

FARMÁCIA PORTUGUESA



Assembleia Geral de Associados

**Vencer os desafios,
construir o futuro**

**Eleições para os Órgãos Sociais da ANF
realizam-se a 30 de Setembro**

Tratar a pele a partir do interior

para potenciar os benefícios
dos cuidados dermo-cosméticos

Sabia que para tirar o máximo partido dos cremes que aplica diariamente na sua pele, deveria também tratá-la a partir do interior?

Todos os meses investimos uma parte do nosso orçamento em cremes hidratantes, nutritivos, anti-rugas, adequados à idade, ao tipo de pele e às nossas necessidades específicas, sem, no entanto, sabermos se a pele reúne condições para aproveitar os imensos benefícios destes produtos.

lift'in trata a pele a partir do interior, preparando-a para receber os cuidados tópicos que lhe dispensamos todos os dias.

É ainda ideal para a época de Verão por ser rico em Licopeno e Betacaroteno, 2 nutrientes que intensificam o bronzeado, ao mesmo tempo que protegem a pele do envelhecimento precoce provocado pelos raios solares.

lift'in é também rico em ómega 3 que aumentam os níveis de água da pele, compensando a desidratação provocada pelo Sol.

Aconselha-se 1 comprimido por dia, após uma das principais refeições.

lift'in[®]
anti-rugas / firmeza



tripla acção

- anti-rugas
- refirmante
- hidratante



1 comprimido / dia



e-mail: geral@prisfar.pt

www.prisfar.pt

Receba com o seu **lift'in** um Guia de Conselhos.
Aconselhe-se com o seu farmacêutico.

OFERTA ESPECIAL
lift'in[®]

Entregue este cupão
na sua Farmácia e na compra de
1 embalagem **lift'in**[®]
receba outra de oferta.

Nome: _____ Data de nascimento: _____

Morada: _____

C.P.: _____ Localidade: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Para qualquer informação complementar, contacte: Prifar, Produtos Farmacêuticos S.A. Tel: 225 573 600

■ Eleições ANF

6

As eleições foram agendadas para o próximo dia 30 de Setembro a pedido da actual direcção, na sequência da assinatura do Compromisso com a Saúde.



■ Assembleia Geral de Associados

22



“Vencer os desafios, construir o futuro” foi a tónica dominante na Assembleia Geral de Associados da ANF, a 3 de Junho último. Porque o sector está confrontado com um processo legislativo que lhe coloca novos desafios, exigindo um grande sentido de responsabilidade para continuar a defender os interesses superiores dos doentes. Esse é um futuro do qual as farmácias de oficina

não se vão eximir, conforme ficou patente nas propostas aprovadas naquela que foi uma das reuniões mais participadas de sempre.

■ Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)

34

Medicamentos mais caros fora das Farmácias foi uma das conclusões do Relatório da Primavera 2006 do OPSS, mas não a única de um documento em que se faz o balanço daquela que foi a medida emblemática do actual governo. Um documento em que, além do medicamento, outras políticas são avaliadas para se concluir que, ao final de um ano, é difícil descortinar uma estratégia clara.



Sumário

Editorial <i>Editorial</i>	5
Eleições ANF <i>ANF elections</i>	6
Assembleia Geral de Associados da ANF <i>General Assembly of associates</i>	22
Simpósio anual do Grupo Farmacêutico da União Europeia <i>PGEU annual symposium</i>	26
OPSS avalia sentidos e significado de um ano de governação em saúde <i>Portuguese Health Observatory evaluates one year of government's health policy</i>	34
Flashes <i>Flashes</i>	38
Entrevista com Fernando Nobre <i>Interview with Fernando Nobre</i>	40
Sifarma 2000 <i>Sifarma 2000</i>	48
Sistema de Gestão da Qualidade para Farmácias <i>Management Quality System to the Pharmacies</i>	54
Plataforma debate população idosa <i>Plataforma discusses elderly population</i>	58
Lisosoma: as doenças desconhecidas <i>Lysosomal disorders: the unknown diseases</i>	61
Alargamento do horário das farmácias <i>Pharmacies' extended opening hours</i>	64
Informação Terapêutica Compreender e tratar a dor <i>Therapeutical Information</i> <i>Understand and treat pain</i>	66
Informação Veterinária <i>Veterinary information</i>	74
O Código da Vinci no Museu da Farmácia <i>Da Vinci Code at the Pharmacy Museum</i>	76
Concurso “A Farmácia é tua amiga” <i>Contest “The Pharmacy is your friend”</i>	78
Homenagem a Ana Godinho <i>Tribute to Ana Godinho</i>	80
Homenagem a Ribeiro Simões <i>Tribute to Ribeiro Simões</i>	81
Noticiário <i>News</i>	82
Cartoon - Novo <i>Cartoon</i>	88
Desta Varanda <i>From this Balcony</i>	90

Com forte componente farmacêutica



Alliance Unichem e Boots formam novo grupo internacional

A Alliance Unichem e a Boots acabam de fundir as respectivas unidades de negócio, dando origem a um novo grupo internacional na área da saúde, que se pretende posicionar como líder europeu no sector da distribuição farmacêutica.

Aliás, o novo grupo assume uma forte componente farmacêutica, surgindo como uma sólida plataforma para a expansão internacional através das redes de distribuição grossista e de farmácia. Juntando competências e activos das empresas-mãe, a Alliance Boots passa a operar em 15 países, através de cerca de três mil pontos de venda ao público e uma rede de distribuição com cerca de 380 armazéns, servindo mais de 125 mil clientes.

Esta fusão envolve de uma forma directa os farmacêuticos portugueses, na medida em que uma parte do capital da filial portuguesa da Alliance Unichem é detida pela Associação Nacional das Farmácias. Todavia, o novo grupo já reafirmou o seu compromisso para com os farmacêuticos, considerando estarem reunidas condições para o reforço da defesa dos seus interesses, bem como dos utentes das farmácias portuguesas.

Ao anunciar a fusão, o director executivo da Alliance Boots, Richard Baker, considerou que a estratégia de unir a Alliance e a Boots permitirá “melhorar a oferta, tanto aos clientes da distribuição grossista, como aos clientes das farmácias e outros pontos de venda”.

Reconhecendo que os resultados da operação só serão visíveis a prazo, Richard Baker deixou uma mensagem optimista aos accionistas e a todos os que estão envolvidos no negócio: “dispomos de bases sólidas para o nosso sucesso futuro e estamos determinados a demonstrar os benefícios desta operação aos nossos accionistas durante os próximos anos.”

PROPRIEDADE



Associação Nacional das Farmácias

DIRECTOR

DR. FRANCISCO GUERREIRO GOMES

SUB-DIRECTORES

DR. LUIS MATIAS
DR. NUNO VASCO LOPES

COORDENADORA DO PROJECTO

DR.ª MARIA JOÃO TOSCANO

COORDENADORA REDACTORIAL

DR.ª ROSÁRIO LOURENÇO
Email: rosario.lourenco@anf.pt

Telef. 21 340 06 50

PRODUÇÃO



Edifício Lisboa Oriente
Av. Infante D. Henrique, 333 H, escritório 49
1800-282 Lisboa
Telef. 21 850 81 10 - Fax 21 853 04 26
Email: farmaciaportuguesa@lpmcom.pt

DIRECTOR DE PUBLICIDADE

NUNO MIGUEL DUARTE
nunoduarte@lpmcom.pt
Tel.: 21 850 31 00 - 96 214 93 40 - Fax: 21 853 33 08

ASSINATURAS

1 Ano (12 edições) - 50,00 euros
Estudantes de Farmácia - 27,50 euros
Contacto: Margarida Lopes
Telef.: 21 340 06 50 • Fax: 21 340 07 59
Email: margarida.lopes@anf.pt

POWERED BY

Boston Media

IMPRESSÃO E ACABAMENTO

RPO - Produção Gráfica, Lda.

Depósito Legal n.º 3278/83

Periodicidade: Bimestral
Tiragem: 5 000 exemplares

DISTRIBUIÇÃO



FARMÁCIA PORTUGUESA é uma publicação
da Associação Nacional das Farmácias
Rua Marechal Saldanha, 1
1249-069 Lisboa

www.anf.pt



Eleições

As próximas eleições merecem um lugar de destaque nas páginas desta revista. Não é comum, entre nós, os organismos associativos (e temos muitos) ao marcarem as eleições para os seus corpos directivos, apresentarem mais do que uma lista candidata. Estou a pensar, como calculam, nas cooperativas, para além da ANF e até mesmo do Monaf, nos sindicatos e na Ordem dos Farmacêuticos. Neste aspecto devemos destacar esta última que, recentemente, pelo menos por duas vezes fugiu ao fatalismo da lista única provocando debates. António Enes e Carlos Silveira e, em 1994, João Silveira e Clara Carneiro chefiaram listas que se opuseram, atrevo-me a classificar, entusiasticamente.

No panorama associativo cabe agora à Associação Nacional das Farmácias atravessar um período eleitoral de debate. Por vários motivos a estrutura associativa dos proprietários de farmácia está habituada a partilhar os seus debates com órgãos cuja existência é pouco comum nesse panorama, a Assembleia de Delegados e o Conselho Nacional que, sendo democráticos porque eleitos, funcionam como órgãos intermédios e representativos dos associados antecipando as funções duma Assembleia Geral.

A revista quis reunir as peças que considera essenciais para ajudar cada associado a integrar-se neste período com toda a atenção e desejo de esclarecimento sendo-lhe assim fácil votar no final de Setembro.

Endereço daqui os melhores votos, aos candidatos e aos eleitores, que desempenhem o seu papel com o entusiasmo e competência que a ANF merece. ■

Francisco Guerreiro Gomes

Duas listas concorrem em **eleições antecipadas**

Associados
escolhem órgãos sociais da ANF



As eleições foram agendadas para o próximo dia 30 de Setembro a pedido da actual direcção, na sequência da assinatura do Compromisso com a Saúde.

A 3 de Junho último, reuniu-se em Lisboa com carácter extraordinário a Assembleia Geral de Associados da ANF, por convocatória solicitada pela direcção da associação, na sequência da assinatura com o Governo do Compromisso com a Saúde. Foi na sequência deste compromisso que a actual direcção da ANF, liderada por João Cordeiro, avançou com um pedido de realização de eleições antecipadas. Endereçado, conforme os regulamentos, à Mesa da Assembleia Geral, o pedido foi aceite e o acto eleitoral agendado para 30 de Setembro. Os associados escolherão então a Direcção, a Mesa da Assembleia Geral e o Conselho Disciplinar da Associação.

Todos os requisitos foram cumpridos para que as eleições decorram com toda a normalidade e legalidade. A começar pela afixação do caderno eleitoral, na sede e nas delegações regionais da ANF, de modo a que os associados pudessem reclamar de eventuais irregularidades. Seguiu-se a apresentação das candidaturas propriamente ditas, tendo sido recebidas pela Mesa da Assembleia Ge-

ambas as listas foram facultados os contactos das farmácias constantes do caderno eleitoral, por forma a que pudessem desenvolver as suas acções de campanha junto dos associados. Com o mesmo efeito, cada lista tem à sua disposição, na sede da ANF, espaços adequados para os contactos com os eleitores. Com as eleições marcadas para 30 de Setembro, cada lista deu, entretanto, início às respectivas acções de sensibilização dos associados, estando previstas reuniões descentralizadas pelo país. Assim, a Lista A, liderada por João Ferro Baptista, tem previsto promover o seu programa em encontros com associados em Portimão, Faro, Santarém, Chaves, Coimbra, Porto, Leiria, Viseu, Beja, Castelo Branco, Lisboa, Viana do Castelo, Covilhã, Vila Real, Évora, Setúbal, Aveiro, Braga e Portalegre.

O diálogo sobre as propostas da Lista B, encimada por João Cordeiro, irá decorrer em sessões previstas para o período de 12 a 25 de Setembro, a começar por Lisboa e a prosseguir pelo Funchal, S. Miguel, Terceira, Coimbra, Porto, Viana do Castelo, Braga, Santarém, Leiria, Setúbal,

Com as eleições marcadas para 30 de Setembro, cada lista deu entretanto início às respectivas acções de sensibilização dos associados, estando previstas reuniões descentralizadas pelo país.



ral – responsável pela coordenação de todo este processo – duas listas: a Lista A, liderada por João Arménio de Carvalho Ferro Baptista, da Farmácia Casal de Cambra (Casal de Cambra), e a Lista B, protagonizada por João Carlos Lombo da Silva Cordeiro, da Farmácia das Fontainhas (Cascais), e actual presidente da direcção da ANF.

Para presidir à Mesa da Assembleia Geral, a Lista A propõe José Maria da Costa Almeida (Farmácia Ferreira, de Vila Nova de Gaia), enquanto pela Lista B se recandidata David Dias da Hora Branco (Farmácia Gramaxo, Moreira). Quanto à presidência do Conselho Disciplinar, pela lista A candidata-se Rui Fernandes Falcão (Farmácia Falcão, Mora) e pela lista B, recandidata-se José Joaquim Roque Diamantino (Farmácia Diamantino, Fundão). Ambas as listas foram entregues na sede nacional da ANF a 14 de Agosto, o último dia do prazo definido pelo regulamento eleitoral, tendo a respectiva identificação – por letras (A e B) – sido determinada por sorteio. A

Viseu, Aveiro, Castelo Branco, Guarda, Mirandela, Vila Real, Portalegre, Évora, Beja e Faro, sendo que em Lisboa se realizarão três encontros e no Porto outros tantos.

Paralelamente, a Mesa da Assembleia Geral enviará, a 15 de Setembro, os boletins de voto aos associados, uma vez que, além da votação presencial na sede e nas delegações, está previsto o voto por correspondência. Neste caso, os sobrescritos deverão ter carimbo postal igual ou anterior a 30 de Setembro.

Quanto à votação presencial, decorrerá na sede da ANF, em Lisboa, e nas delegações do Porto e de Coimbra, das 10h às 19h. Uma vez expirado este período, as mesas de voto procederão de imediato ao apuramento dos resultados, naturalmente provisórios e a aguardar os votos por correspondência, cuja contagem acontecerá a 7 de Outubro. Depois de apreciados eventuais recursos sobre as reclamações e os protestos, proceder-se-á ao apuramento definitivo dos resultados deste acto eleitoral. Só então se conhecerão oficialmente os novos órgãos sociais da ANF. ■

Direcção

Lista A



Presidente

João Arménio
de Carvalho
Ferro Baptista

Farmácia Casal
de Cambra
Casal de Cambra



Vice-presidente

Emílio Carlos
Vaz de Moura

Farmácia Martins
Lisboa



Vice-presidente

Dina Maria
Morgado
Ferreira Jorge

Farmácia Ferreira
Jorge Garcia



Vice-presidente

António João
de Carvalho
Pinto

Farmácia Carvalho
Pinto, Galveias



Vogal

Joana Emilia
Baptista Van
Zeller Abreu
Matos

Farmácia Zeller
Queluz



Vogal

Maria Joana
Pereira
Casimiro

Farmácia Curie
Lisboa



Vogal

António Carlos
de Almeida
Pereira Chaves

Farmácia Barros
Gouveia, Lisboa



Vogal

António Lopes
Vieira

Farmácia Central
Campolide, Lisboa



Vogal

Ricardo Manuel
da Silva
Fernandes

Farmácia Miguel
Bombarral



Vogal Suplente

José Alberto
Marques
da Rocha

Farmácia Marques
Baguim do Monte



Vogal Suplente

Maria do Céu
Silva Franco
Fernandes

Farmácia Lux
Elvas

Eleições ANF

Mesa da Assembleia Geral

Lista A



Presidente

José Maria
da Costa
AlmeidaFarmácia Ferreira
Vila Nova de Gaia

Vice-presidente

Maria Orlanda
Sá Pereira
PintoFarmácia Girassol
Amadora

Secretário

Maria Luísa
Lobo
GraçaFarmácia Dinis
Porto

Secretário

Eduardo José
Mendes Delgado
PintoFarmácia Pinto
Loulé

Conselho Disciplinar



Presidente

Rui
Fernandes
FalcãoFarmácia Falcão
Mora

Secretário

Maria Paula
Matos
de BastosFarmácia Matos
Ouca

Vogal

Elsa Maria
de Lima
CoutinhoFarmácia Lima
Coutinho, Gueifães

Vogal

Maria Brigida
Costa
de ArezFarmácia Neves
Lagos

Vogal

Helder Cabrita
Moniz
dos SantosFarmácia Central
de Pavia, Pavia

Vogal Suplente

Maria Paula
Serra SilvaFarmácia Palma
Beja

Vogal Suplente

Elizabeth
Couto Neves
de GonçalvesFarmácia do Amial
Porto

Vogal Suplente

Maria Manuela
Serra Rodrigues
Monteiro RochaFarmácia Rodrigues Rocha
Vila Nova de Gaia

Direcção

Lista B



Presidente

João Carlos
Lombo
da Silva Cordeiro

Farmácia das Fontainhas
Cascais



Vice-Presidente

Maria da Luz
Torgão Romão
Sequeira

Farmácia da Luz
Lisboa



Vice-Presidente

João Gonçalves
da Silveira

Farmácia Suissa
Estoril



Vice-Presidente

Vítor Manuel
Lopes
Segurado

Farmácia Nova
Setúbal



Vogal

Luís Carlos
Alves
Rodrigues Matias

Farmácia Veritas
Oeiras



Vogal

Maria Margarida
Nave Nunes
Maldonado
Freitas

Farmácia Maldonado
Caldas da Rainha



Vogal

Nuno Vasco
Rodrigues Viegas
Vieira Lopes

Farmácia Nova
Venda Nova, Amadora



Vogal

Orlando
Cordeiro
da Silva

Farmácia Dias e Brito
Amadora



Vogal

Rui Manuel
Assoreira
Raposo

Farmácia Raposo
Miraflores



Vogal Suplente

Ema Isabel
Gouveia Martins
Paulino

Farmácia Nuno Álvares
Almada



Vogal Suplente

Ana Catarina
Carpalhoso
Ferreira Fonseca

Farmácia Normal
de Lisboa, Lisboa

Mesa da Assembleia Geral

Lista B



Presidente

David Dias da
Hora
BrancoFarmácia Gramaxo
Moreira

Vice-Presidente

José Gilberto
Machado
PereiraFarmácia Dias Machado
Guimarães

Secretário

Francisco João
de Matos
FerreiraFarmácia Ferreira Pilar
Barreiro

Secretária

Maria de Jesus
Faria Pita
da CostaFarmácia do Salgueiral
Creixomil, Guimarães

Conselho Disciplinar



Presidente

José Joaquim
Roque
DiamantinoFarmácia Diamantino
Fundão

Secretário

Maria Assunção
de Matos Pinto
NápolesFarmácia da Maia
Águas Santas, Maia

Vogal

José Manuel
de Almeida
SousaFarmácia Almeida
Sousa, Maiorca

Vogal

Maria Helena
da Silva C. Neves
Correia AmadoFarmácia Luciano
& Matos, Coimbra

Vogal

Rui
Novo
da SilvaFarmácia Leão
Sesimbra

Vogal Suplente

José Jacinto
Freitas
PereiraFarmácia S. Torcato
S. Torcato

Vogal Suplente

Sandra Marina
Perrolas de
Oliveira e SilvaFarmácia Garcia
Figueira da Foz

Vogal Suplente

Ana Catarina
Videira
PiresFarmácia Unifa
Lisboa

Locais onde decorrerão encontros com os associados

Lista A

Portimão	Lisboa
Faro	Viana do Castelo
Santarém	Covilhã
Chaves	Vila Real
Coimbra	Évora
Porto	Setúbal
Leiria	Aveiro
Viseu	Braga
Beja	Portalegre
Castelo Branco	

Eleições ANF

Lista B

Lisboa - 12 de Setembro, 20h30	Viseu - 21 de Setembro, 15h00
Funchal - 13 de Setembro, 15h00	Aveiro - 21 de Setembro, 20h30
Ponta Delgada - 14 de Setembro, 15h00	Porto - 21 de Setembro, 15h00
Angra do Heroísmo - 15 de Setembro, 11h00	Porto - 21 de Setembro, 20h30
Coimbra - 16 de Setembro, 15h00	Castelo Branco - 21 de Setembro, 15h00
Porto - 16 de Setembro, 20h30	Guarda - 21 de Setembro, 20h30
Viana do Castelo - 18 de Setembro, 15h00	Mirandela - 22 de Setembro, 15h00
Braga - 18 de Setembro, 20h30	Vila Real - 22 de Setembro, 20h30
Santarém - 18 de Setembro, 15h00	Portalegre - 22 de Setembro, 20h30
Leiria - 18 de Setembro, 20h30	Évora - 22 de Setembro, 15h00
Lisboa - 18 de Setembro, 15h00	Beja - 25 de Setembro, 15h00
Lisboa - 18 de Setembro, 20h30	Vilamoura - 25 de Setembro, 20h30
Setúbal - 19 de Setembro, 20h30	



Associação Nacional das **Farmácias**

Porque a Farmácia Portuguesa é o órgão institucional da ANF, destinando-se a todos os associados, decidiu a direcção da revista, a propósito do próximo acto eleitoral, convidar cada uma das listas a expor as principais linhas orientadoras com que se apresenta ao escrutínio dos colegas.

Assim, os responsáveis por ambas as candidaturas foram convidados, por

escrito, a elaborar um artigo sobre os respectivos programas eleitorais. O objectivo que presidiu a este convite visou proporcionar aos associados informação que lhes permita uma tomada de decisão esclarecida sobre o sentido de voto do próximo dia 30 de Setembro, sendo que os textos que se seguem são da autoria e responsabilidade de cada uma das listas.



JOSÉ DE MELLO · SAÚDE

PRÉMIO AMÉLIA DA SILVA DE MELLO PARA AS CIÊNCIAS DA SAÚDE

50.000 EUROS



A José de Mello Saúde, com o fim de contribuir para a investigação na área da Saúde, conferiu o Prémio Amélia da Silva de Mello para as Ciências da Saúde a

Doutora Mafalda Bourbon
pelo seu trabalho

"Familiar Hypercholesterolaemia in Portugal"
e pela sua dedicação e níveis de excelência em investigação na área das Ciências da Saúde.

JOSÉ DE MELLO SAÚDE, S.G.P.S., S.A.

Avenida do Forte, n.º 3 – Edifício Suécia III – Piso 2 • 2790-073 Carnaxide

Tel: (351) 21 00 25 100 • Fax: (351) 21 00 25 108

www.josedemellosaude.pt

Este texto é da exclusiva responsabilidade da **LISTA A**



A Lista A foi contactada pela Farmácia Portuguesa através do seu ilustre Director, Dr. Guerreiro Gomes, a fim de nos disponibilizar espaço para: a composição da lista (nomes e fotos), os locais em que promoveremos encontros de apresentação das nossas ideias/propostas, do nosso itinerário, e por fim, do programa eleitoral.

Ora, a nossa política tem sido a de sempre informar directamente e individualmente os colegas antes de recorrer a qualquer outro meio, e à data do pedido do Sr. Director estamos a ultimar o programa eleitoral.

Temos sido coerentes nas nossas posições e todos quantos já tiveram oportunidade de conhecer as nossas ideias, ter-se-ão já dado conta que há um conjunto de pontos que sempre focámos, e uma linha por onde seguimos. Ora, não será difícil pois conhecer o nosso programa...

Quanto ao espaço que gentilmente nos foi cedido, resolvemos aproveitá-lo da seguinte forma: Divulgar a composição da nossa Lista, os locais dos nossos encontros e lançar de novo um mesmo desafio à Direcção: que responda às 50 perguntas constantes da Carta Aberta à Direcção da ANF. Afinal, julgamos que seria deveras importante este esclarecimento. Mais lembramos que o Senhor Presidente da Direcção declarou (sob forma de promessa) que todas as dúvidas dos associados serão esclarecidas até à data das eleições. Pois aqui seguem as MESMAS cinquenta.

Se lhes for de todo impossível encontrar respostas, pois que se deixem os espaços em branco. Será igualmente significativo dado que representa a distância que a Direcção sempre quis entre si mesma e os Associados.

Poderão alguns argumentar: mas a Lista A não deu tempo à Direcção para que responda. Responderemos: As 50 perguntas já foram apresentadas à Direcção há mais de um mês! Como podem pensar em não encontrar respostas para esclarecer os Associados?

■ Questões prévias

- 1) Quanto pagam as farmácias de **Quota Variável**?
Ao associado: Quanto paga a sua farmácia?
- 2) Porque razão não há nenhum passo dado, nem sequer previsto, no sentido de **reduzir o valor da Quota Variável**? Que circunstâncias especiais levariam a actual Direcção a reduzir este seu rendimento?
- 3) Se as **empresas da ANF** (Consiste por ex.) são tão prósperas, porque não se fazem reverter esses rendimentos a favor dos Associados reduzindo-lhes a sua contribuição mensal – **Quota Variável**?
- 4) Pode considerar-se que por cada **farmácia que abandona a ANF** as que continuam vêm a sua posição reforçada em termos patrimoniais? E assim, quantos mais saírem, **mais aproveitam os que ficam**?
- 5) Apesar da designação, a ANF é uma **Associação** ou uma **Empresa**?

■ ANF - Organização e Solidariedade Profissional

Julgamos que a estrutura que os Estatutos determinam, assim como todo o **trabalho** durante muitos anos desenvolvido pelas sucessivas Direcções, são **marcas de qualidade** da ANF, no entanto, tudo quanto se passou **desde há cerca de um ano** coloca-nos em clara **divergência com a actual política** da Direcção.

- 6) Como se justifica que só agora, ao fim de quase 30 anos,

se tenha feito um **Regulamento Eleitoral**? E o que agora há, porque apresenta tantas dificuldades a quem se queira candidatar, nomeadamente no que respeita a prazos? Será que a Direcção da ANF pretende dificultar a apresentação de outras listas? Ou a ANF ainda não está preparada para eleições com mais de uma lista?

- 7) Como justificar a recente aprovação de um **Regulamento Interno** onde o direito inalienável dos Associados à informação está claramente limitado?
- 8) O que é para a Direcção um pedido *excessivo* ou *impertinente*?
- 9) Como se justifica, que os **Delegados** sejam meros porta-vozes das posições da Direcção junto dos Associados? Porque não é promovido o contrário, conforme determinam os Estatutos (art. 95, alínea b)?
- 10) **As contas de 2005** estavam *Não Conformes*, tal como ficou provado na Assembleia-geral respectiva, e daí ter sido apresentada uma proposta para a sua não aprovação; foram já sanadas as **inconformidades**? Ou bastou a sua aprovação para que o assunto fosse **arquivado apesar de tudo**?
- 11) Quando serão divulgadas aos Associados **as contas consolidadas** (ANF e empresas)?
- 12) **A Formação Profissional** devia fazer parte da área da Solidariedade Profissional; mas... **é uma linha de negócio**? Quais os resultados financeiros desta actividade?
- 13) **A Casa do Farmacêutico** não devia ser um projecto já concluído há muito? O que significa estar – ao fim de tantos anos – a *“dar os primeiros passos na elaboração dos projectos”* (informação ANF-2005)?
- 14) A opção que **atrasa** ou **anula** a Casa do Farmacêutico, no entendimento da Direcção, é o **reencaminhamento dos Associados para a José de Mello Residências e Serviços (Domusclub/Domusvida/Domuscare)**?
- 15) Porque razão não temos já, um **BOM seguro de saúde**? Algo o impede? Entenderão como suficientes os descontos (quase ridículos...) nos Hospitais/Clinicas da José de Mello Saúde?

■ ANF e o “Compromisso com a Saúde”

Trata-se de um documento que vem modificar claramente os nossos direitos e deveres enquanto profissionais de farmácia. Há que analisar devidamente o “Compromisso” a fim de estarmos preparados. Trata-se de mudanças que poderão mesmo vir a prejudicar muitos de nós. Também há que compreender quem estará ou não em posição de aproveitar os desafios que se permitem. Se a assinatura do documento é algo já realizado e assumido, as mudanças previstas estão ainda longe de se notar...

- 16) A ratificação do “**Compromisso com a Saúde**” *a posteriori* em Assembleia geral (87%), teria tido certamente um resultado diferente, se os Associados tivessem tido oportunidade de se pronunciar antes da assinatura; a Direcção, nomeadamente o Presidente, tinha consciência disso? Então, porque assinou?
- 17) Será que a batalha que foi travada contra as **farmácias sociais** (no Governo do Dr. Ferro Rodrigues) tem alguma relação com o “**Compromisso**” agora assinado?
- 18) Quais as **vantagens** que resultam do “Compromisso” para as **farmácias pequenas**? (São 80% e só têm 20% do mercado).
- 19) Grande parte das 87% de farmácias que ratificaram o “Compromisso” não fez com certeza contas ao que se passará no seu caso concreto...
 - a) **50% do quadro de pessoal farmacêutico**;
 - b) **perda de receituário para as farmácias hospitalares**;
 - c) **guerra de descontos**;
 - d) **guerra da publicidade**;
 - e) **40 horas anuais de formação para todo o pessoal da farmácia**;
 - f) **aumento de horas extraordinárias com o alargamento do horário**.

A ANF, que conhece a realidade económica do sector, já fez as contas? Porque não as divulgam?

Ao associado: Quanto custará à sua farmácia?

■ Fundo Imobiliário

O nosso património enquanto Associados é um assunto de ►

importância significativa. O Fundo Imobiliário vem criar uma visão completamente nova sobre os imóveis da ANF. Constitui-se um mecanismo que acaba por nos retirar a todos o que é/era nosso património. Os objectivos da Direcção nesta matéria serão tão evidentes quanto perturbadores a quem se prestar a uma análise mais cuidada deste assunto.

20) Porque **não se distribuem as participações** pelos Associados?

21) Como se justifica o facto de se pretender vender participações, aos já legítimos proprietários do património que constitui o Fundo Imobiliário? **Porque se quer vender aos Associados o que já é seu?**

22) Porque não se faz **reverter o rendimento** do Fundo a favor de todos os Associados, **diminuindo a Quota Variável?**

23) Então, qual o **destino** para os milhões de euros de encaixe financeiro previsto com a operação de venda das UP's (Unidades de Participação)?

24) Porque **não puderam as farmácias comprar UP's** na **subscrição inicial a €1.000 cada?** Porque a ANF pretende ter **mais-valias** à custa de uma possível OPV (quem dá mais) no futuro?

25) A **rentabilidade/valorização do Fundo Imobiliário** resulta das **rendas** dos imóveis (€1.949.220,00 no 1º ano) que são suportadas por todos os Associados? Ou será através da **aproximação progressiva do valor contabilístico dos imóveis ao seu valor real?** Ou dos dois factores conjugados?

26) Qual a razão para que a “**Quinta das Janelas**” em Óbidos, ao contrário do esperado, não tenha sido transferida para o Fundo Imobiliário?

■ ANF Empresas

A reorganização empresarial, em curso, tem vindo a transformar a ANF num grupo de empresas que, cada vez mais, têm uma relação comercial com os Associados sem que lhes preste contas.

Acreditamos que uma gestão transparente passa sempre pela clareza de números e estratégias.

Não faz sentido termos ideia de que as empresas funcionam muito bem e depois entendermos que elas não nos facilitam a vida, por exemplo diminuindo-nos o valor da Quota Variável ou praticando preços mais justos... Onde acabará esta “reor-

ganização”? Numa organização que se autonomize da ANF, levando-lhe o que nos levou anos e milhões para pôr de pé?

27) A reorganização empresarial, em curso, que culminará numa **grande SGPS**, terá como último objectivo a sua **cotação em bolsa?**

28) **Quem poderá comprar as acções?** Qualquer pessoa ou entidade, ao melhor preço? **Então... e os farmacêuticos?**

29) Como explicar os **preços** excessivamente elevados que são praticados pela empresa **Consiste** aos seus **proprietários farmacêuticos**? São estes considerados meros **clientes** como quaisquer outros?

30) Os **proprietários** da **Consiste** **financiam** ou **beneficiam** com as outras actividades da empresa?

31) Quais as empresas participadas/detidas pelo **Grupo Consiste?**

32) A ANF **compra à Consiste os dados** que esta recolhe nas farmácias? Quem mais compra estes dados fornecidos **gratuitamente** pelos Associados?

33) Porque **não recebem** as farmácias, que cedem informação, qualquer **contrapartida** por esse facto? Afinal são elas que **ainda têm de pagar** a manutenção do router (oferecido pelo IMS?) que recolhe todas as informações?

34) A **formação** dada na **Consiste** é **subsidiada** por Fundos Comunitários? Se sim, não deveria ser um pouco mais “**barata**”?

35) O negócio de aquisição de 49% da AU (Alliance Uni-Chem) afirma-se como uma decisão estratégica. **Qual é a estratégia?** Dar suporte a uma **Cadeia de Farmácias?**

36) A Direcção é a favor ou contra a criação de Cadeias de Farmácias no seio da ANF? Em concorrência directa com os outros Associados que delas não façam parte?

37) Estará a Direcção a preparar-se para um **franchising** das farmácias Associadas?

38) Tendo adquirido parte da AU com o pressuposto de que esta empresa detém o **know-how em Cadeias de Farmácias**, como justificar agora a sua aquisição?

É só por si suficientemente rentável para justificar o investimento, não sendo criada nenhuma Cadeias de Farmácias?

39) **Como vão ser pagos os 49 milhões** de euros envolvidos na transacção? Como se pagará o empréstimo contraído para o efeito? Será necessário aumentar o valor da Quota Variável?

40) Afirma-se que por esta via a classe farmacêutica passou a deter 60% da quota de mercado da distribuição – a **AdC (Autoridade da Concorrência)** por isto mesmo põe em causa a operação podendo-a aprovar, aprovar com condições ou rejeitar. Foi ponderada a hipótese de **rejeição**? Nesse caso, quais as consequências para a ANF?

41) Qual a razão de ser da interposição de **três providências cautelares** pela ANF, para evitar a avaliação da operação por parte da AdC?

42) Eram conhecidos os riscos de poder pagar **uma multa**, cujo valor pode ser extremamente elevado (milhões de euros), pelo prazo decorrido entre a aquisição e a comunicação (tardia) à AdC?

43) Uma das razões para as alterações à legislação proposta pela AdC, decorre, entre outras causas, da **participação maioritária na Alliance UniChem**, da ANF e da José de Mello (ponto 59 do Projecto de Recomendação da AdC). Como explicam a **responsabilidade** de serem uma das causas para as alterações entretanto verificadas (**Compromisso com a Saúde**)?

44) Quais os estudos económicos realizados para dar cobertura à criação de uma **Cadeia de Farmácias na Polónia** em parceria com a Jerónimo Martins? Quanto custa à ANF esta Operação?

45) Com esta iniciativa não se põe em causa a **idoneidade moral** necessária para, em Portugal, defender o Medicamento só na Farmácia? E a Farmácia só para o Farmacêutico?

46) Que **vantagens** práticas tiram os farmacêuticos portugueses desta **aventura**? Que relação há entre a **ANF e os farmacêuticos polacos**?

■ Quota Variável

A quota variável hoje em vigor, foi criada em 1977 para pagamento dos serviços de facturação (0,5%), e actualizada

para 1,5% em 1990, com pressupostos todos eles já ultrapassados, a saber:

- a) *O reforço do laboratório de Controlo de Qualidade;*
- b) *Protocolo com as faculdades do Porto e Coimbra para controlo de resíduos nos alimentos;*
- c) *Medicamentos de uso veterinário;*
- d) *Investimento em acções de prestígio do sector;*
- e) *Investimentos importantes na área do medicamento genérico;*
- f) *Constituição da Caixa Económica anexa ao Monaf;*
- g) *Elaborar uma estrutura com capacidade de intervenção nos centros de decisão de Bruxelas com consultoria apropriada.*

Em Novembro de 2005, no Hotel Altis - Lisboa, foi afirmado pelo Dr. João Silveira, vice-presidente da ANF, que o montante da Quota Variável era aplicado como se segue:

- a) **0,75%** são consumidos pelos serviços da estrutura associativa, e;
- b) **0,75% são para investimento e intervenção nos centros de decisão.**

Assim sendo, pergunta-se:

47) Justifica-se continuar a intervir nos centros de decisão? Com que **orçamento**? De que **forma**? Quais os **resultados** a obter?

48) Com as dificuldades que se avizinham para as farmácias não seria aconselhável reduzir a **Quota Variável a 0,75%**? Qual o real **fundamento** para o seu actual valor?

49) **Comigo o 1,5% não baixará!** – Disse o Presidente da ANF em Junho de 2006. Trata-se de uma promessa? Podemos supor que se compromete a aumentar esse valor?

50) É reconhecida ao Presidente da ANF a sua grande capacidade de previsão e antecipação; pois bem... para **quando** e para **quanto aumentará a quota variável**, caso vença as eleições? ■

Este texto é da exclusiva responsabilidade da **LISTA B**



■ A actual Direcção decidiu promover a realização de eleições antecipadas, que decorrerão no próximo dia 30 de Setembro.

Os associados não reclamaram essa antecipação e muitos foram, até, os que se manifestaram contra ela.

Porém, a decisão foi adequada, em face da assinatura do Compromisso com a Saúde, para promover um debate sobre o seu conteúdo e reforçar a legitimidade representativa daqueles que tiverem a difícil e complexa tarefa de participar na implementação das medidas previstas nesse Compromisso.

A importância dos temas justifica um amplo debate entre os associados sobre eventuais soluções alternativas à política associativa actual, a sua aplicação prática e as equipas que se propõem implementá-las.

O Compromisso não compromete apenas o sector das farmácias.

Compromete, também, e no mesmo grau, o Governo.

É um documento que deve ser visto na sua integralidade e valorizado pelos farmacêuticos como a linha de rumo governamental para o sector das farmácias nos próximos anos.

O Compromisso acaba com dúvidas e incertezas.

Define políticas.

É preciso que a ANF tenha força associativa suficiente para o fazer cumprir.

■ Não há farmácias fortes com uma associação fraca.

É este princípio que inspira o lema da nossa candidatura: **uma associação forte, uma farmácia independente.**

A política associativa dos últimos trinta anos contribuiu decisivamente para a melhoria da situação profissional e económico-financeira das farmácias.

Foi uma política associativa forte, sempre apoiada pelos associados e respeitada pelo poder político.

Não há alternativa válida a esta política associativa.

Enfraquecer a associação é enfraquecer as farmácias.

É isso o que desejam os nossos adversários.

Fortalecer a associação é fortalecer as farmácias.

Só uma farmácia forte pode ser uma farmácia independente.



www.candidaturajoaocordeiro.com

Uma Associação Forte, uma Farmácia Independente.

■ **Por estas razões, a política associativa da ANF deverá ser de continuidade e não de ruptura, sem prejuízo das mudanças necessárias, ditadas pela alteração das circunstâncias.**

A nossa lista é constituída maioritariamente por membros dos corpos sociais actualmente em funções, defendendo, por isso mesmo, uma linha de continuidade programática, adaptada à nova realidade política, económica e social do País.

Os últimos 30 anos de vida associativa foram de trabalho intenso, programado, metódico e determinado, com o objectivo de podermos dispor hoje de instrumentos suficientes para responder de forma positiva a qualquer enquadramento legislativo que venha a ser definido para o sector.

Ganhámos neste percurso longo e difícil a credibilidade da população.

Mas devemos ter em atenção que é mais fácil perdê-la do que ganhá-la.

Bastará um passo em falso, que os nossos adversários esperam ansiosamente há muito tempo. ►

O nosso objectivo estratégico é continuar a construção de um projecto que permita ao sector de farmácias desenvolver-se profissional e economicamente, ainda que as condições lhe sejam desfavoráveis.

No último ano e meio, atravessámos grandes dificuldades, que só uma estrutura associativa forte como a nossa poderia ser capaz de ultrapassar.

O nosso objectivo estratégico é continuar a construção de um projecto que permita ao sector de farmácias desenvolver-se profissional e economicamente, ainda que as condições lhe sejam desfavoráveis.

■ **Pretendemos melhorar o que foi feito no passado, e foi muito, mas pretendemos também alargar a nossa área de intervenção a novos domínios.**

Queremos construir instrumentos financeiros que nos permitam garantir maior independência em relação ao poder económico. Queremos prestar mais e melhores serviços aos associados.

Queremos criar condições para que as farmácias continuem a modernizar-se.

Queremos contribuir para melhorar a acessibilidade ao medicamento.

No final do próximo mandato, queremos que o sector esteja mais forte, melhor organizado, mais unido e mais confiante no futuro.

Queremos continuar a ser um lóbi cada vez mais poderoso ao serviço dos farmacêuticos.

■ **Confiamos no País.**

Reconhecemos a legitimidade do poder político, democraticamente eleito, para promover a evolução legislativa que

considerar mais adequada aos interesses do País.

Gostamos de trabalhar com um poder forte e reformador.

Mas não nos intimidaremos perante decisões prepotentes, nem nos calaremos com decisões persecutórias que visem apenas agressões gratuitas ao sector.

Entram diariamente nas nossas farmácias 400.000 portugueses, que conhecem o nosso profissionalismo, a nossa competência, o nosso empenhamento e a nossa disponibilidade para servir.

Temos a enorme responsabilidade de aprofundar esta relação de proximidade e confiança com a população.

Acreditamos na nossa unidade e temos muita confiança no futuro das farmácias.

As próximas eleições devem constituir uma oportunidade de debate franco e responsável sobre os nossos problemas colectivos.

Consideramos muito positivo o aparecimento de uma lista alternativa, o que acontece pela primeira vez.

É um sinal de vitalidade associativa e de que estamos disponíveis a assumir responsabilidades e a aceitar as decisões da maioria.

Fazemos, por isso, um apelo a todos os associados para que participem nas próximas eleições, votando livremente nos candidatos que considerarem em melhor posição para defender os nossos interesses colectivos.

A participação de todos no acto eleitoral reforçará a legitimidade daqueles que forem eleitos, conferindo-lhes melhores condições para protagonizarem a defesa das farmácias. ■

Reuniões com Associados

Cidade	Dia	Hora	Local
Lisboa	12 Setembro (Terça-feira)	20h30	Auditório da ANF
	18 Setembro (Segunda-feira)	15h00	Auditório da União dos Farmacêuticos
	18 Setembro (Segunda-feira)	20h30	Auditório da Codifar
Funchal	13 Setembro (Quarta-feira)	15h00	The Cliff Bay Resort Hotel – Sala Navegadores
Ponta Delgada	14 Setembro (Quinta-feira)	15h00	Hotel Vila Nova
Angra do Heroísmo	15 Setembro (Sexta-feira)	11h00	Câmara do Comércio de Angra do Heroísmo
Coimbra	16 Setembro (Sábado)	15h00	Auditório da Farbeira
Porto	16 Setembro (Sábado)	20h30	Fundação Cupertino Miranda
	21 Setembro (Quinta-feira)	15h00	Auditório da Cooprofar
	21 Setembro (Quinta-feira)	20h30	Auditório da Cofanor
Viana do Castelo	18 Setembro (Segunda-feira)	15h00	Hotel Viana Sol
Santarém	18 Setembro (Segunda-feira)	15h00	Corinthia Santarém Hotel
Braga	18 Setembro (Segunda-feira)	20h30	Hotel Turismo Braga – Sala Minho
Leiria	18 Setembro (Segunda-feira)	20h30	Associação Empresarial de Leiria
Setúbal	19 Setembro (Terça-feira)	20h30	Associação Comércio e Serviços do Distrito de Setúbal
Viseu	21 Setembro (Quinta-feira)	15h00	Escola Secundária Emídio Navarro
Castelo Branco	21 Setembro (Quinta-feira)	15h00	Hotel Tryp Colina do Castelo
Aveiro	21 Setembro (Quinta-feira)	20h30	Hotel Imperial – Sala Santa Joana
Guarda	21 Setembro (Quinta-feira)	20h30	Hotel Lusitânia Parque
Mirandela	22 Setembro (Sexta-feira)	15h00	Grande Hotel D. Dinis
Évora	22 Setembro (Sexta-feira)	15h00	Hotel D. Fernando
Vila Real	22 Setembro (Sexta-feira)	20h30	Hotel Mira Corgo – Sala Pavunense
Portalegre	22 Setembro (Sexta-feira)	20h30	Centro das Artes – Auditório Pequeno
Beja	25 Setembro (Segunda-feira)	15h00	Beja Parque Hotel – Sala Torre
Vilamoura	25 Setembro (Segunda-feira)	20h30	Marinotel – Sala Gemini

www.candidaturajoacordeiro.com



Assembleia Geral de Associados da ANF

**Vencer os desafios,
construir o futuro**



Mesa da Assembleia Geral

Foi esta a tónica dominante na Assembleia Geral de Associados da ANF, a 3 de Junho último. Porque o sector está confrontado com um processo legislativo que lhe coloca novos desafios, exigindo um grande sentido de responsabilidade para continuar a defender os interesses superiores dos doentes. Esse é um futuro do qual as farmácias de oficina não se vão eximir, conforme ficou patente nas propostas aprovadas naquela que foi uma das reuniões mais participadas de sempre.

Desde que o actual governo tomou posse que o sector da farmácia de oficina tem vivido dias agitados por sucessivas ondas de anúncios políticos amplamente mediatizados e de decisões legislativas igualmente amplificadas. A última das marés fez-se sentir em finais de Maio, com o anúncio de novas medidas liberalizadoras, visando então a propriedade de farmácia. Um anúncio feito pelo primeiro-ministro no parlamento, num debate dedicado à política do medicamento em que deu igualmente a conhecer os contornos de um compromissos assinado com a direcção da ANF.

Foi neste contexto que se realizou, a 3 de Junho, a Assembleia Geral de Associados. Foi a clarificação desta situação que motivou a sua convocação, todavia tinha sido anteriormente solicitada uma assembleia geral por um grupo de associados que procurava esclarecimentos sobre o Imofarma, o Fundo de Investimento Imobiliária recentemente criado, tendo entendido a direcção da ANF introduzir esse tema na ordem de trabalhos.

Esta foi uma das assembleias gerais mais participadas de sempre, com 1106 associados presentes em representação de 1266 farmácias. Os números falam por si e demonstram que de facto o contexto profissional, político e legislativo justificava plenamente a convocatória. No cerne da reunião esteve, naturalmente, a decisão do governo de liberalizar a propriedade da farmácia, eliminando a reserva da propriedade a farmacêuticos. Do ponto de vista do sector, não foi certamente uma boa decisão. E do ponto de vista do país, também não. Não obstante, é uma decisão legítima e o que os associados discutiram não foi a sua legitimidade, mas sim os seus fundamentos e as suas consequências. Afinal, porquê liberalizar a propriedade num sector que funciona bem, com grande qualidade e a baixo custo. Porquê a liberalização num sector que tem estado sempre disponível para responder aos problemas de saúde da sociedade portuguesa e que o Estado, tantas vezes, se tem mostrado incapaz de resolver? Porquê mudar se os cidadãos, e particularmente os doentes, estão satisfeitos com as farmácias que têm, nunca tendo reclamado qualquer alteração legislativa? A resposta é apenas uma: é que o problema não é social, é meramente político. Com um resultado que se adivinha negativo: o país ficará com um sector em piores condições para prestar serviços de qualidade aos doentes.

Foi este o entendimento que colheu a quase unanimidade dos associados presentes no Centro de Congressos de Lisboa, que aprovaram uma proposta de repúdio sobre

a decisão do governo de liberalizar a propriedade de farmácias. Uma proposta aprovada por maioria, sem votos contra e uma abstenção.

■ Compromisso com a Saúde

Uma outra proposta foi analisada e votada nesta assembleia, tendo incidido sobre o acordo de princípios firmado entre o governo e a ANF no âmbito da evolução legislativa em curso. É que, ao mesmo tempo que avançava pelo caminho da liberalização, o Executivo manifestava vontade de dialogar com a associação. Um diálogo a que a ANF não se eximiu, à semelhança do que tem sido a sua postura de sempre – uma posição construtiva, e não destrutiva, apesar das diferentes ofensivas políticas e legislativas a que o sector tem sido sujeito. Foram, naturalmente, negociações complexas que culminaram na assinatura de um compromisso que, não sendo o desejável, foi o que melhor permitiu defender os interesses dos doentes que são acompanhados nas farmácias.

E foi com esse sentido de responsabilidade que a direcção o assinou.

O documento institui um conjunto de princípios “destinados a melhorar o acessos dos cidadãos aos medicamentos e a preservar a qualidade das farmácias”, reconhecendo-se desde logo que “as farmácias em Portugal funcionam com qualidade assinalável” e que o sector se tem “mostrado disponível para participar

na resolução dos problemas de saúde que a sociedade vai colocando”.

Ao abrigo das medidas liberalizadoras, governo e ANF convergiram numa plataforma de entendimento que prevê, nomeadamente, a necessidade de reforçar a independência técnica e deontológica do farmacêutico, relativamente ao proprietário da farmácia. E nesse sentido será elaborado um código de exercício profissional da função do farmacêutico de oficina e, em particular, da função de director técnico, sendo reforçados os poderes da Ordem dos Farmacêuticos em matéria deontológica.

O acordo prevê limites à liberalização da propriedade. Assim, estipula que os profissionais de saúde que sejam prescritores de medicamentos não poderão ser, directa ou indirectamente, proprietários de farmácia, alargando-se o regime de incompatibilidades, nomeadamente a empresas da indústria farmacêutica e de distribuição grossista, a entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde ou subsistemas que participem no preço dos medicamentos.

Sendo que todas as farmácias, independentemente da propriedade, obedecem às mesmas regras legais de funcionamento e ao mesmo regime fiscal, foi igualmente acordado ►

O documento institui um conjunto de princípios “destinados a melhorar o acessos dos cidadãos aos medicamentos e a preservar a qualidade das farmácias”.

que cada proprietário só poderá concentrar a titularidade, exploração ou gestão de, no máximo, quatro farmácias.

A liberalização abrange também a capitação e a distância geográfica entre farmácias, tendo sido estabelecida uma capitação mínima de 3.500 habitantes por farmácia e uma distância mínima de 350 metros entre farmácias. E quando não houver farmácia a menos de dois quilómetros, passa a ser possível estabelecer uma, qualquer que seja o número de habitantes.

Na abertura de novas farmácias, determina o compromisso que seja um processo transparente, mediante concurso público simplificado, sendo que os critérios de selecção dos concorrentes deverão visar “a defesa dos utentes”.

Daí que, entre os critérios, se incluam a composição do quadro técnico proposto (no mínimo, um director técnico e um farmacêutico adjunto), o período semanal de abertura ao público e os serviços farmacêuticos a prestar na farmácia.

Neste domínio, governo e ANF partilham o entendimento, consagrado no acordo de princípios, de que as farmácias devem evoluir para unidades prestadoras de serviços farmacêuticos, para além da dispensa de medicamentos. E, com esse objectivo, prevê-se a ampliação do objecto da sua actividade, envolvendo, por exemplo, serviços domiciliários, em especial para apoio à terceira idade, produtos naturais e produtos veterinários, produtos de saúde e conforto, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, administração de primeiros socorros, meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica e campanhas de informação e programas de cuidados farmacêuticos.

Outra das vertentes deste compromisso firmado a 26 de Maio último, contempla a instalação de farmácias de venda ao público nos estabelecimentos hospitalares, com vista à dispensa de receituário dos serviços oficiais de saúde. Devendo funcionar 24 horas por dia e 365 dias por ano, estas farmácias serão concessionadas, sendo dada preferência a proprietários de farmácias já instaladas na zona.

No que respeita especificamente aos medicamentos, estão contidas neste documento diversas inovações, a começar pela dispensa em unidose no ambulatório e pela dispensa nas farmácias de oficina de fármacos actualmente distribuídos apenas nos hospitais, desde que reúnem determinadas condições técnicas. A par será generalizada “com a maior urgência” a prescrição médica pela DCI e, sempre que legalmente admissível a substituição, será obrigatória a dispensa pelas farmácias do medicamento mais barato.

Novas práticas serão autorizadas: a prática de descontos, a publicidade da actividade das farmácias e a venda de medicamentos à distância, através da Internet, “mediante regulamentação específica que defenda a protecção da saúde pública e a qualidade e segurança na dispensa”. As farmácias serão ainda autorizadas a lançar concursos para aquisição

de medicamentos, sendo liberalizada a importação paralela de países da União Europeia.

O último dos pontos acordados prevê a revisão do acordo em vigor entre o Ministério da Saúde e a ANF com vista à dispensa de medicamentos aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde.

Naturalmente que este compromisso inédito suscitou críticas e dúvidas e foi precisamente antecipando-as que a direcção da ANF decidiu levar avante a convocatória da assembleia geral de associados. Os esclarecimentos impunham-se e foram bem recebidos, traduzindo-se na votação de uma proposta sobre o acordo de princípios em que a maioria dos associados se manifestou favoravelmente. Por escrutínio secreto, 87,07% dos presentes votaram a favor da proposta e 9,76% votaram contra, tendo-se registado 27 votos em branco e 8 nulos.

Perante esta votação, ficou claro que as farmácias saberão estar à altura da situação, unidas em defesa dos doentes mas também determinadas na defesa dos seus legítimos interesses.

■ Imofarma – gerir o património e racionalizar recursos

Constituído por escritura pública a 16 de Maio último, o Imofarma tem como objectivos a gestão integrada e profissional do património imobiliário da ANF e das empresas participadas e a racionalização de recursos financeiros, assumindo-se também como um novo instrumento para aplicação financeira dos participantes.

A sua criação enquadra-se numa estratégia mais ampla definida pela direcção, que passa por saber antecipar-se aos novos desafios. E assim, em meados de 2004, entendeu-se ser oportuno promover um estudo geral que avaliasse a forma como a associação se organiza. Desse estudo resultaram duas conclusões principais: uma mais orientada para a vertente societária da ANF e outra concernente à gestão do seu património. A primeira evidenciou a necessidade de uma reorganização que centralizasse todas as participações numa empresa gestora de participações sociais. A outra contemplou a importância de centralizar a gestão do património imobiliário num fundo, que, por um lado, permitiria uma gestão mais profissional e mais rentabilizadora dos recursos e, por outro, traria vantagens a nível fiscal.

O estudo foi aprovado pela direcção e, na sequência das suas recomendações, depois de discutidas com os associados em reuniões descentralizadas, foi decidida pelos órgãos competentes a constituição do Imofarma – Fundo Especial de Investimento Imobiliário Fechado de Subscrição Particular. A esse fundo foram afectos os imóveis da associação e das empresas participadas, que reuniam condições para serem



Para os associados, trata-se de um investimento de risco reduzido e rentável, além de que está prevista a possibilidade de utilização de mecanismos de apoio financeiro para aquisição de unidades de participação sem recurso integral a fundos próprios.

integrados nesta fase, com um capital atribuído na ordem dos 42 milhões de euros. Trata-se de um fundo reservado à ANF, às empresas do grupo e aos associados, numa fase posterior, que tem como princípio basilar o facto de a ANF nunca perder o seu controlo. Ou seja, não há o risco de o património imobiliário da associação – que, por inerência, é também dos associados – ficar na posse de terceiros.

Esta garantia decorre da forma como o fundo está organizado. As 42 mil unidades de participação (assim se designa cada título, o equivalente a uma acção de uma empresa) foram divididas em dois grupos: A e B, sendo que cada unidade corresponde a mil euros. Do total, 10.500 unidades são do tipo A e 31.500 do tipo B, mas com um peso votacional inverso: às unidades A corresponde um peso de 75% nos votos, enquanto às B correspondem 25%, sendo que as primeiras são integralmente detidas pela ANF e não podem ser alienadas.

Numa fase posterior os associados poderão investir num fundo que lhes garante uma rentabilidade superior à do mercado, actualmente na ordem dos seis por cento ao ano (valor indicativo de acordo com estudos efectuados).

Para os associados, trata-se de um investimento de risco reduzido e rentável, além de que está prevista a possibi-

lidade de utilização de mecanismos de apoio financeiro para aquisição de unidades de participação sem recurso integral a fundos próprios. Acresce que, caso algum associado pretenda alienar unidades de participação, a ANF se compromete a comprá-las ao valor da última cotação. Um outro benefício do Imofarma passa pela existência de mecanismos de apoio a jovens farmacêuticos que se pretendam instalar e não disponham dos recursos necessários, com o fundo a funcionar como uma alternativa ao endividamento bancário.

Para a ANF, as vantagens também são claras. A associação deixa de ter a posse directa dos imóveis, passando a pagar rendas ao fundo, mas deixando de assumir determinados encargos, podendo nomeadamente amortizar a sua dívida à banca. Esta é uma forma de racionalizar a exposição bancária da ANF e de obter uma autonomia financeira acrescida, aumentando a sua disponibilidade para investimentos futuros. Do que se trata aqui é precisamente de preservar o património imobiliário da ANF, gerindo-o de uma forma mais profissional e rentável e permitindo aos associados o acesso a um mecanismo financeiro que lhes garante um rendimento atractivo, de risco reduzido. Trata-se, afinal, de mais um passo na consolidação de uma estratégia de defesa dos interesses dos associados da ANF. ■



Simpósio anual do Grupo Farmacêutico da União Europeia

Como conciliar a liberalização de mercado com a defesa da saúde pública?



John Chave, Secretário-geral do PGEU, José Aranda da Silva, Bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, Luís Matias, Presidente do PGEU, Herbert Cabana, Vice-Presidente do PGEU

A questão foi suscitada pela Presidência portuguesa do PGEU, chamada a tema central de um Simpósio em que se debateram ideias e procuraram equilíbrios, em que se perspectivaram diferentes rumos do sector à escala europeia. Na convicção de que os farmacêuticos serão parte das soluções e de que a justeza e equidade dessas soluções requerem o contributo da profissão.

O tema era incontornável. Numa Europa que testemunha uma corrente política tendente a aumentar a competitividade em todos os sectores de actividade, neles se incluindo os serviços de saúde, os farmacêuticos não poderiam ficar de lado, como espectadores passivos de um rumo que, por inevitável que pareça, só conduzirá a bom porto se for rodeado de muitas cautelas. E, no caso da saúde, se acautelar o interesse público. E porque era incontornável foi o tema proposto pela actual Presidência do Grupo Farmacêutico da União Europeia (PGEU), a cargo de Portugal, protagonizada por Luís Matias, membro da Delegação portuguesa em representação da ANF, cuja Direcção integra. O elevado número de participantes no Simpósio anual do PGEU, que antecedeu a Assembleia Geral em Cascais, foi demonstrativo da acuidade do debate

– mais de oito dezenas de presenças, em representação de 25 países. O que, como diria no decorrer dos trabalhos uma das oradoras, corresponde a um somatório muito superior ao dos lugares ocupados, porquanto cada um é porta-voz de um grupo muito mais vasto.

Porquê discutir o papel do farmacêutico na implementação de uma agenda de saúde que seja solidária e promova a equidade, no quadro de uma Europa mais competitiva e determinada em seguir a agenda de Lisboa? As palavras inaugurais de Luís Matias enquadraram a escolha. Porque, por maior que seja a tendência para promover a competitividade, é preciso que a Europa mantenha uma dimensão social. Não se trata – sublinhou – de escolher entre uma Europa de livre mercado e uma Europa social, mas de estabelecer um equilíbrio sustentável que congregue essas duas dimensões.

Um primeiro reconhecimento da necessidade desse compromisso foi já conseguido com a exclusão do sector da saúde da recente Directiva Europeia de Serviços.

Assim aconteceu em nome das especificidades do sector, mas há ainda um longo caminho a percorrer até que essas especificidades sejam incorporadas pelos decisores políticos.

Luís Matias chamou precisamente a atenção para o modo dual e até conflituoso como os decisores encaram as farmácias e os farmacêuticos. Por um lado, uma visão comercial, em que a farmácia é vista como uma unidade puramente empresarial cujos limites são tão só e apenas os do livre mercado. Por outro, uma visão em que o sector é visto como integrante dos serviços de saúde e os farmacêuticos como contribuintes no processo de melhoria dos níveis de saúde dos cidadãos europeus.

Estas duas visões aparentemente opostas têm alimentado o debate ao nível nacional e europeu.

Para o PGEU, através do seu Presidente, é essencial que se mantenha uma clara regulação do sector, na medida em que existem características que tornam único o mercado dos medicamentos: antes de mais, o duplo papel das farmácias como prestadoras de serviços de saúde e como distribuidoras de medicamentos; depois, a assimetria que existe entre os profissionais de saúde e os doentes no que toca à informação; finalmente, o facto de a procura dos serviços não ser decidida pelo cidadão, nem ser paga, parcial ou integralmente, pelo doente.

Isto não significa que não seja necessário conter os gastos crescentes com os medicamentos e com a saúde em geral. Os farmacêuticos – afirmou Luís Matias – já intervêm neste domínio, adaptando a sua prática profissional e promovendo, junto dos doentes, comportamentos que visam um uso mais racional dos medicamentos e, por conseguinte, contribuindo para reduzir o desperdício e controlar os custos.

É que – enfatizou – “uma intervenção que se limite a reduzir custos sem uma perspectiva global de intervenção em saúde ampla e preocupada em evitar assimetrias e em garantir qualidade nas prestações é uma intervenção limitada nos objectivos e potencialmente desastrosa”. Urge, pois, encontrar um equilíbrio – entre a regulação e a competitividade, entre as regras do mercado e o interesse público.

■ Os desafios da evolução dos sistemas

É este o desafio. E de desafios falou o Professor Constantino Sakellarides, da Escola Nacional de Saúde Pública e ex-Director-Geral de Saúde, numa comunicação em que chamou a atenção para os diferentes critérios que regem a agenda política da saúde e que têm vindo a definir os dife- ►



Imelda Read, Manuel Sanchez García, João Silveira, Ornella Barra, Hubertus Cranz e Lotte Huinink

“Uma intervenção que se limite a reduzir custos sem uma perspectiva global de intervenção em saúde ampla e preocupada em evitar assimetrias e em garantir qualidade nas prestações é uma intervenção limitada nos objectivos e potencialmente desastrosa.”

A informação ocupou também uma parcela razoável da intervenção de Stefaan Van der Spiegel, da Direcção-Geral Empresa e Indústria da Comissão Europeia. Uma intervenção subordinada ao contributo do Fórum Farmacêutico para uma Europa competitiva e social.



Pier Troien, da IMS, Stefaan Van der Spiegel, da Direcção Geral Empresa e Indústria, Constantino Sakellarides, da Escola Nacional de Saúde Pública, Michael Wise, da OCDE, e Tamsin Rose, da EPHA

rentes modelos: os mais tradicionais, centrados na oferta e nos recursos, e os mais recentes, com enfoque na procura e nos resultados.

A questão é – afirmou – como evoluir combinando os diferentes pontos de vista de modo a convergir para um modelo em que se potencie aquilo que designou como “a capacidade de as pessoas viverem a vida que valorizam”.

Ao teorizar sobre as diversas abordagens e o modo como países como a Alemanha e a Holanda as tentaram pôr em prática, Sakellarides deixou um alerta: não é expectável uma harmonização fácil e imediata.

Todavia, a informação pode funcionar como um agente facilitador em todo este processo e foi nela que acabou por centrar outra parte da sua intervenção.

Sendo a informação geradora de conhecimento e de valor, qual o seu papel para a integração no sistema de saúde dos prestadores de cuidados e dos destinatários desses mesmos cuidados? No que concerne às farmácias e aos farmacêuticos, a informação é uma das ferramentas que tem vindo a conquistar terreno, o que levou o ex-Director-Geral de Saúde português a questionar como podem os farmacêuticos acrescentar valor

ao sistema para além dos serviços que prestam.

As pessoas – disse – precisam de saber mais, de construir os seus próprios sistemas de informação e os farmacêuticos estão “bem colocados” para desempenhar a tarefa de ajudar os seus utentes a saber mais sobre os cuidados e os resultados.

Contudo, advertiu, é uma missão que os farmacêuticos não podem cumprir sozinhos. Precisam de se aliar a outros parceiros do sistema, porque só assim se produz mais valor para o doente. Sozinhos – acrescentou – os farmacêuticos não conseguem mudar a orientação do sistema, fazê-lo evoluir de um modelo centrado na oferta para um modelo centrado na procura, no doente.

“Os farmacêuticos têm de ser capazes de olhar do ponto de vista da oferta, do financiamento, do desempenho e da procura. Têm de ver o papel do mercado e saber como acrescentar valor aos

doentes. E dar aos doentes a capacidade de perceber esse valor”, desafiou Sakellarides, exortando os farmacêuticos a “comunicar uma história diferente sobre o sistema de saúde”, a “contar uma história, a sua história, que seja capaz de convencer os doentes do valor que acrescentam”.

A informação ocupou também uma parcela razoável da intervenção de Stefaan Van der Spiegel, da Direcção-Geral Empresa e Indústria da Comissão Europeia.

Uma intervenção subordinada ao contributo do Fórum Farmacêutico para uma Europa competitiva e social.

Este Fórum, que tenta encontrar um terreno comum entre aquilo que designou como as necessidades conflitantes dos governos – que precisam de controlar as despesas, o que os obriga a estabelecer prioridades e fazer escolhas difíceis perante um orçamento limitado –, as da indústria – que investe tempo e recursos na busca de novas soluções e que necessita de incentivos para prosseguir a inovação – e as dos doentes – a braços com diferentes graus de acessibilidade aos medicamentos.

A questão que move o Fórum Farmacêutico é a que esteve subjacente a este Simpósio: como encorajar a competitividade

de e a inovação e, ao mesmo tempo, garantir os imperativos sociais e de saúde pública.

A busca de respostas desenrola-se essencialmente em três grupos de trabalho técnicos: sobre informação aos doentes, sobre eficácia relativa e sobre fixação de preços. E é no domínio da informação que os farmacêuticos têm dado o maior contributo, na definição de estratégias que correspondam à necessidade sentida pelos doentes de participarem mais nas decisões sobre a sua própria saúde. Uma ideia essencial ressaltou do trabalho produzido: o diálogo entre o profissional de saúde e o doente deve ser o pilar dessa informação, aqui assumindo – segundo Spiegel – particular relevo o papel da farmácia, que deve ser reforçado enquanto fonte de informação acessível e idónea.

Os farmacêuticos – enfatizou – são o profissional de saúde melhor colocado para saber que informação as pessoas precisam e para a fornecer.

Na tentativa de encontrar um terreno comum às necessidades dos governos, da indústria e dos doentes, três questões emergiram no Fórum: que informação necessitam os doentes e como lhes deve ser transmitida; o que são inovações válidas e que preço lhes deve ser atribuído?

Sobre preços debruçou-se também Per Troien, da *IMS Health*, na sua comunicação sobre as tendências no mercado farmacêutico.

Uma oportunidade para abordar os números que fazem do mercado farmacêutico um dos que cresce mais rapidamente, muito embora se assista actualmente a um abrandamento do ritmo de crescimento, acompanhado de uma transferência geográfica: assim, enquanto nos Estados Unidos e na Europa a tendência é para uma quebra, na Ásia a tendência é inversa.

Neste novo contexto, verifica-se um crescimento acentuado dos medicamentos prescritos por médicos especialistas, por contraponto aos que são receitados por clínicos gerais, uma tendência que, segundo Per Troien, deverá prevalecer.

E entre os produtos especializados, o grosso dos gastos corresponde a medicamentos oncológicos e de biotecnologia.

Entre as tendências do mercado

farmacêutico, referiu a evolução do modelo tradicional de dispensa e distribuição para um modelo que, contempla o circuito hospitalar, as vendas à distância e aquilo que designou como “farmácias especializadas”.

São novas áreas que emergem mas que, na óptica de Per Troien, não diminuem a importância do farmacêutico no sistema de saúde, sobretudo no que toca à implementação de uma política de cuidados de saúde (aqui incluindo a promoção de genéricos e uma maior eficiência da prescrição), à minimização dos riscos associados aos medicamentos e ao fomento da adesão dos doentes a programas de saúde pública e cuidados integrados.

■ Entre a concorrência e a dimensão social

Os dois oradores seguintes – Michael Wise, da OCDE, e Tamsin Rose, da EPHA – centraram-se nos dois extremos da dualidade colocada em debate: competitividade e a dimensão social dos sistemas de saúde.

O especialista da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos reconhece que o sistema de saúde é específico e que nele o mercado não funciona como modelo, advogando um sistema misto, entre a concorrência e

a regulação, que, por um lado, favoreça a eficiência e a inovação e, por outro, assegure a equidade e a qualidade.

Mostrou-se, nomeadamente, a favor de um sistema que promova a eficiência e os resultados, que remunere a produtividade e que preveja a partilha de custos entre quem financia e quem beneficia (pagadores e consumidores), bem como do estabelecimento de preços que reflectam a equação custo-eficácia.

Já sobre os profissionais de saúde, admitiu que há especificidades que recomendam uma abordagem mais cautelosa no que toca à concorrência.

Admitiu, por exemplo, a existência de limites no acesso às profissões, se o objectivo for proteger as populações de profissionais não qualificados, mas considerou que, em muitos casos, os limites são excessivos. ►



O farmacêutico é o profissional de saúde melhor colocado para saber que informação as pessoas precisam e para a fornecer.

Criticou a “tentação dos actores privados” para limitarem a concorrência, mas alertou para o facto de nem todas as formas de concorrência serem saudáveis, podendo ter consequências económicas e ao nível da credibilidade dos profissionais de saúde.

Wise deixou algumas sugestões visando promover a concorrência entre os profissionais de saúde e entre elas aquilo que designou como um “pensamento revolucionário”: o de, em certas condições, os farmacêuticos serem uma alternativa aos médicos...

Em defesa da dimensão social dos serviços de saúde na Europa interveio Tamsin Rose, ex-Secretária-Geral da *European Public Health Alliance*.

Considerando que uma sociedade saudável é uma sociedade equitativa e coesa, lamentou que haja tantas desigualdades na Europa no acesso à saúde, um acesso negativamente determinado por factores como a pobreza e a exclusão social, que se perpetuam entre gerações. Em contraponto, propôs que a eficácia dos sistemas de saúde fosse medida pela sua capacidade para aumentar o “capital social” – o sentimento de inclusão, de aceitação, de valor e de capacidade individual.

E, nesse sentido, lamentou que a mais recente reunião de ministros da Saúde da UE, apesar de uma declaração final positiva, tenha falhado em incluir a dimensão social, indo ao encontro das necessidades dos grupos mais vulneráveis. Porque – sustentou – são aqueles que mais precisam dos serviços de saúde que a eles menos acesso têm. Daí que tenha defendido a necessidade de encontrar um equilíbrio, que, em sua opinião, passa por reforçar os cuidados primários, em que incluiu as farmácias, e ao mesmo tempo esbater as dificuldades de acesso aos cuidados especializados. Preconizou igualmente um investimento estratégico na promoção da saúde, em que o sector contribua para o capital social e para o desenvolvimento sustentado das regiões.

Contrariando situações como as que ocorrem em alguns países, com o número de pessoas incapacitadas para o trabalho – devido a acidentes e/ou doença – a ser superior ao de desempregados.

Aos farmacêuticos, Tamsin Rose atribuiu um papel de liderança na promoção desse capital social, afirmando que podem e devem assumir-se e ser considerados elementos fundamentais dos sistemas de saúde e que devem valorizar o seu potencial de interacção com as comunidades.

Os farmacêuticos – acrescentou – têm vantagens competitivas sobre outros profissionais de saúde, devido à relação de proximidade e confiança com os cidadãos. À semelhança de Constantino Sakellarides, desafiou os farmacêuticos a contarem a sua história, a comunicarem o seu valor acrescentado aos decisores.

■ O olhar dos diferentes parceiros

Depois de uma primeira parte recheada de intervenções de elevado nível, que suscitaram um claro interesse da plateia, traduzido em múltiplas e pertinentes questões aos oradores, o Simpósio do PGEU prosseguiu com um debate protagonizado por representantes dos diversos actores do sector farmacêutico.

Moderada por Imelda Read, eurodeputada durante 16 anos, a segunda parte dos trabalhos começou com uma intervenção de Lotte Huinink, em representação da indústria (Novartis), que deu a conhecer o primeiro medicamento biosimilar patenteado, considerando que se trata de um terreno fértil para a indústria e os farmacêuticos cooperarem.

Ainda em nome da indústria, Hubertus Cranz, da AESGP, apresentou estudos comprovativos dos benefícios económicos da automedicação, advogando que existem perspectivas de alargamento do conceito à medida que novas substâncias vão perdendo o estatuto de prescrição obrigatória.

Perante isso, que papel para os farmacêuticos? Na responsabilização dos doentes, na dispensa de informação que os habilite a tomar decisões, na promoção de campanhas de educação para a saúde e prevenção da doença. E nesse sentido propôs o reforço da cooperação entre a AESGP e o PGEU.

Pelos distribuidores interveio Ornella Barra, directora executiva da Alliance Unichem, que deu a conhecer a dimensão actual do grupo que se afirma como líder europeu.

E na sua perspectiva o sector da distribuição é alvo de pressão por parte dos dois extremos da cadeia – de um lado, quem financia (governos, autoridades de saúde, seguradoras) e, do outro, o doente que, na sua relação com médicos e farmacêuticos, exige cada vez melhores serviços. Isto num contexto em que se assiste a uma transformação do mercado.

Antes do olhar dos farmacêuticos, os presentes tiveram oportunidade de ficar a conhecer o ponto de vista dos médicos, pela voz de Manuel Sanchez García, vice-presidente da associação dos médicos europeus (CPME).

O que fez resumindo três directivas comunitárias que visam directamente a profissão.

Coube a João Silveira, ex-presidente do PGEU e actual vice-presidente da ANF, representar os farmacêuticos neste debate em que se procurava saber como pode o sector farmacêutico combinar as exigências do mercado e os objectivos de saúde pública.

Em sua opinião, esse compromisso é possível: tendo em consideração o sistema de saúde europeu, os seus valores e os seus resultados; tendo como objectivo o cidadão/do-

ente, os seus interesses no plano da saúde e do combate à doença; e tendo em atenção as regras do mercado com a devida adaptação à realidade da saúde.

O sistema de saúde europeu – disse – é “o melhor do mundo e os princípios que o suportam (universalidade, solidariedade e equidade) não podem ser postos em causa pois imperam razões de coesão e de justiça social”. Quanto ao sector farmacêutico na Europa, também ele funciona bem – os doentes têm uma boa acessibilidade ao medicamento, nas melhores condições de segurança, qualidade, eficácia e custo.

E no que toca às farmácias trata-se de uma rede humanizada, integrada socialmente, com um elevado grau de confiança por parte da população, uma elevada competência instalada e um suporte tecnológico de informação e comunicação relevante.

Uma boa realidade para a qual – sublinhou – “contribui a experiência regulamentadora na saúde e, em particular, no sector farmacêutico”.

Pensar no presente e no futuro exige que se tenha em conta esta realidade, entendendo que, no sector da saúde,

suscita.

Do debate não emergiram naturalmente soluções, mas pistas para aprofundar os trabalhos e a convicção de que o futuro carece de um equilíbrio em nome da sustentabilidade do sistema e do interesse público.

Após o debate, as palavras foram de Aranda da Silva, bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, com uma intervenção sobre os recentes desenvolvimentos legislativos nacionais.

Foi uma intervenção crítica das decisões do governo e do modo como todo o processo foi conduzido, com o bastonário a considerar que se cometeram erros atrás de erros e a lamentar, sobretudo, que a Ordem não tenha sido auscultada em matérias que, afinal, são da sua competência.

Sobre a posição da Ordem sintetizou dois documentos – “As farmácias como espaço de saúde” e “Concorrência no sistema de saúde e nas farmácias” – que têm servido de sustentação às acções de informação que estão em curso. Documentos em que a Ordem rejeita o mercantilismo na saúde e a desregulamentação da propriedade da farmácia e exige, pelo contrário, uma malha legislativa mais apertada



A troca de opiniões e experiências prolongou-se pela noite, no jantar promovido na Messe da Marinha, em Cascais. Já na véspera, os participantes na reunião anual do PGEU tinham sido brindados com um cocktail de boas vindas.

o livre mercado económico não funciona nem produz os benefícios expectáveis na medida em que não estão reunidos os requisitos da livre escolha e oferta de produtos ou serviços. Na sua óptica, “a tese da perfeição do mercado na saúde levaria a absurdos sociais, ainda que com total validade económica”.

João Silveira criticou os “ventos neo-liberais” que sopram na Europa, considerando difícil de entender algumas posições e propostas como as que aconteceram recentemente em Portugal. Mas elogiou “alguns laivos de bom senso” que vão surgindo, como a exclusão da saúde da Directiva Serviços.

A estas intervenções sectoriais seguiu-se um debate envolvendo toda a plateia, mais um momento revelador do interesse que a questão mercado versus saúde pública

que seja garante da saúde pública.

A encerrar o Simpósio, o presidente do PGEU sublinhou a elevada qualidade das intervenções e manifestou o desejo de que os contributos recebidos ao longo do dia sejam tidos em conta na tomada de decisões.

Para tal, as conclusões do Simpósio serão dadas a conhecer às diversas instâncias europeias.

A troca de opiniões e experiências prolongou-se pela noite, no jantar promovido na Messe da Marinha em Cascais.

Já na véspera, os participantes na reunião anual do PGEU tinham sido brindados com um cocktail de boas vindas. Dois momentos de descontração e convívio a anteceder dias de trabalho intenso: o Simpósio, a 26, e a Assembleia Geral do Grupo, a 27. Com a assinatura da presidência portuguesa. ■

Esta é uma das vantagens de abastecer



a sua farmácia com a experiência da Merck Genéricos

Desde a primeira hora que a Merck Genéricos não poupa esforços para abastecer a sua farmácia com mais saúde a custos reduzidos. Seja garantindo elevados padrões de qualidade e eficácia, fruto da experiência de mais de 300 anos da Merck. Seja acrescentando a gama de 40 substâncias genéricas nas principais áreas terapêuticas – cardiologia, antibioterapia, anti-inflamatório, gastroenterologia, psiquiatria e alergologia. Por isso não admira que a Merck Genéricos seja a primeira escolha. Tanto no momento de entrar, como na hora de sair da prateleira.



A sua companhia de Genéricos desde a primeira hora.

www.merckgenericos.com



OPSS avalia sentidos e significados de um ano de governação em saúde

Medicamentos mais caros fora das farmácias



Esta foi uma das conclusões do Relatório da Primavera 2006 do OPSS, mas não a única de um documento em que se faz o balanço daquela que foi a medida emblemática do ministro Correia de Campos. Um documento em que, além do medicamento, outras políticas são avaliadas para se concluir que, ao final de um ano, é difícil descortinar uma estratégia clara.

Não foi pacífico o anúncio das conclusões do Relatório da Primavera 2006 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Nele se passa em revista um ano de governação em Saúde na perspectiva dos sentidos e significados das medidas prometidas e realizadas.

E não foi pacífico porque algumas das conclusões – as mais destacadas pela comunicação social – se revelaram opostas aos resultados que o ministro da Saúde anunciara como consequência lógica de medidas como a desregulamentação da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica. O ministro Correia de Campos e o coordenador do observatório, Pedro Lopes Ferreira, protagonizaram afirmações públicas de sentido oposto, num processo de discussão que envolveu os demais actores da cena política e profissional.

■ Falta enfoque estratégico

Entendeu o observatório estarem reunidas, após a vitória eleitoral por maioria absoluta, as condições para se iniciarem e implementarem reformas no sistema de saúde, reformas que permitissem uma melhor organização interna mas, sobretudo, uma melhor prestação de cuidados, do ponto de vista da qualidade desses cuidados e da eficiência do sistema.

Decorrido pouco mais de um ano, reconhece o observatório não ter havido tempo suficiente para a emissão de juízos definitivos, “que, a acontecerem, seriam não menos do que precipitados”. Não obstante, considera estarem reunidas condições para tirar algumas conclusões à luz de cenários traçados anteriormente pelo próprio OPSS. Assim, na óptica do observatório, “muito se fez e anunciou neste último ano de governação”: no entanto, “para um observador do sistema de saúde, não tem sido fácil descortinar um claro enfoque estratégico”.

E dá exemplos. O das “novas” unidades locais de saúde, anunciadas “sem que se perceba qual o seu desenho e o papel, na sua gestão, de cada um dos seus componentes – hospitais e centros de saúde”. E o das “decisões na área das farmácias”, porquanto “só muito recentemente se começa a compreender o fio condutor” que lhes presidiu. Entende ainda o observatório que “têm sido tomadas decisões que alteram substancialmente a estrutura do sistema de saúde”, mas “sem que se tenha tornado clara a existência de um planeamento” para essas transformações. E também aqui dá exemplos: o do encerramento dos Serviços de Atendimento Permanente e correspondente criação das Unidades Básicas de Urgência e das Unidades de Saúde Familiar, “sem que previamente se tenha aprofundado a modalidade, ou modalidades, de reconfiguração dos centros de saúde e a sua missão”.

Para umas e outras decisões, o juízo do observatório aponta no sentido de que “não basta argumentar com raciocínios técnicos e de qualidade – mesmo que válidos”. Além da fundamentação e do enquadramento das medidas, os membros do OPSS afirmam “sentir a falta de alguma transparência na informação”. Nomeadamente sobre as parcerias público-privadas: “Interrompem-se concursos, suspendem-se outros, sem que se dissipe o denso nevoeiro que paira sobre este tema polémico na sociedade portuguesa”. Também em relação aos sistemas de informação “parece continuar a não haver uma linha estratégica”.

O défice estratégico estende-se, segundo o observatório, aos cuidados de saúde primários, cuja reforma parece ficar no “campo das boas intenções”.

■ Liberalização: ganhos estão por comprovar

O impacto daquela que foi a conclusão mais mediática deste relatório – e a que mais directamente visa o sector farmacêutico e as farmácias em particular – não é de estranhar, dado tratar-se de uma avaliação sobre aquela que foi a primeira de todas as medidas prometidas pelo governo.

Ao concentrar-se na liberalização da venda de MNSRM, o observatório começa por salientar que esta é uma medida “cujo alcance e dimensão careceria de estudos que adequadamente a fundamentassem”. Após o seu anúncio, assistiu-se à liberalização dos preços, à regulamentação de espaços comerciais e da responsabilidade técnica sobre as actividades aí exercidas. E seguiu-se um modelo que obrigou à alteração do estatuto da Ordem dos Farmacêuticos e “equiparou, no plano da assumpção de responsabilidade técnica, não farmacêuticos e farmacêuticos”. Ora, segundo o observatório, “as consequências, a prazo, desta desregulação da profissão de farmacêutico deveriam ter sido alvo de avaliação mais cuidada”. Desde logo porque “é questionável se a consagração do princípio da responsabilidade técnica exercida de modo não presencial concorre em favor dos princípios do uso racional do medicamento”.

Uma “análise mais cuidada” é também o que o OPSS recomenda no que toca aos chamados ganhos em acessibilidade com os quais foi justificada a liberalização. Uma recomendação sustentada em dados concretos: é que os pedidos de registo de instalação se concentram nos distritos mais populosos e com maior concentração de farmácias.

Outro argumento invocado para justificar a liberalização envolveu uma prometida baixa de preços. O que, de acordo com o estudo do observatório, não se verificou: antes pelo contrário, “a informação disponível aponta para o aumento generalizado dos preços dos MNSRM face ao período prévio à liberalização, com evidência de que os preços de venda ao público nestes novos estabelecimentos são, na generalidade, superiores aos preços praticados nas farmácias”.

Este foi o pomo da discórdia com o Ministério da Saúde, cujo titular, Correia de Campos, veio a público acusar os relatores do observatório de falta de isenção e de credibilidade, contrapondo com um estudo do Infarmed que aponta para uma descida média de cinco por cento face aos preços praticados antes da liberalização. Um estudo publicado já depois de o observatório ter requerido dados para a elaboração do seu sexto relatório. Aliás, a indisponibilidade do ministério para fornecer informação foi sucessivamente criticada pelo OPSS, quer na conferência de imprensa em que divulgou o relatório, quer no próprio documento. ►

Pode ler-se no relatório que, “à data”, o Infarmed “não disponibilizou qualquer informação sobre a evolução, subsequente à medida tomada, do mercado total, assim como a sua repartição entre as farmácias e os estabelecimentos legalmente autorizados a vender MNSRM”. Isto quando, por “óbvias razões de saúde pública”, a monitorização desse mercado se afigura “uma necessidade urgente”. Por perceber fica também o desígnio de aumentar o número de MNSRM e a dimensão deste mercado: mais uma vez, “não são tornadas claras as razões pelas quais o aumento da automedicação e do consumo de MNSRM possa constituir uma prioridade em saúde ou se destine a verificar a satisfação de necessidades, documentadas, em saúde”. Tanto mais que, volvido um ano, “não se identificaram medidas efectivas de promoção da utilização racional de medicamentos”.

as anunciadas vantagens de natureza financeira que os proponentes da liberalização anteciparam.

Por cá, também se anunciaram vantagens financeiras, traduzidas em presumíveis poupanças nos gastos em saúde. Uma análise “desinteressante” na óptica do observatório, face à “insensibilidade patenteada sobre questões como a relação benefício/risco dos medicamentos, sobre a iatrogenia medicamentosa como causa de morbi-mortalidade e de acrescido consumo de recursos em saúde, além da ausência de preocupação sobre se elevadas taxas de exposição populacional aos medicamentos, particularmente quando não sujeitos a receita médica, poderão constituir um problema de saúde pública”.

O certo é que as recomendações da AdC foram acolhidas pelo governo e concretizadas num pacote legislativo anunciado em Maio último no parlamento. Nele está contida, nomeadamente, a liberalização da propriedade

Na óptica do observatório, “muito se fez e anunciou neste último ano de governação”. No entanto, “para um observador do sistema de saúde, não tem sido fácil descortinar um claro enfoque estratégico.”

■ Os serviços farmacêuticos não se devem pautar por lógicas de mercado

No capítulo dedicado à farmácia e ao medicamento, o observatório debruça-se em particular sobre os pressupostos que estiveram subjacentes às recomendações da Autoridade da Concorrência (AdC) a partir de um estudo da Universidade Católica sobre a situação concorrencial no sector. O que faz chamando a atenção para o facto de ambas as entidades terem definido as farmácias como “estabelecimentos de comércio retalhista de medicamentos”, conceito que condiciona as recomendações emitidas: “Não poderiam ter sido diferentes”, sublinha o OPSS.

Contudo, as experiências liberalizadoras de países como a Noruega e a Islândia, que motivaram ulterior intervenção dos respectivos governos, aconselhariam uma atitude mais cautelosa, por não terem sido comprovadas

da farmácia, que – diz o OPSS – “vem ao encontro de desejos e de ‘convicções’ explícitas por parte de alguns agentes económicos”. Todavia, quando está em causa o modelo de serviços e de cobertura farmacêutica que se pretende para o país – “cujos vectores matriciais são críticos para a qualidade, o acesso e equidade no acesso dos cidadãos aos medicamentos” -, “não se afigura avisado que decisões de tal envergadura se devam sustentar em modelos ou lógicas exclusivas de economia de mercado”.

O OPSS aflora ainda o “Compromisso para a Saúde” firmado entre o governo e a ANF, “um acordo que denuncia e aparenta sustentar as mais profundas reformas verificadas no sector do medicamento desde a criação do SNS”. A este acordo o observatório faz apenas o comentário de que ocorre ao fim de um ano em que “o governo elegeu a ANF como um adversário a vencer”, considerando ser ainda precoce delinear conclusões mas prometendo estar atento aos seus significados e sentidos, “dados os trajectos do passado”.

■ Despesa com medicamentos: informação mais transparente precisa-se

Naturalmente que o relatório do OPSS também olha para este primeiro ano de governação em Saúde na óptica da contenção dos gastos com medicamentos, começando com uma crítica: a de que, na última década, a política do medicamento foi mais um somatório de decisões erráticas e menos o resultado de intervenções estruturantes e estrategicamente planificadas. E nesse contexto sublinha o permanente crescimento da despesa do SNS com medicamentos, um dos factores determinantes de sucessivas derrapagens orçamentais. E aqui faz uma distinção entre a despesa em ambulatório e a despesa hospitalar, para destacar “a crónica ausência de informação proveniente da monitorização do mercado hospitalar, onde quer os montantes da dívida, quer os prazos de pagamento a fornecedores foram sistematicamente citados como assumindo dimensões preocupantes”. Porém, “não foi objecto de medidas específicas e eficazes capazes de inverter a situação”. De tal forma que, no primeiro trimestre do ano, a despesa hospitalar com medicamentos havia crescido acima dos dois dígitos.

Já no ambulatório, “assistiu-se à continuação da legitimação, pela comparticipação, da designada ‘inovação incremental’, instrumento objectivamente frenador da progressão do mercado dos medicamentos genéricos, logo potenciando ganhos para a indústria farmacêutica sem a contrapartida de ganhos de eficiência para o SNS”. E, a propósito, o observatório reclama uma maior transparência da informação sobre a comparticipação de medicamentos. Referindo-se às medidas de controlo da despesa já executadas – diminuição de 6% do PVP, com diminuição das margens de lucro da distribuição grossista e das farmácias, e revogação da majoração de 10% na comparticipação dos genéricos – o OPSS volta a insistir na necessidade de maior transparência, nomeadamente quanto aos dados que fundamentaram a isenção da diminuição de preços de que beneficiaram algumas empresas em nome do investimento em investigação e desenvolvimento.

■ Orçamento: o desafio da credibilidade

Nenhum olhar sobre a Saúde pode passar ao lado do orçamento, atendendo ao subfinanciamento crónico de que o sector tem vindo a sofrer nos últimos anos.

No seu Relatório da Primavera, o OPSS refere-se ao orçamento em vigor como tendo sido “anunciado politi-

camente como o que iria colocar Portugal, de novo, no bom caminho”, apresentado como “um orçamento credível, para reforçar a confiança, ou seja, um orçamento realista, sério e de verdade”.

A confirmarem-se “estes anúncios e promessas”, seria um orçamento de mudança, o que o observatório acolhe positivamente. Receia, contudo, que este orçamento careça da necessária credibilidade.

Porque uma questão permanece:

“Se o orçamento não for respeitado, o que acontece? Desde que o Ministério da Saúde continue a ser visto como o responsável pelos gastos, acabará por pagar os défices e haverá sempre a tentação de os gerar”.

Um aspecto que “ainda não se alterou”, pois “não é credível que o Ministério da Saúde venha a encerrar serviços num hospital ou um centro de saúde por falta de verba”.

“O elemento crucial para não existir credibilidade no orçamento é saber-se que o serviço de saúde sobrevive, mesmo que tenha custos sucessivamente superiores às verbas que lhe são atribuídas”, critica o OPSS.

E como conferir-lhe credibilidade? No relatório deixam-se sugestões, a primeira das quais a introdução de consequências para todos os decisores que têm capaci-

dade de gerar despesa.

E, em sentido inverso, o reinvestimento de eventuais poupanças a favor da instituição que as conseguiu.

Mas também a imposição de um verdadeiro processo negocial e a criação de uma cultura de avaliação.

Dar credibilidade ao orçamento é, na leitura dos especialistas que compõem o OPSS, o “maior desafio neste momento”. ■



“É questionável se a consagração do princípio da responsabilidade técnica exercida de modo não presencial concorre em favor dos princípios do uso racional do medicamento.”

ESPAÑA

Despesas com medicamentos crescem 12,08%

Contrastando com o abrandamento verificado nos últimos meses, a despesa com medicamentos em Espanha, em Março de 2006, totalizou 893,6 milhões (mais 12,08% do que em Março de 2005).

O Ministério da Saúde atribui este crescimento ao aumento de 11,23% verificado no volume de prescrições médicas, que atingiram 69,7 milhões, motivado pelo menor número de dias de trabalho no mês de Março de 2005 devido às férias da Páscoa. Para além deste dado, os preços dos medicamentos, em Março do ano passado, sofreram uma redução de 4,2%, face à redução de 2% imposta em Março de 2006.

Apesar dos resultados de Março deste ano, o Ministério da Saúde espanhol afirma que a tendência para a diminuição da despesa com medicamentos continua.

Vendas de genéricos sobem em 2005

O Ministério da Saúde espanhol revelou ainda que os genéricos representavam 7,68% em valor e 15,02% em volume do total de vendas de medicamentos comparticipados em

2005, comparativamente com 6,58% em valor e 12,03% em volume em 2004. Segundo o governo, a promoção dos genéricos tem sido uma prioridade e os bons resultados têm por base a realização de campanhas de informação dirigidas tanto a médicos como a doentes, bem como à redução do tempo necessário para obter a autorização de introdução no mercado de um genérico.

Programa para o uso racional do medicamento

O executivo espanhol destinou 70 milhões para um programa de informação destinado aos médicos sobre o uso racional do medicamento.

As principais áreas de intervenção do programa são a actualização de conhecimentos clínicos e terapêuticos sobre as principais patologias, bem como o conhecimento de novas substâncias activas e a promoção dos genéricos.

A iniciativa é financiada a partir das contribuições (*claw-back*) da indústria.

In Pharma Pricing & Reimbursement, Junho 2006

IRLANDA

Proposta de instalação de farmácias nos centros de saúde

O *Medical Council* defende a instalação de farmácias nos centros de saúde da Irlanda, argumentando que isso trará benefícios para os doentes, que passariam a poder adquirir os medicamentos no mesmo local onde é feita a sua prescrição, evitando o incómodo de se deslocarem. Os próprios profissionais de saúde também sairiam a ganhar com possíveis acordos de *leasing* e a possibilidade de se lhes juntar no mesmo edifício outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, dentistas, etc.) – refere o *Medical Council*.

Opinião contrária tem a Irish Pharmaceutical Union (IPU), representante de mais de 1.600 farmacêuticos de oficina irlandeses, que considera a instalação de farmácias nos centros de saúde um passo perigoso. Segundo a IPU, os actos de prescrição e de dispensa de medicamentos devem manter-se separados, para evitar eventuais perdas de objectividade ou

mesmo abusos profissionais. No entender da IPU, os perigos de eventuais abusos resultantes da instalação de farmácias nos centros de saúde centram-se na possibilidade de recomendação, directa ou indirecta, do recurso à farmácia do centro de saúde, nos riscos de influência indirecta das políticas de gestão de *stocks* da farmácia nos hábitos de prescrição médica ou, simplesmente, na percepção pública de uma eventual relação entre o médico e o farmacêutico.

A IPU considera que, a longo prazo, a instalação de farmácias nos centros de saúde reduzirá as possibilidades de escolha dos doentes e deteriorará o acesso aos medicamentos, uma vez que esta medida vai condenar ao encerramento muitas das actuais farmácias instaladas na mesma localidade, que não beneficiam dessa injusta vantagem competitiva.

In IPU Review, Maio 2006

UNIÃO EUROPEIA

Prioridades da presidência finlandesa do Conselho da UE na área da saúde

São dois os principais temas relacionados com a saúde durante a presidência finlandesa do Conselho da União Europeia, que decorre no segundo semestre de 2006:

- A “integração da saúde em todas as políticas” é o slogan que esta presidência elegeu na área da saúde e que deseja ver continuada nas próximas presidências do Conselho.

Este conceito, que de resto já faz

parte do novo programa de acção comunitária no domínio da saúde pública e defesa dos consumidores (2007-2013), refere que a saúde é uma matéria transversal, portanto relacionada com todas as políticas (como acontece com a política de ambiente em vários Estados-Membros). A título de exemplo, as decisões que são tomadas em termos de política de alimentação, agricultura, ambiente e transportes têm implicações na saúde.

- A saúde dos trabalhadores é a segunda prioridade de saúde para a presidência finlandesa. É um facto que, em toda a Europa, a idade mínima para ingressar no mercado de



trabalho está a diminuir, ao mesmo tempo que aumentam os índices de incapacidade para trabalhar e de absentismo. Por estas razões, a saúde (física e mental) dos trabalhadores é crucial para o desenvolvimento sócio-económico.

A presidência finlandesa do Conselho também deseja reduzir as desigualdades em saúde: os cidadãos que pertencem aos grupos sócio-

económicos mais desfavorecidos deparam-se com maiores factores de risco e vivem em piores condições de saúde.

A presidência não deixará ainda de lutar contra a obesidade (que ameaça as expectativas de vida e de saúde dos cidadãos europeus), para além de prosseguir uma estratégia de luta contra o alcoolismo, pugnando por medidas mais restritivas para as bebidas alcoólicas (por exemplo, a introdução de avisos a alertar que o seu consumo é prejudicial à saúde). O endereço electrónico do sítio da presidência finlandesa do Conselho é: www.eu2006.fi.

In www.euractiv.com, 7/06/2006

IRLANDA

Proposta de Lei sobre o sector da Farmácia aprovada pelo governo

Uma Proposta de Lei sobre o sector da Farmácia foi aprovada pelo governo irlandês no dia 2 de Maio, tendo seguido entretanto para o Parlamento, com carácter de urgência, onde ganhará a sua formulação final.

As principais medidas que constam da Proposta de Lei são:

- A possibilidade dos próprios farmacêuticos elaborarem normas éticas e profissionais. Tais normas irão fortalecer os poderes da Ordem dos Farmacêuticos irlandesa, no sentido de manter elevados os padrões de qualidade dos serviços farmacêuticos.

- Um sistema de registo para as farmácias. Esta proposta irá fortalecer os poderes à disposição da Ordem dos Farmacêuticos com vista a manter um conjunto de regras que devem ser observadas pela totalidade do sector e que sejam capazes de assegurar serviços farmacêuticos de qualidade, prestados em segurança.

- A actualização do sistema de registo dos farmacêuticos formados dentro e fora da Irlanda.

A entidade que representa mais de 90% dos farmacêuticos de oficina irlandeses, a *Irish Pharmaceutical Union* (IPU), mostrou-se globalmente agradada com a legislação proposta para o sector, sobretudo com a capacidade de auto-regulação do sector.

No entanto, a IPU, que espera ser consultada ainda antes do processo legislativo no âmbito do Parlamento, sublinhou que deve ser assegurada a independência entre os actos de prescrição e de dispensa dos medicamentos (ou seja, entre médicos e farmacêuticos), para evitar eventuais perdas de objectividade profissional que possam pôr em risco a segurança dos doentes e a sua liberdade de escolha.

In IPU Review, Junho 2006



Fernando Nobre, presidente da Assistência Médica Internacional

Uma opção positiva de vida

Fernando Nobre é um homem com um sonho. Que cumpre em Portugal há já 20 anos, tantos quantos tem a Assistência Médica Internacional (AMI), o seu quinto filho, o seu filho espiritual como diz. Um sonho transformado em paixão que o leva às cinco partidas do mundo sempre que o sofrimento de outros o chama.



Farmácia Portuguesa – Escreveu, a propósito das comemorações do 20º aniversário, que a AMI é uma paixão avassaladora que não esmorece. Como é que nasceu essa paixão?

Fernando Nobre – De facto, é uma paixão que já tem 20 anos e ainda não esmoreceu. O meu sonho de jovem era formar-me em Medicina e instalar um hospital em África, no mato, como Albert Schweizer fez no início da década de 20 (Schweizer, de origem alemã, dedicou a maior parte da sua vida a cuidar da saúde dos povos africanos mais carenciados, tendo instalado a sua primeira clínica no Gabão, em 1913). O que eu queria era viver aquela vida, mas quando me formei – em 1976 – África era outra.

Era o tempo das independências. Eu vivia então em Bruxelas e foi aí que tomei conhecimento de que havia uma associação, os *Médecins sans Frontières* (MSF), que se dedicava à assistência médica humanitária.

E decidi reencaminhar o meu sonho nesse sentido, passando a viver duas vidas em paralelo – a vida universitária e médica, por um lado, e as missões humanitárias, por outro. Todos os anos juntava as férias de Verão com as recuperações do banco de urgência e partia por dois meses. Comecei na guerra Irão-Iraque, estive depois no Chade e no Sudão.

A dada altura, estávamos em 1981, a revista francesa “L’Express” acompanhou-me numa missão na guerra que envolveu a Líbia e o Chade, tendo publicado uma fotografia minha a operar numa tenda com a legenda “cirurgião de origem portuguesa...”. O Barata-Feyo, que dirigia o programa Grande Reportagem, da RTP, tomou conhecimento de que havia um cirurgião português a ‘fazer coisas esquisitas’, localizou-me em Bruxelas e propôs-se acompanhar-me numa próxima missão. Foram ter comigo ao Chade, em 1982.

E essa reportagem acabou por sensibilizar o então ministro da Saúde, Maldonado Gonelha, que me escreveu manifestando interesse em conhecer-me. O que aconteceu quando vim a Portugal visitar a minha irmã Leonor. Eu nunca tinha vivido cá – nasci em Luanda, vivi depois no Congo e desde os 12 anos na Bélgica. Acabei por vir aos 35 anos.

A partir daí comecei a fazer contactos e a pouco e pouco fui tomando a opção de deixar a Bélgica, onde tinha toda a minha vida, a família e a carreira. Mas, apesar de ser um país que não conhecia, sempre assumi a minha cidadania portuguesa. Ao contrário de outros, nunca me naturalizei belga. Foi há 20 anos. Há cinco decidi dedicar-me em exclusivo à AMI. Até então, mantinha o meu consultório, fazia as minhas cirurgias. Mas, por razões relacionadas com a minha vida pessoal, com a própria dinâmica da AMI e até de ordem ética, decidi que não podia continuar naquela vida entre Lisboa e o Algarve, a não ser que quisesse morrer cedo, de acidente ou enfarte. E então fiz outra opção positiva de vida.

**“20% dos portugueses
vivem na pobreza.
É a nossa grande vergonha,
a minha vergonha.”**

FP – Quando militava nos MSF interrogava-se sobre a escassa participação de médicos portugueses em organizações humanitárias. Vinte anos depois de fundada a AMI, o cenário mudou?

FN – De facto, enquanto médico, chocava-me não haver mais portugueses. Eu sempre tive – e penso que todos temos um pouco – aquela ideia da gesta portuguesa no mundo, pelo que não entendia por que era o único em missões humanitárias internacionais.

O cenário mudou radicalmente. Digo-o com toda a humildade, mas a verdade é que a AMI foi uma instituição pioneira em Portugal. Fomos os primeiros a dinamizar a medicina sem fronteiras. Connosco já saíram em missão umas seis centenas de pessoas. Hoje há mais médicos e enfermeiros portugueses, eu tive foi a sorte de ser o primeiro, tive a sorte de ter uma identidade portuguesa muito forte, de a medicina internacional

coincidir com um sonho meu. Talvez para isso tenham contribuído as minhas origens múltiplas: eu costumo dizer que sou um imbondeiro plantado no meio do Atlântico, porque o meu pai é português, mas a minha mãe tem raízes na Holanda, em França e no Brasil e até em Cabinda.

FP – O facto de haver poucos médicos portugueses envolvidos em missões humanitárias significará que essa é uma experiência pouco reconhecida?

FN – Na minha opinião, a experiência de uma medicina diferente é necessariamente enriquecedora para o currículo académico dos jovens médicos. É que, quando um médico está sozinho em situações difíceis e de precaridade, e não trabalha com rede, tem de assumir o doente de A a Z, o que significa que tem de resolver todos os problemas.

Mas, infelizmente, nalguns espíritos doutos, no mau sentido, ainda grassa a imagem de que a medicina humanitária não é mais do que enxotar moscas da cabeça dos pretinhos doentes... São pessoas desconhecedoras da realidade do mundo e da medicina no seu todo, o que faz com que não tenha havido sensibilidade para valorizar curricularmente uma experiência destas.

Um jovem, de qualquer especialidade, beneficiaria se fosse, pelo menos seis meses, para um país diferente, com problemas diferentes, com carências médicas diferentes. Como cirurgião do Hospital Universitário de Bruxelas, eu estava habituado a tecnologia de ponta, a dispor de todos os recursos, e depois de ter feito intervenções no mato, passei a ser muito mais tolerante no bloco operatório. Nunca mais tive certos gestos de desperdício. Depois de operar com uma faca, de utilizar compressas até à última fibra, passei a poupar, a ter noção de que, com menos meios, também se faz uma medicina útil, de ►

qualidade e que salva vidas. Todos os seres humanos têm os mesmos direitos, independentemente de onde estão. Por razões médicas, éticas, de gestão de recursos e humanas, era bom que todos os médicos tivessem esta experiência. Mas isso não tem sido possível e será cada vez mais difícil à medida em que se avança para a privatização do sector da saúde. O recrutamento de médicos tem sido difícil o que nos tem levado a publicitar em Espanha, no Brasil na Argentina...

FP – E, quanto ao envolvimento de farmacêuticos na AMI? Tem havido? Em que medida se justifica?

FN – Tenho que ser honesto: há poucos farmacêuticos entre os nossos voluntários. Já houve alguns em Angola e Moçambique, mas poucos. Contudo, a sua presença tem todo o cabimento, pois no quadro das nossas missões o medicamento é uma componente essencial. Um farmacêutico, mesmo acabado de formar e com um mínimo de experiência, seria com certeza útil na gestão de uma farmácia e na formação de pessoal local no sentido de uma utilização mais correcta e segura do medicamento.

Temos actualmente duas toneladas de medicamentos preparadas para qualquer emergência. E é preciso geri-las. Bem como gerir as nossas reservas mais avulsas, os medicamentos que se destinam aos nossos centros sociais. Neste momento, há duas jovens farmacêuticas que nos ajudam nessa gestão e que vêm duas vezes por semana em regime de voluntariado.

Mas há espaço para mais colaborações. Afinal, nunca nos podemos permitir enviar medicamentos fora de prazo. Por mais necessitadas e pobres que sejam, as pessoas dos países para onde vamos ainda sabem ler uma data... Para nós, é uma questão de ética.

FP – O combate da AMI é contra a pobreza e a exclusão social, mas também contra a indiferença e a intolerância. O que é mais difícil?

FN – É, sem dúvida, o combate das mentalidades. Os seres humanos têm de entender que a raça humana é uma e que importa acautelar o valor da vida, esteja ela onde estiver.

Eu costumo dizer que a AMI tem três pilares de intervenção. O primeiro é o da nossa vertente humanitária internacional, junto de povos miseráveis, numa situação de emergência ou de subdesenvolvimento crónico. Outro combate é aqui mesmo, contra a exclusão e a pobreza, que também existem e são a nossa grande vergonha, a minha vergonha. Não aceito que 20% da nossa população viva em situação de pobreza. E o terceiro pilar é o do combate à indiferença, à intolerância, pelos direitos humanos, pelo diálogo, pela construção de pontes. Para ver se podemos todos caminhar futuramente num mundo de melhor convivência.

Eu acredito num outro mundo possível, mais humano e

mais solidário. Deixar de acreditar é acomodar-me e demitir-me. E não há nada mais triste do que um homem que se acomoda...

FP – Como é que a AMI trava esses combates no nosso país?

FN – Quando fundei a AMI, mercê da minha experiência nos MSF, ela era exclusivamente virada para a acção humanitária internacional. De tal forma que ainda hoje se pensa que é uma organização internacional, há até a ideia, como me disseram há dias, que com tamanho dinamismo não poderia ser portuguesa. Mas a palavra internacional diz apenas respeito à nossa vontade de actuar para o mundo.

Há 12 anos constatámos que havia muitas questões a resolver no nosso país e criámos um departamento de acção social. Desde então, abrimos dez centros sociais – oito Porta Amiga e dois de acolhimento para sem abrigo. E há mais três em obras. Não conheço nenhuma instituição em Portugal que tenha conseguido algo semelhante. São milhares de pessoas que acorrem aos nossos centros todos os dias e que ajudamos com refeições, vestuário, dormida, assistência médica e de enfermagem, formação, aconselhamento.

Mas a AMI não trabalha sozinha, trabalha integrada numa rede social, numa cadeia solidária que envolve múltiplas instituições. E estamos convencidos de que, se esta nossa vertente parasse de um momento para o outro, aí é que se ia ver nas ruas a miséria. É um trabalho insubstituível. Em termos custo-eficácia, estas instituições são muito mais 'performantes' do que o Estado, porque são mobilizadoras de voluntariado.

Eu sou um acérrimo defensor da sociedade civil, porque entendo que uma sociedade civil organizada é um garante de desenvolvimento e de democracia.

FP – E a nível internacional como se processa a intervenção da AMI?

FN – Estamos em 60 países e em breve teremos projectos em mais dois, no Panamá e no Quénia. É uma intervenção que se pauta por cinco eixos estratégicos, sendo um deles aquilo a que chamamos de grande emergência: estamos sempre preparados para uma grande catástrofe, temo-lo feito desde o genocídio no Ruanda ao ciclone nas Honduras, do terramoto no Irão à guerra no Iraque. Nas grandes situações mundiais, a AMI tem estado presente.

Um segundo eixo é o do desenvolvimento, o que faz com que estejamos há 19 anos na Guiné-Bissau, há 18 em São Tomé, há 14 em Angola e em Moçambique também. Um terceiro é o de apoio à sociedade civil local, através do qual financiamos projectos na área social e da saúde. É um eixo importante, porquanto nos permite reforçar a sociedade civil nesses países pensando no desenvolvimento futuro. ►

...a partir
de certa idade...

Com o envelhecimento fisiológico, as fibras de colagénio e elastina diminuem e as substâncias com capacidade hidratante da pele são produzidas em menor quantidade. A acção da radiação solar agrava o envelhecimento e as mais de 15.000 microcontracções faciais que produzimos diariamente, deixam marcas na epiderme sob a forma de linhas finas e rugas de expressão.

com **Extracto de Soja**



DERMISOJA

a resposta completa
ao envelhecimento
cutâneo e à perda
de firmeza da pele

BOTOSERUM
com *Hexapéptido*

Efeito Lifting imediato
Reafirmante
Actua a nível da
contração muscular
Anti-Aging

CREME

Fotoenvelhecimento
Envelhecimento
Intrinseco
Reafirmante
Tonificante
Anti-Aging

**SUPLEMENTO
ALIMENTAR**
Cápsulas

Afrontamentos
Perda de massa óssea
Perda de densidade
e atrofia cutânea

Recentemente juntamos a estes outros dois eixos. Um deles envolve as comunidades portuguesas no mundo: muitas vezes, pensamos que os nossos emigrantes são todos ricos, mas não é assim. Temos projectos muito concretos junto dos pobres das nossas comunidades na Argentina, na Venezuela e na Austrália. Quanto ao quinto eixo, passa por olhar para a História de Portugal no mundo: há sítios onde é essencial que continuemos presentes, embora de uma outra forma. Daí termos chegado há pouco tempo da Malásia, onde lançámos dois projectos; na Indonésia e na Tailândia também. E criámos a Fundação Portugal-Sri Lanka, que é dirigida por um padre católico luso-descendente. Nesses países ficou muito de afectividade e é isso que é importante preservar.

FP – Na vertente do desenvolvimento, citou os países africanos de língua portuguesa. A lusofonia facilita a solidariedade?

FN – A nível linguístico, é evidente que facilita. Acho que há uma corrente de afectos que nos liga. Uma coisa são as relações Estado a Estado, governo a governo e aí pode haver crises, susceptibilidades. Outra coisa é a relação povo a povo e aí posso garantir que há uma enorme afectividade. Mesmo entre ex-combatentes dos dois lados se criam laços espantosos, como eu próprio já presenciei.

FP – A AMI é mobilizadora de vontades e depende delas para actuar. E quanto ao financiamento, também depende dessa mesma mobilização?

FN – Setenta por cento do nosso orçamento, que por ano ronda os dez milhões de euros, provém da sociedade civil – dos cidadãos, das empresas, de parcerias estratégicas como a que temos com a Associação Nacional das Farmácias há já 11 anos. Por outro lado, a AMI é uma fundação, o que pressupõe algum património: 10% das verbas provém da gestão desse património e do *merchandising*. Os outros 20% resultam de financiamentos institucionais – dos acordos atí-



“Queremos ser a cabeça do rato, não a cauda do elefante. Essa é a garantia da nossa independência.”

picos que celebrámos com o Ministério do Trabalho e que dizem respeito aos nossos centros sociais, do Ministério dos Negócios Estrangeiros (via IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento) e, pontualmente, de uma ou outra agência das Nações Unidas.

Mas o grosso é, efectivamente, da sociedade civil e queremos que assim seja e continue a ser. Desde o início, foi uma aposta desta casa. E foi-se estabelecendo uma empatia com a população portuguesa, na medida em que se foi apercebendo de que nós, à semelhança da nossa História, éramos capazes de demonstrar que ainda é possível os portugueses estarem no mundo. Isso tocou. Daí a parceria importante que temos com a sociedade civil.

É o garante da nossa independência de acção: ninguém a tem se não tiver independência financeira. Esta casa tem uma filosofia muito simples: queremos ser a cabeça do rato, não o rabo do elefante. Queremos ser nós a decidir para onde, quando e como vamos.

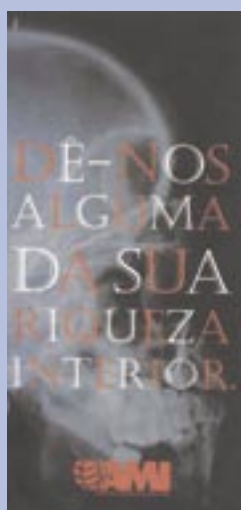
FP – Voltando aos 20 anos da AMI, escreveu-se que é uma história cheia de futuros. E qual é o futuro desta história?

FN – O futuro desta história é continuar a batalhar no que temos vindo a batalhar, porque acreditamos que o destino da humanidade é um só. É uma luta permanente vamos prosseguir-la se formos merecedores de confiança e afecto e se continuarmos a mobilizar vontades e parcerias.

Temos de estar atentos para não desiludir, porque se criaram muitas expectativas. A AMI é um paradigma em Portugal: a responsabilidade é muito grande e quanto maior a responsabilidade maiores são os deveres. Temos de continuar atentos às necessidades daqueles para quem fomos criados.

FP – A título pessoal, que balanço faz desta opção de vida?

FN – Foram 16 anos de formação para fazer uma opção aos 50. No entanto, vivi momentos de grande exaltação e momentos de grande frustração. Reconheço que houve momentos em que me arrependi, mas depois pensei sempre que alguma vez teria de parar (de exercer Medicina) e passa. Em termos humanísticos, fiz a opção certa – pelo mundo dos valores. Coloquei a cidadania no topo da pirâmide e não me arrependo. ■



ANF e AMI parceiras na recolha de radiografias

A visão do interesse colectivo



Foi há 11 anos que a AMI e a Associação Nacional das Farmácias deram o primeiro passo numa parceria que tem permitido transformar radiografias sem valor clínico em bens de primeira necessidade, como alimentos e medicamentos. Trata-se da campanha de recolha de radiografias, cuja última edição decorreu de 5 a 23 de Junho último.

“É o exemplo típico de uma acção que só é possível em parceria com entidades sensibilizadas e mobilizadoras de vontades como a ANF. A associação tem a visão do interesse colectivo, do interesse social”. Quem o afirma é Fernando Nobre, o presidente da AMI, para quem a ANF é um exemplo válido da força da sociedade civil.

Tudo começou em 1996, quando Fernando Nobre importou para Portugal uma experiência que já dava frutos em países com a França e a Bélgica: recolher radiografias com mais de cinco anos para delas retirar a prata, cujo valor monetário seria depois aplicado em acções de carácter social e humanitário. A ideia, para cujo sucesso concorreu definitivamente a rede de farmácias associadas da ANF, mereceu de imediato a adesão da

população e de outras entidades, permitindo nesse primeiro ano a recolha de 150 toneladas, que reverteram em cerca de 140 mil euros. O ano passado, o último de que há números dado que ainda está em curso o balanço da 11ª campanha, traduziu-se na recolha de 96 toneladas, correspondentes a quase 84 mil euros. Numa década, a solidariedade proporcionou 795 toneladas de radiografias, o que equivale a mais de 637 mil euros, cuja distribuição pelos projectos sociais da AMI encerrou um ciclo que começa na generosidade dos cidadãos. No início, houve críticas, mas Fernando Nobre tem resposta pronta: “Os médicos dizem que estamos a destruir o património radiológico do país. Mas, como médico, penso que esta é uma falácia completa. Basta ver as condições em que estão armazenadas as fotografias nos nossos hospitais, em caves, sem qualquer organização...”. Além do mais, os próprios serviços de radiologia dos hospitais aproveitaram para se libertar das radiografias acumuladas, contribuindo também eles para esta campanha de solidariedade que tem igualmente fins ecológicos: cada radiografia reciclada é menos uma radiografia nas lixeiras... ►

■ Incentivar a solidariedade

Uma análise retrospectiva a uma década de campanha permite comprovar a solidez da solidariedade das populações e o compromisso assumido pelas farmácias em todo o país. O primeiro ano foi, naturalmente, aquele em que se registou um maior volume de recolhas: afinal, havia muitas radiografias sem valor clínico acumuladas em hospitais e residências e a que os portugueses não sabiam que destino dar. A partir desse impulso inicial, a adesão tendeu a normalizar mas com consistência, o que se traduz num aumento gradual das quantidades recolhidas.

Um esforço que a AMI e a ANF decidiram recompensar simbolicamente, com a entrega, o ano passado, de um prémio às duas farmácias com mais recolhas por distrito. Cada uma delas recebeu “Histórias para não adormecer”, um livro em que médicos, enfermeiros e outros voluntários contam as suas experiências pelos locais mais errantes do mundo, em que relatam contactos com a miséria, com a fome e a morte e também com a estupidez humana. Relatos simultaneamente tristes mas com esperança que, diz a AMI, “deveriam servir para acordarmos definitivamente deste sono colectivo que causa tanto sofrimento a uma parte significativa da população mundial”.

Histórias agora também conhecidas em 38 farmácias de norte a sul do país (ver caixa). ■



Farmácias que mais contribuíram

- Distrito de Aveiro – Farmácia Moderna (Ílhavo, 200 quilos) e Farmácia São Roque (Aguada de Baixo, 160 quilos)
- Distrito de Beja – Farmácia Fonseca (Beja, 64 quilos) e Farmácia Pereira (Aljustrel, 57 quilos)
- Distrito de Braga – Farmácia Valongo e Farmácia Nogueira (ambas de Vila Nova de Famalicão e ambas com 100 quilos recolhidos)
- Distrito de Bragança – Farmácia de Miranda (Miranda do Douro, 334 quilos)
- Distrito de Castelo Branco – Farmácia Leal Mendes (Castelo Branco, 80 quilos) e Farmácia São Cosme (Covilhã, 70 quilos)
- Distrito de Coimbra – Farmácia de São José (Coimbra, 80 quilos) e Farmácia Isabel Folhas (Coimbra, 60 quilos)
- Distrito de Évora – Farmácia Diana (Portas de Moura, 103 quilos) e Farmácia da Misericórdia (Évora, 76 quilos)
- Distrito de Faro – Farmácia Rosa Nunes (Portimão, 110 quilos) e Farmácia Martins (Loulé, 100 quilos)
- Distrito da Guarda – Farmácia Pereira (Meda, 74 quilos) e Farmácia Moderna (Guarda-Gare, 74 quilos)
- Distrito de Leiria – Farmácia Medeiros (Avelar, 222 quilos) e Farmácia Central (Leiria, 220 quilos)
- Distrito de Lisboa – Farmácia Central de Carnaxide (Carnaxide, 200 quilos) e Farmácia Pargana (Paço de Arcos, 180 quilos)
- Distrito de Portalegre – Farmácia Varela Dias (Ponte de Sôr, 80 quilos) e Farmácia Alter (Alter do Chão, 60 quilos)
- Distrito do Porto – Farmácia Fonte da Moura (Porto, 240 quilos) e Farmácia Marques de Mendonça (Porto, 150 quilos)
- Distrito de Santarém – Farmácia Carvalho (Praia do Ribatejo, 90 quilos) e Farmácia Silva (Abrantes, 83 quilos)
- Distrito de Setúbal – Farmácia Normal do Sul (Setúbal, 275 quilos) e Farmácia Abreu Cardoso (Corroios, 250 quilos)
- Distrito de Viana do Castelo – Farmácias Simões, Moderna, São Domingos (todas em Viana do Castelo e todas com 50 quilos recolhidos) e Farmácia Fátima (Novelos, 50 quilos)
- Distrito de Vila Real – Farmácia Central de Salto (Salto, 26 quilos) e Farmácia Oliveira (Mondim de Basto, 6 quilos)
- Distrito de Viseu – Farmácia Pessoa (Oliveira de Frades, 130 quilos) e Farmácias Vaz Suc e Portugal (ambas em Viseu e com 40 quilos recolhidos).

Com cada farmácia são também distinguidos todos quantos, através de um simples gesto, ajudaram a tornar possível a missão da AMI.

NUNCA FOI TÃO FÁCIL MARCAR AS SUAS FÉRIAS



Agora, ao marcar as suas férias na Top Atlântico começa a relaxar muito antes de viajar.

Consulte o site www.topatlantico.com, contacte o CallCenter 707 227 700 ou visite uma das 80 Agências e parta descansado, nós estamos sempre consigo.



TopAtlântico
Viaje na maior.

CONSULTE-NOS

www topatlantico.com

CONTACTE-NOS

707 **227 700**

VISITE-NOS

80 **Agências**

Avisos de Segurança no Atendimento



Farmácia da Terrugem

O Sifarma 2000 é o instrumento para a gestão integrada do utente, que traz como mais-valia o facto de privilegiar a intervenção particular junto de cada um. Este nível de intervenção visa permitir, facilitando, a participação da equipa da farmácia na gestão do risco associado às terapêuticas.

O Sifarma 2000 gera proactivamente um conjunto de avisos que permitem identificar, analisar e intervir prevenindo situações de risco que possam ocorrer, em consequência da dispensa de medicamentos. No ecrã de atendimento do Sifarma 2000, são disponibilizados vários níveis de informação de segurança – Grelha de Contra-indicações, Frases de Segurança associadas aos medicamentos não sujeitos a receita médica e um conjunto de Avisos proactivos, que surgem, em contexto com os medicamentos dispensados. (Fig. 1)

Na continuidade da linha de venda de cada medicamento, imediatamente após a designação comercial do mesmo, estão presentes 4 quadriculas associados a cada um dos Avisos proactivos: Reacções Adversas (RA); Contra-Indicações (CI); Interacções (IN); Terapia Duplicada (TD).

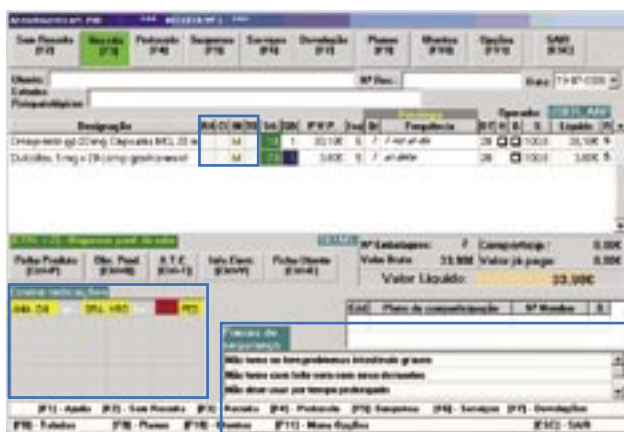


Fig. 1 – Atendimento sem Utente identificado

No atendimento de um utente identificado com acompanhamento, todo o processo da dispensa é centrado no utente em causa e estes Avisos proactivos são personalizados, resultando do cruzamento dos elementos informativos associados a cada medicamento, disponibilizados no dicionário, com o perfil do utente, construído localmente na farmácia. (Fig. 2)

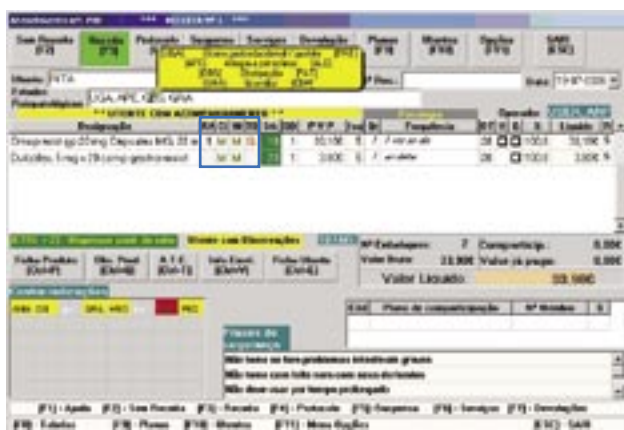


Fig. 2 - Atendimento com Utente com Acompanhamento

Todos os avisos, com excepção das reacções adversas, são caracterizados por grau de gravidade, assinalado por uma cor e letra característica.

Assim, os avisos que surgem no atendimento para além de identificarem a situação de risco em causa - terapia duplicada, contra-indicação e interacção - informam acerca do seu grau de gravidade:

- Grau Ligeiro, identifica uma precaução associada à toma do medicamento, aviso de carácter informativo;
- Grau Moderado, assume uma gravidade intermédia;
- Grau Grave, identifica situações cuja potencial gravidade torna mais imperativa a necessidade de intervenção.

Estes avisos são passíveis de consulta acedendo ao quadro Registo de Avisos que está organizado em separadores, um por cada tipo de aviso gerado. (Fig. 3)

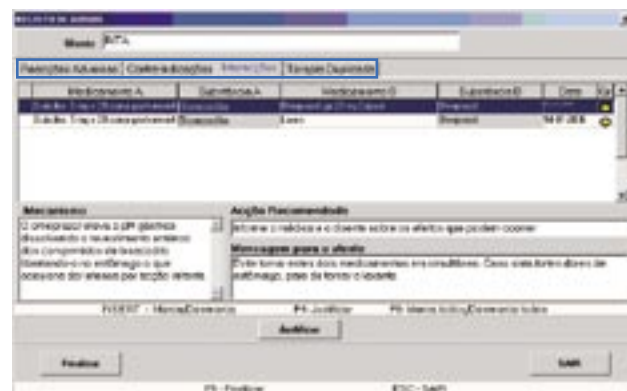


Fig. 3 - Quadro Registo de Avisos: separador Interacções

■ Avisos de Reacções Adversas (RA)

O Sifarma 2000 permite o registo, no Perfil Farmacoterapêutico de cada utente, de reacções adversas indicadas como tendo ocorrido associadas a determinado medicamento. (Fig. 4)

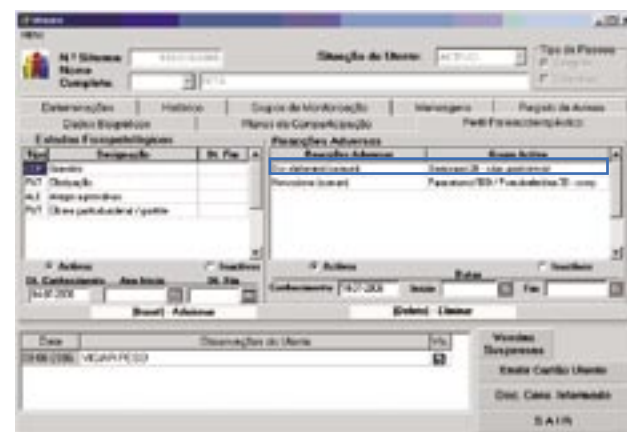


Fig. 4 – Ficha do Utente: registo de Reacções Adversas

Um aviso de reacção adversa é assinalado, no atendimento, por um valor numérico que traduz o número de reacções adversas diferentes registadas no perfil do utente, associadas a um medicamento que tenha na sua composição a mesma substância activa constituinte do medicamento no atendimento em causa.

Ou seja, o aviso é gerado aquando da dispensa do mesmo medicamento ou de qualquer outro contendo a(s) mesma(s) substância(s) activa(s), em qualquer dosagem ►

ou forma farmacêutica, excepção feita às associações fixas (ex: diclofenac + misoprostol) em que o aviso não surge dada a possibilidade de a associação poder, em alguns casos, minimizar o risco de ocorrência da reacção adversa.

■ Avisos de Contra-indicação (CI)

No atendimento com o utente identificado com acompanhamento, surgem Avisos proactivos que identificam contra-indicações associadas ao(s) medicamento(s) dispensado(s), que traduzem informação presente no Perfil Farmacoterapêutico do utente, relativa a estados fisiopatológicos - patologias, alergias ou condições particulares (gravidez, amamentação, pediatria, geriatria) – que se encontrem registados. (Fig. 6)

■ Avisos de Interação (IN)

No contexto do mesmo atendimento, o Sifarma 2000 alerta para potenciais interacções entre:

- Medicamentos duma mesma receita;
- Medicamentos de receitas diferentes;
- Medicamentos de uma receita e medicamentos a adquirir sem receita médica;
- Medicamentos dispensados e os presentes no Histórico terapêutico da ficha do utente, desde que, relativamente a estes últimos, não tenha ainda sido ultrapassado o período de tempo previsto para a toma do medicamento acrescido da margem de segurança considerada.

As três primeiras situações podem ocorrer mesmo em atendimentos sem utente identificado. A última situação, coloca-se apenas em atendimentos a utentes identificados, com acompanhamento, tendo já registados no seu Histórico terapêutico medicamentos de terapêuticas em curso. (Fig. 3)



■ Avisos de Terapia Duplicada (TD)

No atendimento de um utente identificado, com acompanhamento, e perante um medicamento constante do Histórico terapêutico da ficha do utente, cujo período de utilização esteja ainda em curso, podem ocorrer dois tipos de avisos de terapia duplicada:

Verdadeira duplicação (Fig. 5) – grau Grave – caso o utente pretenda adquirir o mesmo medicamento ou outro com a mesma substância activa, situação que pode traduzir:

- a) Medicação crónica;
- b) Abuso do medicamento;
- c) Marcas diferentes com a mesma composição qualitativa (não reconhecida pelo utente).

Possível duplicação – grau Moderado - caso o utente pretenda adquirir um medicamento cuja substância activa é diferente, mas pertence ao mesmo grupo químico-terapêutico (4º nível da “árvore” da classificação ATC).



Fig. 5 - Quadro “Registo de Avisos”: separador Terapia Duplicada

Cada elemento da equipa da farmácia pode e deve, de acordo com a sua sensibilidade, e face ao conhecimento que tem de cada utente em particular, avaliar os avisos e adequar a intervenção e a mensagem a transmitir caso a caso.



Marcar como tratado o aviso relativo a uma Reacção Adversa, Contra-Indicação ou Interação, resulta que, durante o período de tempo definido, estes avisos não irão aparecer em futuros atendimentos do utente em causa, com dispensas dos mesmos medicamentos.

Justificação de Avisos

O registo de uma justificação associada aos avisos que surgem no atendimento, vem concretizar na prática a importância de documentar a intervenção profissional em cada atendimento, possibilitando a recolha de indicadores que permitem a demonstração efectiva da mais valia da intervenção da farmácia.

Após análise do aviso, mediante consulta do quadro Registo de Avisos, é possível associar uma justificação que traduz a intervenção resultante. (Fig. 6)

No caso de avisos de grau grave, dada a maior importância da intervenção, é mesmo necessário associar uma justificação ao aviso por forma a prosseguir com o atendimento.

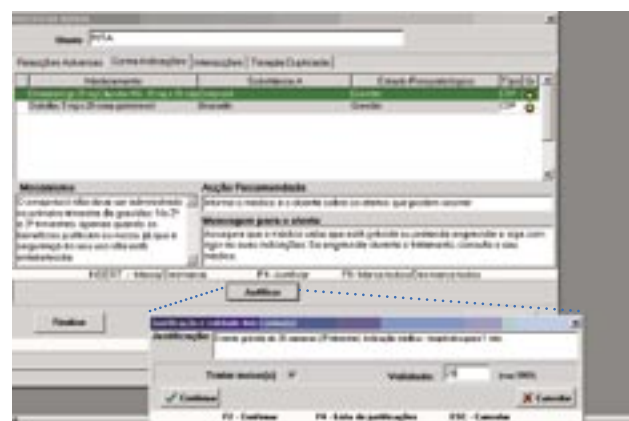


Fig. 6 - Justificação de um Aviso de Contra-Indicação

Tratamento de avisos

Para uma melhor gestão dos avisos pela farmácia, otimizando o impacto destes nos atendimentos, para além de associar uma justificação a cada aviso, é ainda possível marcá-lo como tratado durante um período de tempo definido caso a caso durante o qual o aviso que caracteriza cada situação não volta a aparecer. Significa que a farmácia tomou conhecimento do aviso, ponderou a informação, justificou e tratou o aviso definindo o período de tempo para o qual esta situação é válida. (Fig. 6)

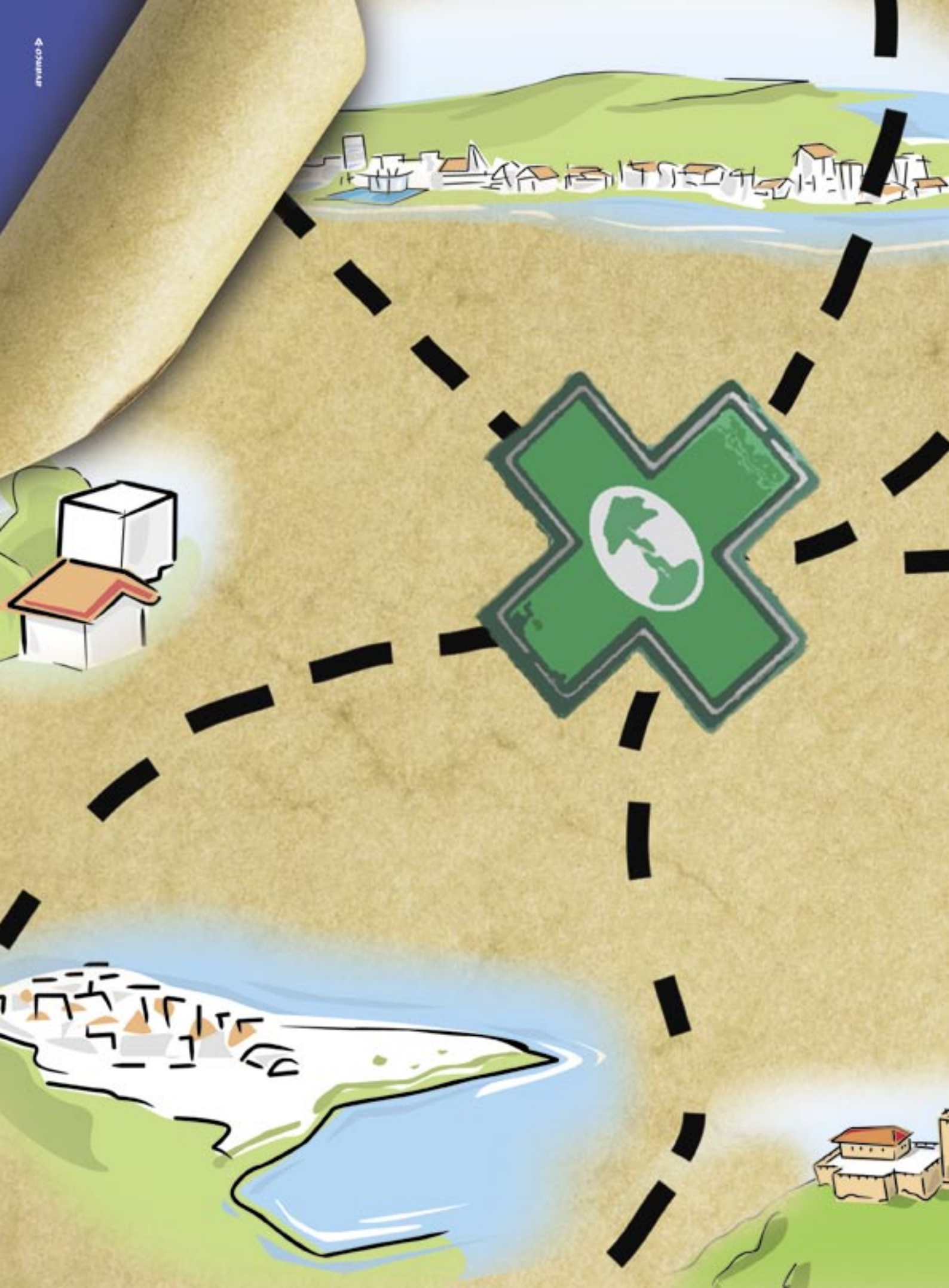
Relativamente aos avisos de Terapia Duplicada, estes continuam a surgir no atendimento mesmo após tratamento, por forma a permitir monitorizar a adesão à terapêutica. No entanto, ainda que se trate de um aviso de verdadeira duplicação, logo de grau Grave, não exige uma justificação durante o período definido para a validade de tratamento do aviso.

Mais perto do Utente

O Sifarma 2000, ao cruzar a informação associada ao Perfil do Utente com a informação associada aos medicamentos, facilita a utilização da informação de segurança associada aos medicamentos e assim promover o papel da equipa da farmácia na gestão do risco associado às terapêuticas.

Apesar deste primeiro filtro da informação, o conjunto dos avisos que caracterizam um atendimento, deve ser analisado e ponderado na sua globalidade.

Em última análise, esta personalização do atendimento leva a que cada utente reconheça valor acrescido na intervenção da equipa da farmácia, na medida em que dá resposta às suas reais necessidades. ■





Faça da sua farmácia o ponto de encontro com a experiência da Merck Genéricos

Como a primeira companhia de investigação a chegar a Portugal, a Merck Genéricos tem dado um contributo valioso para abastecer a sua farmácia com mais saúde a custos reduzidos. Disponibilizando a experiência de mais de 300 anos da Merck, lideramos a escolha com uma gama de 40 substâncias genéricas nas principais áreas terapêuticas – cardiologia, antibioterapia, anti-inflamatórios, gastroenterologia, psiquiatria e alergologia - com elevados padrões de qualidade e eficácia. Por isso não admira que quem confia na Merck Genéricos conheça bem o caminho para a sua farmácia.



A sua companhia de Genéricos desde a primeira hora.

www.merckgeneticos.com



Farmácia Helénica



Farmácia Pacheco Pereira



Farmácia Leal



Farmácia Senos

Sistema de Gestão da Qualidade para as Farmácias

O caminho da excelência

Equipas mais motivadas, utentes mais satisfeitos. Menos erros, menos reclamações. O resultado desta contabilidade é extremamente positivo, aos olhos dos responsáveis por farmácias que já obtiveram a certificação da qualidade e que beneficiaram das alterações introduzidas no sistema.

Não é de hoje a preocupação dos farmacêuticos de oficina com a qualidade. Recente é apenas a sistematização das normas que permitem trilhar esse caminho com mais segurança e eficácia. Remonta a 1994 a publicação, em Portugal, das Boas Práticas de Farmácia, um documento europeu que define as principais linhas de orientação visando a melhoria contínua do desempenho profissional na farmácia comunitária. Os anos que se seguiram assistiram a um amplo trabalho de divulgação desse normativo junto dos profissionais, mediante a realização de acções de formação descentralizadas.

Esse foi um trabalho profícuo, que resultou numa sensibilização acrescida dos farmacêuticos para a importância de se adoptarem procedimentos – aos mais variados níveis, das instalações aos serviços, passando por uma nova atitude no atendimento e na relação com o utente/doente – conducentes

à excelência da intervenção profissional e dos cuidados dela resultantes.

Um trabalho que, ao fim de alguns anos, convergiu na concepção de um sistema de gestão da qualidade – o SGQF que começou a ser testado em 1999 em quatro farmácias, que se certificaram duplamente, pelas Boas Práticas de Farmácia e pela Norma ISO 9001:2000. A partir daí, o sistema foi alargado e gradualmente a ele foram aderindo as farmácias.

Todavia, o ritmo de adesões ficou aquém do esperado. Um desfasamento sobre o qual foi preciso reflectir. E depois de se avaliarem os pontos fortes e os pontos fracos do sistema, este foi aperfeiçoado e optimizado, para o que muito contribuíram as 34 farmácias que entretanto se haviam certificado. A viragem ocorreu em finais de 2004.

O que se procurou foi tornar o processo de certificação mais atractivo, pelo que foram introduzidas alterações ao nível da normalização de documentação, da simplificação de processos e dos custos (que sofreram uma redução acentuada). Ao mesmo tempo, e com vista a assegurar a continuidade e eficiência da certificação, apostou-se num maior envolvimento das associações profissionais – ANF e Ordem dos Farmacêuticos, respectivamente através do Departamento de Apoio aos Associados (DAA) e do Departamento da Qualidade (DQOF).

Destas alterações resultou um conjunto inequívoco de vantagens para as farmácias e naturalmente para os utentes/doentes:

- melhoria a nível da organização interna, através da normalização das actividades diárias;
- redução de custos de não qualidade, como diminuição da ruptura de *stocks*, aumento da rotação de *stocks* ou diminuição do receituário devolvido;
- clarificação das funções de cada colaborador, com a consequente responsabilização;
- facilidade em integrar novos colaboradores e estagiários;
- melhoria do relacionamento com fornecedores.

Outras vantagens são menos quantificáveis, mas não menos importantes e incluem uma maior motivação e envolvimento da equipa, com impacto – directo e positivo - no grau de satisfação dos utentes, aumento permanente da competitividade e prestígio para a farmácia.

Vantagens reconhecidas pelos farmacêuticos, o que se traduziu em 113 adesões após as primeiros reuniões de divulgação do renovado Sistema de Gestão da Qualidade para as Farmácias. Actualmente, são mais de duas centenas e meia as farmácias envolvidas na certificação, distribuídas por todo o país, ilhas incluídas. Farmácias que beneficiam do apoio de um *call-center* específico e do conhecimento e experiência das equipas do DAA e do DQOF.

■ “A certificação não é para ter um diploma, é para servirmos melhor”

Uma das farmácias que já colhe benefícios da certificação, embora ainda seja “cedo para ter resultados”, é a Farmácia Leal, em Oeiras. Foi em Junho que concluiu o processo, após 11 meses a implementar o sistema e tendo como antecedentes as Boas Práticas de Farmácia.

A certificação era uma aspiração da proprietária e directora técnica, Ana Leal. Por acreditar que um sistema de qualidade “ajuda imenso e facilita o trabalho”. Em que medida? Por permitir “ajustar procedimentos e organizar melhor” o funcionamento da farmácia.

Desde que tomou a iniciativa de implementar o sistema, já houve mudanças. Desde logo, ao nível do interesse e motivação da equipa, constituída pela própria, por outros dois farmacêuticos, dois ajudantes técnicos e um praticante. “Conseguiu-se mobilizar a equipa, ao nível da distribuição de tarefas e da responsabilização. Há um entusiasmo muito grande”, sintetiza Ana Leal. E quanto a reflexos no exterior? “Estamos também a conseguir motivar os utentes. Eles estão a aderir”.

A certificação é assinalada por um dístico colocado na farmácia. Mas isso não é o importante: “a certificação não é para ter um diploma, é para melhorarmos o atendimento, é para os utentes se sentirem melhor.” Proprietária de farmácia há mais de 30 anos, Ana Leal acredita que o farmacêutico “tem de primar pela qualidade” “As pessoas têm de ter confiança em nós. Nós servimos as pessoas!”

■ “Passar do bom para o óptimo”

À Farmácia Helénica, na Amadora, a confirmação da certificação chegou em Março último, a culminar um processo que se prolongou por cerca de um ano e do qual o proprietário e director técnico, Nuno Machado, não hesita em afirmar que retira “benefícios notórios”. “Em termos de organização, houve uma evolução enorme. Normalizámos os procedimentos. Agora, todos fazemos da mesma forma, todos sabemos o que temos de fazer”. À normalização junta-se a monitorização “temos uma ideia mais real do que fazemos e de como as coisas estão a correr. E até do que os utentes pensam de nós”.

Toda a equipa está envolvida neste processo. Esta é uma equipa jovem, constituída por dez elementos, quatro dos quais na casa dos 30 anos, três deles na dos 40 e outros tantos na dos 20. Seis são farmacêuticos. E a todos foi fácil motivar “descentralizámos o processo. Todos têm responsabilidades, todos contribuem para a qualidade”. Na Farmácia Helénica, que Nuno Machado detém há seis ►

anos, a motivação nunca faltou. “É verdade que partimos de um patamar elevado. Para nós, trata-se de passar do bom para o óptimo”. E o utente que benefícios colhe? Houve uma melhoria no atendimento, que corresponde a um nível superior de satisfação. Os erros diminuíram, as reclamações também, ainda que alguns dos erros que se registavam antes da certificação não tivessem qualquer repercussão no utente. Agora, “à primeira vista, a certificação não é muito visível. São pormenores, mas importantes”.

O futuro passa por manter a qualidade. Para Nuno Machado, “estar certificado é uma mais-valia. Para nós, sem dúvida que faz sentido. E o utente sente-o”.

■ “Não estamos a perder tempo, estamos a ganhar”

Perto de completar dois séculos, a Farmácia Senos, em Ílhavo, obteve em Maio último a certificação. É sua directora técnica, desde 1998, Ana Constança, preocupada em preservar a história e, ao mesmo tempo, lançar a sua farmácia na modernidade. Foi por isso que, na sequência das remodelações a que foi sujeita, a Farmácia Senos manteve sempre traços identificativos do passado. Foi por isso também que, aproveitando a mudança de instalações, Ana Constança se lançou na certificação da qualidade. Não porque a qualidade não fosse uma preocupação até então – “no sector todos os dias nos pautamos pela qualidade”, afirma – mas porque sentia necessidade de uma maior organização, necessidade de sistematizar todos os passos. “E isso só com um sistema de gestão da qualidade!”

Em Outubro de 2004, deu início ao processo e em finais de 2005 já o sistema estava implementado, ainda que só em Maio último tenha sido confirmada a certificação. Desde cedo se fizeram sentir as melhorias. “Sentimo-las diariamente. A nível da comunicação entre a equipa, a nível da produtividade. Agora, faz-se bem à primeira”. É uma equipa pequena a da Farmácia Senos. Além da directora técnica, nela trabalham uma farmacêutica adjunta, uma farmacêutica de 1º ano, um ajudante e uma outra funcionária. Mas todos estão motivados. “Mesmo quando há mudanças, todos acompanham bem a situação e conseguem ultrapassar os problemas”. Fica também mais fácil definir objectivos, que passam, por exemplo, pelo envolvimento em novos projectos de cuidados farmacêuticos.

Os utentes sentem igualmente as melhorias. Ana Constança sublinha, com orgulho, que se envolveram e perceberam o esforço desenvolvido pela farmácia em prol da qualidade. Aumentou o grau de satisfação e também

o nível de exigência, o que é bem vindo.

Saiu reforçada a confiança dos utentes, tal como saiu reforçada a coesão da equipa. É por isso que a directora técnica da Farmácia Senos desmistifica algumas ideias que gravitam em torno da certificação: não é cara, não dá trabalho nem é uma perda de tempo. “Nunca considere que estivesse a perder tempo com papéis. Não há uma carga burocrática. Ao sistematizar procedimentos, estamos a ganhar tempo porque da próxima vez o serviço estará facilitado”.

■ “É sempre preciso e possível melhorar”

Ana Pacheco é directora técnica da Farmácia Pacheco Pereira, de Alvaiázere, há cerca de 30 anos. Em 1990, quando a sujeitou a uma remodelação profunda, doou todo o espólio ao Museu da Farmácia, assim preservando o passado. A sua atitude não é, contudo, saudosista, antes vanguardista, ao ponto de não hesitar em afirmar que gosta de “andar sempre à frente”. Foi esse o espírito que a fez empreender a certificação da qualidade, aproveitando mais uma mudança na sua farmácia. “Mudámos de instalações e ficámos com condições óptimas de trabalho. As condições ideais para nos certificarmos”. Se bem o pensou, melhor o fez e a certificação ficou concluída em Dezembro de 2005, ao fim de apenas um ano. Reconhece que, no princípio, não foi fácil sensibilizar a equipa, constituída, além dela própria, por uma farmacêutica adjunta e três ajudantes. “Quando lhes explicava que o objectivo era melhorar o serviço, eles argumentavam que o serviço já estava óptimo”. Mas Ana Pacheco é de opinião de que “é sempre preciso e possível melhorar”, pelo que os convidou a frequentar acções de formação na ANF/Norte. Voltaram entusiasmados. Com outra perspectiva, outra força de vontade. E empenharam-se. “Nunca pensei que nos saíssemos como saímos”, afirma a directora técnica, evocando os resultados das auditorias, sobretudo da primeira.

Também aos utentes, Ana Pacheco explicou o que estava a acontecer, explicou que estavam a ser dados passos para melhor os servir. A mensagem foi aceite e retribuída. “Depois de ter dado uma entrevista ao jornal local, as pessoas vinham à farmácia dar-nos os parabéns, orgulhosas. Diziam coisas como ‘ainda bem que temos uma farmácia assim’”.

Esta relação de proximidade é potenciada pelo facto de a Farmácia Pacheco Pereira ser única na localidade. “Na aldeia, as pessoas tornam-se muito dependentes. O farmacêutico tem de ouvi-las e não apenas sobre a saúde. Vêm até nós com os seus problemas. É um sacerdócio”. Um sacerdócio que Ana Pacheco cumpre com prazer, consciente de que os utentes estão cada vez mais exigente e de que o farmacêutico deve ser cada vez mais exigente nas respostas que lhes dá. Porque “a excelência é o objectivo”. ■

Coloque respeito pelo seu filho,
pelos filhos dos outros,
por quem conhece,
por quem ainda vai conhecer,
por quem nunca vai conhecer,
pelas árvores,
pelas flores,
pelos animais,
pelos rios,
pelos lagos,
pelos oceanos,
pelas montanhas,
pelos vales,
pelas planícies,
e por si.

Tudo no mesmo saco.

E depois entregue-o na farmácia.

Entregue as embalagens e medicamentos fora de uso na sua farmácia.
Vai ver que se vai sentir melhor.



Plataforma Saúde em Diálogo debate população idosa



Marcelo Feio, da Associação Portuguesa de Psicogerontologia, Rosa Maria Gonçalves e Maria da Luz Sequeira, da Plataforma Saúde em Diálogo, e Ana Alexandra Fernandes, da Escola Nacional de Saúde Pública

A Plataforma Saúde em Diálogo promoveu uma conferência sobre o trabalho com públicos vulneráveis, que decorreu no auditório da sede da Associação Nacional das Farmácias, no dia 8 de Junho de 2006. O objectivo da conferência foi identificar os problemas e encontrar soluções no âmbito do envelhecimento da sociedade.

A conferência reuniu Marcelo Feio, membro da Associação Portuguesa de Psicogerontologia, e Ana Alexandra Fernandes, da Escola Nacional de Saúde Pública, ambos abordando a temática “O Nosso Envelhecimento”.

Na abertura da sessão, Maria de Luz Sequeira, membro da Comissão Instaladora da Plataforma Saúde em Diálogo, sublinhou que “os cidadãos mais idosos merecem uma atenção muito peculiar, porque eles são vítimas potenciais da nossa desatenção e negligência. Porque eles são vítimas potenciais da nossa falta de civilidade”. Este é o paradoxo da sociedade moderna, que gera condições para acrescentar mais anos de vida, mas que não acrescenta mais qualidade aos anos de vida.

O próprio conceito de família tem vindo a alterar-se, pois os idosos, antigamente, representavam o alicerce da estrutura familiar.

Ana Alexandra Fernandes, por seu turno, explicou que

actualmente existe uma tendência para um sistema demográfico com cada vez menos crianças e jovens e, em contraposição, uma maior capacidade de sobrevivência (envelhecimento). Isto gera um desequilíbrio intergeracional e insustentabilidade demográfica nos países desenvolvidos.

■ Desadequação dos padrões de avaliação

Os actuais padrões de avaliação da idade reflectem uma sociedade de outros tempos, em que os indivíduos com mais de 65 anos são idosos. Esta noção está desadequada da nossa sociedade actual, adiantou Ana Alexandra Fernandes, uma vez que aumentou a esperança média de vida. Esta desadequação gera perturbações a nível individual e colectivo, em especial na idade da reforma.

“Usufruímos hoje de boas condições de saúde nos países ricos e desenvolvidos (mais saúde)”, com o limite médio de sobrevivência estabelecido perto dos 75 anos, afirmou, questionando-se sobre o futuro. “Caminhamos para uma sociedade em que serão cada vez menos os jovens e os activos, e cada vez mais os velhos. Estruturalmente, modificámos o padrão de constituição dos homens e das mulheres na sociedade”, sublinhou. Projecta-se que em 2050 um terço da população seja envelhecida.

Outra noção que surge em paralelo com esta nova realidade é o envelhecimento dentro do envelhecimento. Como classificar uma pessoa com 85 anos ou mais, se os idosos são os de 65 anos? A categoria acima dos 80 anos cresceu mais nos últimos anos do que a categoria dos 65-79 anos.

A qualidade da vida surge aliada à quantidade de vida? Em que medida o crescimento da longevidade proporciona aos indivíduos mais anos de vida em boa saúde? Segundo Ana Alexandra Fernandes, existem três teorias: uma negativa – a Pandemia das Doenças Crónicas (visão mais médica), uma intermédia – a do equilíbrio dinâmico (a mais sensata), e uma muito positiva – a compressão da morbilidade (considera que as situações de grande impacto tiveram um adiamento superior ao da esperança de vida).

■ Diferenças entre sexos

Existem diferenças comprovadas entre a longevidade e qualidade de vida nos dois sexos: as mulheres vivem mais tempo, mas a saúde das mesmas é pior, têm reformas mais baixas, mais doença subjectiva (avaliação individual sobre a própria saúde) e, em geral, um acréscimo de tempo de vida em vulnerabilidade. Esta maior longevidade feminina traduz-se num envelhecimento acompanhado por parte dos homens e um envelhecimento desacompanhado por parte

das mulheres. Entre os países europeus existem diferenças, que se devem, sobretudo, às políticas sociais de saúde e à sua eficácia, nas quais pode haver intervenção, ao nível da educação para a saúde, ou seja, de incutir nas pessoas uma crescente capacidade de poder gerir a sua própria saúde, à genética das populações, aos factores sociais (no Sul da Europa as pessoas são mais alegres, a dieta alimentar é mais propensa a dar saúde) e nos factores económicos.

A sociedade do futuro, na óptica de Ana Alexandra Fernandes, caracteriza-se pelo maior controlo dos riscos, uma crescente medicalização, em que a indústria farmacêutica é o suporte, um desenvolvimento da cultura de autonomia nos indivíduos mais velhos. As futuras gerações serão mais saudáveis e terão mais recursos.

Ana Alexandra Fernandes deixa a ideia de que é necessário mudar a categorização da sociedade e as políticas para ela dirigidas. Actualmente, é menos estereotipada, existindo maior flexibilidade das passagens de vida.

■ A gerontologia

Marcelo Feio traçou a história da gerontologia, área científica que nasceu há cerca de 100 anos, mas que se sedimentou apenas com a II Guerra Mundial. Em 1974, cria-se nos EUA o Instituto Nacional do Envelhecimento. A partir daqui, há um passo considerável para esta área no seio das Nações Unidas, realizando-se, em 1982, a primeira assembleia. Vão surgindo mais associações e, inclusive, o ano internacional das pessoas idosas, em 1999.

Em Portugal, surgiu uma associação que acompanhou esta tendência internacional. Contudo, teve um período de estagnação até aos anos 80. Em 1990, surgem mais associações e nota-se um maior envolvimento da sociedade nestas questões. Actualmente, o grau de preocupação é cada vez maior, até para a definição de políticas sociais.

■ Portugal é um país envelhecido

Portugal caracteriza-se, a par de outros países europeus, por um problema de envelhecimento de topo, ou seja, um envelhecimento entre os mais idosos, e um envelhecimento de base, com a redução da natalidade.

Os hábitos sociais e culturais não acompanharam esta duplicação do tempo de vida, conferindo um estilo de vida muito próprio a esta segunda metade de vida.

O tempo de trabalho é hoje muito dispar do tempo de vida. Actualmente, os 25 anos de vida activa dos trabalhadores sustentam todos os outros indivíduos e ainda os anos em que o próprio indivíduo não vai estar a trabalhar. O suporte é quase feito pelas mulheres, que vivem, aproximadamente, mais dez anos que os homens. ►

■ Modelos de abordagem

A análise do efeito do envelhecimento na sociedade e no indivíduo pode ser feita a vários níveis, havendo centenas de teorias em todos os campos.

Marcelo Feio avançou com cinco níveis de avaliação desta temática: populações, indivíduo, subsistema, órgãos e moléculas. Estes elementos são analisados consoante uma perspectiva médica (da biologia, das doenças), um determinismo biológico (ideia de que os relógios começam a contar para a morte), o conceito físico (da energia), a influência do ambiente e factores transcendentais.

Quanto à perspectiva médica, esta admite que as pessoas morrem de certas doenças. Acaba por não funcionar, porque se tratam umas e aparecem outras, existindo um risco de morte crescente. O envelhecimento inicia-se na fase de maturação sexual, com susceptibilidade crescente relativamente às doenças, e redução da reserva funcional.

A teoria dos relógios tem a ver com a divisão das células. À medida que as células se dividem, vão fazendo pequenos cortes, e, a partir de uma determinada altura, a célula perde essa capacidade de ter os cortes. Este factor funcionaria como um relógio biológico, que determinaria a morte das pessoas.

A perspectiva do conceito físico ou ritmo da vida prende-se com a capacidade do ser humano em mexer. Os seres que se mexem devagar e são corpulentos vivem muito tempo; os que se mexem depressa e são pequenos vivem menos tempo. É uma teoria contestada, pois não é exactamente assim. Mas teve o mérito de poder influir naquilo que hoje em dia é o conceito de restrição da ingestão calórica.

Perante esta desarticulação de conceitos e realidades, é necessário, afirmou Marcelo Feio, fazer aplicar medidas de compressão da morbilidade.

Em Portugal, a nível social, passa, por exemplo, pela existência de um plano nacional de saúde que inclua os idosos, que está em vigor desde 2004, ou pelos cuidados continuados. Além disso, é necessário falar de geriatria e dar formação aos profissionais.

Deverá ser incutido no indivíduo mais velho, reforçou Marcelo Feio, a ideia de envelhecimento activo, ou seja, atingir o mais alto nível de autonomia e de competências, através da estimulação da actividade física e mental.

■ Reforçar estas noções

A fase de comentários foi marcada pelas intervenções de Maria de Deus Paulos Cruz, do Centro Distrital de Segurança Social, Acácio Catarino, do Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado, e de Inês Guerreiro, coordenadora do Projecto dos Cuidados Continuados Integrados,



em representação da Secretária de Estado Adjunta da Saúde, Carmen Pignatelli.

Maria de Deus Cruz também reforçou a problemática existente em torno dos 65 anos como idade de reforma, que neste momento gera problemas sociais e económicos, uma vez que a realidade mudou.

Tal como já tinha sido referido anteriormente, é necessário incutir nos idosos uma cultura de autonomia, nomeadamente a nível das medidas políticas.

Actualmente, ainda se promove muito a dependência, sendo exemplo dessa realidade o albergue dos idosos em instituições, onde, por vezes, não se desenvolvem actividades lúdicas para estimular física e mentalmente os idosos.

Acácio Catarino sumariou a questão da longevidade e da qualidade de vida em cinco tópicos, três constatações e tendências e duas linhas de orientação recomendáveis: envelhecimento e declínio definitivo da natalidade; desequilíbrio intergeracional; ausência de guerra como factor explicativo da situação actual; políticas sociais e de saúde (dependência dos serviços públicos) e estratégias de vida e de envelhecimento ao longo da vida (envelhecer positivamente).

Finalmente, Inês Guerreiro avançou alguns números, tendo em conta o actual SNS: o gasto hospitalar aumenta 700% entre os 25 e os 75 anos, enquanto o farmacêutico aumenta 72% durante esse mesmo período de vida. ■



Lisosoma

As doenças desconhecidas

Pouco divulgadas em Portugal, as doenças do Lisosoma apresentam diversas formas e atingem alguns milhares de pessoas em todo o mundo. Com o intuito de dar a conhecer, sobretudo aos farmacêuticos, estas doenças, a forma como são tratadas e quais as taxas de incidência, a Plataforma Saúde em Diálogo realizou uma conferência sobre as doenças lisosomais.



Maria Clara Sá Miranda, Investigadora na Unidade de Biologia Molecular e Celular

Durante o mês de Junho, realizou-se nas instalações da Associação Nacional das Farmácias uma sessão dirigida aos farmacêuticos sobre as doenças do Lisosoma.

Sobre este tema, a Plataforma Saúde em Diálogo convidou investigadores e responsáveis, sendo o cariz mais científico imposto pela professora Maria Clara Miranda, investigadora na Unidade de Biologia do Lisosoma e Peroxisoma no Instituto de Biologia Molecular e Celular, que falou sobre as Doenças Lisosomais de Sobrecarga, um grupo de doenças metabólicas originadas pela acumulação de substratos não degradados no interior dos lisosoma.

Actualmente, estão descritas 40 doenças, cujo modo de transmissão é, sobretudo, autossómico recessivo. Clinicamente, caracterizam-se por atingir vários tecidos e órgãos e por apresentar variações ao nível infantil, juvenil ou adulto, sendo todas estas formas crónicas.

■ Identificar as doenças

As doenças genéticas podem dividir-se em três grandes grupos, correspondendo a: alterações cromossómicas (que têm

a ver com alterações na estrutura de um ou mais cromossomas), doenças monogénicas ou mendelianas (originadas por alterações num gene e que seguem as leis de Mendel) e complexas ou multifactoriais (há alterações de vários genes e outros factores endógenos e ambientais, como hipertensão, esquizofrenia).

É no segundo grupo que as doenças metabólicas se enquadram, classificando-se quanto ao modo de transmissão: autossómicas recessivas e ligadas ao cromossoma X.

O lisosoma é um organelo da célula responsável pela destruição e desdobramento de compostos através das suas enzimas. Isto é, o lisosoma degrada, através da acção das suas enzimas, os compostos tóxicos prejudiciais e fatais para a célula. Quando uma destas enzimas não está activa, o substrato que ia ser degradado acumula-se e, dependendo de onde se acumula, vai originar diferentes patologias.

É importante, sublinhou a investigadora, efectuar um diagnóstico precoce. Através de um estudo bioquímico, é possível propor a um casal um diagnóstico do feto, para se fazer uma previsão e delinear a progressão de uma possível doença. Estas doenças são incapacitantes com gravidades distintas. Os doentes vão perdendo funções orgânicas, efeitos que podem ►

Acompanhar e apoiar os doentes

A Associação Portuguesa das Doenças de Lisosoma nasceu da necessidade de acompanhar e de melhorar a qualidade de vida dos doentes, nomeadamente através da disponibilização de medicamentos a todos os que deles necessitam.

Tem 140 associados e acompanha 40 doenças de Lisosoma. Fazem parte das suas responsabilidades alertar as autoridades competentes, profissionais de saúde e público em geral para os problemas que estes doentes enfrentam, sobretudo a nível do local de tratamento e da recepção da própria terapia. Muitas vezes, os doentes não podem receber tratamento por falta de apoios financeiros.

A associação propõe-se incentivar também a formação dos profissionais de saúde nesta área do conhecimento, sensibilizar a opinião pública e o poder político para esta realidade – tratamento, prevenção e inclusão social destes doentes –, incentivar a investigação, apoiar os doentes e as famílias, fornecer informações sobre as patologias e terapias (em colaboração com as farmácias) e dar apoio jurídico e legal.

Estas actividades são promovidas através do desenvolvimento de um site na Internet, da organização de cursos e conferências, da publicação de folhetos informativos, da divulgação de documentos audiovisuais e da obtenção de fundos.

ser minimizados através de terapia. Mas, ainda assim, existem formas das doenças que podem ser incompatíveis com a vida, levando um recém-nascido, por exemplo, a morrer ao fim de 48 horas.

Apesar de os homens terem um risco maior de sofrer das patologias do Lisosoma, por causa do cromossoma X, também as mulheres podem ser afectadas.

■ A terapia

Estas doenças classificam-se de acordo com a composição bioquímica dos substratos que se acumulam, existindo dois grandes grupos: as Esfingolipidoses e as Mucopolissacaridoses.

Existem 15 doenças diferentes no caso das Esfingolipidoses. A Doença de Gaucher é a mais frequente, representando 40% dos doentes, na forma não neurológica.

Esta foi a primeira doença de Lisosoma a ter terapia, em 1992. Clinicamente, apresenta formas incompatíveis com a vida, com envolvimento neurológico.

Outra doença, a de Fabry, tem localizada no cromossoma X a enzima deficitária. As mulheres são normalmente portadoras podendo transmiti-la e os homens, devido ao facto de terem apenas um cromossoma X, têm maiores probabilidades de a manifestar. Os sintomas prendem-se com alterações cardíacas e nos rins, bem como cerebro-vasculares.

Segue-se a Tay-Sachs, para a qual ainda não há terapia. Atinge o sistema nervoso central, provocando demência.

O tratamento das doenças lisosomais de sobrecarga faz-se mediante a administração ao doente de enzimas de substituição. Normalmente, a terapia só se aplica depois de os sintomas estarem instalados, administrando-se, através de tratamento, a enzima em falta (terapia enzimática de substituição). Essa substituição pode ser feita de forma directa (transplante de

medula ou células estaminais para repor a enzima deficiente) ou pela redução da concentração de substrato, inibindo a síntese desse substrato.

■ Panorama em Portugal

Actualmente, estão diagnosticadas cerca de 500 pessoas com doenças do Lisosoma. Um em cada 4000 recém-nascidos tem uma destas doenças. As mais frequentes são as Esfingolipidoses, com 60% dos casos.

Existem terapias aprovadas para apenas cinco das 40 doenças de Lisosoma: Gaucher, Fabry, Huber, Pompe e MPS VI. Podem ser feitas em meio hospitalar, mas não é obrigatório. Os doentes adultos podem aprender a auto-administrar a terapêutica.

No entendimento da Associação Portuguesa das Doenças de Lisosoma não existe qualquer impedimento para estes medicamentos estarem disponíveis nas farmácias, quer hospitalares quer comunitárias. Outro contributo das farmácias vai no sentido de estas poderem ser fontes de informação e esclarecimento de dúvidas sobre estas doenças.

■ Conviver com a doença

A doença vai evoluindo ao longo dos anos, apresentando uma série de sintomas diferentes com a progressão da idade, explicou Francisco Beirão, presidente da direcção da Associação e doente do Lisosoma.

O diagnóstico é, muitas vezes, difícil de delinear. Os doentes podem sofrer anos sem saber qual o seu problema.

Um dos graves problemas deste tipo de doenças é o diagnóstico tardio, ou seja, quando todo o mal já está feito, sublinhou o responsável. Por forma a evitar a progressão acentuada da doença é premente a aposta no diagnóstico precoce das mesmas. ■



Congresso Nacional das **Farmácias**

Centro de Congressos de Lisboa - 19, 20, 21 e 22 de Outubro 2006



Farmácia

Visão e Competência

Para mais informações contactar:

Secretariado do 8º Congresso Nacional das Farmácias

Rua Marechal Saldanha, nº1 - 1249-069 Lisboa

Tel.: 21 340 06 51/59 Fax: 21 340 07 59

E-mail: 8congresso@anf.pt

anf

Associação Nacional das **Farmácias**

Alargamento do **horário** das **farmácias** e suas implicações

Eduardo Nogueira Pinto*



“O horário de abertura normal das farmácias será alargado para um mínimo de 55 horas semanais, abrangendo, nalguns casos, a hora de almoço dos dias úteis e a manhã de sábado e, noutros casos, o prolongamento até às 22 horas com encerramento à hora de almoço, de acordo com os interesses da população.”

Assim dispõe o princípio 27.º do Compromisso com a Saúde – Princípios para a Liberalização da Propriedade de Farmácia, Melhoria da Acessibilidade aos Medicamentos e Preservação da Qualidade da Assistência Farmacêutica – celebrado entre o Ministério da Saúde e a Associação Nacional das Farmácias, em 26 de Maio de 2006.

Face às alterações que se prevêem, importa, pois, analisar a temática do período de funcionamento das farmácias e implicações de um eventual alargamento do mesmo.

Em primeiro lugar, convirá definir conceitos: entende-se por período de funcionamento o intervalo de tempo diário durante o qual os estabelecimentos podem exercer a sua actividade, o qual no caso de estabelecimento de venda ao público se denomina de “período de abertura”.

Já o tempo de trabalho que o trabalhador se obriga a pres-

*Associado de PLMJ, Sociedade de Advogados

tar, medido em número de horas por dia e por semana, denomina-se por período normal de trabalho. Encontra-se hoje estabelecido que o período normal de trabalho não pode exceder oito horas por dia, nem quarenta horas por semana.

Por seu lado, o horário de trabalho é a distribuição em concreto do período normal de trabalho de cada trabalhador pelo período normal de funcionamento do estabelecimento para o qual trabalham, e consiste na definição em concreto das horas do início e do termo do período normal de trabalho diário, bem como do intervalo de descanso de cada trabalhador.

Cabe ao proprietário (neste caso, ao proprietário da farmácia) definir o período normal de funcionamento do seu estabelecimento, respeitando, naturalmente, os limites legais.

No que respeita às farmácias, o período normal de funcionamento pode situar-se de segunda-feira a sábado, entre as 6:00 horas e as 24:00 horas. Já aos domingos e feriados, que não constituem dias normais de abertura das farmácias, estas só podem atender clientes em casos de comprovada urgência, pelo que deverão estar encerradas, salvo se se encontrarem de serviço permanente ou de disponibilidade, no cumprimento obrigatório do serviço de turnos, o qual é fixado para além do horário de abertura normal praticado pelas farmácias.

Atentos os limites acima indicados, cada proprietário é livre de definir qual o período de funcionamento normal para a sua farmácia, devendo, em seguida, submetê-lo à apreciação da Câmara Municipal da respectiva localidade para aprovação.

Questão diferente, mas directamente ligada com a anterior, prende-se com a necessidade de respeitar os limites impostos para os períodos normais de trabalho dos trabalhadores que são, genericamente, 40 horas semanais e 8 horas diárias. Com efeito, não é pelo facto de ser estabelecido um período de funcionamento superior a 40 horas semanais que os proprietários de farmácia ficam isentos de respeitar estes limites.

Nessa medida, deverão definir horários de trabalho para os vários trabalhadores que cubram a totalidade do período normal de funcionamento da farmácia, sem contudo ultra-

passar os referidos limites de período normal de trabalho. Assim, prevendo-se a obrigação de as farmácias adoptarem um período de funcionamento normal de, pelo menos, 55 horas semanais, haverá que estabelecer horários de trabalho diferenciados, em que uns trabalhadores entrem mais cedo e saiam mais cedo e outros entrem mais tarde e saiam mais tarde, de forma a que seja possível cobrir com a mão-de-obra todo o período normal de funcionamento.

Os horários de trabalho dos trabalhadores são definidos unilateralmente pela entidade patronal, excepto se tiverem sido individualmente acordados com o trabalhador. Isto é,

excepto se se tiver acordado com o trabalhador um determinado horário de trabalho, da hora X à hora Y, nos dias X, Y e Z. Nos outros casos, em que com o trabalhador apenas é acordada uma carga horária (por ex. 40 horas semanais e 8 diárias), o empregador é livre de alterar o horário, sem necessitar do consentimento daquele cujo horário pretende alterar.

Cumpra também referir que existem mecanismos previstos na lei que possibilitam a flexibilização dos períodos normais de trabalho dos trabalhadores, permitindo assim uma melhor e mais eficaz gestão do pessoal. São eles a isenção de horário de trabalho, nas suas várias modalidades e o regime especial de adaptabilidade. No primeiro, o trabalhador deixa de estar sujeito aos limites máximos dos períodos normais de trabalho (as 40 horas semanais e 8 diárias) ou passa a poder alargar esses limites a um determinado número de horas, por dia ou por semana, sem que o empregador fique obrigado a

pagar trabalho suplementar. No segundo, o período normal de trabalho passa a ser definido em termos médios, aumentando-se os limites diários até mais duas horas e semanal até mais dez horas, desde que, num período de referência de quatro meses se obtenha uma média igual aos limites legais do período normal de trabalho (40 horas semanais e 8 diárias). Ou seja, e dando um exemplo, numas semanas o trabalhador poderá trabalhar 50 horas, desde que noutras compense trabalhando apenas 30 horas. Caso no período de referência de quatro meses, a média dê 40 horas, não haverá lugar ao pagamento de trabalho suplementar. ■

Cada proprietário é livre de definir qual o período de funcionamento normal para a sua farmácia, devendo, em seguida, submetê-lo à apreciação da Câmara Municipal da respectiva localidade para aprovação.



Compreender e tratar a

dor

A dor é um sintoma que tem capturado a atenção dos profissionais de saúde e do público, visto que quando controlada inadequadamente traz graves consequências à saúde pública. Conhecer a fisiopatologia da dor, as diferentes classificações e respectivas abordagens terapêuticas é fundamental para um aconselhamento eficaz ao doente com dor.

Marta Cordão*

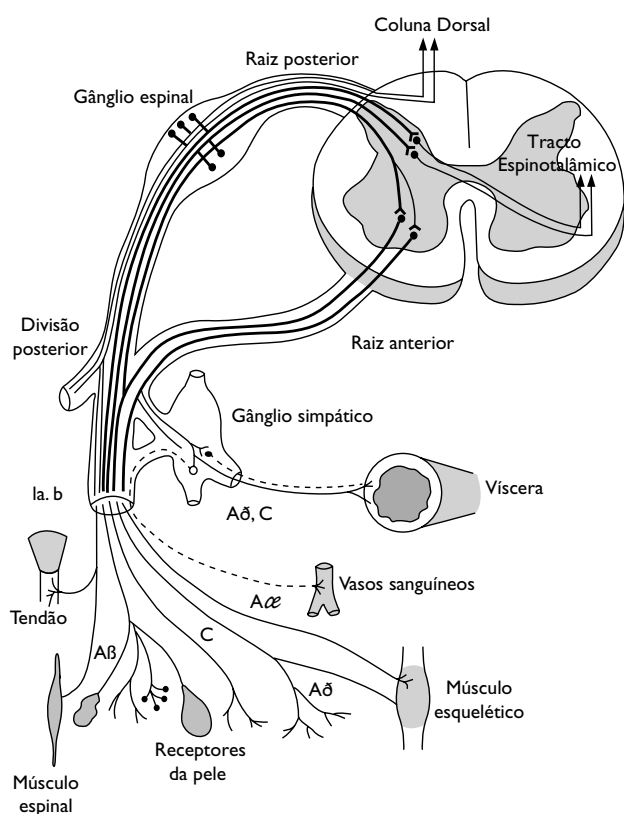
A dor é comum e quando controlada de forma ineficaz pode conduzir a consequências adversas significativas, que podem incluir complicações médicas, recuperação lenta e incompleta das lesões ou a progressão da dor para a cronicidade. Mas também implica complicações sociais e psicológicas porque os indivíduos com uma dor mal controlada expressam ansiedade, receio, raiva e depressão, e possuem limitações na realização das suas tarefas diárias.

A associação internacional para o estudo da dor (*International Association for the Study of Pain* - IASP) define dor como: “experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada com a lesão real ou potencial dos tecidos”.^{1,2} Esta definição enfatiza o facto da dor ser um sintoma complexo que inclui múltiplos factores variáveis.

■ Fisiopatologia da dor

O processo através do qual a informação de lesões tecidulares é conduzida ao Sistema Nervoso Central (SNC) designa-se por **nociceção**, porém, a forma como esta informação é percebida como dor é desconhecida. Adicionalmente, pode existir dor sem nociceção (por exemplo, a “dor fantasma” de membros amputados) e nociceção sem ocorrer dor. As terminações nervosas livres à periferia incluem receptores sensoriais e são designadas por nociceptores, preferencialmente sensíveis a danos tecidulares potenciais ou reais. Os sinais que transmitem são conduzidos essencialmente por dois tipos de fibras: as fibras C, não mielinizadas, grossas e de condução lenta, e as fibras A-delta, mielinizadas e mais finas, de rápida condução (figura 1).

*Farmacêutica do Cedime



Adaptado de: [Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments]

Figura 1. Esquema simplificado da espinhal medula e diferentes tipos de fibras condutoras consoante o órgão/tecido de origem

As lesões tecidulares - trauma, doença, inflamação - produzem a libertação de vários mediadores inflamatórios (prostaglandinas, substância P, bradiquinina, histamina, serotonina e citocinas) que, por sua vez, activam os nociceptores e produzem a chamada dor nociceptiva. Esta divide-se ainda em dor **visceral**, quando os estímulos derivam de órgãos internos, e **somática**, quando originados na pele, músculo, articulações ou ossos. A dor somática pode ser sub-dividida em somática profunda e somática superficial, consoante a localização dos órgãos afectados. Geralmente, existe uma estreita correlação entre o local da dor percebida e a lesão subjacente.

Nem toda a dor originada na periferia é caracterizada como dor nociceptiva. Existem variantes de **dor neuropática** provocadas por lesões ou disfunções no sistema nervoso periférico (nervos periféricos, gânglios e plexo nervoso). A causa subjacente pode não ser conhecida, mas no geral, a dor neuropática reflecte lesões ou alterações do sistema nervoso, de causas frequentes que incluem trauma, inflamação, doenças metabólicas (diabetes), infecções víricas (por *Herpes zoster*), tumores, toxinas e doenças neurológicas primárias. Está genericamente dividida em **dor periférica** ou **central**, consoante

a localização da origem. Para além desta classificação de carácter fisiopatológico, a dor também pode ser caracterizada consoante a sua duração, em aguda e crónica, em que esta última pode ainda ser caracterizada por dor crónica oncológica ou não oncológica.

Classificação da dor

A **dor aguda** é definida pela IASP como “*dor de início recente e de duração provavelmente limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal*”. Está normalmente associada a lesão tecidular específica e resolve-se quando a situação patológica inerente é tratada. Geralmente é nociceptiva e tem uma função biológica muito importante porque actua como alarme da lesão potencial ou já existente. Está frequentemente associada a reflexos protectores como espasmos musculares e respostas autonómicas.

Em contraste, a **dor crónica** é definida como uma “*dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos*”. É caracterizada por uma persistência da dor por mais de 6 meses ou para além do tempo que é suposto desaparecer (cura). É perpetuada por factores remotos da causa, pode ser contínua ou intermitente, com ou sem exacerbações (dor eruptiva), e é geralmente acompanhada de sintomas psicológicos (irritabilidade, alterações no convívio social, humor depressivo) e sintomas vegetativos (alterações do sono, apetite e libido). A dor associada ao cancro é frequentemente designada por “dor maligna” ou “**dor oncológica**”, embora as designações não sejam consensuais.^{1,4} De um modo geral, a dor oncológica inclui a causada pela doença propriamente dita ou pelos tratamentos ou técnicas de diagnóstico associadas. Deste modo, a **dor crónica não oncológica** (DCNO) é então referida à dor persistente de origem não oncológica, derivada de lesões crónicas várias, como por exemplo, osteoartrite, dor lombar, dor miofascítica, fibromialgia, dores de cabeça, dor abdominal crónica, “dor central” (referente a lesões da coluna vertebral esclerose múltipla, enfarte), neuropatia periférica, nevralgia, etc.

Avaliação da dor

Um dos objectivos principais da avaliação da dor consiste no envolvimento do doente de forma a que este se interesse pelo seu estado, demonstre quais as suas expectativas com o tratamento e se sinta envolvido no seu controlo, optimizando o seu tratamento. Os parâmetros ►

a conhecer para caracterizar e avaliar a queixa dolorosa e recomendados pelo “Plano Nacional de Luta contra a Dor” (PNLCD) elaborado pela Direcção-Geral de Saúde (DGS), são:

- características temporais da dor: modo de começo e evolução ao longo do tempo;
- localização da dor: pode ser determinada verbalmente ou usar-se diagrama;
- intensidade da dor: podem usar-se escalas visuais analógicas, escalas numéricas ou escalas verbais;
- qualidade da dor: estabelecida a partir de certas palavras ou grupos de palavras verbalizadas pelo doente;
- factores atenuantes e exacerbantes da dor;
- diferenças entre categorias de dor (aguda, crónica ou

recidivante);

- avaliação das fontes primárias e secundárias do influxo nociceptivo.

■ Terapêutica farmacológica

A terapêutica com fármacos analgésicos é o principal tratamento indicado para a dor.

Mediante o tipo de dor e a sua caracterização, existem várias formas de abordar e classificar os analgésicos existentes.

Alguns exemplos dos mecanismos pelos quais os diferentes analgésicos actuam, associados aos processos fisiopatológicos da dor, estão sumarizados na figura 2.

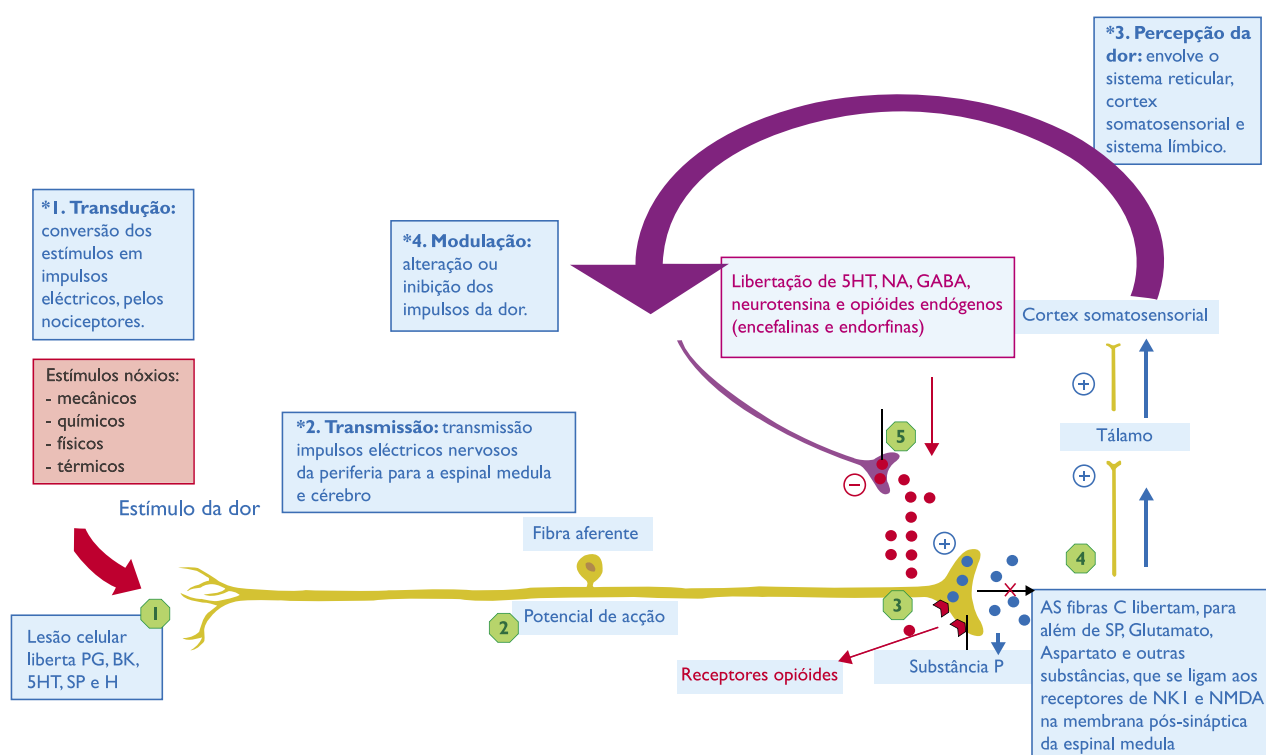


Figura 2: Vias de transmissão e modulação da dor.

Legenda:

A vermelho: via inibitória da dor, a partir do sistema analgésico endógeno (neurónios cerebrais)

A azul: via condutora da dor, da periferia para o SNC

A verde: local de acção dos diversos analgésicos:

1. AINEs – inibição das prostaglandinas.

2. Anti-epiléticos – bloqueiam a modulação dos canais de sódio ao inibirem a entrada do ião, tornando o processo nociceptivo mais lento por inibição da despolarização; Anestésicos locais – inibem a geração de impulsos anormais de nervos danificados, por bloqueio dos canais de sódio.

3. Opióides – bloqueiam a transmissão de neurotransmissores, especialmente de substância P.

4. Antagonistas de NMDA – inibem a ligação de aminoácidos excitatórios como o glutamato.

5. Antidepressivos.

* - Transdução, Transmissão, Percepção da dor e Modulação – os 4 componentes principais da nocicepção.

† - Potencial de acção produzido com o influxo de iões sódio e fluxo de iões potássio na fibra nervosa.

BK – bradicinina; GABA – ácido gama-amniobutírico; H – histamina; 5HT – serotonina; NA – noradrenalina; NMDA – N-metil-D-aspartato; NK1 – neurocinina-1; PG – prostaglandinas; SP – substância P.

Tipo de dor		Analgésicos não opióides	Analgésicos opióides	Analgésicos adjuvantes e medicamentos específicos da doença
DOR AGUDA	Doença aguda (ex.: dor de dentes, de cabeça, musculares, caibras, artrite, associada à gripe)	Paracetamol AINEs	PO e inj.	
	Pós-cirúrgica	Paracetamol AINEs	PO e inj., incluindo PCA	• Anestésicos locais (ex.: lidocaína, bupivacaína)
	Dor generalizada resultante de trauma grave	Paracetamol AINEs durante a fase curativa pós-traumática	Inj., em bólus ou IV contínuo durante a fase de emergência. PO ou IV durante a fase curativa	• Cetamina IV (muito raramente)
	Dor localizada resultante de trauma grave	AINEs (PO e inj.) durante a fase curativa pós-traumática	Inj., em bólus ou IV contínuo durante a fase de emergência e anestesia local	• Cetamina IV (muito raramente)
	Queimaduras (térmicas ou químicas)	Paracetamol AINEs durante a fase de reabilitação	Doses elevadas de injectáveis (ex.: morfina, fentanilo) e/ou PCA para doentes sem capacidade de deglutição de formas PO	• Cetamina parentérica (muito raramente) • Lidocaína IV (muito raramente)
	Dor resultante de trauma ligeiro	Paracetamol AINEs	Para a dor ligeira a moderada	
	Dor derivada de intervenções (associada a técnicas de diagnóstico ou de tratamento – ex.: biópsia da medula óssea, colocação de cateteres, etc.)	AINEs para analgesia pós-intervenção	IV, excepto se contra-indicado	• Anestésicos locais (ex.: lidocaína, bupivacaína e ropivacaína) • Cetamina IV
	Dor obstétrica (relacionada com o parto)		Inj., bólus IV (ex.: fentanil, morfina)	
DOR CRÓNICA NÃO ONCOLÓGICA	Artroses	Paracetamol AINEs Inibidores selectivos da COX-2	De acção curta e efeito moderada, para as exacerbações	• Corticosteróides: PO – AR; Inj. – OA e AR • Capsaicina (tópico) • Agentes anti-reumáticos modificadores da doença (ex.: MTX, DP, sais de ouro, AZA, SSZ, HCQ) • Modificadores da resposta biológica (etanercept, infliximab)
	Lombalgias (dores de costas)	Paracetamol AINEs Inibidores selectivos da COX-2	De acção curta e efeito moderada, para as exacerbações ligeiras a moderadas	• ADT (ex.: amitriptilina, nortriptilina) • Antiepilépticos • Relaxantes musculares (de acção curta)
	Fibromialgia	Paracetamol AINEs Inibidores selectivos da COX-2	Ocasionalmente, usar Tramadol para as agudizações	• ADT (ex.: amitriptilina, nortriptilina, doxepina) • Relaxantes musculares (de acção curta)
	Dor associada a drepanocitose	Paracetamol AINEs	De acção curta ou longa	• Sedativos • Ansiolíticos
	Neuropatia periférica (ex.: PDN e PHN)	Paracetamol AINEs	De acção curta	• ADT (ex.: amitriptilina) • Antiepilépticos (gabapentina, carbamazepina, valproato) • Agentes tópicos (ex.: capsaicina, lidocaína) • Anestésicos locais (ex.: lidocaína) • Antagonistas NMDA (ex.: cetamina – uso raro)

Tabela 1: Exemplos da terapêutica farmacológica recomendada para os diferentes tipos de dor.³

Legenda:

AINEs – anti-inflamatórios não esteróides; ADT – Antidepressivos tricíclicos; AR – artrite reumatóide; AZA – azatioprina; COX – cicloxigenase; DP – D-penicilamina; GI – gastrointestinal; HCQ – hidroxiquina; INR – international normalized ratio; Inj. – injectável; IV – intravenoso; OA – osteoartrite; MTX – metotrexato; NMDA – N-metil-D-aspartato; PCA – patient-controlled analgesia (analgesia controlada pelo doente); PG – prostaglandinas; PO – administração oral; SSZ - sulfassalazina ►

As normas orientadoras das associações internacionais para o estudo da dor e a DGS classificam os analgésicos da seguinte forma:

- analgésicos não opióides: paracetamol, anti-inflamatórios não esteróides e inibidores da ciclooxigenase -2 (COX);
- analgésicos opióides: agonistas dos receptores μ e agonistas-antagonistas;
- medicamentos adjuvantes : inclui vários grupos de fármacos com indicações primárias para outras condições que não a dor, com propriedades analgésicas significativas em algumas situações.

Algumas das situações mais frequentes, consoante o tipo de dor, e as suas abordagens terapêuticas estão mencionadas na tabela 1.

Relativamente à dor crónica oncológica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma orientação em escada para o seu controlo, apresentada na figura 3.

As recomendações gerais incluem a disponibilização e administração imediata de fármacos orais pela seguinte ordem: analgésicos não opióides; posteriormente e se necessário, opióides de ligeira potência, como a codeína; seguidamente, optar por opiáceos potentes como a morfina, até o doente não ter dores. Para aliviar o medo e ansiedade, devem ser utilizados fármacos adjuvantes. Para manter o doente sem dores, recomenda-se a utilização de um esquema posológico de analgésicos fixo “pelo relógio”, administrados a cada 3-6 horas, preferencialmente e em detrimento do regime de administração só quando necessário.

Analgésicos não opióides

São utilizados para o tratamento de uma grande variedade de tipos de dor aguda e crónica, e são especialmente efectivos para certos tipos de dor somática como as dores musculares e articulares, dores de dentes e ósseas, dor inflamatória e dor pós-operatória.

Analgésicos/Analgésicos antipiréticos

O paracetamol é o analgésico mais utilizado, individualmente ou em associação com opióides, no tratamento da dor aguda ligeira e crónica. A associação com codeína é normalmente efectiva no tratamento de condições dolorosas moderadas. O seu mecanismo de acção parece estar associado à inibição de prostaglandinas pela via da COX-2 e ácido nítrico no SNC, mas também parece actuar através da via da COX-3, que só se expressa a nível central.

Independentemente da apresentação utilizada, a sua dose não deve exceder os 4 g/dia. Normalmente é bem tolerado e associado a poucas reacções adversas. A potencial toxicidade hepática pode resultar devido a sobredosagem ou a presença de factores de risco, como por exemplo, doença hepática

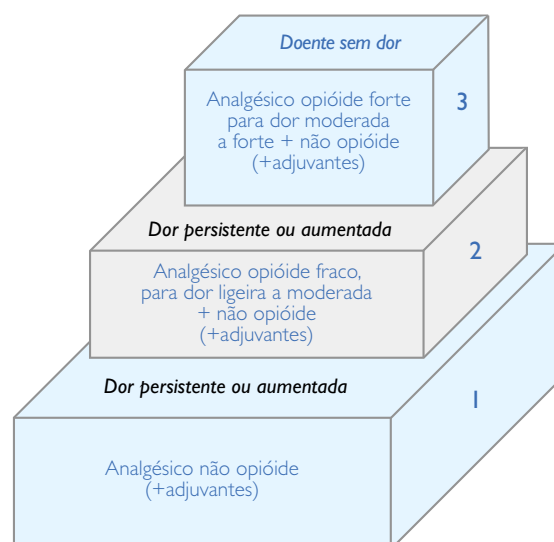


Figura 3. Escala de controlo da dor oncológica recomendada pela OMS³

pré-existente. Apresenta poucas interacções medicamento-sas, sendo de referir a potencial interacção com a varfarina em doses superiores a 2,275 g/semana, com consequente aumento do tempo de protrombina.

Anti-inflamatórios não esteróides

Os AINE englobam um grupo diversificado de fármacos e são extensamente utilizados no tratamento da dor aguda e crónica. Possuem efeitos antipiréticos, anti-inflamatórios e exibem uma analgesia eficaz na dor nociceptiva devido à inibição da produção central e periférica de PG. Não parecem ser eficazes na dor neuropática visto esta não expressar as isoenzimas COX. As reacções adversas mais frequentemente associadas são gastrointestinais e para minimizá-las recomenda-se a utilização concomitante de protectores gástricos, os inibidores da bomba de protões.

Os inibidores selectivos da COX-2 surgem com o objectivo de minimizar as reacções adversas GI mas têm sido associados a um potencial aumento do risco cardiovascular. Mais recentemente foi demonstrado que este risco parece existir em toda a classe de AINE, incluindo os não selectivos.

Os AINE não selectivos inibem a agregação plaquetária e aumentam o tempo de hemorragia. Estes efeitos desaparecem após cerca de cinco vezes o tempo de semi-vida do AINE, exceptuando a aspirina, que inibe irreversivelmente a agregação plaquetária durante a vida da plaqueta. Embora os AINE selectivos não inibam a agregação plaquetária, possuem efeitos protrombóticos. Os salicatos não acetilados, como o salsalato e trisalicato de magnésico e colina, não afectam a agregação plaquetária de modo significativo.

Tramadol

O tramadol é um fármaco de acção central com um mecanismo de acção dupla, promovendo analgesia efectiva ao inibir a recaptação de noradrenalina e serotonina no SNC, conjuntamente com a estimulação dos receptores opióides μ pelo seu metabolito principal (agonista fraco). Desta forma, exibe uma analgesia superior ao paracetamol e AINE mas inferior relativamente aos analgésicos opióides.

Analgésicos opióides

São o principal pilar da terapêutica analgésica para a dor moderada a forte que não responde a analgésicos não opióides, principalmente em situações agudas como traumas e dor pós-operatória, mas também na dor recidivante, oncológica e alguns tipos de dor não oncológica. São totalmente efectivos no tratamento da dor nociceptiva e possuem efectividade significativa na dor neuropática. Actuam ao nível dos receptores opióides existentes no SNC e tracto GI, com menor extensão nos receptores dos tecidos periféricos. São classificados como agonistas, agonistas-antagonistas (agonistas parciais) e antagonistas, mediante a sua acção nos receptores opióides, existindo uma variabilidade interindividual significativa na resposta fisiológica à estimulação destes receptores. Os três principais tipos de receptores opióides são μ , δ e κ – ver tabela 2.

O paracetamol é o analgésico mais utilizado, individualmente ou em associação com opióides, no tratamento da dor aguda ligeira e crónica.

Os *opióides agonistas* têm, geralmente, efeitos clínicos semelhantes quando administrados em doses equivalentes (tabela 2). As diferenças entre eles residem na ocorrência de reacções adversas (de maior ou menor intensidade) e na resposta individual aos fármacos (por exemplo, a existência de polimorfismos genéticos como nos casos em que a codeína exibe fraca analgesia, devido ao facto dos indivíduos não possuírem a isoenzima CYP2D6 responsável pela conversão do fármaco nos seus metabolitos activos, incluindo a morfina). Todos os agonistas μ podem provocar obstipação, sedação, náuseas, confusão, retenção urinária e depressão respiratória. A morfina é o opióide de referência para a comparação entre os agonistas μ .

O grupo dos *opióides agonistas parciais* é constituído principalmente pela buprenorfina, que parece apresentar vantagem terapêutica pelo facto de estar menos associada a dependência psicológica e física, e depressão respiratória.

O analgésico opióide mais apropriado à condição da dor é seleccionado com o objectivo de obter o máxima de efectividade analgésica com o mínimo de reacções adversas,

tendo em consideração a adesão do doente à forma de administração (as vias oral e transdérmica são geralmente preferíveis no tratamento crónico). Os opióides de acção curta são normalmente utilizados no tratamento da dor intermitente e das exacerbações em tratamentos crónicos (dor eruptiva). Os opióides de longa duração e de liber- ►

Fármaco	Tipo de receptor			Doses equipotentes (mg)		Duração de acção (h)
	μ (Miu)*	δ (Delta) [†]	κ (Kappa)	AP	AO	
Morfina	Agonista	(Agonista)	(Agonista)	10 (IM)	60-90	4-5
Codeína					20 (LP)	8-12
Metadona				120	200	4-8
Fentanilo				7,5-10	20	0,5
Oxicodona				0,1		
Buprenorfina	Ag. parcial	---	---	0,4	0,4-0,8 (SL)	4-8
Naloxona	Antagonista	Antagonista	Antagonista			
Naltrexona						

Tabela 2: Acção dos opióides nos receptores

Legenda:

* - Responsável por analgesia supra-espinal, depressão respiratória, euforia, dependência física

[†] - Responsável por analgesia espinal, miose, sedação

AP – administração parentérica; AO – administração oral; IM – Intramuscular; LP – libertação prolongada; SL - Sublingual

tação controlada são úteis no tratamento da dor contínua, permitindo o alívio das dores durante a noite. A maioria dos opióides devem ser administrados em esquemas “pelo relógio” na dor contínua ou numa base de quando necessário na dor eruptiva.

Os agonistas μ potentes apresentam a vantagem de não possuírem o “efeito de tecto”, isto é, uma dose acima da qual não se atinge analgesia adicional, mas as associações com outros fármacos podem limitar a utilização da dose óptima do opióide.

Medicamentos adjuvantes

Estes medicamentos exercem acção analgésica em determinadas situações da dor. Podem ser administrados em associação com analgésicos opióides ou não opióides, ou em monoterapia na DCNO, particularmente nas situações com componente neuropático. As classes terapêuticas mais frequentemente utilizadas são os antidepressivos tricíclicos (ADT), os antiepilépticos (AED), anestésicos locais e fármacos tópicos, como a capsaicina.

Antiepilépticos

A gabapentina, pregabalina, carbamazepina e valproato de sódio são os antiepilépticos mais frequentemente utilizados no tratamento da dor neuropática, especialmente na derivada de síndromes de nervos periféricos (nevralgia do trigémio, nevralgia pós-herpética e neuropatia diabética). As reacções adversas mais comuns incluem sedação, confusão mental, tonturas e náuseas, pelo que para evitá-las recomenda-se o início do tratamento com doses baixas e aumento gradual até à dose máxima. Embora pouco frequentes, podem ocorrer reacções adversas graves pelo que requerem monitorização laboratorial das concentrações plasmáticas, dos parâmetros hematológicos e hepáticos.

Antidepressivos tricíclicos

A amitriptilina e a nortriptilina são os antidepressivos mais frequentemente utilizados como co-adjuvantes na analgesia da dor nociceptiva e neuropática (ex.: dores de cabeça,

dor lombar, dor oncológica, fibromialgia). A sua analgesia não depende da actividade antidepressiva e são igualmente eficazes no alívio das dores em doentes com ou sem depressão. A sua acção analgésica pode ocorrer em doses mais baixas e mais rapidamente do que as normalmente utilizadas para a acção antidepressiva. Embora geralmente bem tolerados, estão associados a potencial cardiotoxicidade, pelo que a sua utilização deve ser cautelosa em doentes com alterações cardíacas. A amitriptilina deve ser administrada à noite, antes de deitar, devido à sedação intensa e efeitos anticolinérgicos que frequentemente provoca. A nortriptilina é mais recomendada para os doentes idosos porque está associada a menor frequência de sedação e hipotensão ortostática.

Anestésicos locais

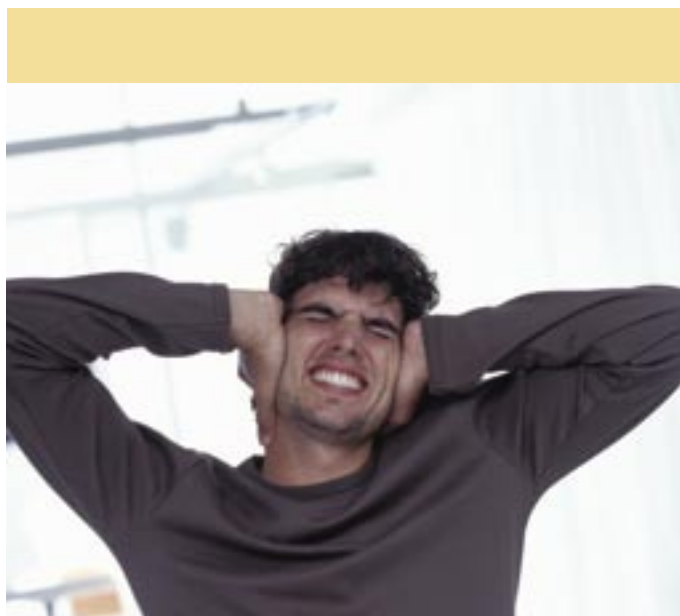
São utilizados por administração tópica ou injeção local para tratamento da

dor aguda ou crónica.

A administração tópica providencia analgesia para a realização de procedimentos dolorosos, com absorção sistémica mínima e sem reacções adversas. Também podem ser utilizados para técnicas mais invasivas, nomeadamente anestesia regional, como por exemplo, a lidocaína, bupivacaína e ropivacaína.

Outros

A capsaicina apresenta propriedades analgésicas e tem sido utilizada no tratamento de dores ligeiras, de origem



A gabapentina, pregabalina, carbamazepina e valproato de sódio são os antiepilépticos mais frequentemente utilizados no tratamento da dor neuropática, especialmente na derivada de síndromes de nervos periféricos.

muscular e articular. A sensibilização dos receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) a nível central vai promover um aumento da distribuição de glutamato e da resposta a este. Como resultado, os estímulos que normalmente não são dolorosos, como o toque, passam a sê-lo (alodinia) e/ou a resposta ao estímulo é exagerada ou amplificada (hiperalgesia) – variantes da dor neuropática.

A cetamina, utilizada por via parentérica e a nível hospitalar, é um antagonista NMDA, que apesar de demonstrar analgesia eficaz, também tem associadas várias reacções adversas devido à vasta distribuição deste tipo de receptores pelo cérebro.

1. Os estímulos nódos nos nociceptores produzem sempre dor nociceptiva.
☐ Verdadeiro ☐ Falso
2. As fibras C dos nociceptores são finas e não mielinizadas.
☐ Verdadeiro ☐ Falso
3. A dor neuropática deve-se a lesões do sistema nervoso.
☐ Verdadeiro ☐ Falso
4. A dor crónica oncológica pode dever-se aos meios de diagnóstico utilizados.
☐ Verdadeiro ☐ Falso
5. A avaliação da dor deve ser realizada exclusivamente pela observação do clínico.
☐ Verdadeiro ☐ Falso
6. Os anti-inflamatórios não esteróides estão indicados no tratamento da dor nociceptiva e neuropática.
☐ Verdadeiro ☐ Falso
7. Os antiepilépticos são frequentemente utilizados no tratamento na neuropatia diabética.
☐ Verdadeiro ☐ Falso
8. Os anestésicos locais, como a bupivacaína, podem ser injectados localmente para produzir analgesia.
☐ Verdadeiro ☐ Falso
9. Os espasmos musculares associados à dor nociceptiva podem ser tratados com baclofeno.
☐ Verdadeiro ☐ Falso
10. A amitriptilina é o antidepressivo mais utilizado para produzir analgesia nos idosos.
☐ Verdadeiro ☐ Falso

Os relaxantes músculo-esqueléticos (por exemplo, baclofeno e tizanidina) são analgésicos adjuvantes eficazes no alívio da dor associada a espasmos musculares, atingindo efeitos máximos ao final de uma semana de tratamento, com decréscimo de eficácia e aumento da depressão central se utilizados por mais de 2 semanas.

■ Conclusão

Segundo o PNLCD elaborado pela DGS, independentemente do síndrome clínico associado ou não, a “*dor pode e deve ser tratada, com perspectivas de êxito proporcionais ao entendimento que dela temos e fazemos, à adequação e preparação científica dos serviços profissionais de saúde envolvidos e ao manejo judicioso de todos os recursos, técnicos e humanos, disponíveis*”. Deste modo e sabendo que o controlo adequado da dor é hoje compreendida como um processo multidisciplinar, que a dor pode causar incapacidades e tornar-se num verdadeiro problema de saúde pública, o farmacêutico tem um papel preponderante para incrementar a qualidade de vida destes doentes, com um acompanhamento humano e informado. ■

Agradecimentos à Professora Dra. Maria Augusta Soares, Directora Científica da ANF, pela revisão dos textos.

Referências bibliográficas

1. International Association for the Study of Pain. Pain terms. Disponível em: www.iasp-pain.org. Acesso em: 06/2006.
2. Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Direcção-Geral de Saúde. 2001. Disponível em: www.dgs.pt. Acesso em: 06/2006.
3. BERRY, P.H. [et al] – Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. American Pain Society. 2006.
4. Chronic Pain Management : a Disease- based Approach. Pharmacotherapy Self-Assessment Program. 5th Edition. 2006.
5. WHO's pain relief ladder. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>. Acesso em: 06/2006.
6. WIDMAIER, E.P., RAFF, H., STRANG, K.T. Vander's Human Physiology. McGraw-Hill International Edition. Tenth Edition. 2006.



Uma visita ao Hospital Veterinário

A existência dos hospitais veterinários em Portugal tem vindo a mudar nos últimos anos. Públicos e privados, são inúmeros os postos de atendimento permanentes a funcionar em Portugal, com características idênticas aos hospitais para os humanos.

Dar a conhecer os serviços dos hospitais veterinários em Portugal torna-se tarefa fundamental para os profissionais de saúde com contacto directo com o público: os farmacêuticos. Estes devem saber responder e orientar os utentes em matérias relacionadas com os animais. O hospital veterinário assemelha-se em tudo a um hospital para o tratamento de seres humanos, possuindo uma enorme diversidade de recursos e serviços, para além de clínicos e auxiliares habilitados a assumir a responsabilidade sobre o tratamento de qualquer patologia.

Às comuns consultas de referência e de rotina, juntam-se serviços de excelência em áreas tão diversas como a reprodução animal ou tratamento de animais exóticos, uma lacuna em muitos centros de saúde veterinários em Portugal.

■ A detecção imediata de patologias

A nível hospitalar é possível diagnosticar patologias complexas em animais domésticos, tarefa que se torna mais complicada em clínicas veterinárias, uma vez que os recursos são mais escassos. Para o diagnóstico célere e conclusivo e um tratamento mais eficaz, os hospitais possuem uma diversidade de meios complementares: raio X simples ou de contraste, mielografias, ecografia e ecocardiografia, artroscopia, video-endoscopia, medição da pressão arterial, testes oftalmológicos, citologias simples e ecoguiadas, análises hematológicas, bioquímicas e provas de coagulação em laboratório próprio, TAC.

Regra geral, os hospitais possuem um laboratório equipado

com todos os aparelhos necessários para realizar os testes acima descritos. O diagnóstico é quase imediato, mesmo tratando-se de análises bioquímicas ou hematológicas (ex. provas, hepáticas, tempo de coagulação, tipagem de sangue do cão e gato, etc.). Por vezes, é necessário determinar se existem alterações neurológicas no animal, realizando-se para o efeito determinados exames neurológicos, nos quais, nomeadamente, se obriga o animal a andar, para ver se coxeia, se troca as patas, se tem hiperextensão. Ao mesmo tempo, avaliam-se os pares cranianos e os reflexos da espinal-medula.

■ Consultas da especialidade

Todos estes meios de tratamento são coadjuvados com consultas da especialidade. A dermatologia, por exemplo, permite o diagnóstico dos problemas patológicos a nível da pele e do pêlo dos animais domésticos, podendo existir no hospital um serviço de rastreio e tratamento em termos de alergias animais.

A oftalmologia é outras das consultas da especialidade disponibilizada a nível hospitalar, na qual se detectam patologias ligadas aos olhos dos animais, nomeadamente, conjuntivite, glaucoma e outras. É prescrito um tratamento, sendo feito um acompanhamento periódico da patologia.

Na especialidade de cardiologia são detectados os problemas cardíacos (por ex. hipertensão) dos pequenos animais, vigiando-se a sua evolução e procedendo-se ao seu tratamento.

■ Apoio à reprodução animal

Existem serviços mais específicos que podem variar consoante o hospital. Alguns possuem um serviço de aconselhamento e realização de inseminação artificial, suportado por bancos de sêmen. Ligada a esta área, exerce-se a pediatria, na qual os médicos veterinários informam os donos de animais bebés sobre quais os cuidados a ter, de forma a serem evitadas doenças, por vezes fatais. Entre esses cuidados destacam-se as vacinas, a desparasitação, a alimentação, a higiene animal, a identificação animal, entre outros.

A identificação animal passa pela aplicação subcutânea de um



microship (electrónico) com um código alfanumérico. Uma ficha em triplicado sobre a identificação do animal e do seu proprietário é preenchida, ficando o

original com o proprietário, uma cópia no arquivo do médico veterinário e a outra é enviada ao SIRA (Sistema de Identificação e Registo de Dados).

Dentro das áreas mais específicas, existem hospitais que possuem um médico veterinário formado em medicina e cirurgia dentária, o que permite realizar desde simples destarizações e aconselhamento no campo da higiene oral, a desvitalizações e ou reconstruções dentárias. Do leque de consultas disponibilizadas por alguns hospitais, fazem parte as consultas e cirurgias em animais exóticos, justificadas pelo crescente número destes animais como companheiros da família, sendo necessário assegurar os cuidados certos de saúde para os mesmos.

■ Cirurgias e internamentos

O hospital veterinário dispõe de um bloco operatório devidamente equipado para a realização de todas as cirurgias de tecidos moles mais frequentes: castrações, esterilizações, cirurgia abdominal, cirurgia renal e intestinal, entre outras.

No âmbito das cirurgias, os hospitais propõem-se responder ao diagnóstico e tratamento de doenças ligadas à ortopedia. Possuem, para tal, artroscopia e serviço de fisioterapia, o que possibilita a recuperação mais rápida do animal no pós-cirúrgico.

Toda a esta gama de serviços é completada com o internamento dos animais, os quais são assistidos 24 horas, com oxigenoterapia e monitorização cardíaca. Existem unidades hospitalares que dispõem de uma ambulância veterinária, que assegura o transporte de animais em casos de urgências.

■ Outros serviços

Os hospitais veterinários podem possuir outro tipo de serviços distintos daqueles destinados exclusivamente ao tratamento dos animais. Essa oferta é composta por aconselhamento nutricional, banhos de embelezamento e dermatológicos, bem como cortes de pêlo terapêuticos e de beleza a cães e gatos.

Existe ainda a possibilidade de poderem ser disponibilizados serviços de acupuntura veterinária, elaborada por técnicos especializados nesta área. Outra das vertentes dos hospitais veterinários, é o nível de informatização dos serviços, que de uma forma geral é uma realidade, o que permite conhecer de imediato o historial do animal, uma vez que é fácil proceder a digitalizações de exames e associá-los à ficha do animal.

Para assegurar a permanência do serviço, os hospitais contam com uma equipa de clínicos e pessoal auxiliar, que cobrem as variadas áreas de intervenção veterinária do hospital. ■

O nosso agradecimento a toda a equipa do Hospital Veterinário de Almada, em particular à Dra. Ana Paula Abreu, pela disponibilidade mostrada e que nos permitiu elaborar o presente artigo. Qualquer dúvida pode ser colocada para o email hva@hvalmada.com

O Código da Vinci no Museu da Farmácia



Um pote do século XVI testemunha, no Museu da Farmácia, como a religiosidade e a saúde andavam de mãos dadas numa Europa que despertava da peste negra medieval. E é o ponto de partida para se perceber como podem fazer sentido as teorias expostas pelo recente Código da Vinci.

A polémica em torno das teorias arquitectadas por Dan Brown no seu livro “Código da Vinci” e ampliadas em imagens no filme protagonizado por Tom Hanks parece ter já amainado. Mas quando o alegado desvendar de alguns dos mistérios da Igreja Católica era falado e discutido à exaustão chegou também ao Museu da Farmácia. Pela voz de muitos visitantes, que inquiriam o director, João Neto, em busca de uma peça que contasse também ela a história de Maria Madalena e Jesus Cristo. E a todos quantos assim o interpelavam João Neto dava uma resposta afirmativa: sim, o Museu da Farmácia também é repositório desse imaginário que atribuía a Maria Madalena um papel menos simbólico do que aquele que lhe é dedicado nos documentos oficiais da Cristandade. Num pote do século XVI, moldado em majolica italiana e destinado a conter líquidos, Maria Madalena é pintada em destaque, numa imagem em que recebe Jesus Cristo na sua descida da cruz.

É a partir daqui que aos visitantes do museu se demonstra a clara aliança entre a religião e a saúde numa Europa medieval a braços com as feridas da dizimadora peste negra. Eram tempos inseguros, em que por vezes a religião era a

única salvação. E que, por via disso, impulsionaram o uso de imagens religiosas nos utensílios associados ao tratamento e à cura. Só através de Jesus Cristo e dos santos, retratados nos recipientes que continham medicamentos, os doentes recuperaram a confiança e a sua fé nos boticários e médicos. É desses tempos que os farmacêuticos herdaram os seus padroeiros – santos, naturalmente: S. Cosme e S. Damião, para a profissão em geral, e S. Miguel para os farmacêuticos de Lisboa.

■ Maria Madalena, o Santo Graal e a farmácia

E Maria Madalena para os parisienses. É grande a surpresa de todos quantos ouvem esta explicação: Maria Madalena patrona dos boticários de Paris? Efectivamente, assim é! E porquê? Aqui João Neto remonta novamente ao pote italiano exposto no museu e à imagem de Maria Madalena a receber Jesus Cristo após a crucificação. Dos ecos que desse momento chegam até à actualidade consta que Maria Madalena e Maria, mãe de Jesus, preparam o corpo para o túmulo com unguentos e óleos, após o que o envolveram



A polémica em torno do Código da Vinci está, de facto, a desvanecer-se com o tempo. Mas no Museu da Farmácia há um pote do século XVI que prevalece como testemunha de outros tempos.

em linho. E assim o depositaram no Santo Sepulcro, de onde ressuscitou ao sétimo dia.

Esta é a ligação mais evidente de Maria Madalena ao universo da farmácia. Mas outra há, consagrada na obra de Dan Brown: a sua presença na última ceia. Aqui entra em cena o cálice sagrado ou Santo Graal, em torno do qual gravitam várias teorias: a mais consensual é aquela segundo a qual foi por ele que Jesus bebeu na ceia em que se despediu dos seus apóstolos, mas há outra que faz do cálice o recipiente em que foi recolhido o sangue de Cristo durante o martírio na cruz. E aos pés da cruz estava precisamente Maria Madalena... A verdade é que este é o recipiente mais famoso da Cristandade, aquele que purifica e que motiva demandas há séculos e séculos.

E que há muito ingressou no imaginário farmacêutico, por via da terminologia de finais do século XIX que fazia corresponder a palavra “gral” a um pequeno almofariz. Seria então um objecto simples, como a arqueologia e a História demonstram não obstante a humanidade tê-lo simbolicamente enriquecido de metais e pedras preciosas.

Mas na verdade simples são os almofarizes, como simples seriam os recipientes usados por Maria Madalena para pre-

parar o corpo de Cristo para o sepulcro ou para recolher o sangue derramado na cruz.

A crucificação e ressurreição de Cristo contêm em si diversas alegorias ligadas à saúde. Jesus protagonizou milagres - curou leprosos, cegos, paralisados. Foi o primeiro a praticar o exorcismo como forma de cura. E a recorrer ao que se poderá chamar o primeiro medicamento espiritual, mágico-religioso, quando juntou saliva à terra que viria a ser santa, formando uma mistura que colocou nos olhos de um cego, devolvendo-lhe a visão.

E ao ressuscitar viria a alimentar um dos mitos mais perseguidos de sempre: o da vida eterna. Em última instância, e simbolicamente, o objectivo de todos quantos se movem no universo da saúde, de todos quantos se dedicam ao combate à doença e pugnam por uma melhor qualidade de vida. Os farmacêuticos, por exemplo.

A polémica em torno do Código da Vinci está, de facto, a desvanecer-se com o tempo. Mas no Museu da Farmácia há um pote do século XVI que prevalece como testemunha de outros tempos, aqueles em que a confiança nos medicamentos se alicerçava na religiosidade. Nas fileiras de um exército de santos especialistas, em que pontuava também Maria Madalena. ■



QUINTA DO CONVENTO DE VAL DE PEREIRAS
Ponte de Lima · Portugal

FORMAÇÃO
LAZER
HABITAÇÃO
CONVÍVIO

UM SONHO
CADA VEZ MAIS REAL

Fundada em 1360 a Quinta do Convento de Val de Pereiras é hoje um dos locais mais relevantes de Ponte de Lima, rico em testemunhos históricos, religiosos e senhoriais.

Equipada com todos os confortos de uma moderna unidade hoteleira, é um convite a momentos de lazer ou reuniões de trabalho, num ambiente onde a calma e a classe imperam, em plena integração com a natureza.

Para mais informações:
tel. 253 900 042 - fax 258 900 046
www.valdepereiras.pt - info@valdepereiras.pt



Concurso de desenho

A farmácia é **tua amiga**



1º Prémio: Joana Morais, 8 anos
Lisboa
Farmácia Cartaxo - Av. da Igreja



2º Prémio ex-quo: Inês Gomes, 9 anos, Portalegre
Farmácia Esteves Abreu - Portalegre
3º Prémio ex-quo: Irina Braga, 9 anos, Portalegre
Farmácia Esteves Abreu - Portalegre



2º Prémio ex-quo: Mariana Chaves, 9 anos
Almada
Farmácia Tovar Chaves - Feijó



3º Prémio ex-quo: Jessica Matos, 9 anos
Lisboa
Farmácia Reis Oliveira - Olivais

Inserido no âmbito do seu Programa Educativo, o Museu da Farmácia, em colaboração com a revista “Farmácia Portuguesa”, organizou um concurso de desenho intitulado “A Farmácia é Tua Amiga”, destinado aos alunos do ensino Pré –Escolar e do 1º Ciclo do Ensino Básico. O concurso decorreu entre os dias 1 de Março e 31 de Maio, tendo sido recebidos um total de 300 desenhos de escolas de todo o país.

Todos os meses foram seleccionados 10 desenhos, que foram expostos no Museu e publicados na revista. No início do mês de Junho, as direcções do Museu e da revista “Farmácia Portuguesa”, decidiram quais os desenhos vencedores, tendo como critérios a noção que as crianças têm de que a farmácia e o farmacêutico são seus aliados no processo da cura da doença. Foi curioso apercebermo-nos que para as crianças a farmácia é um local organizado, onde se prestam cuidados de saúde e que o farmacêutico é o especialista no medicamento. Mais uma vez, contámos com o apoio entusiástico das farmácias quer na divulgação desta iniciativa, quer ainda na sua disponibilidade para a entrega dos prémios. ■



► O melhor do Universo Farmacêutico
espera por si em Outubro

**CENTRO DE CONGRESSOS DE LISBOA
(Antiga FIL - Junqueira)**

Expofarma
2006

OUTUBRO **19** 14h às 20h
20 • 21 10h às 20h

O melhor do Universo Farmacêutico



HOTEL OFICIAL EXPOFARMA 2006



BANCO OFICIAL EXPOFARMA 2006

Os visitantes e expositores da EXPOFARMA 2006 beneficiam de preços especiais para alojamento, no Hotel Vila Galé Ópera (Lisboa).
Para efectuar a sua reserva contacte:
Hotel Vila Galé Ópera (Lisboa)
Avenida da Índia - Travessa do Conde da Ponte - 1300 - 141 Lisboa
Tel.: ++351 21 360 54 00 - Fax: ++351 21 360 54 50
e-mail: opera@vilagalé.pt

Iniciativa:

FARMÁCIA DISTRIBUIÇÃO

Serviço Profissional da Farmácia

Media Partners:

Balcão
DA FARMÁCIA

Marketing
Farmacêutico

farmanews

Peça os seus convites ou obtenha mais informações em
www.netfarma.pt/expofarma

Ana Godinho

Evocação

Ana Godinho esteve sempre na primeira linha na defesa da Farmácia, em Portugal. Era farmacêutica hospitalar de formação, mas isso não lhe limitou os horizontes no que concerne ao activismo profissional. Uma atitude que foi seu apanágio ainda antes

da revolução de Abril de 1974, altura em que desenvolveu actividade de destaque a nível da Ordem dos Farmacêuticos. Viviam-se então dias de alguma instabilidade em torno do formato que deveria assumir aquele que é actualmente o órgão de cúpula dos farmacêuticos portugueses.

Muitos anos depois viria a desempenhar novamente um papel activo na Ordem, a convite de João Silveira, que, entre 1994 e 2002, cumpriu dois mandatos como bastonário. E é o actual vice-presidente da ANF que recorda em Ana Godinho uma mulher de elevada cultura, uma profissional habilitada e competente e uma referência ética e deontológica. Com Ana Godinho, João Silveira manteve uma relação de longa data, de quase 30 anos. Acompanhou com atenção o seu percurso profissional, nomeadamente os diversos cargos que ocupou a nível da administração pública. Primeiro na Direcção-Geral dos Hospitais, onde manteve “uma actividade relevante, tendo sido um elemento determinante na afirmação da farmácia hospitalar”.

No início da década de 80, a Associação Nacional das Farmácias promove, através da Difarma, o 1º Simpósio Internacional de Farmácia Clínica, onde Ana Godinho teve “uma incumbência especial e muito importante”, a de elaborar e apresentar as conclusões do encontro. O que – recorda João Silveira – fez “da forma que já se esperava: de



de um percurso

uma forma brilhante, muito bem estruturada, com grande impacto”. Impacto teve, de facto. Presidia à sessão de encerramento o então ministro da Saúde, Maldonado Gonelha, que ficou impressionado com o desempenho de Ana Godinho. Ao ponto de a convidar para número dois

da Direcção-Geral dos Assuntos Farmacêuticos, com o que pretendeu colmatar a necessidade de um profissional de saúde para aquela que seria a primeira estrutura integral e exclusivamente dedicada à farmácia e ao medicamento. Para director-geral tinha já sido convidado um membro do gabinete do ministro, Marcolino dos Santos.

Para João Silveira, a escolha de Ana Godinho foi essencial naquele “momento histórico” da regulamentação farmacêutica em Portugal. “Deu um contributo extraordinário que talvez não tenha tido muita visibilidade, mas que foi determinante para o arranque da estrutura”.

A sua carreira no Ministério da Saúde transitou, posteriormente, para a Secretaria-Geral, onde trabalhou ao lado de Maria dos Prazeres Beza. Um percurso que a transformou “numa daquelas pessoas que, independentemente do cargo que ocupam, são sempre convidadas para os eventos importantes”. Este entendimento, aliás, presidiu à sua escolha para integrar a candidatura de João Silveira à Ordem dos Farmacêuticos. Convite que aceitou, tendo presidido ao Conselho Jurisdicional Nacional “com idoneidade e projecção”.

Ana Godinho faleceu em Novembro 2005. A homenagem é póstuma e com algum desfasamento temporal, mas justificada e merecida. ■

Recordar Armando Ribeiro Simões

O homem e o farmacêutico

Falar de Armando Ribeiro Simões é falar de um homem e de um farmacêutico com ideias e projectos muito à frente do seu tempo. Era um homem de visão, conforme se testemunha pela obra que construiu e que constitui o seu legado para a família, para a cidade onde viveu e exerceu a profissão e para a classe que sempre dignificou. É esta recordação que fica na memória do colega, Telmo Figueiredo, amigo de longa data.

Viveu em Viseu, Ribeiro Simões rumou ao Porto para a licenciatura na Faculdade de Farmácia, mas regressaria à sua cidade em 1949 para aí iniciar a vida profissional. Na Farmácia Confiança, então um pequeno espaço no centro da cidade mas que fez crescer, ano após ano, em dimensão e projecção, imbuído de um espírito vanguardista que nunca o deixou confinar-se às fronteiras físicas, nem às actividades tradicionais de um farmacêutico.

Um espírito que deixou marcas. Uma dessas marcas permanece bem visível até aos dias de hoje: um fresco pintado pelo artista Jorge Pinheiro numa das paredes da farmácia, em 1957, testemunha o seu elevado sentido estético. Outra consta dos anais da publicidade feita em Portugal: Ribeiro Simões foi pioneiro a publicitar nos comboios da CP, tendo inovado igualmente ao anunciar alguns produtos, produzidos na Farmácia Confiança, na televisão. Estava-se então nos anos 70. “Para ver melhor, Farmácia Confiança” foi uma das mensagens que procurou passar, mais uma vez fruto da sua postura inovadora. É que este farmacêutico de Viseu cedo apostou na diversificação da actividade, oferecendo serviços em áreas como a óptica médica, os medicamentos de uso veterinário ou a produção galénica. Aliás, foi precisamente com o dinamismo que lhe era (re)conhecido que fez evoluir o seu pequeno laboratório para a preparação de especialidades farmacêuticas vocacionadas, sobretudo, para a veterinária.

Pela sua mente passaram muitas das ideias que alicerçam a farmácia moderna. Uma das suas preocupações – hoje uma questão estratégica – visava a comunicação e, em nome dela, instalou uma mesa à entrada da sua farmácia, transformando-a num ponto de encontro, em jeito de tertúlia. Ainda hoje ali vão muitas pessoas para um simples dedo de conversa, transformando a Farmácia



Confiança num espaço claramente público. É simbólico do quanto Armando Ribeiro Simões era uma pessoa atenta e sensível às dificuldades e sofrimento dos seus concidadãos.

Uma faceta que conjugava com uma outra: a oportunidade das suas posições públicas, assumidas nomeadamente em reuniões associativas. Foi, aliás, uma das presenças de destaque na histórica reunião de farmacêuticos nos anos 70, em Coimbra, vigoroso impulso para a criação da ANF. De aí em diante, continuou presente: foi delegado distrital, foi presidente do conselho fiscal do Monaf, fundador e membro dos corpos sociais da Farbeira. Tal comprometimento com a profissão levou mesmo a Farbeira a homenageá-lo.

Esta veia de intervenção cívica estendeu-se às colectividades da sua cidade: presidiu ao Clube Académico de Futebol, esteve na fundação da Associação Industrial de Viseu, incentivou a criação do Cine-Clube, ajudou a consolidar a ARCE e foi grande entusiasta dos Amigos do Museu Grão Vasco.

E tudo o que fazia era motivado pelo prazer. Até a sua perspectiva de negócio passava pelo prazer. Fazia o que o divertia e foi essa a mensagem que transmitiu aos cinco filhos, nunca os pressionando a serem farmacêuticos, antes os empurrando para construírem uma vida que lhes desse gozo pessoal. Mas três seguiram-lhe as pisadas. As dele e as da mãe, Regina Nazaré de Oliveira, farmacêutica e proprietária da Farmácia Portugal, também em Viseu.

Armando Ribeiro Simões morreu a 29 de Julho 2006. Tinha 85 anos. Manteve até ao fim o espírito que lhe norteou a vida: um espírito positivo, dinâmico e muito humano. ■

Debater a profissão farmacêutica no novo enquadramento regulamentar definido pelo Governo socialista e a estratégia traçada pela Ordem dos Farmacêuticos (OF) foram os objectivos que reuniram cerca de 80 pessoas em representação dos diversos colégios da OF no Conselho Farmacêutico Nacional, em meados de Junho, em Palmela.

Este encontro reuniu personalidades distintas do sector farmacêutico e debateu temas diversos relacionados com a actividade. Mas, sobretudo, a OF pretendeu, com esta iniciativa, discutir as alterações propostas pelo actual Governo sobre a profissão farmacêutica, procurando auscultar os colegas e analisar o impacto destas medidas no futuro.



CONSELHO FARMACÊUTICO NACIONAL DISCUTE NOVO QUADRO REGULAMENTAR

Este encontro surge no seguimento da realização de diversos encontros regionais por todo o país e está enquadrado numa iniciativa da OF de ouvir as associações representativas das diversas actividades farmacêuticas, as faculdades de farmácia, as associações de estudantes e os farmacêuticos em geral.



DIA NACIONAL DO FARMACÊUTICO COMEMORA-SE EM COIMBRA

As comemorações do Dia Nacional do Farmacêutico realizam-se, este ano, em Coimbra, pela mão da Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Farmacêuticos. Este dia visa promover o encontro entre farmacêuticos das várias gerações e provenientes de áreas de actividade distintas e reflectir sobre a contribuição dos profissionais para a melhoria dos cuidados de saúde.

Tal como em anos anteriores, a cerimónia de comemoração realiza-se no dia 26 de Setembro, dia de S. Cosme e S. Damião, estando prevista uma semana de iniciativas. Serão homenageados, como habitualmente, os profissionais que completam os 50 anos de carreira, com a entrega de medalhas e diplomas. Segue-se a entrega dos Prémios "Sociedade Farmacêutica Lusitana", que distinguem os melhores estudantes de Ciências Farmacêuticas.

O Juramento Farmacêutico, outra das iniciativas habituais, pretende ser o momento alto da cerimónia, em que os jovens farmacêuticos assumem o compromisso de zelar pelos valores éticos e deontológicos da profissão. A cerimónia termina com um jantar de convívio e de confraternização entre colegas e convidados.

VALORMED ENTREGA PRÉMIO AMBIENTAL ÀS FARMÁCIAS

A Valormed reconheceu o contributo ambiental prestado pelas farmácias junto dos utentes pelo quarto ano consecutivo através da atribuição do Prémio Valormed numa cerimónia que se realizou no palácio de S. Vicente, em Lisboa, no dia 29 de Maio. Esta distinção visa reconhecer o trabalho realizado pelas farmácias na sensibilização dos utentes para a entrega das embalagens de medicamentos usadas ou fora de uso, para que as mesmas possam ser enviadas para valorização energética.

Durante o ano de 2005, foram recolhidos pelas farmácias de todo o país 471 toneladas de resíduos de embalagens e de medicamentos fora de uso, tendo sido a Farmácia São Roque, de Águeda, aquela que mais recolheu, totalizando 259 contentores.

“As farmácias representadas nesta sala simbolizam os farmacêuticos e profissionais de saúde que mais incentivaram os utentes e população em geral a melhorar os seus comportamentos ambientais no sector do medicamento”, salientou José Carapeto, director-geral da Valormed, no seu discurso de agradecimento às farmácias. A cerimónia de atribuição do prémio contou com a participação de responsáveis de farmácias de todo o país e representantes da Apifarma (Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica), ANF (Associação Nacional de Farmácias), Fecofar (Fundação de Cooperativas de Distribuição Farmacêutica) e Groquifar (Associação de grossistas de produtos químicos, farmacêuticos, para alimentação e saúde animal e agroquímicos), sócios da Valormed.

Valormed faz aposta contínua na qualidade e ambiente

A Valormed na sua busca de melhorias de procedimentos que levem ao aumento da sua eficácia e sensibilização junto do público, obteve a certificação em qualidade e ambiente ISO NP EN ISO 9001:2000 e NP EN ISO 14001:2004, em Maio.

“Melhorar e clarificar os procedimentos através dos quais a Valormed se rege, esteve sempre presente na sua actividade, pelo que a certificação se impunha como elemento indispensável à afirmação de valores que nos são intrínsecos”, refere Luís Francisco, director da Valormed. “No entanto, a certificação não é o passo conclusivo na procura por uma optimização da acção da Valormed, mas um elemento de reforço e de motivação a uma contínua análise e criação, ou adaptação, de métodos que possam resultar numa crescente aposta na qualidade e ambiente”, sublinha.

Farmácias Premiadas

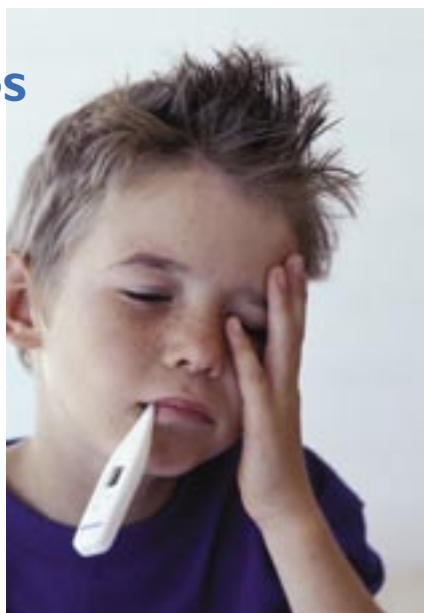
Distrito		Nº de Contentores
Aveiro	Farmácia São Roque	259
Coimbra	Farmácia Fonseca	256
Viseu	Farmácia d'Oliveira Ferreira	244
Setúbal	Farmácia Parreira	199
Coimbra	Farmácia Serrano	196
Aveiro	Farmácia Verdemilho	181
Porto	Farmácia Nova de Valbom	181
Braga	Farmácia Pereira da Silva	151
Lisboa	Farmácia Almeida Dias	142
Porto	Farmácia Fonseca	141
Lisboa	Farmácia da Misericórdia	133
Viseu	Farmácia S. José	133
Santarém	Farmácia Pereira Martins	132
Leiria	Farmácia Magalhães	127
Guarda	Farmácia Central	111
Vila Real	Farmácia Borges de Figueiredo	109
Faro	Farmácia Ilda	106
Santarém	Farmácia Silva	106
Leiria	Farmácia Sanches	102
C. Branco	Farmácia Salavessa Ferreira	98
V. do Castelo	Farmácia do Jardim	97
C. Branco	Farmácia Mousaco Torrão	93
Setúbal	Farmácia dos Foros de Amora	92
Faro	Farmácia Amparo	87
V. do Castelo	Farmácia Lopes	86
Guarda	Farmácia Manaia	79
Braga	Farmácia Araújo Rodrigues	75
Madeira	Farmácia do Caniço	62
Évora	Farmácia da Casa do Povo	53
Évora	Farmácia Ribeiro	50
Madeira	Farmácia da Nazaré	49
Vila Real	Farmácia da Ponte	47
Beja	Farmácia Fonseca	41
Portalegre	Farmácia Silva Godinho	41
Bragança	Farmácia Moderna	37
Portalegre	Farmácia Mendes	37
Açores	Farmácia Amaral	33
Bragança	Farmácia Atlântico	33
Beja	Farmácia Central	27
Açores	Farmácia Costa	23

PE QUER MAIS MEDICAMENTOS PEDIÁTRICOS

O Parlamento Europeu (PE) aprovou favoravelmente um novo regulamento cujo objectivo é fomentar a indústria farmacêutica a fabricar mais medicamentos que visem tratar as crianças e que representam 20% da população da União Europeia (100 milhões de crianças).

O PE pretende que a indústria farmacêutica invista mais num mercado que é pouco rentável, por existirem menos doenças específicas que nos adultos, mas ainda assim muito importante. Muitas crianças carecem de medicamentos destinados a tratar doenças especificamente de âmbito pediátrico, sendo obrigadas a recorrer a medicamentos para adultos em doses inferiores.

A proposta de regulamento foi apresentada em Setembro de 2004 pela Comissão Europeia e o seu objectivo é contribuir para melhorar a saúde das crianças na Europa através de uma autorização para os medicamentos especificamente concebidos ou adaptados para responder às suas necessidades terapêuticas e do aumento da investigação, desenvolvimento e autorização dos medicamentos de uso pediátrico.



NOVO ESTATUTO DO MEDICAMENTO APROVADO

O Conselho de Ministros aprovou o novo Estatuto do Medicamento, uma compilação de legislação dispersa em diversos diplomas, que vem tornar possível a importação de medicamentos de outros países da União Europeia. Passa a ser possível a quem detém uma autorização importar medicamentos que sejam comercializados em Portugal, mas que sejam vendidos a um preço inferior noutro país.

Entre as novidades previstas na nova legislação, encontra-se a inclusão de escrita em **Braille** no folheto informativo que acompanha os medicamentos. Este diploma também prevê alterações na autorização de introdução no mercado de medicamentos, sobretudo no que diz respeito ao aditamento do procedimento descentralizado. O estatuto introduz ainda alterações nas normas relativas à rotulagem e folheto informativo, bem como reforça os mecanismos de farmacovigilância.

De fora deste novo estatuto fica a obrigatoriedade de os médicos prescreverem por princípio activo.

NOVA PORTARIA INSTITUI OBRIGATORIEDADE DE INSCRIÇÃO NA ERS

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) acaba de publicar uma portaria que torna obrigatória a inscrição dos operadores de saúde junto desta entidade, apesar da discordância das Ordens dos diversos profissionais de saúde (enfermeiros, farmacêuticos, médicos e médicos dentistas). Em carta enviada ao ministro da tutela e publicada no semanário Expresso, as Ordens profissionais contestam as medidas apresentadas por uma entidade que ainda não redefiniu o seu quadro de intervenção, pedindo a suspensão deste registo obrigatório. “Assumir que a prestação de cuidados de saúde é comparável a uma mera actividade económica, apenas sujeita às livres regras de mercado é, além de um risco óbvio para a saúde

dos cidadãos, uma falácia económica”, lê-se na carta.

O Ministério da Saúde recusou o pedido dirigido pelas Ordens, por considerar já terem sido ouvidas as partes interessadas e que o Governo tomou a sua decisão final.

Esta nova regulamentação vem alterar o diploma aprovado no início do ano, sobretudo no que diz respeito à fórmula para calcular a taxa aplicada aos agentes, cujo limite mínimo será de mil euros e o limite máximo de 5 mil euros.

A portaria não obriga as farmácias de oficina nem os técnicos de saúde à inscrição na ERS, mas institui que os laboratórios de análises, os profissionais liberais e associações de doentes se registem na entidade.

BATEL MARQUES LANÇA LIVRO DE CRÓNICAS

O farmacêutico e académico Francisco Batel Marques lançou recentemente o livro “Medicamentos e Farmacêuticos”, apresentado no dia 21 de Junho por Pedro Ferreira, presidente do Observatório Nacional da Saúde. A cerimónia de lançamento do livro foi presenciada por diversas individualidades do sector farmacêutico, entre as quais o bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, Aranda da Silva, e o presidente da Associação Nacional das Farmácias, João Cordeiro. “Medicamentos e Farmacêuticos”, prefaciado por José Joaquim Gomes Canotilho, resulta de uma compilação de textos publicados por Batel Marques na imprensa portuguesa na última década. O objectivo é, de acordo com o académico, fomentar a reflexão e o debate de questões relativas ao futuro do sector farmacêutico. Francisco Batel Marques é licenciado em farmácia pela Universidade de Coimbra e doutor pela Universidade do País Gales. Actualmente, é docente na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra e investigador do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da mesma universidade. Entre as inúmeras colaborações, destaca-se a sua participação como perito avaliador farmacoterapêutico de processos de pedido de comparticipação de medicamentos no Infarmed.



VINHO DO CONVENTO VAL DE PEREIRAS PREMIADO

O Vinho Verde “Convento Val de Pereiras”, Colheita de 2005, foi distinguido com o Prémio “Verde Honra” no concurso 2006 do Vinhos Verdes, na categoria Vinho Verde de Casta Loureiro.

Em cerimónia realizada no dia 1 de Junho, na Sede da Comissão de Viticultura da Região dos Vinhos Verdes, na cidade do Porto, foram distinguidos os melhores Vinhos Verdes do ano de 2005 nas diversas categorias.

O Vinho Verde “Convento Val de Pereiras” foi distinguido com um prémio pelo terceiro ano consecutivo, o que prova a excelente qualidade do mesmo e constitui um estímulo importante para todos os envolvidos nesta área de actividade.



EXPOSIÇÃO EXPRESSION OF HOPE NO MUSEU DA FARMÁCIA

O Museu da Farmácia, em colaboração com o *Center for Art and Community Partnerships at Massachusetts College of Art, U.S.A.* e a Genzyme – Portugal inaugurou no Dia Mundial da Criança, a exposição - Expression of Hope, como resultado de um programa global de consciencialização desenvolvido pela Genzyme e pelas Associações de Doentes mundiais.

Esta exposição resulta do convite a diversos artistas plásticos a participarem no programa e a criarem uma obra de arte, tendo como base o testemunho dos doentes a nível mundial. Estas obras reflectem as sensações de um

doente com uma doença rara. Os trabalhos ficaram dois dias expostos em Lisboa, tendo seguido depois para uma *tour internacional*, que inclui países tão diversos como os EUA, Itália, Alemanha, Japão e Argentina.

A inauguração desta exposição foi feita em paralelo com a abertura de uma nova área no Museu da Farmácia dedicada à biotecnologia, que irá expor a primeira enzima resultante de um processo biotecnológico. Este evento foi acompanhado por um grupo de alunos do Colégio das Doroteias numa iniciativa que pretende sensibilizar os mais jovens para as dificuldades de “ser diferente”.

ALTERAÇÃO À PROPRIEDADE

FARMÁCIA ALMEIDA

RUA SILVA CARVALHO 136
1250-257 LISBOA
DRA. ANA RITA FERNANDES
PEREIRA RODRIGUES COSTA
ARC FARMÁCIA,
UNIPESSOAL, LDA.

FARMÁCIA CRUZ DE MALTA LDA.

LARGO DO CHAFARIZ DE DENTRO 36
1100-139 LISBOA
DRA. DÁRIDA DA CONCEIÇÃO
ALVES GONÇALVES
DÁRIDA GONÇALVES - COMÉRCIO
DE MED, COSM. E PERF. UNIP, LDA.

FARMÁCIA BARRETO

RUA DO LORETO 24-30
1200-242 LISBOA
DR. JOSÉ PEDRO GRAÇA DA SILVA
FARMÁCIA BARRETO SOCIEDADE
UNIPESSOAL, LDA.

FARMÁCIA ALMEIDA

RUA ALMIRANTE CÂNDIDO
DOS REIS 19
2040-322 RIO MAIOR
DRA. TÂNIA BÁRBARA DOMINGUES
DUARTE MOURA LOUREIRO
ÂNIA LOUREIRO - CENTRO
FARMACÊUTICO DE RIO
MAIOR UNIP, LDA.

FARMÁCIA MIRENSE

RUA GENERAL TRINDADE 1697
2485-134 MIRA DE AIRE
DR. ERMELINDO COSTA FONTES
FARMÁCIA MIRENSE
- UNIPESSOAL, LDA.

FARMÁCIA ALMEIDA

RUA JOÃO TAVIRA 39
9000-075 FUNCHAL
DR. AURÉLIO SABINO DA SILVA
INEBERMAL - FARMÁCIA
UNIPESSOAL, LDA.

FARMÁCIA CHAVES FERREIRA

RUA SANTA SOFIA 5-7
5000-680 VILA REAL
DRA. ANA MARIA DE ALMEIDA
CHAVES
ANA MARIA ALMEIDA CHAVES
UNIPESSOAL, LDA.

FARMÁCIA SÃO JORGE

LARGO DO LEÃO 3-A-B
1000-188 LISBOA
DRA. MARIA JUDITE ROMÃO
DA SILVA
FARMÁCIA S. JORGE
UNIPESSOAL LDA

FARMÁCIA FERREIRA

AVENIDA VISCONDE
DE ALVERCA 45
3150-120 CONDEIXA-A-NOVA
DRA. SILVIA ESMERALDA
RODRIGUES CARDOSO
FERREIRA
FARMÁCIA FERREIRA,
UNIPESSOAL, LDA.

FARMÁCIA NOVA

AVENIDA GENERAL CRAVEIRO
LOPES 25-A
7080-159 VENDAS NOVAS
DRA. IRINA IGOREVNA KOULAK
FARMÁCIA NOVA DE VENDAS
NOVAS, LDA

FARMÁCIA BASTOS DE ANDRADE

CALÇADA SANTO ANDRÉ 109
1100-496 LISBOA
DR. FILIPE MIGUEL ESTEVES
MURCHO
ESTEVES MURCHO
UNIPESSOAL, LDA.

FARMÁCIA CARVALHO

RUA DOMINGOS PEREIRA 46
3090-005 MARINHA DAS ONDAS
DRA. MARIA RITA DE MAGALHÃES C.
B. MASCARENHAS BASTOS

FARMÁCIA GAMA

AVENIDA EMÍDIO NAVARRO 94-96
3500-124 VISEU
DRA. MARIA LUÍSA SARAIVA CABRAL
FARMÁCIA GAMA - UNIPESSOAL,
LDA.

FARMÁCIA GIRO

RUA PARQUE DE CAMPISMO, LT.22,
R/C ESQ., FRACÇÃO A
3840-259 GAFANHA DA BOA HORA
AVEIRO VAGOS
DR. JOSÉ MANUEL SÁ
ALBERGARIA GIRO
FARMÁCIA GIRO
UNIPESSOAL LDA

FARMÁCIA TÁGIDE

RUA D. JOÃO DE ALMEIDA 19-A
URBANIZAÇÃO VILA
VERDE/VILA ROSA
2860-013 ALHOS VEDROS
SETÚBAL MOITA
DRA. MARIA LAURA
RODRIGUES CARDOSO
DOS SANTOS
FARMÁCIA TÁGIDE
- UNIPESSOAL LDA.

FARMÁCIA GEMUNDE

RUA DA IGREJA 1002
CAMPA DO PRETO - IGREJA
4475-131 MAIA
DRA. MARIA CLAUDINA
PAIVA DE OLIVEIRA
MENDES DE AZEVEDO
MARIA CLAUDINA OLIVEIRA
AZEVEDO UNIPESSOAL, LDA.

FARMÁCIA DE SOUTO

ALDEAMENTO DE TALHÓS
LOTE Nº 31
ALMOÍNHAS
4810-839 GUIMARÃES
DR. ANTÓNIO MANUEL DE CASTRO
GONÇALVES
FARMÁCIA DE SOUTO,
UNIPESSOAL, LDA.

ALTERAÇÃO À PROPRIEDADE E TRANSFERÊNCIA

FARMÁCIA PENELA

RUA DE COIMBRA
3230-284 PENELA
DR. HELDER LUÍS DOMINGUES
FELIX
HELDER FÉLIX - SOCIEDADE
UNIPESSOAL, LDA.

ALTERAÇÃO AO PACTO SOCIAL

FARMÁCIA DO COMBRO

CALÇADA DO COMBRO
78-80-82
1200-115 LISBOA
DR. JORGE MANUEL
RODRIGUES DE CARVALHO
AMILCAR CALEIRO
-PRODUTOS
FARMACÊUTICOS LDA.

FARMÁCIA COELHO DOS SANTOS
LARGO DR. MIGUEL BOMBARDA, 6
7480-118 AVIS
DRA. MARIA JOÃO GODINHO
FERREIRA GUERRA GRADES
MESTRE DE AVIS - SOCIEDADE
FARMACÊUTICA UNIPessoal, LDA.

FARMÁCIA MOURA
RUA MANUEL FIRMINO 34-36
3800-213 AVEIRO
DRA. MARIA CLARA SIMÕES
MARTINS MARQUES OSÓRIO
FARMÁCIA MOURA UNIPessoal
LDA.

FARMÁCIA SÃO MIGUEL
PRAÇA FRANCISCO
DE MORAIS 1
1700-201 LISBOA
DR. RICARDO JORGE FIGUEIRÔA
GÓIS SILVA
FARMORIS FARMÁCIA LDA.

FARMÁCIA TEIXEIRA
ESTRADA DE SANTO OVÍDIO 59
2910-189 SETÚBAL
DR. JOÃO HENRIQUE GARCIA
RODRIGUES
FARMÁCIA TEIXEIRA LDA.

FARMÁCIA DUARTE
CALÇADA DE SANTA ISABEL
46 - R/C
3040-270 COIMBRA
DRA. MARIA DA GRAÇA GOMES
MOREIRA DUARTE
FARMÁCIA MOREIRA DUARTE, LDA.

CESSÃO DE EXPLORAÇÃO

FARMÁCIA BARRAL
RUA AUGUSTA 225
1100-051 LISBOA
DR. PEDRO MIGUEL JESUS SANTOS
JAIME ALVES BARATA, LDA.

FARMÁCIA BOAVISTA
RUA NOSSA SENHORA
DAS DORES 134
2420-403 LEIRIA
DRA. CRISTINA MARIA OLIVEIRA
VALENTE MILAGRES
CRISTINA VALENTE MILAGRES
UNIPessoal, LDA. - CESSIONÁRIA

**FARMÁCIA ORIENTAL
DE LISBOA**
RUA ALVES TORGO 2-B
1000-033 LISBOA
DRA. RAQUEL NICOLAU
MIRANDA
RAQUEL NICOLAU
MIRANDA SOCIEDADE
UNIP, LDA. - CESSIONÁRIO

FARMÁCIA ALVES DIAS
RUA JOSÉ FALCÃO S/N
4890-232 CELORICO
DE BASTO
DR. PAULO ALEXANDRE
MADUREIRA DOMINGUES
BARREIRA
DR. PAULO ALEXANDRE
M. DOMINGUES
BARREIRA – CESSIONÁRIO

TRANSFERÊNCIA DE FARMÁCIA

FARMÁCIA GARVANENSE
BAIRRO DA ESCOLA LOTE 5
7670-124 GARVÃO
DRA. MARIA FERREIRA
E. MONGE V. GARCIAS

FARMÁCIA PORTUENSE
RUA DO CORVO 519/531
4405-439 ARCOZELO
DRA. MARIA ADELAIDE
GONÇALVES DA CUNHA
AFONSO

FARMÁCIA S. MARTINHO
LUGAR DA IGREJA
SÃO MARTINHO DE ESCARIZ
4730-510 VILA VERDE
DRA. MÓNICA CRISTINA
CUNHA SOUSA

TRANSFERÊNCIA PROVISÓRIA DE FARMÁCIA

FARMÁCIA MODERNA
AVENIDA DA LIBERDADE 49 - R/C
4750-312 BARCELOS
DRA. MARIA FERNANDA
FARIA LEITE
MARIA FERNANDA DE FARIA
LEITE, UNIPessoal, LDA.



Compreender e tratar a dor

Respostas ao caso
prático da página 73

- | | |
|------|-------|
| 1) F | 6) F |
| 2) F | 7) V |
| 3) V | 8) V |
| 4) V | 9) V |
| 5) F | 10) F |

O humor é uma solução didáctica que nos permite educar, quer o nosso olhar quer o dos outros, quando fixamos a realidade que nos rodeia.

Uma forma clássica de introduzir o humor nas publicações, como a Revista Farmácia Portuguesa, é imprimir um *cartoon* aliando ao texto a imagem.

Já o fizemos no passado e decidimos voltar a fazê-lo agora. O cartoonista convidado é novamente o Eduardo Perestrelo de Oliveira.

Se com o humor se atingem melhor certos objectivos, também não é menos verdade que ele obriga o(s) visado(s) a terem um bom fairplay, não se sentindo atingidos injustamente.

O humor torna-se assim uma provocação ao bom senso e equilíbrio dos autores.

Dizemos autores porque num texto jornalístico normalmente há um só autor responsável mas no *cartoon* pelo menos há uma dupla que desenvolveu os conteúdos da página.

Um dos autores mais vocacionado para o desenho e outro mais conhecedor da realidade, mais literário.

Esperamos assim trazer uma lufada de ar fresco à nossa revista fazendo rasgar um sorriso nos lábios dos nossos leitores.

“As cartas ao Director” serão sempre um escape aos insatisfeitos com estas (e outras) iniciativas.

Assinado:

Autor literário

Sabes tu, inteligente leitor, que neste torrãozinho de açúcar mascavado, a derreter-se na espuma da sua vocação atlântica e que dá pelo portuguêsíssimo nome de Portugal, tem vindo a se impor como prática corrente a moda de ler certos contextos não tanto pelo seu conteúdo em letra de forma, mas pelo que se antevê que o seu autor tenha deixado encoberto nas entrelinhas.

Prática altamente esotérica a roçar as fronteiras do paranormal, esta de adivinhar nas entrelinhas conceitos ocultos que só uma análise sagaz será capaz de desvendar. Ora como se sabe, as entrelinhas não passam de uma estreita faixa em branco entre duas filas de palavras impressas, impedindo que estas se sobreponham num borrão indecifrável para qualquer mortal que como tu, honorável leitor, tem o hábito saudável de folhear publicações.

Convenhamos que ler uma tira de papel em branco despojada de qualquer símbolo visual, é tarefa megalítica, mesmo para os analistas mais credenciados em filologia clássica e engenharia hidráulica.

Saberás tu, leitor assíduo, como se dividem as orações das entrelinhas?

Adivinharás acaso, qual a pontuação que marca o ritmo e os espaços desta leitura virtual, para não falar da extensão subjectiva do pensamento do autor?

Só uma elite entre os eleitos, poderá interpretar este espaço neo-literário, de carácter pós-moderno, que à semelhança das receitas para cozinhar bacalhau, poderá acolher as mais variadas interpretações e sublimes conceitos, consoante os interesses de altos especialistas cujas divagações subliminares acabaram por ceder à acção do tempo que, inexoravelmente as irá lançar para o fundo verde camarário de um caixote de lixo. São como o buraco no centro de um “donnut”. Quando se come o bolo, desaparece o orifício.

Assinado:

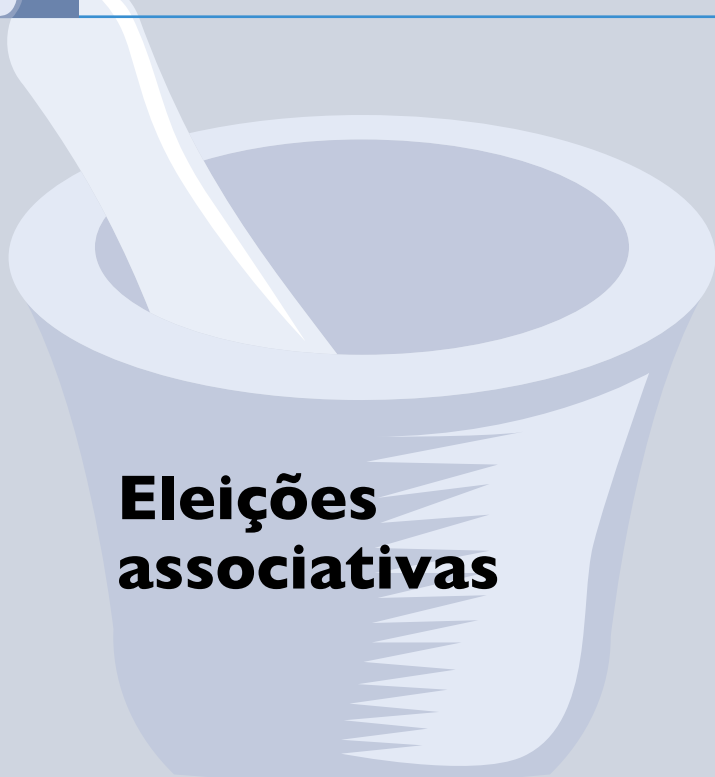
Autor Gráfico

Nota do Autor Gráfico

No fundo a essência de uma boa piada de um cartoon reside na sua simplicidade, estimulando o sentido de humor do leitor, nunca esquecendo que o conceito que orienta a sua compreensão é a de “pão, pão, queijo, queijo!”. Nada de entrelinhas! O que não tem a ver com alguma subtilidade, o que é substancialmente diferente.



ILUSTRAÇÃO: EDUARDO PERESTRELO. BALÕES E MONTAGEM: CARLOS CRÊSPO



Eleições associativas

Realizam-se no próximo dia 30 de Setembro eleições associativas antecipadas para os corpos sociais da ANF, solicitadas pela actual Direcção.

A assinatura com o Governo, no passado dia 26 de Maio, de um Compromisso sobre os princípios orientadores da evolução legislativa no sector de farmácias, foi o motivo dessa antecipação.

É muito importante que todos participem no debate que precederá o próximo acto eleitoral.

A natureza dos temas em discussão não é compatível com desinteresse ou alheamento dos associados.

O aparecimento de uma lista alternativa à proposta pela actual Direcção, o que acontece pela primeira vez, é um sinal de vitalidade associativa, que saúdo com satisfação.

Apesar dos problemas e dificuldades que o sector atravessa, há farmacêuticos disponíveis para assumir responsabilidades associativas, o que é muito positivo.

Saúdo os colegas que integram a lista alternativa e estou certo que a sua participação valoriza o acto eleitoral.

A existência de candidatos alternativos promove a unidade dos associados e fortalece o apoio às soluções que obtiverem vencimento no próximo acto eleitoral.

Apelo a todos para que participem no debate, franco, sereno e solidário sobre os nossos problemas colectivos e no acto eleitoral do próximo dia 30 de Setembro.



João Cordeiro



"...eu aconselho apenas
Tensoval. O tensiômetro com
validação clínica..."



Medição da
tensão arterial
no braço



Medição da
tensão arterial
no pulso



FARMÁCIA RAPOSO

(Miraflora - Lisboa)

Um Projecto Global Consiste

Obra, Mobiliário, Equipamentos, Imagem e Merchandising

