada pelas abelhas obreiras** para **alimentar uma abelha que se tornará rainha**



Com este alimento, a **rainha tem uma longevidade de vida 40 vezes superior** às restantes abelhas



Considerada um superalimento, a geleia real é constituída por **água, açúcares, proteínas, lípidos, minerais, vitaminas** e um grande número de outras substâncias como **ácidos gordos**

BENEFÍCIOS

Anti
microbiano

Anti
oxidante

Anti
inflamatório

Imuno
modulador

AS NOSSAS SUGESTÕES



3ª publicação

PRÓPOLIS

O própolis é uma **substância resinosa** colhida pelas **abelhas obreiras** em diferentes árvores e plantas



Esta substância é utilizada para **revestir e proteger as paredes da colmeia** das agressões externas



O própolis é essencialmente constituída por **resina, cera, óleos essenciais, pólen** e outros compostos orgânicos como os **flavonóides**, daí o seu grande interesse

AS NOSSAS SUGESTÕES



BENEFÍCIOS

Anti
microbiano

Anti
oxidante

Anti
inflamatório

Imuno
modulador

4ª publicação

MEL DE MANUKA



O mel de manuka, **rico em flavonóides, polifenóis e metilglioxal**, é retirado da *Leptospermum scoparium*, pelas abelhas

BENEFÍCIOS

Anti
bacteriano

Anti
vírico

Anti
oxidante

Anti
inflamatório

O **Unique Manuka Factor** (UMF) é um indicador do potencial antibacteriano do mel de manuka

AS NOSSAS SUGESTÕES



5ª publicação

PÓLEN

O pólen de abelha é constituído por **pólen** proveniente de **várias flores**, **néctar** e por **enzimas salivares das abelhas**



A sua **composição varia consoante os tipos de flores e a estação do ano**



O pólen é considerado um **superalimento** pela sua **riqueza em macro e micronutrientes**, considerando-se **nutricionalmente importante aos seres humanos**

BENEFÍCIOS

Anti
bacteriano

Anti
fúngico

Anti
carcinogénico

Anti
oxidante

Anti
inflamatório

Imuno
modulador

COMPOSIÇÃO

Vitaminas

Vitaminas do complexo B
Vitamina C e E

Ácido fólico
Biotina

Minerais

Potássio
Cálcio
Zinco

Magnésio
Fósforo
Manganês

Ferro
Cobre

Outros

Proteínas e lípidos
Aminoácidos essenciais e ácidos nucleicos
Fibra e açúcares reduzidos

O valor nutritivo dependerá da origem botânica dos grãos de pólen, havendo uma tendência para ser superior quanto maior a diversidade!

AS NOSSAS SUGESTÕES



6ª publicação

EQUINÁCEA



Existem nove espécies de equinácea, sendo que as mais utilizadas são a ***Echinacea purpurea***, ***Echinacea angustifolia*** e ***Echinacea pallida***

BENEFÍCIOS

Anti
bacteriana

Antivírica

Anti
oxidante

Anti
inflamatória

Imuno
moduladora

Em caso de doença autoimune ou sistema imunológico enfraquecido consulte o seu médico ou farmacêutico!

AS NOSSAS SUGESTÕES



7ª publicação

ACEROLA



A acerola - *Malpighia emarginata* - é também conhecida como cerejeira dos barbados e é considerada uma das fontes maioritárias de vitamina C

BENEFÍCIOS

Anti
oxidante

Anti
bacteriano

Anti
carcinogénico

COMPOSIÇÃO

Vitaminas	Vitaminas do complexo B (B6, B2, B3, B5)	
	Vitamina C	
Minerais	Potássio	Ferro
	Magnésio	Fósforo
Outros	Cálcio	Sódio
	Hidratos de carbono	Flavonóides
	Proteína	Antocianinas
	Água	Polifenóis

Os polifenóis - ação antioxidante - são os metabolitos secundários mais abundantes na acerola!

8ª publicação

VITAMINA C

A vitamina C, ou **ácido ascórbico**, é **sintetizada pela maioria das espécies com exceção do Homem**, entre outras



Desta forma, precisamos de **obter vitamina C através de fontes externas**, como a alimentação ou a suplementação



A **falta** de vitamina C provoca **fadiga, mal-estar e irritabilidade**. A **carência grave** pode levar ao desenvolvimento de **escorbuto**

BENEFÍCIOS



Contribui para a **produção de colagénio, L-carnitina e certos neurotransmissores**



Contribui para o **normal funcionamento do sistema imunitário**



Poder **antioxidante**



Contribui para a **regeneração da glutatona e da vitamina E - antioxidantes**

VALOR DE REFERÊNCIA

IDADE	MASCULINO (mg/dia)	FEMININO (mg/dia)
0 - 6 meses	40	40
7 - 12 meses	50	50
1 - 3 anos	15	15
4 - 8 anos	25	25
9 - 13 anos	45	45
14 - 18 anos	75	65
+ 19 anos	90	75

Grávidas: 80 mg/dia (até 18 anos) ou 85 mg/dia (+ 19 anos)
Amamentação: 115 mg/dia (até 18 anos) ou 120 mg/dia (+ 19 anos)

FONTES

Alimento	Conteúdo em vitamina C (por 100 mg)
Salsa	170 mg
Pimento	125-200 mg
Brócolos	90 - 150 mg
Espinafres	50 - 90 mg
Laranja/Limão	50 mg
Morango	40 - 90 mg
Tangerina	30 mg
Framboesa	18 - 25 mg

Outros alimentos: kiwis, meloa, papaia, tomate, vegetais de folha verde como espinafres, mirtilos

AS NOSSAS SUGESTÕES



9ª publicação

ZINCO

O zinco é um **mineral essencial** presente em **alimentos** e **suplementos**



O **nosso organismo não possui reservas de zinco**, pelo que é necessária a sua **ingestão diária**

BENEFÍCIOS

- Essencial para a **atividade de enzimas**
- Contribui para o **metabolismo dos hidratos de carbono, proteínas e algumas vitaminas**
- Envolvido no **metabolismo celular**
- Envolvido na **síntese de DNA**

VALOR DE REFERÊNCIA

IDADE	MASCULINO (mg/dia)	FEMININO (mg/dia)
0 - 6 meses	2	2
7 - 12 meses	3	3
1 - 3 anos	3	3
4 - 8 anos	5	5
9 - 13 anos	8	8
14 - 18 anos	11	9
+ 19 anos	11	8

Grávidas: 12 mg/dia (até 18 anos) ou 11 mg/dia (+ 19 anos)
Amamentação: 13 mg/dia (até 18 anos) ou 12 mg/dia (+ 19 anos)

FONTES

Alimento	Conteúdo em zinco (por 100 mg)
Marisco	7,14 mg
Queijo	2,94 mg
Carne	2,86 mg
Ovos	1,04 mg
Peixe	0,59 mg

A absorção do zinco é mais favorecida com alimentos de origem animal, do que com cereais e vegetais!

AS NOSSAS SUGESTÕES



10ª publicação

SELÊNIO

O selênio é um **micronutriente encontrado na natureza**, tanto no **solo** como nos **alimentos**



As **concentrações** deste nutriente no organismo **dependem** do meio **ambiente e da ingestão alimentar**

BENEFÍCIOS



Contribui para o **normal metabolismo da hormona da tiróide**



Envolvido na **síntese de DNA**



Ação antioxidante

VALOR DE REFERÊNCIA

IDADE	MASCULINO (mcg/dia)	FEMININO (mcg/dia)
0 - 6 meses	15	15
7 - 12 meses	20	20
1 - 3 anos	20	20
4 - 8 anos	30	30
9 - 13 anos	40	40
14 - 18 anos	55	55
+ 19 anos	55	55

Grávidas: 60 mcg/dia
Amamentação: 70 mcg/dia

FONTES

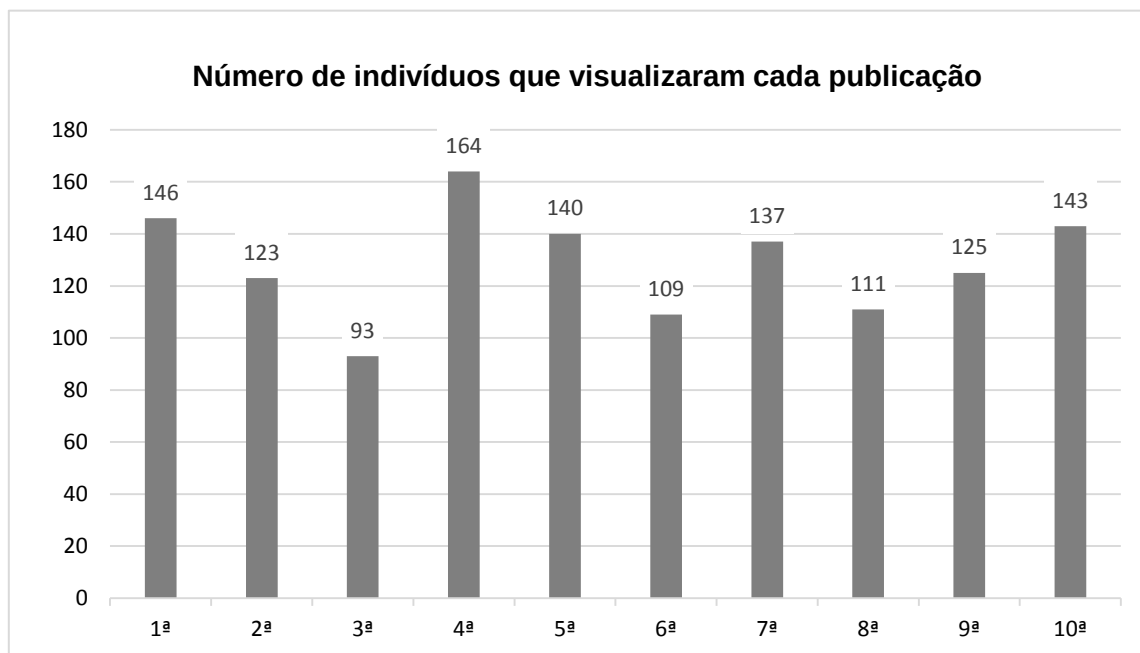
Alimento	Conteúdo em selênio
Castanhas do Pará	544 mcg (6-8 nozes)
Atum	92 mcg
Sardinhas enlatadas	45 mcg
Bife de porco	33 mcg
Frango	22mcg
Ovo cozido	15 mcg

Outros alimentos: arroz branco e integral, salmão, camarão pequeno, fígado

AS NOSSAS SUGESTÕES



ANEXO 7 – Representação gráfica do alcance do material divulgado no âmbito do Projeto III - Imunidade



1ª – Imunidade; 2ª – Geleia real; 3ª – Própolis; 4ª – Mel de Manuka; 5ª – Pólen; 6ª – Equinácea; 7ª – Acerola; 8ª – Vitamina C; 9ª – Zinco; 10ª - Selênio

ANEXO 8 – Folheto informativo *Kit de Inverno*

Parte da frente

KIT DE INVERNO

Com a chegada das temperaturas baixas, faça uma revisão do seu armário de produtos de saúde e previna-se!

FEBRE E DOR	Antipiréticos Analgésicos	
	Água do mar Descongestionante nasal Anti-histamínicos	NARIZ ENTUPIDO/ PINGO
TOSSE	Mucolíticos (c/ expetoração) Antitússicos (seca)	
	Anti-inflamatórios Pastilhas com anestésico ou anti-inflamatório local	DOR DE GARGANTA
CIEIRO E FRIEIRAS	Batom do cieiro Hidratante para as frieiras	

farmácia **peninsular** 

Parte de trás

DICAS

- Manter os produtos protegidos da luz, do calor e da humidade
- Manter os produtos sempre fechados e fora do alcance das crianças
- Verificar os prazos de validade dos produtos
- Guardar as embalagens e os folhetos informativos originais
- Manter o espaço de armazenamento organizado
- Fazer a verificação dos produtos, pelo menos, duas vezes por ano

OUTROS ELEMENTOS ESSENCIAIS

Pensos rápidos

Luvas esterilizadas

Tesouras

Termómetro

Gaze esterilizada

Ligaduras

Fita adesiva

Solução salina fisiológica

Álcool 96% ou água oxigenada

Creme para queimaduras



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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