



Farmácia Portuguesa

BIMESTRAL • N° 167 • JANEIRO/FEVEREIRO '07

Compromisso com a Saúde
**Unidade, o activo
mais valioso da ANF**



Campanhas 2007
Farmácias chamadas a informar

Osteocare®

Ajuda a manter uma estrutura óssea saudável



O PRIMEIRO SUPLEMENTO COMPLETO DE CÁLCIO

Osteocare é um suplemento único e equilibrado, com cálcio, magnésio, zinco e vitamina D, ideal para a saúde óssea.

2 apresentações:



Comprimidos
(emb. 30)

Líquido
(frasco 200 ml)

Informação nutricional	Quantidade em 2 comprimidos de 1,50 g	% DOP*
Cálcio	800 mg	100
Magnésio	300 mg	100
Zinco	10 mg	47
Cobre	1,000 µg	—
Manganês	0,5 mg	—
Selénio	50 µg	—
Vitamina D (200 UI como D3)	5 µg	100
Flora	1,6 mg	—

100% - Dose Diária Recomendada
*% - mg/mg, µg - µg/mg, UI - Unidades Internacionais

Informação nutricional	Quantidade por 2 x 10 ml	% DOP*
Cálcio	300 mg	38
Magnésio	150 mg	50
Zinco	5 mg	40
Vitamina D (150 UI, como D3)	3,8 µg	76

100% - Dose Diária Recomendada
*% - mg/mg, µg - µg/mg, UI - Unidades Internacionais

8 Dossier

UNIDADE, O ACTIVO MAIS VALIOSO DA ANF

Esta foi a mensagem transmitida pelo presidente da ANF nas doze reuniões descentralizadas, onde deu a conhecer aos associados os últimos avanços legislativos e fez o ponto da situação do Compromisso com a Saúde. A estas reuniões aderiram duas mil farmácias, comprovando precisamente a unidade.



Editorial Editorial	5
Prevenção da transmissão vertical do HIV-1 Prevention of the vertical transmission of HIV-1	6
Unidade, o activo mais valioso da ANF Unity, the most valuable asset of ANF	8
Entrevista com Manuela Teixeira Interview with Manuela Teixeira	16
Reestruturação do Cedime Cedime Restructuring	26
Informação Terapêutica - Disfunção Sexual Therapeutical Information - Sexual Disorder	30
Informação Terapêutica - Dor de Ouvidos Therapeutical Information - Earsache	38
Flashes Flashes	44
Sifarma 2000 Sifarma 2000	46
Campanhas ANF 2007 ANF 2007 Campaigns	52
Participação portuguesa na Annals of Pharmacotherapy Portuguese participation on Annals of Pharmacotherapy	58
Informação Veterinária - Peladas Veterinary Information - Hairless patch	62
Museu da Farmácia Pharmacy Museum	64
Farmácia e os talentos The pharmacy and the talents	68
Medicamentos tradicionais à base de plantas Traditional plants medicines	74
Reuniões e simpósios Meetings and simposia	77
Noticiário News	78
Homenagem Tribute	86
Cartoon Cartoon	89
Desta varanda From this balcony	90

52 Campanhas 2007

OS ESPECIALISTAS DO MEDICAMENTO

Os farmacêuticos são os verdadeiros especialistas do medicamento e é essa diferenciação que as primeiras campanhas de 2007 vão evidenciar. A primeira reforça a importância da informação essencial sobre cada medicamento dispensado que o doente pode e deve esperar da Farmácia, a segunda é dirigida à segurança e efectividade da terapêutica nos idosos.



última hora

 Farmácia
Portuguesa

Luz verde à aquisição da Alliance

A aquisição de 51 por cento da filial portuguesa da Alliance Unichem, pela ANF e pela José de Mello Participações, “não é susceptível de criar ou

reforçar uma posição dominante da qual possam resultar entraves significativos à concorrência efectiva nos mercados relevantes”. O entendimento pertence à Autoridade da Concorrência (AdC) e está subjacente à decisão

de aprovação do negócio, tomada a 31 de Janeiro último, mais de um ano depois de ter sido notificada da aquisição, efectuada em Junho de 2005. No âmbito desta operação, a ANF passa a deter 49 por cento da Alliance, através da Farminústria, sendo os restantes dois por cen-

to detidos pela JMS. O facto de, no seu conjunto, esta ser uma quota maioritária leva a Autoridade da Concorrência a colocar a hipótese de a multinacional – a Alliance é líder na distribuição grossista em Portugal e a segunda empresa do sector na Europa – ter de definir a sua estratégia em consonância com os novos parceiros.

Recorde-se que, ao anunciar a entrada dos parceiros portugueses, a Alliance Unichem, através do seu director executivo, considerou que se trata de uma aliança estratégica, porquanto a ANF está “excepcionalmente bem colocada” como representante profissional das farmácias de oficina portuguesas.

A decisão de entrar no capital da distribuidora europeia enquadrou-se na estratégia de reorganização da área empresarial da ANF, permitindo aos farmacêuticos reforçar a sua intervenção no sector da distribuição grossista.



PROPRIEDADE

anf

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

20 anos de influência

LPMcom

Marketing Institucional

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: 96 214 93 40

CONSULTORA COMERCIAL

SÓNIA COUTINHO

soniacoutinho@lpmcom.pt

Tel: 96 150 45 80

Tel: 21 850 31 00 - 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° 3278/83

Periodicidade: Bimestral

Tiragem: 5 000 exemplares

Distribuição

 **Farmacoope**

FARMÁCIA PORTUGUESA é uma publicação

da Associação Nacional das Farmácias

Rua Marechal Saldanha, 1

1249-069 Lisboa

www.anf.pt

Combate ao pessimismo com imagem renovada

Vários acontecimentos levaram-nos a ir até à Farmácia Teixeira entrevistar a sua directora técnica, Maria Manuela Teixeira. É uma farmacêutica saliente no universo português do desempenho profissional e os colegas brasileiros decidiram atribuir-lhe uma medalha de recompensa pelo apoio na área da formação que ela lhes vem dando.

Quem observa as tarefas em que esta proprietária de farmácia se tem desdobrado nos últimos vinte anos confirma que ela é o reflexo da definição de objectivos da Associação Nacional das Farmácias, na qual se enquadrou de forma criativa e dedicada.

Pela manutenção de uma imagem de competência e apoio da saúde pública dos portugueses, acompanhando um circuito de distribuição eficaz dos medicamentos, a Associação pôs em marcha um verdadeiro plano Marshall sectorial, à semelhança do que após a segunda guerra mundial os americanos fizeram para a Europa.

As últimas eleições trouxeram à ribalta do nosso dia-a-dia duas versões antagónicas desta imagem. A que ganhou a maioria dos votos e que se apoia na afirmativa e na conquista

de terreno exibindo uma política de “bloco” e a que, por outro lado, aconselha a ANF a ser discreta, desarmando muito do que acumulou, desenvolveu e desenvolve.

Esta política de comedimento que, por exemplo, se traduz em considerar que um governo maioritário não deve ser confrontado (desafiado) com políticas alternativas.

A coerência, a imaginação, a coragem ficam perplexos com estes conselhos ao sector.

Mas para além do conteúdo – a entrevista – queremos salientar que, sendo esta a primeira revista do novo ano, aproveitámos para alterar o aspecto gráfico e com ele a imagem da Farmácia Portuguesa.

Esperamos que com estas modificações, a revista se torne mais útil para o leitor, mais fácil e agradável de consultar e permita usar, na generalidade das farmácias, o conteúdo técnico por toda a equipa e o conteúdo político pelos decisores que a recebem e tem de compreendendo, tomar posição.



Francisco Guerreiro Gomes

Prevenção da transmissão vertical do HIV-1 em Cabinda, Angola

Patrícia Cavaco Silva e Nuno Taveira *

Dos cerca de 39 milhões de pessoas infectadas por HIV em todo o mundo no final de 2005, cerca de 24,5 milhões residem na África sub-Sariana (UNAIDS, 2006). A infecção HIV-1 pediátrica continua a ser um problema de grandes dimensões apesar das reduções substanciais da transmissão mãe-filho conseguidas na Europa e América do Norte.

Profilaxia terapêutica da transmissão vertical do HIV-1

Estima-se que existam cerca de 2 milhões de crianças com menos de 15 anos, infectadas sobretudo por via vertical, a qual pode ocorrer durante a gravidez, parto e amamentação.

A maneira mais eficiente de diminuir o número de crianças infectadas pelo HIV na África sub-Sariana é prevenir a transmissão perinatal do HIV da mãe infectada para o filho através do uso profilático de antiretrovirais (Dabis & Ekpiní, 2002). Na ausência de terapêutica antiretroviral a taxa de transmissão vertical do HIV-1 na África sub-Sariana é de 35-40%. Para a prevenção da transmissão vertical

do HIV-1 em países em vias de desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o uso de regimes terapêuticos profiláticos constituídos por nevirapina em dose unitária (NVP-DU), com ou sem zidovudina (ZDV), administrada durante períodos curtos (WHO, 2005). Um dos inconvenientes da profilaxia terapêutica com NVP-DU é a rápida selecção de vírus resistentes à NVP pois uma única mutação na transcriptase reversa confere um alto nível de resistência à NVP. Os vírus resistentes à NVP podem persistir por mais de um ano nas mães e nas crianças, comprometendo assim a terapêutica de alta eficácia com NVP nesta população.

Diagnóstico da infecção perinatal

Nos países em vias de desenvolvimento, muito poucas crianças infectadas por HIV fazem actualmente terapêutica antiretroviral (WHO, 2005). Um dos problemas que limita o acesso das crianças seropositivas à terapêutica antiretroviral é a inexistência de testes simples e baratos para efectuar o diagnóstico precoce da infecção perinatal.

O diagnóstico da infecção por HIV-1 em crianças até aos 18 meses de idade não pode ser feito através dos testes serológicos devido à transferência passiva de anticorpos IgG maternos. Assim, até esta idade, o diagnóstico da infecção HIV deve basear-se na detecção directa do vírus ou dos seus componentes: determinação da carga viral plasmática que quantifica o RNA do HIV (WHO, 2005) e detecção de ADN proviral por PCR em linfócitos.

Infecção HIV em Angola

Angola tem uma das mais baixas prevalências de infecção por HIV dos países do Sul de África, apontando os últimos dados para uma prevalência de 3,7% na população adulta (UNAIDS, 2006). No entanto os variantes genéticos de HIV-1 em circulação no Norte de Angola são muito diversificados e complexos o que poderá ter consequências importantes ao nível da transmissão do HIV-1 e da susceptibilidade viral à terapêutica.

Em Cabinda foi implementado recentemente um programa de prevenção



* Patrícia Cavaco Silva
e Nuno Taveira
Unidade dos Retrovírus
e Infecções Associadas,
Centro de Patogénese
Molecular, Faculdade
de Farmácia de Lisboa,
Portugal, Instituto Superior
de Ciências da Saúde Egas
Moniz, Portugal.



da transmissão vertical da infecção por HIV. É neste contexto que se insere este projecto de colaboração institucional entre Angola e Portugal, com o objectivo de monitorizar a eficácia da terapêutica antiretroviral preventiva instituída.

Projecto de investigação

O programa de prevenção da transmissão vertical da infecção por HIV, recorre ao uso profilático de NVP-DU e ZDV e nele estão incluídas cerca de 400 grávidas/ano infectadas por HIV-1. Neste projecto analisaremos amostras de sangue dos filhos nascidos das mães diagnosticadas com infecção HIV recolhidas em cartões de papel de filtro, e a partir das quais será efectuada a detecção qualitativa de ADN proviral do HIV-1. Será recolhido plasma para determinar a carga viral (RNA) e efectuar a genotipagem de resistência dos vírus em circulação tanto nas mães como nos filhos. Dada a grande diversidade genética

dos vírus em circulação em Cabinda são previsíveis dificuldades no diagnóstico virológico das crianças. Para maximizar a sensibilidade e especificidade do diagnóstico virológico, as crianças serão analisadas por três testes complementares: 1) Amplificação por PCR em tempo real do ADN proviral em células sanguíneas; 2) Amplificação por PCR do ADN proviral em células sanguíneas utilizando um teste comercial; 3) Quantificação da carga viral plasmática (HIV-1 RNA) com um teste comercial.

Neste projecto será desenvolvido um novo teste de PCR em tempo real para detecção de ADN proviral do HIV-1 nas crianças que permita amplificar todos os subtipos de HIV-1 angolanos. Será igualmente determinada a frequência de transmissão vertical do HIV-1 nesta população.

Para analisar a seleção de vírus com mutações de resistência devido à terapêutica antiretroviral, irão utilizar-se três metodologias complementares de genotipagem de resistência à NVP e ZDV, duas desenvolvidas em laboratório e uma terceira disponível

comercialmente. No final deste trabalho, teremos produzido um novo teste de genotipagem de resistência para todas as formas genéticas de HIV-1, simples e económico e, que poderá ser empregue em Angola. Estes métodos serão ainda utilizados na caracterização genética dos vírus, possibilitando assim investigar a influência dos subtipos na transmissão vertical do HIV-1 e no desenvolvimento de resistências aos antiretrovirais. No final deste trabalho, ficará definido um algoritmo de diagnóstico laboratorial da infecção vertical por HIV-1 adequado à realidade Angolana. Adicionalmente, terão sido criadas as condições necessárias, a nível técnico e humano, para que haja transferência para Cabinda dos métodos e tecnologias desenvolvidos durante o projecto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dabis, F. and Ekpini, E. R. (2002). HIV-1/AIDS and maternal and child health in Africa. *Lancet* 359, 2097-2104.

UNAIDS. (2006) Report on the global AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 7-51.

WHO. (2005). Antiretroviral treatment of HIV infection in infants and children in resource-limited settings, towards universal access: recommendations for a public health approach (2005 revision). World Health Organization, 1-88.

Este projecto de investigação resulta de uma parceria entre o Hospital Provincial de Cabinda, Angola, a Faculdade de Farmácia de Lisboa e o Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, e é subsidiado pela Fundação GlaxoSmithKline das Ciências da Saúde.

UNIDADE, O ACTIVO MAIS VALIOSO DA ANF

Esta foi a mensagem transmitida pelo presidente da ANF nas doze reuniões descentralizadas onde deu a conhecer aos associados os últimos avanços legislativos e fez o ponto da situação do Compromisso com a Saúde. A estas reuniões aderiram duas mil farmácias, comprovando precisamente a unidade.

“Fala-se que a ANF tem muito poder, mas o seu activo mais valioso é a unidade e a confiança que existe entre as farmácias e a direcção”. As palavras são do presidente da associação, João Cordeiro, e foram proferidas a 12 de Janeiro, em Lisboa, na sessão que encerrou uma semana de reuniões descentralizadas. E a adesão de Norte a Sul do país permitiu comprovar a pertinên-

cia daquelas palavras: “Numa semana pudemos contactar directamente com duas mil farmácias. Uma tal mobilização mostra que as pessoas sentem que vale a pena, que vamos continuar a ultrapassar as dificuldades”.

João Cordeiro admitiu que a situação é difícil, mas também se mostrou convicto de que as farmácias têm sabido reagir de uma forma positiva, em

unidade. E foi para falar dessa situação, para transmitir aos associados os últimos avanços político-legislativos, que a direcção da associação promoveu estas reuniões descentralizadas, oportunidade ímpar para o diálogo directo com os associados.

E para dar conta da atitude penalizadora que o Ministério da Saúde tem adoptado face às farmácias, traduzida nos mais recentes diplomas através dos quais concretizou algumas das medidas contidas no Compromisso com a Saúde, assinado em Maio de 2006. A direcção da ANF tem uma atitude muito crítica relativamente à forma desequilibrada como o documento tem sido implementado. Desde logo, porque o ministério da saúde se preocupou apenas em aplicar as medidas mais prejudiciais para as farmácias, contornando os aspectos mais positivos nele consagrados.

Assim, foi publicado o diploma que permite a instalação de farmácias em hospitais, foi aprovado o decreto-lei que alarga o horário mínimo de funcionamento para 55 horas semanais e foi divulgado o anteprojecto de proposta de lei sobre a liberalização da propriedade. Em contrapartida, ficaram na gaveta todas as medidas consideradas prioritárias pelas farmácias e sobre as quais a ANF enviou oportunamente propostas de diploma. São medidas como a prescrição por DCI, única medida reconhecida como urgente no compromisso com a saúde, o alargamento do âmbito de actividade das farmácias e a dispensa de medicamentos hospitalares.

Um cenário agravado pelo facto de, relativamente a alguns princípios, o ministério ter legislado em sentido contrário ao Compromisso com a Saúde, pervertendo a sua filosofia integrada. Um compromisso é isso mesmo: um documento que compromete ambas as partes que o subcrevem e que não pode ser interpretado e aplicado arbitrariamente.

A ANF está neste processo de boa fé, encarando o compromisso como tendo potencial positivo apesar dos aspectos negativos e comprometendo-se

do-se com o seu todo. Este não é, contudo, um entendimento partilhado pelo ministério de Correia de Campos, que tem legislado de uma forma penalizadora para as farmácias.

Além disso, desde a assinatura do compromisso, o quadro económico do sector deteriorou-se, em consequência de outras medidas gravosas tomadas pelo governo: os preços dos medicamentos foram reduzidos uma segunda vez em seis por cento, a margem de comercialização voltou a cair, agora para 18,25%. Ambas as descidas em nome do equilíbrio das contas públicas, um argumento que justifica a redução de preços mas que não é aplicável à redução das margens.

A ausência de uma argumentação sustentada caracterizou igualmente a denúncia do acordo sobre fornecimento de medicamentos a crédito aos beneficiários do SNS: o Ministério da Saúde não só não apresentou qualquer proposta de revisão como impôs unilateralmente as condições desse fornecimento.

Uma imposição ilegítima a que a farmácias responderam com a criação da Finanfarma, uma sociedade de factoring para a qual foram transferidas as cessões de créditos das farmácia e que assegurará o relacionamento

financeiro com as instituições oficiais.

Por conhecer estão ainda os argumentos reais em que o governo se baseia para legislar sobre a propriedade de farmácia, cumprindo uma intenção liberalizadora anunciada há muito. É público que a ANF sempre defendeu que o regime jurídico em vigor no país é o que melhor serve os doentes e a população. É, aliás, o regime que vigora na maioria dos países da União Europeia, não se entendendo o interesse – público ou privado – que Portugal tem em antecipar-se-lhes.

Perante esta realidade, a direcção da ANF não pode deixar de considerar que as farmácias estão a ser tratadas de uma forma altamente injusta pelo Ministério da Saúde. Mas João Cordeiro acredita que, unidas, irão vencer os ventos adversos que sopram sobre o sector.

A ANF está neste processo de boa fé, encarando o compromisso como tendo potencial positivo apesar dos aspectos negativos e comprometendo-se com o seu todo.

Dispensa de medicamentos
aos beneficiários do SNS

ANF reage a estratégia de “dividir para reinar”

Os farmacêuticos de oficina iniciam 2007 com uma surpresa: a publicação do decreto-lei 242-B/2006 de 29 de Dezembro sobre a dispensa de medicamentos a beneficiários do SNS e o pagamento das respectivas comparticipações. Colocado na página oficial do Ministério da Saúde na noite de 29 de Dezembro – sexta-feira, último dia útil do ano – dele não foi dada qualquer informação às farmácias, que iniciaram o ano desconhecendo o seu conteúdo, mas formalmente vinculadas. A situação foi destacada pelo presidente da ANF durante as sessões descentralizadas. Uma situação decorrente da aplicação do artigo 5º daquele diploma: diz o seu ponto um que “os medicamentos comparticipados podem ser dispensados nas farmácias, mediante o pagamento pelo utente, no acto da dispensa, do valor correspondente à parte não comparticipada pelo Estado no PVP” e diz o ponto dois que a dispensa de medicamentos nestes termos “constitua a adesão das farmácias ao sistema de pagamento da comparticipação do Estado”.

Esta é, para João Cordeiro, uma norma caricata, na medida em que cria uma situação virtual ao determinar a adesão ao novo regime na primeira dispensa que a farmácia efectuar a um beneficiário do SNS. O que está em causa – sublinhou – não é a dispensa de medicamentos a crédito aos beneficiários do SNS, pois a associação sempre defendeu que se efectuasse independentemente de haver ou não acordo com o Ministério da Saúde. O que está em causa é o modo como o processo decorreu. De uma forma pouco transparente.



Um procedimento que esteve presente desde o momento em que expirou o acordo que vigorava desde 1988 entre o ministério e a associação. Contrariamente ao previsto no Compromisso com a Saúde e na própria carta de denúncia do acordo, não houve qualquer proposta ministerial tendente à sua revisão. O que houve foi a publicação de um decreto-lei que visa impor por via legal acordos individuais com as farmácias numa tentativa de as dividir. A ANF – recordou – sempre esteve de boa fé neste processo, na convicção de que havia condições para uma revisão tranquila do acordo, satisfazendo os legítimos interesses do Estado e das farmácias. Mas o que obteve em troca foi uma tentativa do ministério impor arbitrariamente a sua vontade.

Remonta ao Orçamento de Estado para 2006, aprovado em Outubro de 2005, o processo que haveria de conduzir a esta situação. Logo no seu artigo 8º se punha em causa o acordo com a ANF ao fazer depender de autorização do governo as cessões de crédito que tivessem por objecto dívidas do SNS que não fossem a favor de instituições de crédito ou sociedades financeiras. Na prática, as cessões de crédito de que a associação era titular tornavam-se nulas a 1 de Janeiro de 2006, pelo que foram transferidas para o sector bancário.



Nova tentativa para impedir que a ANF fosse intermediação financeira das farmácias aconteceu com o Orçamento de Estado para 2007, com uma disposição idêntica à do ano anterior. O último desenvolvimento foi o diploma publicado a 29 de Dezembro, cujo conteúdo foi enquadrado na promessa ministerial de cumprir os prazos de pagamento. A verdade é que todos os ministros prometeram, mas nenhum cumpriu e, não fora a cessão de créditos, as farmácias viveriam dias difíceis.

Todo este processo foi alimentado por sucessivas notícias na comunicação social, sempre na perspectiva – como disse João Cordeiro aos associados – de que existe um conflito grave entre o ministério e a associação e de que uma guerra é inevitável. E transmitindo também a ideia de que o que está em causa são apenas os interesses

das farmácias. Quer quando se tratou de noticiar a denúncia do acordo, quer quando se tratou de anunciar a constituição da Finanfarma, a sociedade de factoring que vai permitir à ANF adiantar às farmácias o pagamento das participações.

Ministério privilegia farmácias?

A questão, em jeito de ironia, foi colocada pelo presidente no seu contacto com os associados. E é justificada com a criação pelo Ministério da Saúde de um sistema de pagamento exclusivo para as farmácias, deixando de fora os outros fornecedores, incluindo aqueles a que o Estado mais deve e deve há mais tempo. Deve à indústria farmacêutica, deve aos meios complementares de diagnóstico. É um facto que o ministério não cumpre as suas obrigações para com os seus fornecedores. Há números que o atestam: às farmácias chegou a dever praticamente oito meses, o que corresponde a cerca de 750 milhões de euros. O que aconteceria – perguntou João Cordeiro – se as farmácias tivessem acreditado nas promessas de pagamento do ministro de então (o mesmo de agora, Correia de Campos)? “Temos

boa memória. Sabemos muito bem o que significa a intervenção da ANF ou de outra estrutura nos pagamentos, sabemos bem o que significa uma estrutura forte e organizada”, enfatizou.

Ao propor agora reduzir para 30 dias o prazo de pagamento às farmácias, não estendendo a medida a outros fornecedores, estará o ministério a querer privilegiar as farmácias? Não, “a única razão por que adoptou esta metodologia é querer relacionar-se directamente com as farmácias e conseguir as mesmas condições que impôs aos outros sectores por estes não se terem organizado colectivamente”.

Para dar resposta a esta tentativa de divisão, a ANF avançou com a constituição de uma sociedade de factoring – a Finanfarma, aprovada pelo Banco de Portugal em Novembro último. Esta estratégia foi apoiada pela Assembleia Geral de Delegados realizada em Dezembro e irá permitir adiantar às farmácias o pagamento das participações independentemente do prazo de pagamento e dos atrasos do Ministério da Saúde.

Enquanto entidade financeira, terá melhores condições de financiamento e outra capacidade de intervenção junto dos devedores.



Para os associados, tem vantagens inequívocas: o pagamento far-se-á a 8 dias úteis, e não aos 30 prometidos pelo governo, sendo que ainda este ano este prazo deverá ser reduzido para três dias, por via da factura electrónica. O Farmalink é uma ferramenta essencial, pois será através dele que a informação circulará.

Os tempos iniciais serão duros – advertiu João Cordeiro, baseado na tendência, verificada desde o início de 2006, para o crescimento dos valores de rectificação face ao receituário total. Antevendo o agravamento deste clima de conflitualidade com as ARS, a ANF avançou com a criação de uma estrutura específica para análise das rectificações de receituário e apoio à emissão de notas de débito e crédito. Daí também o aditamento à declaração de cessão de créditos, por forma a dar resposta a problemas futuros.

Foi neste contexto que a ANF se propôs assumir mais responsabilidades, defendendo os interesses das farmácias por forma a que haja um equilíbrio de poderes.

Aos associados, João Cordeiro deixou a garantia de que a ANF e a Finanfarma serão exigentes no cumprimento das obrigações do Ministério da Saúde.

Afinal, as farmácias cumprem as suas obrigações.

Esta estratégia associativa foi ratificada pela esmagadora maioria das farmácias, que cederam os seus créditos à Finanfarma. Goram-se, assim, as expectativas de quem pensava que o fim do acordo com o Ministério da Saúde era o fim da unidade do sector. Pelo contrário, as farmácias mostraram que estão cada vez mais unidas e que a sua consciência associativa e solidária está mais forte do que nunca.

Alterações à propriedade da farmácia

O que ganham os Portugueses?

Esta questão vai estar no centro de um conjunto de conferências sobre o modelo europeu de farmácia, promovido pela ANF à luz da intenção liberalizadora do governo português.

É um facto que o regime da propriedade da farmácia foi sempre causador de alguma celeuma e que sempre houve tentativas para o alterar, merecedoras de acórdãos legais que justificavam a reserva legal, em exclusivo, para farmacêuticos.

O tema voltou recentemente a ser colocado na agenda política, por via de um anteprojecto de proposta de lei apresentado pelo governo aos parceiros, diploma esse que carece de aprovação pela Assembleia da República. Nele se liberaliza, com pequenas limitações, o acesso à propriedade de farmácia.

É, sem dúvida, uma matéria da legitimidade política do governo, que a ANF não contesta. O que contesta são as soluções encontradas, delas discordando em particular como discorda, no geral e no absoluto, da liberalização da propriedade.

Uma discordância que assenta na re-

alidade portuguesa no que respeita ao sector. Afinal, é reconhecido que as farmácias de oficina funcionam bem, com elevado nível de qualidade e ao mais baixo custo da UE e que constituem, de todos os sectores da saúde, aquele que os doentes e os consumidores avaliam como mais positivo. Não há, no país, dificuldades de acesso aos medicamentos. Não há também escassez de farmácias. O que faltam são os argumentos a favor da liberalização.

Na óptica da direcção da ANF, a liberalização não terá as vantagens prometidas: não determina necessariamente o aumento da concorrência, a diminuição dos preços ou a contenção da despesa pública. E terá custos: o da degradação das farmácias, dos serviços que prestam, da qualidade do emprego, da qualidade do atendimento, da qualidade tecnológica e da sua capacidade para continuarem a ser um sector de vanguarda na área da saúde.

Apesar da sua posição, entende a associação que o país carece de debate e, por isso mesmo, decidiu promovê-lo. Como justifica o presidente, João Cordeiro, “não se pode alterar sem haver debate, sem definir o que os portugueses ganham com a libera-

lização”. É precisamente isso que as farmácias esperam do governo, que prove que a liberalização vai melhorar a vida dos portugueses.

O processo legislativo está em curso. O debate também. Para as conferências que se iniciam dia 6 de Março a ANF convidou todos os parceiros, nesses incluindo aqueles que vão ter o poder de legislar – os deputados da Saúde.

Na primeira sessão, estará em análise “O modelo ibérico de propriedade da farmácia”, uma oportunidade para conhecer os regimes em vigor em Portugal e em Espanha. Já a segunda conferência, agendada para 10 de Abril, permitirá ficar a conhecer “Os modelos nórdicos de propriedade de farmácia”, estando designadamente em foco o modelo vigente na Finlândia e o exemplo de desregulamentação aplicado na Noruega. Finalmente, a 17 de Abril, serão apresentados os principais resultados de um estudo efectuado pelo Öbig (Instituto de Saúde Austríaco), promovido durante a presidência portuguesa do Grupo Farmacêutico da União Europeia. O contexto será a conferência de encerramento deste ciclo promovido pela ANF, a qual

se subordinará ao tema “A farmácia na Europa: Lições para a evolução do modelo farmacêutico português”.

O Centro de Congressos de Lisboa será palco das três sessões, uma oportunidade para ponderar o rumo imprimido ao sector da farmácia em Portugal em contraponto com outras experiências europeias, designadamente dos modelos vigentes em países de referência na Europa.

Aplicação do Compromisso penaliza farmácias

Quase uma perseguição

Desequilíbrio – assim se pode descrever o denominador comum de todos os passos já dados pelo governo para implementar o Compromisso com a Saúde, subscrito em Maio de 2006 com a ANF. Porque todas as medidas entretanto aprovadas ou em processo legislativo são penalizadoras para as farmácias. Porque nenhuma das propostas apresentadas pela associação teve o acolhimento necessário para serem vertidas em documentos legais.

Assim, o ministério já apresentou projectos sobre a instalação de farmácias nos hospitais do SNS (aprovado e

Pelo lado dos aspectos positivos, João Cordeiro enunciou a implementação da unidose.

publicado), o horário de funcionamento (aprovado e à espera de publicação), o preço máximo de venda de medicamentos comparticipados (aprovado), o pagamento das comparticipações do Estado às farmácias (aprovado) e a propriedade da farmácia (em discussão).

De fora das decisões ministeriais ficaram as disposições que a ANF identificou como prioritárias, não obstante o ministro Correia de Campos ter solicitado à associação que as apresentasse acompanhadas de “propostas de redacção dos projectos conducentes à respectiva implementação”. Esta disponibilidade não teve, contudo, correspondência em qualquer iniciativa legislativa. E o que está em causa é a prescrição por DCI, o alargamento do âmbito da actividade das farmácias e a dispensa pelas farmácias de medicamentos hospitalares. Há outros compromissos por assumir, mas estes estão na primeira linha das preocupações da associação.

Farmácias nos hospitais

Mais uma batalha

Foi em Julho, escassos dois meses após a assinatura do compromisso, que o Ministério da Saúde tornou pública a primeira das medidas – a instalação de farmácias nos hospitais, uma das mais penalizadoras para o sector.

Assumindo que este ponto foi o de redacção mais difícil durante as negociações do compromisso, João Cordeiro apresentou aos associados os diversos contornos do diploma que o consagrou legalmente (decreto-lei 235/2006, de 6 de Dezembro). Sublinhou, nomeadamente, o facto de a instalação da farmácia depender da verificação do interesse público relacionada com a acessibilidade dos utentes à dispensa de medicamentos.



Focando-se sobre os critérios de candidaturas, destacou a possibilidade de os proprietários de farmácia na zona do hospital se agruparem e apresentarem uma proposta conjunta, a qual terá preferência sobre os demais concorrentes. Mais controversa é a remuneração da concessão, com a ANF, bem como a Ordem dos Farmacêuticos, a pronunciar-se contra a existência de uma parcela variável indexada à facturação e a defender, em contrapartida, que a avaliação deveria basear-se na competência técnico-profissional, sob pena de se estar a criar uma fonte de rendimento alternativa para os hospitais através da aplicação de regras similares às que vigoram nos centros comerciais.

Outro aspecto que merece o desacordo da associação diz respeito à possibilidade de serem instaladas farmácias em hospitais que não integram o SNS, uma possibilidade que não estava sequer contemplada no compromisso.

A direcção reconhece que este é um processo com custos pesados para as farmácias, mas considera fundamental ganhar mais esta batalha. Para sustentar o envolvimento das farmácias foi criada uma estrutura específica através da qual a ANF dará apoio conceptual, operacional e legal à definição do conceito e instalação numa perspectiva associativa mas tendo em conta que cada situação será um caso específico. Em cada situação, a ANF assumirá a intervenção adequada e que as farmácias definirem, na convicção de que, com equilíbrio, bom senso e união, é possível diluir as dificuldades impostas por esta legislação.

Colgate

Duraphat®

5000 Pasta dentífrica

DOENTES EM RISCO DE CÁRIES?



MEDICAMENTO COM FLÚOR EM FORMA DE PASTA DENTÍFRICA PARA A PROFLAXIA INTENSIVA DA CÁRIE



- Para utilização nos cuidados orais diários
- 3 vezes ao dia durante 3 minutos, pelo menos durante 3 meses¹
- Para prevenção da cárie em adolescentes (>16 anos) e adultos:
Remineralização de mais de 50% das lesões primárias de cáries radiculares

¹ Bowen e et al. Caries Res 2001; 35:41-46

1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO: Duraphat 5000 Pasta dentífrica. **2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** 1g de pasta dentífrica contém 5mg de flúor sob a forma de fluoreto de sódio (5000 ppm) correspondente a 1000 ppm de flúor. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Pasta dentífrica. **4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** 4.1 Indicações terapêuticas: Prevenção da cárie dentária em adolescentes e adultos, especialmente nos dentes em risco de cárie radicular (cáries radiculares) e cárie primária. 4.2 Contraindicações: Não deve ser utilizada em caso de hipersensibilidade a qualquer ativo ou a qualquer dos excipientes. 4.3 Advertências e precauções especiais de utilização: Duraphat 5000 Pasta dentífrica não se destina a ser utilizada por crianças e adolescentes com menos de 10 anos de idade. 4.4 Advertências e precauções especiais de utilização: Duraphat 5000 Pasta dentífrica não se destina a ser utilizada por crianças e adolescentes com menos de 10 anos de idade. 4.5 Advertências e precauções especiais de utilização: Duraphat 5000 Pasta dentífrica não se destina a ser utilizada por crianças e adolescentes com menos de 10 anos de idade. 4.6 Advertências e precauções especiais de utilização: Duraphat 5000 Pasta dentífrica não se destina a ser utilizada por crianças e adolescentes com menos de 10 anos de idade. 4.7 Advertências e precauções especiais de utilização: Duraphat 5000 Pasta dentífrica não se destina a ser utilizada por crianças e adolescentes com menos de 10 anos de idade. 4.8 Advertências e precauções especiais de utilização: Duraphat 5000 Pasta dentífrica não se destina a ser utilizada por crianças e adolescentes com menos de 10 anos de idade. 4.9 Advertências e precauções especiais de utilização: Duraphat 5000 Pasta dentífrica não se destina a ser utilizada por crianças e adolescentes com menos de 10 anos de idade. 4.10 Advertências e precauções especiais de utilização: Duraphat 5000 Pasta dentífrica não se destina a ser utilizada por crianças e adolescentes com menos de 10 anos de idade. **5. Titular de A.I.M.:** Colgate Farmacos, S.L. **10. Data de revisão geral do texto:** Fevereiro 2003. **11. Referência:** Não há. **12. País de origem:** Não há. **13. País de destino:** Portugal. **14. Nome do medicamento:** Duraphat 5000 Pasta dentífrica. **15. Nome do fabricante:** Colgate Farmacos, S.L.



Manuela Teixeira

uma carreira
distinguida
no Brasil



Farmácia Portuguesa – Em Janeiro deste ano recebeu a Comenda da Ordem de Mérito atribuído pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF). Qual o significado, em termos profissionais e em termos pessoais, que tem para si receber esta distinção?

Manuela Teixeira – Como deve calcular, é difícil expressar numa frase todo o percurso que me levou a Brasília, no dia 18 de Janeiro, receber a Comenda. No fundo, em termos profissionais, penso que é extremamente importante que um país irmão, onde se fala a mesma língua, reconhece o trabalho de alguém que apostou uma vida inteira naquilo que considero, talvez, o “core” principal da actividade farmacêutica: para ser bom farmacêutico é preciso ter uma boa formação. Desenvolvi em Portugal muitos projectos de formação e nesse contexto fui convidada em 1992 pelo Professor Arnaldo Zubioli, enquanto Conselheiro Federal do Estado do Panamá, e que posteriormente foi presidente do Conselho Federal de Farmácia, a ir ao Brasil abordar o tema da orientação farmacêutica ao paciente em situações em que se usam MNSRM.

Este convite surgiu no seguimento de um artigo que escrevi em 1985, na revista Farmácia Portuguesa. Esse artigo estava relacionado com os MNSRM, em que eu tratava de critérios de selecção e dispensa deste grupo de medicamentos.

A partir daí foi uma bola de neve, que me fez correr todo o Brasil, desde a Amazónia profunda a cidades em que nun-

ca se ouviu falar, por exemplo, Muarama e Macapá. Os colegas chamaram-me louca, por causa de todas as situações de doença existentes, principalmente nesta última cidade atravessada pelo Equador, em que a cólera, o dengue, e a malária são doenças endémicas. Mas fui!

Eu nunca nego os convites dos colegas Brasileiros. Vou sempre sem remuneração alguma, é uma nota importante que gostaria de deixar. Vou por amor. Nunca esperei chegar à Comenda. A Comenda é talvez o culminar, mas espero que não seja o acabar desta relação. Penso que a minha relação com o Brasil se vai manter e no futuro desejo consolidá-la.

Desde essa altura, tenho estado em muitas cidades e os convites não são só do Conselho Federal de Farmácia, dos Conselhos Regionais, são também de Universidades e empresas privadas de formação, como a Racine de São Paulo e o Centro de Excelência em Pós-Graduação em Saúde (CPS), com sede em Curitiba. Tem sido sempre um desafio muito interessante que realizo com a maior sa-



Em Janeiro deste ano recebeu a Comenda da Ordem de Mérito, atribuída pelo Conselho Federal de Farmácia do Brasil. Em entrevista à Farmácia Portuguesa comenta o exercício da profissão em Portugal, o desafio constante que é lidar com os doentes e a diferenciação que preconiza para a classe. Criticando a actual revisão da Lei do sector, a única farmacêutica portuguesa a pertencer à Academia Nacional da Farmácia do Brasil aponta o caminho para o futuro: manter o associativismo forte e incrementar a intervenção das farmácias.

tisfação, porque levo o meu ânimo profissional, o meu saber-fazer. Neste percurso, contei sempre, com a colaboração dedicada da colega Lígia Reis, que me apoiou na produção das apresentações melhorando sempre a qualidade dos audiovisuais.

Ainda em termos profissionais tive há 3 anos um convite do Hospital de São Paulo para escrever um artigo sobre cuidados farmacêuticos. Dediquei-me bastante. O artigo foi publicado num livro que aborda as experiências sobre esta temática em vários países. Em 2006, o CBS desafiou-me a escrever um livro dirigido às necessidades dos farmacêuticos comunitário brasileiros. Foi um convite que me entu-

siasmou mas que ao mesmo tempo aumentou a minha responsabilidade. Há uma coisa que me dá imenso gozo afirmar: é que, independentemente do meu ânimo em transmitir o modelo português, porque é para os nossos colegas brasileiros muito importante, estes sempre respeitaram e admiraram o nosso modelo de farmácia. Lamentavelmente, na actualidade, estamos mais nós a caminhar para o Terceiro Mundo, para a desregulamentação que eles têm e que eles querem modificar. Os colegas brasileiros sempre quiseram importar o modelo português. Podia ser o modelo europeu dos países nórdicos, mas não, é o português. O nosso modelo de exercício

profissional tem sido, a meu ver, um modelo de muito valor e fundamentalmente de muito saber, baseado no saber construir um caminho importante para o sector das farmácias.

Em termos pessoais, não vou dizer que é uma vaidade, mas é reconfortante. Neste país, normalmente as pessoas não louvam nem elogiam. E há tempos li um artigo interessante da Clara Ferreira Alves, em que dizia que, uma das capacidades do povo brasileiro é saber elogiar e louvar. Está aqui a prova!

FP – Este prémio é o reconhecimento de um trabalho activo que tem produzido no campo farmacêutico, não só em Portugal, mas também



no Brasil. Qual o contributo e qual a importância deste trabalho na formação da futura classe farmacêutica Brasileira?

MT – No fundo, é tentar aplicar o modelo português. Mesmo que eu fosse falar de Cuidados Farmacêuticos, Programas de Intervenção na Comunidade, de Valormed, da Formação Contínua ou Boas Práticas de Farmácia, uma coisa que os colegas brasileiros reconhecem é a mais-valia da organização farmacêutica como estrutura profissional. E cada vez que falava do sistema de saúde em Portugal, da maneira como o sector estava organizado e referia que a propriedade era exclusiva do

farmacêutico gerava-se um espanto generalizado, porque o Brasil tem uma situação completamente anárquica – quem é dono das farmácias é quem tem dinheiro, caindo por terra o conceito de Farmácia como espaço de saúde.

Lamentavelmente o reconhecimento vem do outro lado do Atlântico...

FP – Sendo uma área que claramente privilegia, é em prol dos projectos profissionais que se tem debatido ao longo dos tempos, quer como dirigente da ANF, Direcção da qual fez parte durante anos, quer actualmente como representante da Associação em áreas, como a formação dos ajudantes, quer na sua actividade profissional diária. Uma das vertentes mais visíveis do seu trabalho foi a aposta na formação contínua dos farmacêuticos e na formação dos técnicos de farmácia. Qual a importância, para a classe, destes projectos ao nível da melhoria da intervenção profissional? Porquê este envolvimento tão activo nesta área?

MT – Essa pergunta abre-me horizontes para abordar uma série de aspectos. Em primeiro lugar, gostaria de dizer que, independentemente do meu entusiasmo e motivação, eu acredito na formação. Estive na Direcção da

ANF durante 24 anos, tenho 33 anos de exercício profissional e no início não se falava na Sociedade do Conhecimento. Hoje é que está muito em voga esta temática. A Sociedade do Conhecimento sempre foi, aquilo que eu em termos profissionais entendi, a mais-valia do nosso desenvolvimento, da nossa actividade profissional. No fundo, o saber é um activo, um activo que cada um de nós deve saber gerir, deve saber aplicar. É quase como um activo financeiro: saber gerir, aplicar, fazer render. O saber tem exactamente as mesmas regras de aplicabilidade desse activo. Temos que saber inovar. Eu digo sempre que na farmácia comunitária não há rotina. Todos os dias somos solicitados por pessoas diferentes, com características diferentes, saberes diferentes. Temos que saber adaptar-nos a essas pessoas, temos de mostrar que sabemos e que não somos só os “vendedores de caixinhas”. Em relação à formação, sempre apreciei imenso o contacto com as faculdades, porque das faculdades é que vem o saber. Na Direcção da Associação, entendemos que era realmente importante apostar para além do que aprendemos nos bancos da faculdade. É o saber que faz a diferenciação da nossa actividade profissional. E o saber adquirido nos sí-

“O saber envolve três elementos: saber-saber, saber-fazer e saber-estar. Nesses saberes, o farmacêutico tem de criar, cada vez mais, uma diferenciação.”

tios certos. Quando a Associação optou por constituir este grupo de Formação Contínua, com várias áreas de intervenção, a ligação à Universidade foi extremamente importante. Hoje mantenho óptimas relações com professores universitários, que me têm convidado para ir trabalhar com eles, por exemplo, Coimbra convida-me duas vezes por ano para ir à faculdade “falar” para os estudantes do 5º ano, numa cadeira de MNSRM e automedicação orientada pela Prof. Isabel Vitória.

Dentro da ANF, coordenei três professores catedráticos, o actual vice-reitor da Universidade do Porto, o Prof. Jorge Gonçalves, o vice-presidente do Infarmed, o Prof. Hélder Mota Filipe e a Prof. Isabel Vitória da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Foi um grupo maravilhoso. Sempre tive a humildade de saber que eu era a profissional que tinha as necessidades do saber e sempre respeitei as competências e os seus saberes, no sentido de aproveitá-los, para os pôr ao serviço dos profissionais. Considero ex-

tremamente importante este activo do conhecimento, um activo que não tem de ser só na área cognitiva, no saber-saber, que aprendemos na faculdade e que podemos ir complementando com formação pós-graduada, mas um activo na área do saber-fazer, ou seja, ter a certeza que quando alguém vem de um curso tenha melhorado as suas capacidades. Uma coisa também extremamente importante, e que nem todas as faculdades ainda privilegiam, é a área do saber-estar: a parte sociológica do nosso desenvolvimento, do contacto, do poder de comunicar com os doentes e médicos e entre nós. O saber ouvir, o saber gerir, o saber delegar e o saber motivar, as faculdades não ensinam. Conseguimos criar na ANF muitas áreas de formação com psicólogos, que nos souberam transmitir conhecimentos nestas matérias.

Essa vontade de aprender e essa vontade de formar não é só dos farmacêuticos mas também dos técnicos. A situação dos técnicos também foi uma situação interessante dentro da

ANF, pois começámos a formação para farmacêuticos em 1982. Dentro da Direcção, sempre lutei para que houvesse formação para ajudantes, não podia haver farmacêuticos a fazer formação elitista, chegar à farmácia e dominar outras áreas do conhecimento, e depois haver ajudantes que não evoluíam nos seus conhecimentos. Era necessário ter colaboradores cada vez mais sabedores, cada vez mais capacitados, porque o objectivo *major* da formação é desenvolver capacidades.

Caminhar para a especialização

Para mim, o saber envolve estes três elementos: saber-saber, saber-fazer e saber-estar. Nesses saberes, o farmacêutico tem de criar, cada vez mais, uma diferenciação. E eu sempre fui uma defensora de uma Especialização em Farmácia Comunitária, das poucas áreas que não tem especialização na Ordem dos Farmacêuticos. Sempre fui uma defensora de que devíamos partir para um farmacêutico especialista e não ser um farmacêutico generalista. Temos um conjunto de projectos de trabalho diário que obriga a saber algo mais. E esse algo mais é importante para os doentes e para nós próprios.

Eu tento, aqui no meu espaço, que não haja generalistas, que existam farmacêuticos com competências delegadas, quer na área da Qualidade, quer nos PIC, quer nos PCF, mas, oficialmente e lamentavelmente, não há vontade política para que se caminhe para uma especialização. Muitas vezes, vinham alguns argumentos contra de que a especialização iria abalar a lei da propriedade da farmácia. Ela foi abalada e a

especialização não foi criada. Se calhar se tivéssemos lutado por ela, quem sabe se hoje o Sr. Ministro não tinha tido tanta facilidade em abanar a lei da propriedade da farmácia.

A vantagem da dupla certificação

FP – O projecto das Boas Práticas de Farmácia também lhe diz directamente respeito. A sua farmácia foi pioneira na implementação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). De que forma é que a certificação alterou a prática profissional na Farmácia Teixeira?

MT – Pertenci ao grupo que, em 1994, adaptou o texto das BPF Europeias a Portugal e enquanto Direcção, percorremos o país a divulgá-las. Éramos um grupo de farmacêuticos entusiasmado, que sabia muito bem o que queria. As Boas Práticas de Farmácia (BPF) tinham sete normas, ha-



viendo sete coordenadores. Eu coordenava a norma 7, da Educação e Promoção para a Saúde. Cada coordenador escolhia grupos de colegas para poder trabalhar, de acordo com as suas preferências, capacidades ou conhecimentos. Fizemos a apresentação pelo país e tentámos aplicá-las. Inicialmente sem a vertente da auditoria, uma espécie de auto-auditoria.

Evoluímos para a Implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade, porque era o passo mais importante e esse era, talvez, o grande objectivo: evoluir para a certificação. A nossa certificação tem uma característica especial: qualquer empresa pode ser certificada pela APCER, ou outra empresa deste âmbito, com a norma ISO 9001:2000, mas nós temos a mais-valia das BPF da OF. Temos assim uma dupla certificação.

Tenho uma equipa que se sente orgulhosa em trabalhar numa farmácia certificada. Deu muito trabalho, porque partimos do zero, da elaboração do Manual da Qualidade a todas as instruções de trabalho. Foi pesado em termos de trabalho e em termos financeiros. Mas continuo a dizer que valeu a pena. Toda a equipa se envolveu, toda a equipa participou. Possibilitou que todos trabalhemos da mesma forma, temos as mesmas regras. Todos sabem o que é que tem de fazer, não existindo aqui o desconhecido. Uma das grandes

vantagens, em termos de estrutura interna, é não existir o desconhecido, pois tudo tem instruções de trabalho e está documentado. Até um estagiário que chegue à farmácia lê uma instrução de trabalho e daí a cinco minutos está a fazer um pedido, uma gestão de entrega ou uma determinação de uma glicemia, etc..

Satisfazer a necessidade do utente

Depois tem outra grande vantagem, que eu considero talvez o aspecto visível da certificação, que é a que diz respeito aos utentes. Fazemos inquéritos de satisfação e esses inquéritos traduzem as necessidades e as sugestões. No fim, fazemos a estatística dos resultados. Na Política da Qualidade da minha farmácia, para além de tudo o que é habitualmente referido, legislação, norma ISO, princípios de gestão da qualidade, BPF, acrescentei alguns aspectos que considero fundamentais na nossa actividade: a ética e a competência. São dois aspectos de que eu não abduco no dia-a-dia de falar e de transmitir aos meus estagiários. A competência ad-

quire-se com a formação. A ética vem do berço, mas aprende-se, treina-se e pratica-se. Falo também da promoção da saúde, dado que como já referi coordenei essa norma das BPF e considero que a farmácia é um espaço de saúde onde se podem desenvolver projectos de educação e promoção para a saúde. Os cidadãos expressam nos inquéritos de satisfação todas as suas críticas e sugestões e temos que ir ao encontro delas. O valor acrescentado em saúde é a satisfação das necessidades dos clientes. São esses os ganhos em saúde de que tanto se fala hoje e que tão pouco se avalia na área farmacêutica. Acho que é aí que temos que apostar.

FP – A nível da intervenção profissional, merecem o seu aval e dedicação ainda os Programas de Cuidados Farmacêuticos e os Programas de Intervenção Comunitária. Qual a mais valia desta intervenção para os utentes e para farmácia?

MT – Actualmente fala-se de que a farmácia deve ter serviços essenciais e serviços diferenciados. O serviço essencial é normalmente a rotina da farmácia: a dispensa, a informação ao doente, a preparação de um medicamento manipulado, aquilo para que a farmácia

“Muitas vezes as pessoas têm necessidade de manter a sua terapêutica e é à farmácia que vêm, porque não têm consulta nem receita.”

existe. Mas temos que ir mais longe, temos que partir para serviços mais diferenciados, saber fazer a gestão da terapêutica do doente, fazer a gestão da doença, saber acompanhar os doentes nestes programas. Para tudo isto, a formação tem de estar associada. Não há que se ser generalista, tem que se cada vez mais diferenciar os conhecimentos para que o farmacêutico evolua para essas áreas.

Estes programas vêm ao encontro das necessidades dos doentes. O nosso SNS não acolhe bem os seus cidadãos. Pelo menos aqui, no meu centro de saúde, há imensa falta de médicos. Muitas vezes as pessoas têm necessidade de manter a sua terapêutica e é à farmácia que vêm, porque não têm consulta nem receita. Temos que dar a esses cidadãos a satisfação dessa necessidade. Os toxicodependentes que têm condições para não ir aos CATs vêm

“Agora está muito na moda falar em marketing. Mas, para mim, o único marketing que a farmácia pode fazer é dos seus serviços.”

à farmácia fazer a administração de metadona.

E temos uma prestação extremamente importante junto dessas pessoas: a nível da reinserção social, a nível da sua reinserção no próprio mercado de trabalho.

Considero que estes são programas de que nos podemos orgulhar. São programas a que temos dedicado muito tempo da nossa actividade e não são remunerados. Eu não queria remuneração, queria reconhecimento, do Governo. Ninguém fala dos inúmeros doentes a fazer tratamentos de metadona e que o farmacêutico faz isto de uma forma dedicada, abnegada e gratuita.

O reconhecimento

Fazendo um parêntesis, o professor Zubioli escreveu um livro, que se chama “Profissão Farmacêutica, E Agora?”. A capa tinha uma farmácia com uma cruz vermelha e uma frase a dizer “pague 2 leve 3”. Estamos a trilhar esse caminho. E é isso que eu não quero. Mandei esse livro ao Sr. Primeiro-Ministro. Nunca recebi resposta.

Um projecto que me deu muito gozo foi o “Farmacêutico nas Escolas”. Com o Eduardo Perestrelo, o designer do cartoon da FP, a colega Clara Carneiro e com a Maria José Justo, uma colega da indústria, fizemos um trabalho delicioso em cassete VHS, para ir às escolas falar do que é o farmacêutico, a farmácia e o medicamento. Isto tem a ver com a saída do farmacêutico para ir à comunidade. É um projecto de intervenção na comunidade que foi inspirado numa apresentação de colegas holandeses neste âmbito a que Prof. Aluísio Marques Leal assistiu num congresso da FIP.

FP – Pelo que foi anteriormente referido, é óbvia a

sua dedicação e entusiasmo na implementação dos diversos projectos desenvolvidos pela ANF e que servem de suporte à actividade profissional. Contudo, existirão certamente melhorias a desenvolver. Qual é na sua opinião, as estratégias a implementar para os tornar mais atractivos?

MT – Agora está muito na moda falar em marketing. Mas, para mim, o único marketing que a farmácia pode fazer é dos seus serviços, bem como o marketing social. Não é o marketing pelo marketing, porque este qualquer profissão ou actividade faz (marketing dos produtos, das pessoas). Pode ser importante, mas o que é mesmo importante é apostar no marketing de serviços. Dizer o que a farmácia tem capacidade para fazer, como por exemplo, a medição de parâmetros bioquímicos e fisiológicos – o tal algo mais para que os cidadãos vejam as suas necessidades satisfeitas. Aí é que nós podemos apostar: quer nos PCF, quer nos PIC, quer na Qualidade. Este é que é o futuro: diferenciar a actividade, diferenciar todo o trabalho que fazemos e apostar no marketing de serviços, única e exclusivamente.

FP – Os cuidados farmacêuticos são programas de acção continuada e de acompanhamento do doente, exigindo a articulação com outros profissionais de saúde, nomeadamente os médicos e enfermeiros. Dada a sua experiência nesta área, quais os passos que tem dado para promover este relacionamento entre profissionais, em prol da saúde dos doentes? De forma a manter frutuoso este relacionamento, o que se deve evitar? Quais são os conselhos que deixa aos colegas que pretendem dinamizar este relacionamento?

MT – Abordei em inúmeros congressos para estudantes a relação médico-farmacêutico, mas considero um relacionamento perfeitamente normal, dentro dos parâmetros da respeitabilidade. Tem que haver respeito, como em todas as profissões. A relação só é benéfica, conclusiva e útil se houver competência. Continuei a apostar na competência. Ninguém pode dialogar com um médico sem saber aquilo que está a dizer. Nós hoje temos na farmácia ferramentas técnicas, independentemente da formação, temos o SIFARMA 2000, que nos permite trabalhar com imensa segurança e temos o acesso a Centros de Informação que nos permite trabalhar com qualidade. A promoção de reuniões com médicos é extremamente importante e há muitos médicos abertos a essa evolução. Eu sou extremamente bem aceite entre os médicos da minha zona, eles sabem que eu sei e tenho todo o gosto em colaborar. Tenho muitas vezes as minhas questões em relação a determinadas prescrições, mas eu, com toda a diplomacia e todo o respeito, vou trocar impressões com eles e dizer que é necessário corrigir algo. Em relação aos colegas, queria dizer que os farmacêuticos, na sua farmácia,

sempre que existe uma dúvida em relação a um medicamento ou a uma receita, devem ser os próprios a contactar o médico, e não os técnicos. Consultar na base do respeito, da ética e da competência. Temos o dever de os ajudar quando eles não dominam todas as áreas do medicamento, como nós dominamos.

Respeito, ética e competência

É importante treinar as técnicas de comunicação. E treiná-las num aspecto. Nós não podemos ser submissos ao médico. Com todo o respeito, não há submissão do farmacêutico ao médico. Somos ambos profissionais de saúde. O farmacêutico não tem que pensar que está abaixo da classe médica. Isto no Brasil acontece todos os dias. Os colegas brasileiros têm um terror de falar com um médico. São capazes de fazer a maior barbaridade e entregar ao doente algo que não lhe seja útil ou indicado, porque não ousam, nem sequer um contacto telefónico. Nós temos um bom exemplo em Portugal. Temos um fórum na Internet, de médicos de clínica geral e farmacêuticos – o MGFarm. O MGFarm é um

excelente exemplo de como médicos e farmacêuticos podem coabitar sem atritos. Muitas vezes surgem algumas coisas de pequena monta, mas que nós tentamos diluir. Este fórum, que permite a médicos e farmacêuticos trocarem livremente impressões, é extremamente importante. O objectivo *major* será dialogar de uma forma correcta, porque o nosso objectivo comum é tratar os doentes. Nessa perspectiva, só ganhamos em termos um bom relacionamento.

Para os colegas novos, o bom relacionamento adquire-se com ética, respeitabilidade e competência.

FP – A farmácia enquanto estabelecimento prestador de cuidados de saúde e enquanto profissão está a sofrer consideráveis mudanças, promovidas pela nova legislação. Estamos aqui a referir-nos ao facto dos MNSRM poderem ser vendidos fora das farmácias, de as farmácias poderem vir a ser detidas por não farmacêuticos, entre outros. Aproveitando esta onda de mudança, em sua opinião o que deve ser alterado e o que deve ser mantido?

MT – O sector cometeu erros. E aprender com os erros não fica mal a ninguém, porque aprender é um passo



que damos em frente na nossa vida. Em Qualidade dizemos que um erro é uma Oportunidade de Melhoria.

É preciso manter um associativismo forte, porque só unidos é que o sector consegue chegar às conquistas que necessita de obter e nós estamos a viver momentos conturbados.

Relativamente ao facto dos MNSRM terem ido para os supermercados muita da culpa foi nossa. Por isso digo que temos de aprender com os erros do passado. A ANF tinha Cursos de Formação de Automedicação no âmbito da Farmacoterapia, que eu coordenava, mas estes foram abandonados. Não era considerada uma área interessante ou importante. Isso foi um aspecto extremamente negativo, que eu lamento profundamente, porque é uma área do conhecimento importante. As habilitações e competências dos indivíduos que estão a dispensar medicamentos nas lojas

de saúde não são requisitos profissionais. O utente percebe quando é um farmacêutico ou um técnico habilitado a dispensar um medicamento ou quando é um qualquer vendedor, que tanto vende uma caixa de aspirinas como um par de peúgas.

Havia, também, um projecto interessante, liderado pelo colega Pedro Cruz, anterior Presidente do Grupo Profissional da OF, que tinha a ver com um projecto de protocolos de intervenção em automedicação, que foi interrompido. Foi uma pena não se ter dado o devido valor. O objectivo e o que foi desenvolvido no âmbito deste projecto é fundamental que tenha o apoio do sector. Se ele tivesse surgido tínhamos mais qualificações no aconselhamento dos MNSRM.

Era um óptimo exemplo também de relação médico-farmacêutico, porque o grupo era constituído por Farmacêuticos Comunitários, por Médicos de Clínica

Geral, por Professores Universitários, por Farmacologistas. Era um grupo de elite, que conseguia, a nível nacional e veiculado através da OF, impor um determinado tipo de regras para fazer a dispensa de uma forma correcta, eficaz e segura. Tudo isso foi posto de lado.

Aprender com os erros

Por isso, quando digo aprender com os erros é porque realmente cometemos alguns e hoje estamos a pagá-los muito caros. A ida dos medicamentos para os supermercados dói a todos nós. Não dói na bolsa, muito sinceramente, porque eu não notei diferença nenhuma na minha farmácia. O que me entristece profundamente. Foi a falta de reconhecimento dos órgãos de cúpula relacionados com esta área.

Gostaria, neste aspecto, que as faculdades fossem mais intervenientes, numa área que é *core* da actividade farmacêutica. A informação na área da saúde no nosso país é de má qualidade, é muito a dos *media*. E não é isso que eu defendo. As faculdades têm que dar mais evidência à área do medicamento não sujeito a receita médica, que tem de ter as

mesmas regras dos que estão sujeitos a receita médica. E nessa perspectiva vejo com muito entusiasmo algumas faculdades preocuparem-se com estas áreas. As faculdades e instituições, quer OF, quer ANF, devem apostar nesta formação, porque não podemos deixar fugir aquilo que é nosso. Também uma mais valia importante é o recém-criado serviço Informação Saúde, através do qual recebemos na farmácia suportes estrategicamente concebidos para nos apoiar na informação aos utentes de acordo com a situação específica de cada um. A revista Farmácia Saúde, é também um excelente veículo de informação em saúde dirigida aos utentes.

FP – Uma última questão. Como vê o farmacêutico de oficina daqui a um ano e daqui a cinco anos? Quais as áreas em que deve investir?

MT – Não pretendo mudar em nada a minha postura para o futuro. Vou continuar a ser positiva. O farmacêutico não pode viver na era do coitadinho, do desgraçadinho, daquele que foi maltratado, ostracizado porque outras classes são mais visíveis. A visibilidade depende de nós e nós temos que ser positivos no sentido

“A minha perspectiva para o futuro é manter a qualidade, a competência, manter as pessoas motivadas, satisfazer as necessidades dos doentes.”

de aumentar as nossas capacidades, competências, fazer a diferença. Aproveitar o momento conturbado para transformar as ameaças em oportunidades.

No futuro desejo manter e consolidar as relações com os estudantes. Participo, de uma forma entusiasmada, todos os anos no Concurso de Aconselhamento ao Doente, o que me dá muito gosto. Este grupo de jovens dinâmicos, inovadores, abertos à mudança é a quem dá prazer transmitir estas mensagens. Os estudantes são o futuro.

A minha perspectiva para o futuro é manter a qualidade, a competência, manter as pessoas motivadas, satisfazer as necessidades dos doentes. Temos de ser pessoas com pró-actividade e pôr os olhos no futuro e pensar que tudo tem de continuar. Tudo depende de nós.

Não vou falar exaustivamente do Compromisso para a Saúde, porque essa não é a minha área de intervenção, mas apesar de tudo, temos que o considerar como o futuro. É isso com que nós vamos ter que nos debater. O Dr. João Cordeiro teve muita capacidade para negociar um Compromisso para a Saúde que não foi agradável para a classe. Foi o possível, e até admiro como se chegou a determinados consensos.

Mas o futuro está nas mãos de cada um de nós. Ser positivo, continuar a trabalhar bem e manter a qualidade. O importante para mim não é ter o emblema à porta, é demonstrar que nós nos diferenciamos. Temos de tender para ser especialistas e não generalistas. Gostaria de terminar a minha carreira profissional como especialista e não generalista. É essa a nota mais importante que gostaria de deixar.

Reestruturação em curso no CEDIME Acompanhar a mudança

Foi esta a filosofia que presidiu à reestruturação do CEDIME, alicerçada na vontade de melhorar a prática, aumentar a efectividade, renovar a imagem e reforçar a credibilidade dos farmacêuticos enquanto especialistas em informação sobre medicamentos.

Foi em Janeiro de 1985 que o CEDIME – Centro de Informação sobre Medicamentos iniciou o seu funcionamento, assumindo-se como um suporte científico à actividade das farmácias. Desde então, tem-se afirmado uma ferramenta imprescindível para a prática profissional, um recurso valioso no esclarecimento de dúvidas, na resolução de problemas e na resposta às necessidades práticas das Farmácias. O serviço de consultas é a sua face mais visível, mas a actividade do

CEDIME está longe de se esgotar neste diálogo directo com as farmácias. Os especialistas em informação sobre medicamentos que nele trabalham são a retaguarda de uma intervenção mais vasta, traduzida no apoio à intervenção farmacêutica nas suas mais diversas vertentes.

O caminho percorrido desde 1985 é, sem dúvida, um caminho de assinalável sucesso. Todavia, o sector farmacêutico está em constante mudança – porventura agora mais evidente do que nunca –, exigindo uma atitude de renovação a fim de enfrentar novos desafios e aproveitar novas oportunidades. Impõe-se um espírito de abertura, de receptividade. É preciso acompanhar a mudança e é essa a filosofia que está subjacente à reestruturação do CEDIME.

O que está em curso é uma evolução, de continuidade, não uma ruptura com o passado. O que está em curso é o aproveitamento dos recursos existentes e a sua optimização mediante a criação de sinergias, numa estratégia em que a equipa assume crucial importância.

Procurou-se – como salienta a directora técnica do centro, Sandra Lino – “conferir coerência às diversas actividades do CEDIME, na medida em que todas elas assentam na informação sobre medicamentos e saúde”. Os serviços agora agrupados já existiam, mas dispersos, enquanto unidades com recursos humanos específicos: serviço de consultas, concepção e desenvolvimento de conteúdos técnicos, informação ao doente e Sifarma 2000. O que se entendeu foi que seria possível obter mais-valias em termos de eficiência e qualidade unindo-os numa plataforma em que o denominador comum é a informação.

O que – argumenta Sandra Lino – faz todo o sentido, na medida em que as valências dos diversos serviços se cruzam entre si e com outros departamentos da ANF, nomeadamente o da Formação e o dos Serviços Farmacêuticos. A directora técnica do centro ilustra as vantagens da nova organização, mostrando como é possível estar em consonância: assim, um tema do Serviço Informação Saúde (folhetos para o doente) pode ir



Resolver a consulta

O Serviço de Consultas é a plataforma mais directa de relacionamento entre as farmácias e o CEDIME. Como tal, está contemplada uma nova abordagem – mais orientada para as necessidades dos doentes, de modo a que a farmácia responda de facto a essas mesmas necessidades e leve à obtenção de resultados positivos.

Tal significa ir além da pergunta – mais do que responder à questão, dar a resposta adequada ao problema colocado pela farmácia e assim dar resposta à necessidade do doente. Trata-se de resolver a consulta.

ao encontro de um suporte de conteúdo técnico na Farmácia Técnica ou na Farmácia Portuguesa, ao mesmo tempo que o Sifarma 2000 pode fornecer informação actualizada sobre o mesmo assunto. Já o serviço de consultas, por constituir uma fonte muito rica de informação, pode funcionar como um barómetro de temas a tratar nas demais plataformas informativas.

Do mesmo modo é possível a articulação com as campanhas emanadas com o Departamento de Programas de Cuidados Farmacêuticos, mediante a produção de suportes informativos, ou com o Departamento de Formação, na organização de acções formativas que se articulam, por sua vez, com o Sifarma2000. Ou com o Museu da Farmácia, nomeadamente através da produção de conteúdos de interesse infantil/juvenil a serem tratados no âmbito do Clube da Sara. Ou ainda com o Departamento de Marketing, aproveitando o relançamento da Farmácia TV para reforçar a mensagem dos folhetos para o público.

Melhorar a prática

Esta é uma reestruturação com objectivos bem definidos: melhorar a actual prática do CEDIME, torná-lo mais efectivo, ceder informação técnica aos profissionais de saúde optimizando os resultados obtidos junto dos doentes, renovar a imagem do centro perante as farmácias, promover os seus serviços e promover a imagem e credibilidade dos farmacêuticos enquanto especialistas em informação sobre medicamentos.

Como sublinha Sandra Lino, “o CEDIME é um serviço de suporte à prestação profissional das farmácias. Para que seja considerado imprescindível, tem de saber e conseguir acompanhar a mudança, dando resposta às reais necessidades de todas as farmácias que serve”. E para isso é necessário que as farmácias reconheçam nos serviços prestados pelo centro valor acrescido à sua prática diária, que sintam necessidade de recorrer aos seus serviços e que valorizem esses mesmos serviços. Tomar o CEDIME mais efectivo, tam-

bém do ponto de vista dos custos, passa, nomeadamente, por ceder informação técnica, baseada na evidência com impacto – “informação que seja utilizada pela farmácia, que marque a diferença”. Trata-se de “publicar com um objectivo”: ter impacto junto dos doentes.

Já renovar a imagem implica que as farmácias tenham noção de que está

Uma missão, uma visão

O novo CEDIME tem uma missão: gerir e disponibilizar informação técnica nas áreas da saúde, do medicamento, dos produtos de saúde e dispositivos médicos, respondendo às necessidades dos profissionais de saúde e utentes. E enquanto suporte aos serviços farmacêuticos, contribuir para o desenvolvimento do sector e da farmácia como centro de prevenção e terapêutica.

Esta é uma missão assente numa visão: a de criar uma equipa líder em informação sobre medicamentos e saúde – afinal, a razão de ser do CEDIME.

em curso uma reestruturação assente na preocupação de acompanhar a realidade. Quanto a promover os serviços do CEDIME, implica passar a mensagem de que este departamento – como os demais da ANF – trabalham para que as farmácias tenham uma melhor prática profissional. No que toca à imagem dos farmacêuticos enquanto especialistas em informação sobre medicamentos, o objectivo é reforçar a credibilidade, a começar pela equipa da casa, que desde sempre trabalha em informação. Tem, no entanto, um alcance mais amplo, já que estão em perspectiva acções de formação, sob a forma de estágios profissionalizantes dirigidos, numa primeira fase, a recém-licenciados.

Funcionar como uma equipa

São muitos os desafios. O primeiro é interno: ter o novo CEDIME a funcionar como uma equipa. Sectores antes dispersos, com profissionais adstritos a cada um, estão agora juntos, física e estrategicamente. Partindo desta nova realidade, o propósito é que esta equipa única funcione com um elevado grau de colaboração, promovendo-se relações de trabalho com um elevado grau de sucesso, criando sinergias de modo a que o resultado seja superior à soma das partes. Para atingir estas metas, está em marcha um processo de circulação de recursos entre as diversas áreas do CEDIME, de modo a que todos os elementos da equipa se familiarizem com cada um dos serviços e estejam em condições de responder na prática às distintas solicitações. Unir e melhorar é o que se propõe a directora técnica. Primeiro, a partilha de espaço vai permitir o conhecimento entre pessoas que, antes, apenas se viam. Depois, os estágios internos, vão colocar novas pessoas a olhar para processos já existen-

CEDIME – Ficha técnica

São 11 os profissionais que constituem a equipa do CEDIME, entre farmacêuticos e técnicos, a que se juntam alguns colaboradores externos, sob direcção técnica de Sandra Lino. Com a reestruturação em curso, que começou a ser programada em Novembro de 2005, o CEDIME agrupa um conjunto de áreas até então dispersas, cujo âmbito a seguir se sintetiza:

- Serviço de Consultas – Acessível das 9h às 19h, resolve consultas colocadas maioritariamente por farmácias de oficina e por via telefónica. Parte destas consultas são resolvidas de forma relativamente rápida, na medida em que visam dar resposta a uma questão urgente suscitada com o doente na farmácia. Outras, no entanto, conduzem a pesquisas mais exigentes e mais elaboradas.
- Concepção e Desenvolvimento de Conteúdos Técnicos – Estes conteúdos, sobre medicamentos, terapêutica, estilos de vida e produtos de saúde, dirigem-se a profissionais de saúde e são publicados na Farmácia Técnica e na Farmácia Portuguesa.
- Informação Saúde – Engloba a produção de conteúdos orientados para os doentes, mediante o desenvolvimento de folhetos de suporte à intervenção da farmácia, visando informar, promover o aconselhamento e apoiar a dispensa.
- Sifarma2000 – O CEDIME é responsável pela componente profissional da aplicação informática das farmácias.

tes, o que dá uma outra perspectiva e enriquece o serviço. Desenvolvem-se competências, nomeadamente ao nível da comunicação.

Esta é a primeira fase da reestruturação do CEDIME. A segunda será de desenvolvimento e partilha, a que se seguirá a consolidação da mudança. Completar o processo exige esforço e vai levar tempo. Disso está convicta Sandra Lino. Mas também está optimista quanto ao desfecho, acreditando que desse esforço resultará uma equipa líder em informação sobre medicamentos e saúde, com competências técnicas diferenciadas em informação, de suporte à prática profissional e em benefício dos doentes.

VIAJE COM A TOP ATLÂNTICO E FAÇA TAMBÉM A DIFERENÇA.

VIAJAR NA MAIOR É FAZER A DIFERENÇA.
POR ISSO A TOP ATLÂNTICO APOIA
A REABILITAÇÃO DO HOSPITAL MATERNIDADE
MADRE ROSA GATTORNO, NO CEARÁ.



CAMPAÑA VÁLIDA ATÉ MAIO DE 2007



TopAtlântico

Viaje na maior.

CONSULTE-NOS

[www topatlantico.com](http://www.topatlantico.com)

CONTACTE-NOS

707 227 700

VISITE-NOS

80 Agências

DISFUNÇÃO SEXUAL

Carmen Inês*

O século XX foi marcado por acentuadas mudanças na forma como a sociedade olha para a Sexualidade Humana. A mudança de mentalidades e o desmistificar de tabus permite agora ver a Sexualidade numa perspectiva mais abrangente, que para além de incluir a função reprodutora é também uma forma de transmissão de afectos e obtenção de prazer.¹



* Carmen Inês,
Farmacêutica do Cedime

Apesar da disfunção sexual masculina ter sido alvo de um maior enfoque de estudos nos últimos anos, estima-se que a disfunção sexual seja mais comum nas mulheres (cerca de 43%) do que nos homens (cerca de 31%). Por este motivo, a disfunção sexual engloba também disfunção sexual feminina.²

Com o desenvolvimento científico e a investigação farmacológica torna-se possível, na maioria dos casos, dar respostas terapêuticas positivas à Disfunção Sexual.¹

Compreender a Disfunção Sexual no Homem

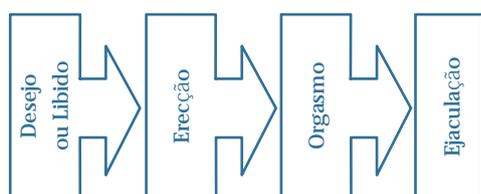
A disfunção sexual masculina não se restringe apenas a disfunção

erétil. Trata-se de uma situação que deve ser contextualizada caso a caso, e cujo tratamento pode passar por várias especialidades: urologia, cardiologia, endocrinologia, psiquiatria, psicologia, sexologia, entre outras. Numa situação de disfunção sexual, o conhecimento da história clínica assume particular relevância, devendo também, sempre que possível, ser feita uma avaliação conjunta do casal. O conhecimento da idade, das características do doente, da forma como aparece a disfunção (súbito ou insidioso), da presença ou não de erecções espontâneas, libido mantida ou não, presença ou não de ansiedade, permite indicar o carácter predominantemente orgânico ou psíquico da disfunção.¹

Fases do ciclo de resposta sexual no homem

No homem o acto sexual implica uma série de eventos psicoorgânicos que se sucedem ordenadamente.

Estes eventos são independentes, por exemplo pode existir disfunção eréctil com orgasmo e ejaculação ou disfunção ejaculatória sem disfunção eréctil.¹



São vários os medicamentos que podem interferir negativamente com a função sexual.

Os medicamentos e a disfunção sexual masculina

São vários os medicamentos que podem interferir negativamente com a função sexual, dos quais se referem alguns exemplos:

Grupo Terapêutico	Fármacos	Características da Disfunção Sexual
AINE's	Indometacina	Disfunção eréctil e/ ou libido diminuída
	Naproxeno	Disfunção eréctil e/ ou ausência de ejaculação
Antagonistas dos receptores H2	Cimetidina	Disfunção eréctil e/ ou libido diminuída
	Ranitidina	Disfunção eréctil e/ ou libido diminuída
Antidepressivos	Amitriptilina	Disfunção eréctil e/ ou libido diminuída
Antipsicóticos	Lítio	Disfunção eréctil e/ ou libido diminuída
Benzodiazepinas	Diazepam	Disfunção eréctil
Bloqueadores beta	Atenolol	Disfunção eréctil
	Metoprolol	Disfunção eréctil e/ ou libido diminuída
	Propranolol	Disfunção eréctil
Bloqueadores dos canais de cálcio	Verapamilo	Disfunção eréctil
Diuréticos	Clortalidona	Disfunção eréctil e/ ou libido diminuída
	Espironolactona	Disfunção eréctil e/ ou libido diminuída
Glicosídeos digitálicos	Digoxina	Disfunção eréctil e/ ou libido diminuída
Inibidores da bomba de prótons	Omeprazol	Erecções nocturnas dolorosas
Propulsivos	Metoclopramida	Disfunção eréctil e/ ou libido diminuída

Tabela 1 – Medicamentos que interferem com a função sexual masculina¹

A disfunção sexual e a hipertrofia benigna da próstata

A Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) é uma desordem comum nos homens a partir dos 60 anos, podendo estar associada a sintomas do tracto urinário inferior e a disfunção sexual.

O tratamento farmacológico da HBP, com a administração de antagonistas dos alfa-adrenoreceptores (tansulosina, alfuzosina e terazosina) ou finasterida, pode aumentar, em alguns casos, a disfunção ejaculatória.^{3,4}

O tratamento da HBP pode ainda implicar o recurso à cirurgia, sendo uma das maiores preocupações as consequências que esta pode ter sobre a vida sexual. Na verdade, raramente a função sexual fica seriamente afectada com a cirurgia, embora habitualmente se torne necessário aguardar entre 3 a 12 meses para que ocorra regularização da actividade sexual. A maior diferença que os homens sujeitos a cirurgia da próstata podem notar, em termos fisiológicos, é ao nível da ejaculação, com os chamados “orgasmos secos”, que caracterizam uma situação de ejaculação retrógrada (esperma não sai para o exterior, misturando-se com a urina na bexiga).^{3,4}

A disfunção da libido e a testosterona

A diminuição do desejo sexual devido a desequilíbrio hormonal está por vezes associado a disfunção eréctil. Actualmente sabe-se que a testosterona é a verdadeira



“hormona do sexo”, actua ao nível do sistema límbico no homem e na mulher e é responsável pela libido.¹

Terapêutica hormonal de substituição

Alterações da libido associadas a hipogonadismo (baixos níveis séricos de testosterona) podem ser tratadas recorrendo ao tra-

tamento hormonal de substituição com testosterona.^{1,5}

A testosterona existe sob a forma de cápsula mole, gel e solução injectável para administração intramuscular. A forma oral tem a desvantagem de ser pouco biodisponível, pelo facto de ser metabolizada a nível hepático e a forma muscular é pouco fisiológica, uma vez que cria picos séricos na altura da administração. A grande vantagem da forma transdérmica (gel) é mimetizar o ritmo circadiano da testosterona, tornando-se por isso mais fisiológicas.^{1,5}

O recurso a testosterona exógena tem demonstrado melhorar o ganho em massa muscular e aumentar a diminuição da gordura corporal, prevenir a osteopenia e as fracturas ósseas, aumentar a libido e a qualidade de vida. Os principais efeitos adversos associados a esta terapêutica são o aumento da pressão arterial, apneia do sono, hematócrito e valores lipídicos alterados e alterações ao nível da próstata (ex. HBP).^{1,5}

O risco de desenvolvimento do cancro da próstata não está associado a terapêutica de longo termo com testosterona.^{1,9}

Disfunção erétil

A disfunção erétil é uma situação comum que afecta cerca de 10% de todos os homens, aumentando a sua prevalência significativamente com a idade.⁵ Estima-se que cerca de 20% dos casos de disfunção erétil tenham causa orgânica ou psíquica única, havendo em cerca de 60% dos casos, situações orgânicas com componente psicológica associada. Em indivíduos com menos de 40 anos, cerca de 90% da disfunção erétil tem origem psíquica.¹

Factores de risco e patologias

Há vários factores de risco associados à disfunção erétil: idade, stress, sedentarismo, tabagismo, ingestão alcoólica em excesso, toxicod dependência e obesidade.^{1,5}

Para além destes factores, estão também identificadas algumas patologias de risco para a disfunção erétil, quer pelas lesões que provocam, quer pelos efeitos secundários resultantes do seu tratamento, por exemplo, diabetes, hipertensão arterial, hiperlipidemia, hiper e hipotiroidismo.^{1, 5}

Abordagem Terapêutica

A abordagem terapêutica apresenta pelo menos 3 níveis de actuação.

Tratamento de 1ª Linha		
Grupo Terapêutico	Substância Activa	Perfil de Utilização e Segurança
Inibidores selectivos e reversíveis da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5)	Sildenafil Tadalafil Vardenafil	<ul style="list-style-type: none">- Devem ser administrados antes de uma previsível relação sexual, dado que implicam a existência de estimulação sexual- Contra-indicados de forma absoluta com os nitratos por risco de hipotensão marcada- Tadalafil (perfil de farmacocinética) apresenta a maior duração de acção (cerca de 24 h)- Efeitos secundários (relacionados com a classe) mais frequentes: cefaleias, dispepsia, rubor facial e rinite
Agonista dos receptores da dopamina a nível do SNC (Sistema Nervoso Central)	Apomorfina	<ul style="list-style-type: none">- Facilitador pró-erétil- Duração de acção de cerca de 2 h, com período de latência de 40 a 50 minutos- Sem contra-indicações absolutas- Efeitos secundários: náuseas, sudorese, sonolência e vômitos
Antagonista dos receptores adrenérgicos-2	Yoimbina	<ul style="list-style-type: none">- Deve ser tomado de forma continuada- Eficácia moderada
Tratamento de 2ª Linha		
Administração intracaverosa de alprostadilo		<ul style="list-style-type: none">- Desvantagem de ser administrado no pénis, o que implica o ensino da técnica de auto-injecção, requer titulação de dose e tem um elevado risco de priapismo associado (erecção permanente e dolorosa que ocorre sem estimulação sexual e que pode persistir durante 6 ou mais horas¹)

Tabela 2 – Terapêutica Farmacológica da Disfunção Erétil¹

Quando o recurso ao tratamento de 1ª linha falha, ou nos casos de doentes com patologias graves associadas (diabéticos graves, doentes com doença aterosclerótica avançada) deve recorrer-se ao urologista, que após exames mais específicos, pode instituir a terapêutica de 2ª linha.¹ No caso de não obtenção de resultados positivos, passa-se para o tratamento de 3ª linha, com recurso a cirurgia e próteses penianas.¹

Disfunção ejaculatória e orgásmica

Tipo	Possíveis causas e Abordagem Terapêutica
Ejaculação rápida, retardada e anorgasmia	- As causas podem estar associadas a distúrbios psicológicos e alguns medicamentos (ex. inibidores selectivos da recaptção da serotonina – paroxetina, sertralina e fluoxetina –, antidepressivos tricíclicos – clomipramina e imipramina –, trazodona) ¹ - Intervenção a nível psicológico de grande valia
Anejaculação e ejaculação retrógrada	- As causas podem estar associadas à toma de medicamentos (ex. anti-hipertensores, antipsicóticos, antidepressivos) - Quando a causa está associada ao uso de medicamentos, a interrupção da terapêutica, caso seja possível, pode resolver a situação ¹⁰

Tabela 3 - Disfunção ejaculatória e orgásmica

Disfunção Sexual Feminina

A disfunção sexual não é um problema exclusivo dos homens. Até há alguns anos a disfunção sexual feminina era errónea e pejorativamente designada “frigidez”.⁶

Estudos demonstram que os contributos de factores psicológicos e do contexto sociocultural na expressão saudável da sexualidade na mulher são significativos.⁶

Há um conjunto de factores etiológicos que determinam a disfunção sexual feminina: estados emocionais negativos (raiva, depressão, ansiedade ou medo); baixa auto-estima, má imagem corporal e ansiedade de desempenho; experiências prévias traumáticas, com dor ou abuso sexual; factores educacionais e culturais e relacionamento com o parceiro.⁶

Contudo, nem sempre a origem desta situação reside em factores psicossociais e patologias crónicas, terapêuticas de longa duração, abuso de drogas e/ou álcool podem estar na base do aparecimento de disfunção sexual feminina.⁷

O diagnóstico correcto da causa da disfunção sexual feminina é fundamental para o tratamento efectivo.⁶

Fases do ciclo de resposta sexual na Disfunção Sexual Feminina

A análise da disfunção sexual feminina deve ser feita tendo em conta as diferentes fases em que a disfunção se pode traduzir. Há a realçar que a ausência de orgasmo durante o coito pode ser normal e natural e não implicar disfunção sexual

Fases do ciclo da resposta sexual na Disfunção Sexual Feminina	
Desejo	Desejo sexual (libido) diminuído
	Aversão sexual
Excitação	Perturbação da excitação sexual na mulher
Orgasmo	Perturbação do orgasmo na mulher
Dor	Vaginismo (contração dos músculos da porção inferior da vagina que impede total ou parcialmente a introdução do pénis) ^{6,8}
	Dispareunia (ocorrência de dor genital persistente ou recorrente associada à actividade sexual, a qual se pode manifestar antes, durante ou após o coito)

Tabela 4 – Fases do ciclo da resposta sexual na disfunção sexual feminina⁶

Patologias associadas à disfunção sexual feminina

Algumas condições clínicas podem desencadear/potenciar a disfunção sexual na mulher.

Doenças Endócrinas	Doenças que afectam o estado geral	Lesões neurológicas
Hiperprolactinemia	Doenças malignas	AVC
Hipotestosteronemia	Doenças renais	Esclerose múltipla
Hipotiroidismo	Doenças cardiovasculares	Espinha bífida
Insuficiência supra-renal	Doenças hepáticas	Miastenia gravis
Doença de Addison	Doenças pulmonares	Neuropatia periférica
Síndrome de Cushing	Hemopatias	Parkinson
Diabetes mellitus	Tuberculose	
Doença da tiróide	Alcoolismo	
	HIV/ Sida	

Tabela 5 – Patologias associadas à Disfunção Sexual Feminina⁶

Os medicamentos e a disfunção sexual feminina

São várias as classes de fármacos e os fármacos que podem desempenhar um papel negativo na qualidade da actividade sexual feminina:⁷

- Anticolinérgicos
- Anti-histamínicos
- Antipsicóticos
- Antidepressivos tricíclicos
- Antidislipídicos
- Anti-hipertensores
- Barbitúricos
- Benzodiazepinas
- Bloqueadores beta
- Contraceptivos orais
- Inibidores da monoaminoxidase
- Inibidores selectivos da recaptção da serotonina
- Cetoconazol
- Clonidina
- Danazol
- Digoxina
- Espironolactona
- Indometacina
- Lítio
- Metildopa

As hormonas e a disfunção sexual feminina

Para além dos fármacos e patologias que podem estar na origem da disfunção sexual feminina, as hormonas endógenas também desempenham um papel muito importante no acto sexual e em algumas situações podem condicionar uma actividade sexual satisfatória, ao actuarem ao nível do desejo.⁶

Hormonas	Efeito sobre o Desejo Sexual
Testosterona e Estrogénios	Potenciação
Prolactina e Progesterona	Inibição

Tabela 6 – Papel das hormonas no Desejo Sexual⁶

A ausência de orgasmo na mulher durante o coito pode ser normal e natural e não implicar disfunção sexual.

Menopausa

Há um conjunto de alterações fisiológicas que caracterizam a menopausa, entre elas a diminuição do nível de estrogénios e testosterona. Estes factores determinam o aumento da probabilidade de aparecimento de disfunção sexual associada a uma diminuição do desejo, que condiciona a diminuição da actividade sexual.¹

Abordagem Terapêutica

Actualmente não existe nenhum medicamento aprovado para a disfunção sexual feminina.

A intervenção psicológica é determinante em alguns casos, consistindo, por vezes, a melhor abordagem numa terapia combinada com recurso a tratamento médico e psicológico.⁶

A intervenção psicológica pode passar por uma correcta e desmistificante educação sexual, estimular a quebra de rotina no casal e implementar “técnicas de distração” e comportamentos que possam desenvolver e potenciar fases do ciclo de resposta sexual como o Desejo e a Excitação.⁶

No orgasmo, as dificuldades podem ser de origem psicológica, causadas por medicamentos ou por doenças crónicas. O tratamento pode passar por recorrer a técnicas que aumentem a estimulação (ex. masturbação).⁶

Quanto à dispareunia, o tratamento pode incluir o recurso à lidocaína (dispareunia superficial), lubrificantes (dispareunia vaginal), a mudança de posições durante o acto sexual e o uso de anti-inflamatórios não esteróides (dispareunia profunda).⁶

No caso do vaginismo o tratamento deve consistir na promoção do relaxamento muscular e dilatação vaginal com recurso a tampões/ cones dilatadores até ser possível a penetração peniana.⁶

Encontrando-se os níveis de testosterona diminuídos, a terapêutica hormonal com testosterona nas mulheres na menopausa é bastante promissora, não só a nível da esfera sexual mas também no controlo da densidade mineral óssea, nas

funções cognitivas e na diminuição da fadiga, muitas vezes confundida com depressão, e na melhoria do bem-estar geral. Apesar da intensa investigação em torno de algumas formulações, ainda nenhuma forma farmacêutica com testosterona foi aprovada para esta indicação terapêutica. Dado que a terapia hormonal de substituição com estrogénios não leva a uma adequada melhoria da função sexual e que a aplicação tópica de estrogénios melhora apenas o grau de lubrificação e de atrofia da mucosa vulvo-vaginal, aguarda-se com expectativa os resultados de ensaios randomizados controlados com testosterona nestas mulheres.¹

O facto de não existir nenhum medicamento indicado na Disfunção Sexual Feminina, faz com que algumas mulheres recorram a suplementos dietéticos com alegadas propriedades que melhoram a actividade sexual, entre eles o ginkgo biloba e a arginina. Contudo, estudos com estas substâncias ainda não demonstraram a sua efectividade neste campo.²

Conclusões

A Disfunção Sexual é uma realidade que não deve ser ignorada quer pelos doentes, quer pelos profissionais de saúde.

A intervenção da Farmácia nesta área é determinante dada a proximidade aos utentes. A identificação dos sintomas e aconselhamento quanto à melhor forma de proceder, identifica-

ção de reacções adversas a medicamentos que possam estar na origem da disfunção e/ou aconselhamento sobre a mais correcta forma de administrar os medicamentos garantindo a sua segurança e efectividade, são algumas das potencialidades da intervenção da Farmácia junto da população, nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Portuguesa de Urologia disponível em <http://www.apurologia.pt/arvoredecisao/urologia.htm>
2. Boone S A; Shields K M – Dietary supplements for female sexual dysfunction – AM J Health-Syst Pharm, vol 62, iss 6, p 574-580, 2005
3. Pereira, Nuno Monteiro – Hipertrofia Benigna da Próstata – disponível em <http://www.apurologia.pt/temasurologicos3.htm>
4. Miner M; Rosenberg M T; Perelman M A – Treatment of lower urinary tract symptoms in benign prostatic hyperplasia and its impact on sexual function – Clin Ther, vol 28, iss 1, p 13-25, 2006
5. Consenso Português para Avaliação e Tratamento da Disfunção Eréctil da Sociedade Portuguesa de Andrologia, 2001
6. Pablo, Cristina; Soares, Catarina – As disfunções sexuais femininas – Revista Portuguesa Clínica Geral 2004; 20:357-70
7. Phillips, Nancy A. – Female sexual dysfunction: evaluation and treatment – em <http://www.aafp.org/afp/20000701/127.html>. 2000
8. Vaginismo em perturbações da função sexual – Manual Merck disponível em <http://www.manualmerck.net/artigos/>
9. Wayne J. G. Hellstrom, MD, FACS – Update: Managing Sexual Dysfunction – em <http://www.medscape.com/viewarticle/437092>
10. Colpi, G. M.; Hargreave, T. B.; Papp, G. K.; Pomeroy, J. M.; Weidner, W. – Guidelines on Disorders of Ejaculation – European Association of Urology
11. Silva, José Pereira; M. D. Wilson, Steven – A impotência é reversível – 8ª Edição, em <http://www.clinicaharmonia.pt>

CASO PRÁTICO

1. A Disfunção Sexual é uma situação puramente do foro psicológico.
2. Disfunção Sexual masculina é sinónimo de Disfunção Eréctil.
3. Após cirurgia à próstata podem verificar-se algumas alterações ao nível da ejaculação – ejaculação retrógrada.
4. A amitriptilina pode estar associada a Disfunção Eréctil e à Diminuição da Líbido.
5. A testosterona, para tratamento de substituição, está autorizada para a Disfunção Sexual Masculina e Feminina.
6. Os inibidores selectivos da fosfodiesterase 5 estão contra-indicados de forma absoluta com os nitratos pelo risco de hipertensão.
7. Na menopausa os níveis de testosterona diminuem.
8. A toma de benzodiazepinas pode ter um efeito negativo sobre a actividade sexual feminina.
9. Alguns suplementos dietéticos podem ser eficazes no tratamento da Disfunção Sexual Feminina.
10. O vaginismo é uma situação irreversível.

SOLUÇÕES FARMÁCIAS BES

24 horas por dia,
7 dias por semana,
365 dias por ano
de apoio à Farmácia.

O BES sabe que as farmácias têm necessidades específicas. Por isso, em parceria com a ANF, preparou um conjunto de soluções preferenciais, no sentido de apoiar o desenvolvimento do seu negócio. Fale com o BES e descubra já o seu **Banco de Serviço Permanente** - 24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano, sempre disponível para os seus assuntos bancários, para os dos seus sócios, directores técnicos e colaboradores e, ainda, para a gestão financeira da sua farmácia.

Banco de Serviço
Permanente



Para mais informações, contacte o seu Gestor ou:

BESdirecto Negócios
707 200 300

BESnet Negócios
www.bes.pt



**BANCO
ESPIRITO
SANTO**

Dor de Ouvido

Zaida Moreira*

A dor de ouvido é uma situação comum, particularmente nas crianças sendo uma situação para a qual a intervenção da equipa da Farmácia é solicitada com alguma frequência.



A dor de ouvido pode ser provocada por uma inflamação causada por infecções, tumores ou outras formações localizadas no ouvido médio ou externo.

Uma inflamação, mesmo que ligeira, do canal auditivo externo, pode ser muito dolorosa e a inflamação da cartilagem auditiva externa (pericondrite) pode provocar dor aguda.

A infecção do ouvido médio - otite média - é a causa mais frequente da dor de ouvido nas crianças, provocando uma inflamação dolorosa.⁶

Causas Comuns da Dor de Ouvido

A dor de ouvido ou otalgia é causada pela acumulação de líquido, e por pressão no ouvido médio.

A causa da dor de ouvido não é necessariamente uma doença do ouvido. Infecções e outros problemas do nariz (infecção dos seios perinasais), boca (infecção dentária ou das gengivas), garganta (faringite, amigdalite) e articulação do maxilar (artrite do maxilar) podem causar dor no ouvido.⁴

As causas mais comuns da dor de ouvido são:

- Obstrução do ouvido externo (por corpo estranho);
- Otites, externa e média;
- Diferenças de pressão (viagens de avião);
- Perfuração do tímpano.⁴

Anatomia do Ouvido

O ouvido está dividido em três regiões principais: ouvido externo, ouvido médio e ouvido interno

Ouvido Externo

Composto pela aurícula, vulgarmente conhecida por orelha ou pavilhão, e pelo canal auditivo externo.

A aurícula é composta por cartilagem, revestida por uma camada muito fina de pele.

A sua presença em ambos os lados da cabeça permite localizar a origem do som.^{1,2}

O canal auditivo externo permite a passagem das ondas sonoras até à membrana do tímpano. A pele que cobre a cartilagem do canal auditivo contém folículos pilosos e glândulas responsáveis pela secreção de cerúmen.^{1,2}

O cerúmen lubrifica e aprisiona partículas que possam entrar no canal auditivo formando uma barreira protectora. O cerúmen semi-sólido é expelido naturalmente para o exterior do canal auditivo externo, ao mastigar ou ao falar.

A pele do canal auditivo externo é resistente à água e tem um pH que dificulta a proliferação bacteriana.¹

Ouvido Médio

Situa-se atrás da membrana do tímpano dentro do osso temporal.

O ouvido médio, está ligado à nasofaringe através da trompa de Eustáquio, o que permite o equilíbrio da pressão entre o



* Zaida Moreira

Farmacêutica do Cedime

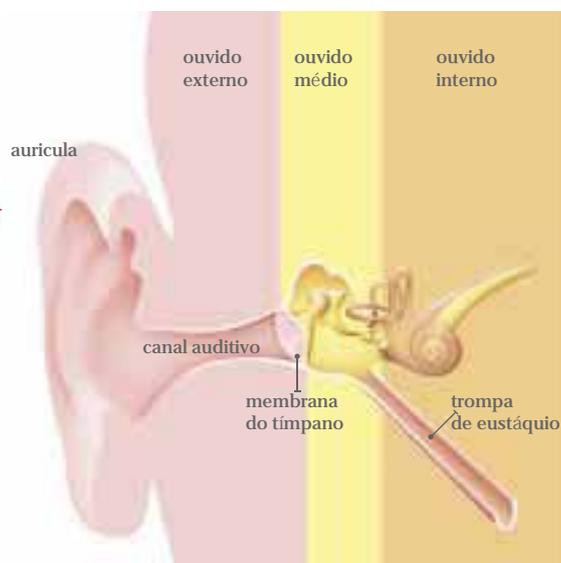


Figura 1- Ouvido, externo, médio e interno

ouvido médio e o ambiente exterior. Esta ligação está normalmente fechada, excepto ao mastigar, engolir ou bocejar.^{1,2,3,7}

Ouvido interno

Também designado por labirinto é o centro primário da audição e do equilíbrio e está dentro da caixa craneana. Contém os receptores do equilíbrio e da audição.^{1,2}

Otite Externa (OE)

Designação atribuída aos processos inflamatórios da aurícula, canal auditivo externo ou superfície exterior da membrana do tímpano. A OE é mais comum na mulher do que no homem.

Pode ser difusa (afecta todo o canal auditivo), localizada (furúnculos - afecta apenas uma zona reduzida), aguda ou crónica.

A OE difusa também conhecida por “otite do nadador” ocorre após exposição prolongada do ouvido a água doce ou salgada (praias ou piscinas) e é mais frequente no verão.^{1,6,11,13}

A OE, aguda ou crónica, secundária a infecção bacteriana é a mais frequente.^{6, 11}

As dermatites alérgicas de contacto estão associadas a 22% dos casos de OE e podem ser a causa ou a complicação da OE.

É muito comum devido à aplicação tópica de medicamentos nomeadamente, neomicina muitas vezes associada a polimixina utilizada no tratamento da OE aguda. É também causada pela entrada de substâncias irritativas como laca, tinta do cabelo, cosméticos, perfume e metais (níquel e cromo).^{6, 11, 12}

	Causas	Sintomas
OE Localizada	Infecção localizada nos folículos pilosos causada por <i>Staphylococcus aureus</i> .	Os <i>furúnculos</i> provocam dor intensa e podem causar perda de audição em caso de oclusão do canal auditivo. Quando rebentam, libertam sangue e pus.
OE Aguda Difusa	Origem bacteriana (<i>Pseudomas aeruginosa</i> ou <i>Staphylococcus aureus</i>). Origem fúngica (otomicose), menos comum, causada por <i>Aspergillus niger</i> e <i>Candida albicans</i> , surge após aplicação prolongada de antibióticos e/ou corticosteróides tópicos.	Prurido, dor intensa e persistente, otorreia (corrimento de pus), perda de audição por edema do canal auditivo ou acumulação de pus. Canal auditivo externo com sensibilidade dolorosa intensa ao toque.
OE	Outras causas: dermatoses reactivas (eczema, psoríase, lúpus eritematoso, dermatite seborreica, de contacto, atópica, induzida por fármacos); trauma (lavagens de ouvido e inserção de corpos estranhos).	Na <i>OE crónica</i> existe prurido constante e desconforto moderado. Pode existir dor moderada.

Tabela 1 – Causas e Sintomas da OE^{6,11,13}

O canal auditivo limpa-se por si só, deslocando as células cutâneas mortas desde o tímpano até ao exterior.

	OE Aguda localizada (furúnculos)	OE Aguda moderada	OE Aguda Grave
Antibióticos	<p>Anti-sépticos e antibióticos tópicos não são recomendados.</p> <p>Flucloxacilina ou eritromicina por via oral, em caso de alergia à penicilina.¹³</p>	<p>Preparações tópicas de sulfato de polimixina B isolada ou em associação com hidrocortisona (4 a 5 gotas no ouvido afectado 3 a 4 vezes ao dia, continuando a terapêutica durante 2 a 3 dias após desaparecimento dos sintomas).¹¹</p> <p>Preparações tópicas de ciprofloxacina (3 gotas no ouvido afectado 2 vezes ao dia durante sete dias).¹¹</p>	<p>Ciprofloxacina, 500 a 750 mg por via oral de 12 em 12 horas durante 10 dias.</p> <p>Cefalexina, 250 a 500 mg por via oral 4 vezes ao dia durante 10 dias no adulto e 25 a 50 mg/Kg/dia por via oral em 4 doses divididas durante 10 dias na criança.¹¹</p>
Corticosteróides	<p>Corticosteróides tópicos suprimem o processo inflamatório e as reacções alérgicas da pele associadas à OE, com alívio dos sintomas.</p> <p>A combinação de corticosteróides com antibióticos (neomicina com betametasona, hidrocortisona, triamcinolona ou prednisolona) é por vezes recomendada para diminuir o edema associado ao processo inflamatório e controlar situações de psoríase e dermatite atópica.^{11,13}</p>		
Analgesia	<p>Casos moderados - paracetamol e ibuprofeno.</p> <p>Casos graves - pode ser necessário o uso de paracetamol associado a codeína.</p> <p>O uso de compressas quentes, pode aliviar o desconforto e a dor.^{1,11,13}</p>		

Tabela 2 – Terapêutica da OE

Terapêutica

A terapêutica é determinada pelo tipo de OE e passa também pelo controlo ou eliminação dos factores predisponentes (exposição prolongada a água do mar ou das piscinas, trauma, problemas congénitos, imunossupressão, diabetes), alívio da dor e do prurido e aspiração do canal auditivo muitas vezes necessária para facilitar a cicatrização e erradicação dos organismos patogénicos.¹¹

O tratamento tópico com antibióticos ou corticosteróides não deve ocorrer por mais de 7 dias devido ao risco de infecções fúngicas secundárias.¹³

Prevenção

- Durante o banho ou duche o champô e o sabão devem ser mantidos fora do canal auditivo, pois podem provocar irritação e prurido favorecendo a infecção;
- Os ouvidos devem ser mantidos tão secos quanto possível. Após nadar ou tomar banho ou duche, deve-se abanar a cabeça para remover a água do canal auditivo, e secar os ouvidos suavemente com uma toalha;
- O canal auditivo limpa-se por si só, deslocando as células cutâneas mortas desde o tímpano até ao exterior. O ouvido tem um sistema de auto-limpeza, como tal não se deve utilizar nada que empurre a matéria residual para o tímpano, onde se acumula. Os resíduos acumulados e a cera tendem a reter a água que entra no canal quando a pessoa toma banho ou nada. A pele molhada e macia do canal auditivo contrai infecções bacterianas ou fúngicas com mais facilidade.^{1,6,12}
- Os frequentadores de piscinas devem colocar tampões de silicone nos ouvidos. Alternativamente pode ser colocado algodão impregnado com vaselina, pois esta torna o algodão impermeável à água.^{1,6,11,12}



- As pessoas mais susceptíveis, após nadar ou tomar duche, podem aplicar algumas gotas de ácido acético a 2%, devido às suas propriedades antibacterianas e antifúngicas - nos adultos, 3 a 5 gotas cada 4 a 6 horas e nas crianças a partir dos 3 anos, 3 a 4 gotas, 3 a 4 vezes por dia.

Otite Média Aguda

A otite média aguda (OMA) é uma infecção ou inflamação do ouvido médio, muito frequente nas crianças particularmente entre os 3 meses e os 3 anos de idade. Em geral, manifesta-se como uma complicação de uma constipação comum, dor de garganta ou outras infecções do tracto respiratório e ocorre sobretudo nos meses de inverno especialmente entre Janeiro e Março.

Causas

A etiologia da OMA pode ser bacteriana (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*), viral (*Respiratory syncytial virus*, *Parainfluenza virus*, *Influenza virus*, *Enterovirus*, *Adenovirus*) ou mista.^{5, 6, 7, 8, 10}

A OMA é mais comum nas crianças do que nos adultos porque:

- O sistema imunitário ainda se encontra em desenvolvimento facilitando a infecção quando do contacto com bactérias;
- A trompa de Eustáquio é mais pequena que nos adultos, permitindo o acesso mais fácil das bactérias e vírus ao ouvido médio;
- Nos adultos, a trompa de Eustáquio forma um ângulo de 45° com o ouvido médio, mas nas crianças este ângulo é quase inexistente, o que permite que, quando a

criança se alimenta, possa haver passagem de alimento da garganta para o ouvido médio, através da trompa de Eustáquio. Isto ocorre especialmente em bebés alimentados a biberão, em que o leite passa para o ouvido médio, acumulando-se, o que favorece o crescimento bacteriano.

- Os adenóides nas crianças são maiores do que nos adultos. Devido ao seu tamanho, estes podem interferir com a abertura da trompa de Eustáquio. Por sua vez estes também podem infectar, atingindo a infecção a trompa de Eustáquio.^{1, 8, 9}

Sintomas

Os principais sintomas da OMA são: dor de ouvido persistente e forte, febre, choro constante (no bebé), irritabilidade, desconforto, náuseas, vômitos, perda de apetite, diarreia, dificuldade em dormir. O tímpano inflama-se e pode rebentar com saída de pus para o exterior.^{1, 6, 7, 8, 10}

Factores de risco

Todas as crianças são susceptíveis de ter infecção nos ouvidos, no entanto apresentam um maior risco, as crianças:

- Do sexo masculino;
- Com história de otite média recorrente;
- Com história familiar de asma, alergias ou eczema;
- Expostas a ambientes com muito fumo;
- Que passam longos períodos de tempo em creches.⁷

A otite média aguda (OMA) é uma infecção ou inflamação do ouvido médio, muito frequente nas crianças particularmente entre os 3 meses e os 3 anos de idade.

Terapêutica da OMA na Criança

De acordo com as orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde, numa criança saudável, a terapêutica pode esquematizar-se da seguinte forma:

Terapêutica de primeira linha	Terapêutica antibiótica de primeira linha	Em caso de persistência ou agravamento dos sintomas nas 48-72 h seguintes	Em caso de alergia à penicilina
Só paracetamol, sempre que possível. A dor ou febre devem ser tratadas com 15 mg/Kg, cada 6h podendo o intervalo ser encurtado para 4 a 5 h se necessário. A criança deve ser vigiada nas 24 a 72 h seguintes. Em caso de evolução desfavorável - persistência de febre, otalgia/ irritabilidade - deve ser considerado o início de antibioterapia.	Amoxicilina 80 a 90 mg/Kg/dia, de 12/ 12 h ou 8/8 h durante 5 dias.	Associação de amoxicilina e ácido clavulânico, em suspensão oral 400 mg/ 57 mg/ 5 mL, na dose de 80 mg/Kg/dia de amoxicilina.	Idade inferior a 6 meses: eritromicina (50 mg/Kg/dia, de 8/ 8 h, durante 7 a 10 dias). Idade superior a 6 meses: azitromicina (10 mg/Kg/dia, 1 toma diária durante 3 dias).

Tabela 3 – Terapêutica da OMA^{5,7}

Cerca de 70% das OMA resolvem-se espontaneamente em 5 dias. Os antibióticos não resolvem as infecções causadas por vírus, para além de que o uso frequente pode conduzir a situações de resistência, o que torna mais difícil o tratamento de infecções graves no futuro.

Publicações ANF

Informação adicional sobre a dor de ouvidos pode ser encontrada nas seguintes publicações/ meios de divulgação ANF: www.anfonline.pt
Folheto para o Doente disponível nas farmácias aderentes ao Serviço Informação saúde desde Janeiro 2007
PEREIRA, M. – Afecções Óticas. In: SOARES, M.A. (ed.) - «Medicamentos não Prescritos, Aconselhamento Farmacêutico». Portugal: Publicações Farmácia Portuguesa, 2ª Edição. 2002. 943-960.



Os anti-histamínicos ou os descongestionantes, não parecem ter grande benefício no tratamento da doença em crianças, pelo que não são recomendados por rotina.^{8, 10}

Prevenção da Otite Média na Criança

As otites não se podem evitar completamente, no entanto o risco pode ser reduzido tomando vários cuidados:

- Amamentar, pelo menos até aos quatro meses. Existe uma menor incidência de otites nos bebés amamentados, já que o leite materno confere imunidade;
- Não alimentar as crianças na posição deitada;
- Proteger a criança do fumo do tabaco, o que pode passar por evitar ou mesmo eliminar os hábitos tabágicos dentro de casa, no carro, restaurantes;
- Vacinar a criança contra influenza e pneumococos;
- Escolha de um infantário com menor número de crianças, se possível, e com idades semelhantes.^{1, 7, 10}

Situações em que deve contactar o médico:

- A criança queixa-se de dor de ouvido ou pressão no ouvido, acompanhada por febre que persiste durante mais de um dia;
- Ocorre eliminação pelo ouvido de sangue ou pus;
- Em crianças com idade entre os 4 e os 24 meses, os pais devem estar atentos, sobretudo após uma constipação, se a criança dorme bem, apresenta irritabilidade ou falta de apetite por mais de um dia;
- Se após o diagnóstico de uma infecção, os sintomas não melhoram com o tratamento ou existe mesmo agravamento.⁷

Conclusões

A dor de ouvido pode ter diferentes etiologias, pelo que importa reconhecê-las para que a terapêutica seja dirigida e efectiva. A otalgia pode ser resultante de infecções bacterianas, fúngicas ou virais ou estar associadas a dermatoses reactivas.

A otite externa e a otite média aguda constituem as duas principais causas de dor de ouvido, sendo a otite média aguda a principal causa de dor de ouvido na criança. Para cada tipo de situação estão indicadas quer medidas preventivas, quer terapêuticas apropriadas, que devem ser conhecidas do doente e dos seus familiares.

O recurso ao aconselhamento por profissionais de saúde habilitados é indispensável para que a terapêutica a efectuar seja efectiva e segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PEREIRA, M. – Afecções Óticas. In: SOARES, M.A. (ed.) - «Medicamentos não Prescritos, Aconselhamento Farmacêutico». Portugal: Publicações Farmácia Portuguesa, 2ª Edição. 2002. 943-960.
2. Hearing and Equilibrium - TORTORA, Gerard J e GRABOWSKI, Sandra R - Principles of Anatomy and Physiology. 10ª ed. USA: John Wiley & Sons, Inc, 2003
3. Atlas Temáticos: Anatomia Animal, Anatomia Humana, Corpo Humano, Homem, Cirurgia. Setúbal: Marina Editores, Lda., 1998
4. Dor de Ouvido. Disponível em: www.tudosobredor.com.br/paciente_template.php3?pagina=ouvido
5. Otite Média Aguda - Orientações Técnicas DGS. Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>
6. Doenças do ouvido médio e do ouvido interno - BERKOW, Robert; BEERS, Mark H. FLETCHER, Andrew J - Manual Merck de Saúde Para A Família. . New Jersey: Merck & Co., Inc, 1998. Edição Portuguesa
7. Mayo Clinic. Ear infection, middle ear. Disponível em: <http://www.mayoclinic.com/print/ear-infections/DS00303/DSECTION=all&METHOD=print>
8. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD). Otitis media (Ear infection). Disponível em: <http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/otitism.asp>.
9. AFONSO, P.C - Ouvido- Algumas situações clínicas e abordagem terapêutica. Farmácia Portuguesa N° 110- Março/Abril 1998.

CASO PRÁTICO

1. A otite externa aguda é caracterizada por sensibilidade dolorosa ao toque.
2. A otite externa do nadador pode ocorrer em qualquer altura do ano.
3. O ouvido tem um sistema de auto-limpeza.
4. O tratamento tópico com antibióticos ou corticosteróides deve sempre ser usado durante 10 dias.
5. O tratamento de 1ª linha da OMA na criança é constituído pela associação de amoxicilina e ácido clavulânico.
6. Em casos graves de OE recorre-se à associação de paracetamol com codeína para controlo da dor.
7. A causa de OMA na criança pode ser devido a terem a Trompa de Eustáquio mais comprida, o que favorece as infecções.
8. Na OE aguda grave o antibiótico de eleição é a ciprofloxacina.
9. Os corticosteróides tópicos são utilizados na OMA para alívio do processo inflamatório.

1)V; 2)V; 3)V; 4)F; 5)F; 6)V; 7)F; 8) V; 9) F

10. Otitis media - Acute Clinical Review- Klasco RK (Ed): DISEASEDEX™ - Emergency Medicine. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado (Edition expires [31/12/06]).

11. Otitis externa - Acute Clinical Review - Klasco RK (Ed): DISEASEDEX™ - Emergency Medicine. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado (Edition expires [31/12/06]).

12. American Family Physician. Otits externa - Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/20010301/941ph.html>.

13. Otitis externa - Prodigy Knowledge Guidance - Disponível em: <http://www.prodigy.nhs.uk/ProdigyKnowledge/Assets/CommonUIControls/Print.asp>.

Mercado mundial de venda de medicamentos a retalho cresce 5%

O mercado da venda a retalho de medicamentos cresceu 5%, entre Junho de 2005 e Junho de 2006, nos 13 principais mercados farmacêuticos a nível mundial – revela um relatório da IMS Health. O mercado norte-americano aumentou 5%, atingindo USD202 mil milhões, enquanto que os cinco principais mercados europeus cresceram 4%, totalizando USD91,8 mil milhões. No Reino Unido, as vendas baixaram 1%, somando USD14,9 mil milhões. O grupo terapêutico que registou maior crescimento foi o dos medicamentos anti-cancerígenos (+13%), seguido dos medicamentos usados em dermatologia, cujas vendas aumentaram 10%.

In SCRIP, 15/09/2006

Conselho da UE adota novas regras para os medicamentos de uso pediátrico

O Conselho da UE, ao aprovar todas as alterações que o Parlamento Europeu introduziu à sua posição comum, adoptou o Regulamento europeu sobre os medicamentos de uso pediátrico. Este novo Regulamento tem por objectivo aumentar a disponibilidade de medicamentos devidamente testados e autorizados para serem utilizados em crianças. Os laboratórios passam a estar obrigados a fornecer um plano de investigação pediátrica no momento em que entregam o pedido de autorização de introdução no mercado (AIM) de um determinado medicamento. Para evitar que este sistema atrase a entrada de novos medicamentos no mercado, estão previstas derrogações para que esses medicamentos possam ser comercializados para adultos antes de estarem concluídos os estudos pediátricos. Os medicamentos que observarem este procedimento beneficiam de um prolongamento da sua patente por seis meses, como incentivo aos laboratórios que detêm a sua AIM. O Regulamento prevê a criação de uma comissão científica pediátrica no seio da Agência Europeia do Medicamento (EMEA), com competência no desenvolvimento e na avaliação de todos os aspectos relacionados com os medicamentos que se destinam a ser utilizados pela população infantil. Este novo Regulamento europeu entrará em vigor em Janeiro de 2007.

In SCRIP, 27/10/2006

Directiva Serviços dá passo decisivo para a adopção

O Parlamento Europeu concluiu no dia 15 de Novembro a sua segunda leitura sobre a proposta de Directiva relativa aos serviços no Mercado Interno. Ao adoptar, sem surpresa, a posição comum do Conselho (acrescentando apenas 3 alterações técnicas previamente acordadas com a Comissão), o Parlamento pôs praticamente o ponto final num processo legislativo que durou quase 3 anos.

O Comissário europeu para o Mercado Interno, Charlie McCreevy, recordou que a posição comum do Conselho (adoptada em Maio último, apenas com as abstenções da Bélgica e da Lituânia) respeita e reflecte amplamente a posição do Parlamento em primeira leitura, com alguns pequenos ajustamentos técnicos.

Sendo de carácter transversal, a Directiva abrange um vasto leque de serviços prestados:

- às empresas (*business-to-business*) – nomeadamente nas áreas de gestão, certificação, publicidade, recrutamento;
- às empresas e aos consumidores (*business-to-business and consumer*) – como a consultoria jurídica e fiscal, os serviços das agências imobiliárias, das construtoras civis, das feiras comerciais, do aluguer de viaturas e das agências de viagens;
- aos consumidores (*business-to-consumer*) – nomeadamente o turismo, o lazer e o desporto.

Ficam de fora do âmbito da Directiva os serviços não económicos de interesse geral (educação e saúde), os serviços sociais relativos à habitação social, ao auxílio à infância, à família e às pessoas mais carenciadas (assegurados pelo Estado ou por entidades por ele mandatadas, bem como por instituições de solidariedade reconhecidas como tal), os serviços audiovisuais (incluindo o cinema), os jogos de sorte ou azar a dinheiro, as actividades ligadas ao exercício da autoridade pública, a segurança privada, os notários e os oficiais de justiça, bem como as agências de trabalho temporário.

Depois da Directiva ser formalmente adoptada pelos Estados-Membros e publicada no JOCE, os Estados-Membros terão até 3 anos para a transpor para a legislação nacional.

In Bulletin Quotidien Europe, 16/11/2006

Fórum dos Medicamentos apresenta relatório de balanço

O Fórum dos Medicamentos, criado em Junho de 2005 para promover a competitividade da indústria farmacêutica na Europa, apresentou o relatório de balanço do primeiro ano de actividade, durante a reunião anual realizada a 29 de Setembro último. Entre as suas principais conclusões destaca-se o seguinte:

- São necessárias medidas para melhorar a informação sobre os medicamentos junto dos doentes. De forma a contribuir para este objectivo, um grupo de trabalho constituído no âmbito do Fórum irá desenvolver um formato de informação-modelo sobre a diabetes que possa ser distribuída aos doentes. Foram também enviados questionários a todos os Estados-Membros para determinar as melhores formas de comunicar e transmitir informação aos doentes.

- No que respeita às questões relativas aos preços e participações, os Estados-Membros devem trocar informação sobre mecanismos alternativos para o controlo da despesa com medicamentos. O objectivo deste exercício é encontrar "o equilíbrio entre o controlo da despesa, a melhoria do acesso aos medicamentos e a recompensa da inovação".

- Os Estados-Membros devem ser apoiados na implementação de sistemas concebidos para determinar a eficácia relativa dos medicamentos, de forma a estabelecer preços justos. O trabalho a desenvolver irá centrar-se na concentração das experiências da indústria farmacêutica e dos Estados-Membros, bem como no desenvolvimento de um consenso sobre o tipo de elementos necessários para avaliar a eficiência clínica e a relação custo-eficácia dos medicamentos.

A próxima reunião anual do Fórum dos Medicamentos terá lugar em Junho de 2007, para a qual se esperam resultados concretos das actividades dos grupos de trabalho nas áreas da informação ao doente, dos preços e participações e da avaliação da eficácia relativa de medicamentos na fixação dos preços.

In Pharma Pricing & Reimbursement, Novembro 2006

Pré e Pós Parto

femé Pad[®]
Alívio Natural da Dor
Disco de gel para o parto

Breast Nurse[®]
Alívio Natural da Dor
Disco de gel para o peito

FLORRI-FEMÉ
FARMACIUTICIALE

TEDDY COOL[®]
O melhor amigo das crianças
(almofada de gel em forma de urso)

Agora disponível para Farmácias
PACK PHARMA
(2 unidades de cada produto)

Mães & Bebés
www.maesebebes.pt
Tel: 219 823 818 | Fax: 219 823 817
info@maesebebes.pt

sifarma 2000

A Cuidar dos Doentes



Este novo sistema responde à expectativa de estimular e agilizar uma melhor prestação da equipa da farmácia, com reconhecido valor acrescido na prática diária e na intervenção profissional.

A Farmácia melhora os cuidados que presta aos seus doentes, assegurando um aconselhamento seguro, efectivo e com qualidade, e suporta os serviços farmacêuticos a que aderiu e que desmpanha na prática.

A Farmácia onde a Celeste vai com regularidade, perto de casa, instalou recentemente um novo sistema informático, o Sifarma 2000.

A Celeste tem 30 anos e é diabética há 5 anos. Está a tentar engravidar há 3 anos, tendo passado por várias situações de aborto. Desconfia agora estar grávida e vai à sua farmácia fazer um teste de gravidez.

O resultado do teste de gravidez é positivo.

A equipa da farmácia, que a conhece bem, até porque para além de dispensar à Celeste todos os seus medicamentos, mede muitas vezes a glicemia e pressão arterial, sabendo agora da gravidez da doente, propõe-lhe a adesão ao Acompanhamento Farmacêutico através do Sifarma 2000.

Desta forma, a Celeste passa a usufruir de um acompanhamento diferenciado na sua farmácia. Cada dispensa integra

um melhor e mais completo aconselhamento, suportado por uma plataforma de informação que cruza a informação associada a cada medicamento, com o perfil da doente.

Devidamente esclarecida e tendo autorizado o Acompanhamento Farmacêutico através do Sifarma 2000, é criada a sua Ficha de Utente.

A Construção do Perfil da Utente

Os dados que constroem gradualmente o perfil da Celeste, incluem o registo das determinações que faz com regularidade, os medicamentos que já tomou e se encontra a tomar, patologias, alergias, reacções adversas, entre outros elementos que melhor ajudam a equipa da farmácia a responder às suas necessidades, contribuindo para um melhor acompanhamento do seu estado de saúde e para assegurar uma maior segurança e efectividade dos medicamentos que toma (fig. 1, fig. 2).

Primeiro Atendimento com Acompanhamento

Em resultado da notícia da gravidez, a Celeste marca uma consulta com a sua médica que lhe passa uma receita de progesterona 100 mg (Utrogestan®) para aplicação vaginal.

A doente, agora com Acompanhamento no Sifarma 2000, vai à farmácia com a receita da médica.



Avisos no Atendimento

Ao dispensar o medicamento prescrito, surge um aviso que de imediato chama a atenção do elemento responsável pelo atendimento. Trata-se de um alerta de Contra-indicação de grau Grave (fig. 3).

Ao consultar o aviso, acedendo ao detalhe da informação, verifica que a progesterona na via de administração oral não é recomendada na gravidez, mas quando aplicada por via va-

ginal durante o 1º trimestre pode diminuir o risco de aborto. Este aviso resulta do cruzamento da informação registada no Perfil Farmacoterapêutico da Celeste - Gravidez, com a informação associada ao medicamento prescrito com progesterona. Perante a informação associada ao aviso de contra-indicação e conhecendo a história de abortos sucessivos da doente, é necessária a intervenção da Farmácia para assegurar o melhor aconselhamento da doente (fig.5).



Fig 1 - Dados do Perfil da Celeste: Perfil Farmacoterapêutico e Histórico Terapêutico

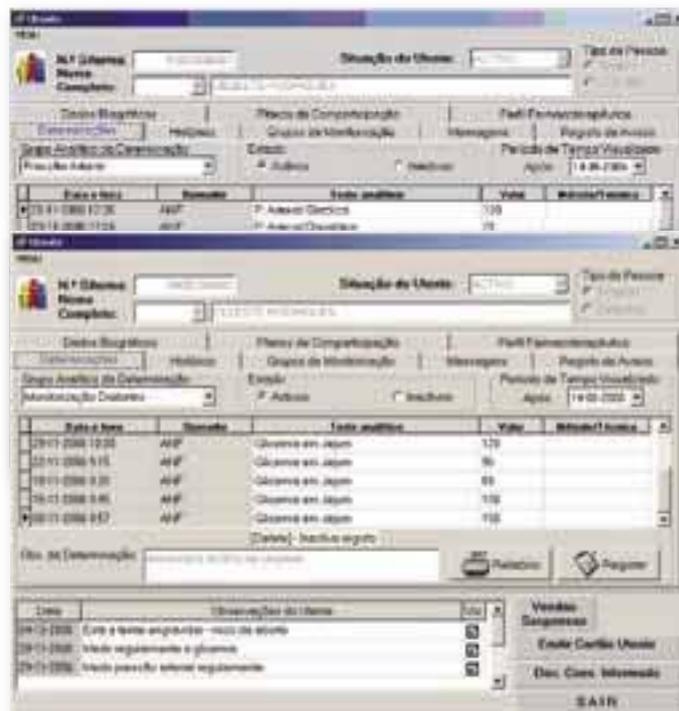


Fig 2 - Registos dos resultados das determinações de Pressão Arterial e Glicemia

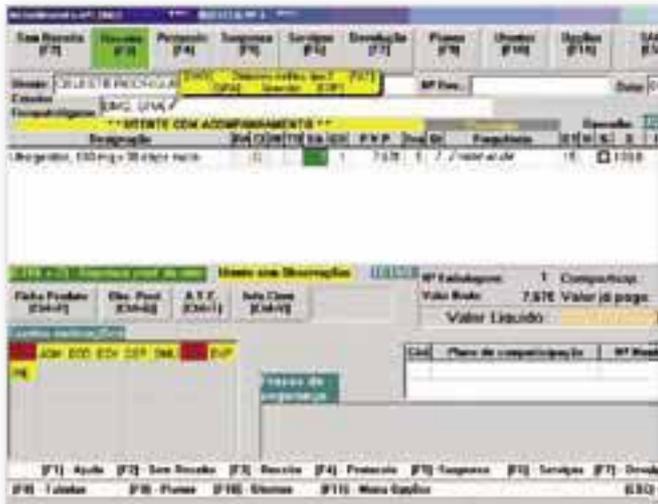


Fig 3 - Atendimento com Acompanhamento

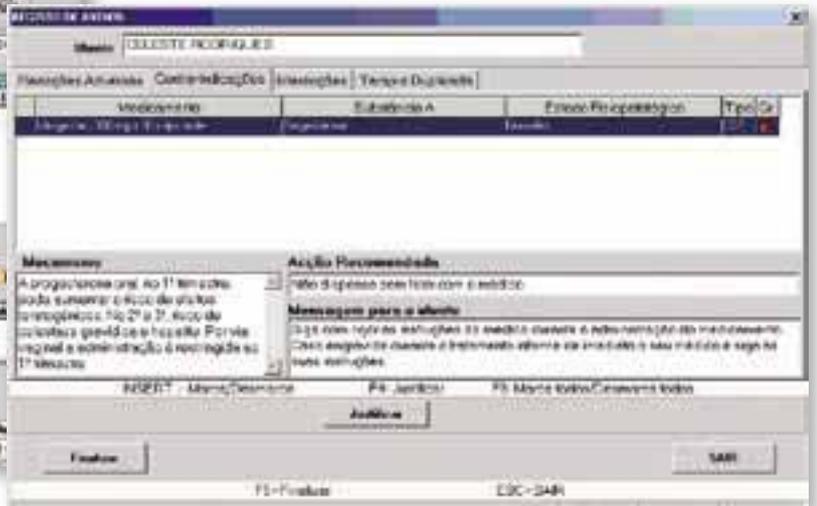


Fig 4 - Aviso de contra-indicação de grau grave.

Para tal, a consulta da Informação Científica associada ao medicamento, em particular dos separadores "Indicações Terapêuticas" e "Posologia e Doses", complementam a informação do aviso e permitem esclarecer de forma mais rigorosa e completa a Celeste, agora grávida e a tomar um novo medicamento. Após consultar a Informação Científica associada ao medicamento, o elemento responsável pelo atendimento confirma que, de facto, e de acordo com o detalhe do aviso de contra-indicação, esta substância, progesterona, está indicada para prevenção do aborto durante o 1º trimestre de gravidez, mas apenas quando administrada por via vaginal. Visto a forma farmacêutica do medicamento ser cápsulas que podem também ser tomadas por via oral, é muito importante certificar que a Celeste sabe



Fig 5 - Informação Científica suporte ao aconselhamento Indicações Terapêuticas e Posologia e Doses

exatamente que não deve tomar por essa via o medicamento, mas sim administrá-lo por via vaginal. Há então que assegurar que a Celeste sabe exactamente como aplicar o medicamento por via vaginal e de que está bem informada sobre a posologia e a duração do tratamento. Convém ainda alertá-la para a importância de cumprir exactamente as indicações da médica, não devendo

ultrapassar a aplicação de 4 cápsulas por dia e a administração até à 12ª semana de gravidez (fig. 4). Foi o aviso de contra-indicação grave entre o medicamento com progesterona e o estado fisiopatológico registado no perfil da Celeste - Gravidez - que originou o aconselhamento mais cuidado e individualizado da farmácia neste atendimento em particular.

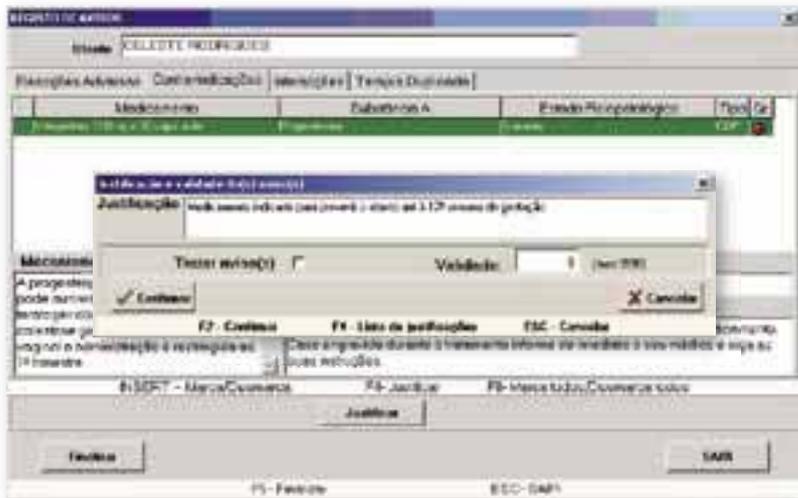


Fig 6 – Interpretação e Justificação do aviso de Contra-indicação

Prestado o necessário aconselhamento à Celeste quanto à forma de utilizar o novo medicamento, esta intervenção deve ficar documentada por meio do registo de uma justificação (fig.6).

É importante registar esta intervenção na prática uma vez que contribui activamente para a prevenção do risco, e para a toma e utilização seguras do medicamento.

Este registo fica assim associado à ficha de utente da Celeste, permitindo o despiste e análise futura de qualquer situação prática que tenha requerido a intervenção da Farmácia, face a esta doente em particular.

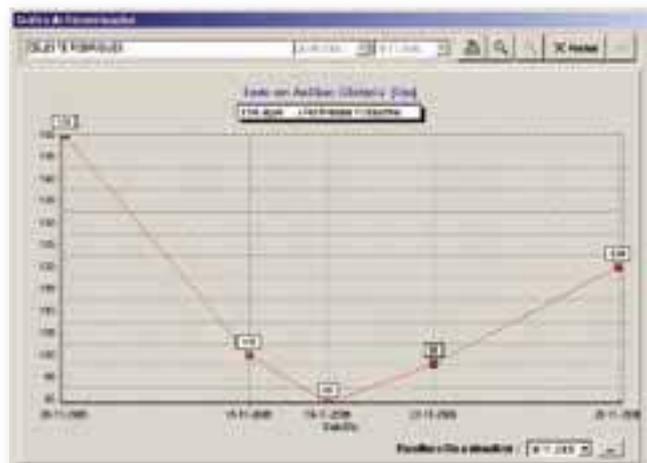
O registo dos serviços que a farmácia presta no cuidado com os seus doentes é determinante na comprovação do valor acrescentado e do impacto positivo da intervenção profissional de uma equipa de profissionais diferenciados.

Determinações Analíticas

Um mês após a primeira consulta, a Celeste regressa à farmácia e pede o relatório dos seus valores da glicemia para levar na próxima consulta médica.

A Farmácia entrega à Celeste a impressão de um relatório detalhado com todos os valores de glicemia registados. A alguns dos valores registados foram associadas observações que, de alguma forma, justificam os desvios verificados.

Para além do relatório, a representação gráfica destes mesmos valores pode facilitar a avaliação do controlo glicémico da Celeste (fig.7).



anf Farmácia Santa Catarina
Associação Nacional de Farmácias | 2008 | 100%

MAP 2
Telefone 2
Cm. Ter. - 04

LISTA DE DETERMINAÇÕES

CELESTE RODRIGUES
Período entre 09-11-2008 e 14-12-2008

Data Hora	Tubo	Valor	Observações
09-11-2008 17	Glucosaménio	190 mg/dL	
15-11-2008 01	Glucosaménio	80 mg/dL	
16-11-2008 01	Glucosaménio	70 mg/dL	
22-11-2008 11	Glucosaménio	80 mg/dL	
26-11-2008 10	Glucosaménio	140 mg/dL	

Lista de Registos de Glicémicos

Fig 7 – Relatório e respectiva representação gráfica da evolução dos resultados das determinações de glicemia

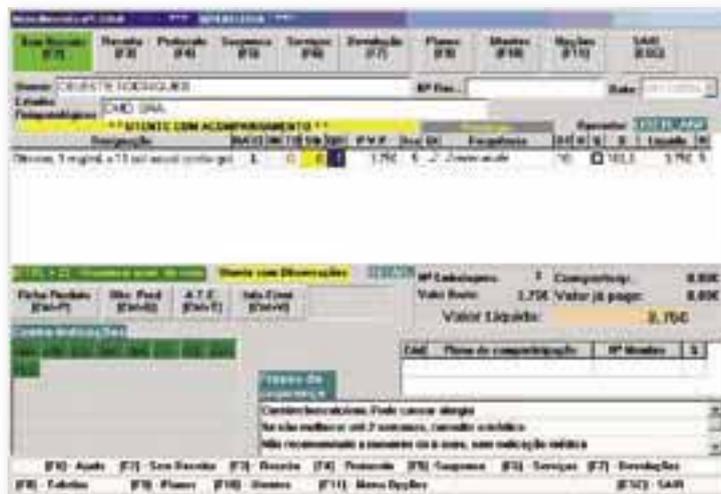


Fig 8 - Atendimento da doente com Acompanhamento dispensa de MNSRM

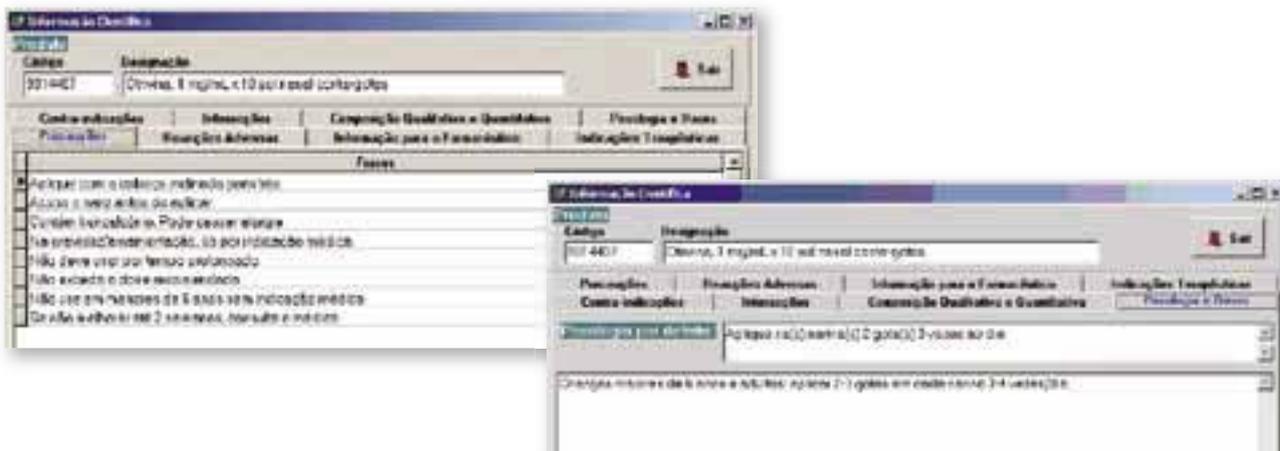


Fig 9 - Separadores Posologia e Doses e Precauções suporte ao aconselhamento

Dispensa de Medicamento Não Sujeito a Receita Médica (MNSRM)

Passado alguns dias a Celeste volta à farmácia e pede uma embalagem de gotas para desentupir o nariz, que já usa regularmente e várias vezes ao dia, sempre que sente o

nariz entupido, porque a embalagem que tem em casa está a acabar. Pelo que a doente conta ao pedir o medicamento, o elemento responsável por este atendimento é levado a suspeitar do uso abusivo do descongestionante nasal, comprovado pelo aviso de Terapia Duplicada que alerta para o facto de a última embalagem do medicamento dispensado à doente se encontrar ainda dentro do período

previsto para a duração da sua administração (fig.8). Por forma a garantir o uso correcto do medicamento, o responsável pelo atendimento consulta a Informação Científica associada, confirmando as doses máximas e duração máxima da utilização, informação que encontra nos separadores "Posologia e doses" e "Precauções", e que permite confirmar o risco associado à utilização



Fig 10 - Aviso de Contra-indicação de grau Ligeiro na Gravidez.

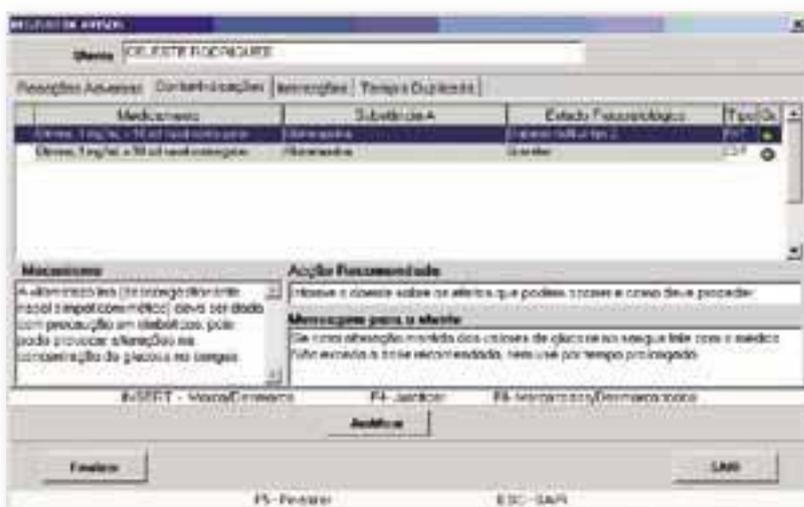


Fig 11 - Aviso de Contra-indicação de grau Ligeiro na Diabetes

exagerada e prolongada deste medicamento.

Uma rápida consulta da informação associada a este descongestionante nasal, em particular do separador "Precauções", ajuda a complementar o aconselhamento, com informação sobre a forma mais segura e correcta de o utilizar e de como o aplicar (fig. 9).

No contexto da dispensa do descongestionante nasal, surgem ainda dois avisos de possível Contra-indicação, ambos de grau ligeiro,

face ao perfil da Celeste (fig. 10 e 11). Todos os avisos que surgem integrados na linha que caracteriza cada medicamento dispensado, são avisos específicos para o doente identificado, com acompanhamento no Sifarma 2000, e para cada situação de dispensa em particular.

Consultando a informação associada a cada aviso e tendo em atenção o perfil da Celeste (diabética e agora grávida), é reforçado o aconselhamento, alertando a doente para o facto de este medicamento não ser

o mais indicado na gravidez e poder alterar os valores de glicemia.

A percepção da Celeste do serviço prestado pela sua Farmácia melhorou consideravelmente.

O nível de confiança que já tinha na equipa de profissionais que a acompanha, esclarecendo todas as suas dúvidas e aconselhando-a sempre que pertinente, aumentou. A Celeste tem agora motivos acrescidos para acreditar ainda mais no apoio e aconselhamento da equipa da sua Farmácia.

Os especialistas do medicamento

Os farmacêuticos são os verdadeiros especialistas do medicamento e é essa diferenciação que as primeiras campanhas de 2007 vão evidenciar. A primeira reforçando a importância da informação essencial sobre cada medicamento dispensado que o doente pode e deve esperar da Farmácia, a segunda dirigida à segurança e efectividade da terapêutica nos idosos.

As farmácias associadas da ANF vão ser palco, de 26 de Fevereiro a 3 de Março, de uma campanha com contornos muito particulares. Trata-se, por assim dizer, de uma campanha de boas práticas, concebida como transversal à farmácia de oficina e às diversas vertentes da sua prática. Assim, ao invés de iniciativas anteriores, não visa atingir um público específico nem está orientada para um

problema de saúde específico. Tal como abrange todas as farmácias, também o universo dos destinatários é global – todos os utentes. E porquê? A justificação é dada pelo mote da própria designação da campanha – “Pergunte na sua farmácia”. Esta é uma iniciativa orientada para o medicamento, o cerne da actividade profissional e da intervenção farmacêutica, no qual assenta a dispensa

e em que, com frequência, se centra o aconselhamento. E “Pergunte na sua farmácia” foi o mote escolhido porque um dos propósitos desta campanha é precisamente reforçar a comunicação com o doente, incentivando-o a procurar informação junto do farmacêutico, estimulando-o a questionar e encorajando a equipa da farmácia a disponibilizar informação de uma forma espontânea e naturalmente associada à prática, mas acima de tudo informação essencial e dirigida a cada utente sempre que um medicamento ou produto de saúde é dispensado.

O que está subjacente a estes propósitos é a promoção da utilização racional, efectiva e segura dos medicamentos, aquela que é, afinal, uma preocupação dominante na intervenção farmacêutica. Com base neste pressuposto, foram definidas duas etapas da intervenção na farmácia, associadas ao acto de dispensa. A primeira envolve a recolha de informação



sobre o doente, os sintomas, outros problemas de saúde relevantes e outros medicamentos. Já a segunda prende-se com a disponibilização de informação necessária e suficiente sobre o nome e a indicação terapêutica do(s) medicamento(s) dispensado, a posologia, a duração da terapêutica e eventuais precauções a ter com a medicação.

A informação constante desta segunda etapa cobre, aliás, as cinco áreas fundamentais sobre as quais o próprio doente deve procurar informar-se, colocando questões muito concretas sobre o medicamento que lhe está a ser dispensado, seja

ele de prescrição médica ou de indicação farmacêutica: para que serve, como e quando tomar, durante quanto tempo, que cuidados especiais se devem ter, que efeitos adversos são possíveis e o que fazer se ocorrerem.

São cinco questões-chave que, se feitas e respondidas, constituem meio caminho andado na optimização da terapêutica e na minimização de riscos. No pressuposto, é claro, de que a informação obtida e as instruções inerentes são respeitadas.

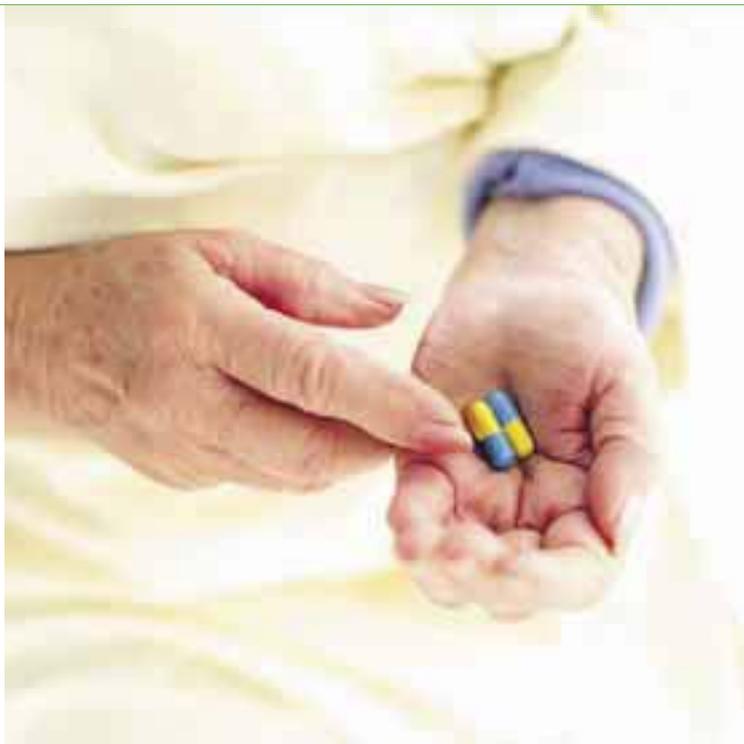
Para sustentar o reforço da comunicação entre doente e farmacêutico foram conce-

bidos materiais de apoio à intervenção profissional, nomeadamente um folheto Informação Saúde sobre a utilização de medicamentos, destinado a ser entregue aos utentes. Foi ainda lançado o cartão "Os meus medicamentos", uma inovação nas farmácias portuguesas. Neste cartão ficará registada toda a medicação do doente, mediante actualização feita na própria farmácia. Além disso, a Farmácia dispõe já de outras ferramentas que podem auxiliar o farmacêutico e equipa na optimização da informação prestada no acto de dispensa.

Fazer a diferença

Foi esta a temática seleccionada para o arranque das campanhas de intervenção farmacêutica em 2007. Uma escolha que está longe de ter sido ditada pelo acaso. Como destaca Suzete Costa, responsável pelo Departamento de Programas de Cuidados Farmacêuticos da ANF, “a primeira iniciativa do ano pretende distinguir o farmacêutico como agente diferenciado e especialista do medicamento, face a outros profissionais de saúde e a farmácia como espaço de saúde com um histórico de relações de confiança e proximidade com os seus doentes que não encontramos noutros espaços de saúde e muito menos em outros pontos de venda de medicamentos”.

Sem desvalorizar o contributo de toda a equipa da farmácia, esta é uma campanha em que o farmacêutico assume um papel importante, visando sensibilizá-lo para a importância de utilizar os seus conhecimentos e a sua experiência, com a finalidade de promover uma atitude ainda mais activa na prestação de informação ao doente no espaço



farmácia. É importante “aumentar a cultura da informação”, por forma a fazer sobressair aquela que é, indiscutivelmente, uma mais-valia da farmácia e do farmacêutico.

Daí que esta campanha só simbolicamente tenha sido delimitada no tempo. A sua filosofia deve prolongar-se e ser assumida como um alicerce da intervenção farmacêutica.

Medicamentos e idosos Uma Questão de Segurança

E o medicamento volta, aliás, a estar em foco na campanha sobre a segurança dos medicamentos no idoso, agendada para a semana de 26 a 31 de Março. Uma iniciativa que se enquadra numa preocupação global com o envelhecimento progressivo das sociedades ocidentais, assumida pela Organização Mundial de

Saúde e partilhada em Portugal pelo Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

O que está subjacente a esta campanha é a própria realidade da farmácia: a ela acorrem todos os dias doentes com 65 e mais anos – idosos, segundo a classificação da OMS – com múltiplas patologias e, consequentemente, polimedicados; todos os dias, a farmácia e os farmacêuticos lidam com situações de falta de adesão à terapêutica, de desperdício, de duplicação terapêutica não intencional, reacções adversas, de interacções medicamentosas clinicamente relevantes (com elevada gravidade e/ou probabilidade de ocorrerem) entre outras situações, o que coloca em evidência a questão do uso seguro e efectivo dos medicamentos nos idosos.

Neste contexto, foi concebida uma campanha tripartida de promoção do



MULTICARE® O TESTE IMEDIATO DO COLESTEROL

multiCare é o novo aparelho de medição do colesterol em sangue total. É um meio de diagnóstico *in vitro* fácil de utilizar, fiável e extremamente rápido. Uma verificação, em poucos segundos, do valor de colesterol permite-lhe, assim, um importante apoio na defesa da saúde dos portugueses. É caso para dizer, bom proveito.

Linha de Apoio: 800 200 468
www.menarindia.pt | mdportugal@menarindia.pt



multiCare®
Colesterol sob Controlo



envelhecimento activo, cuja primeira fase é orientada para o uso correcto, efectivo e seguro dos medicamentos. São alvo desta iniciativa os doentes com 65 ou mais anos e a tomar quatro ou mais medicamentos.

Aos que, no período definido, visitarem uma farmácia aderente à campanha será solicitado que, numa segunda visita a marcar com o farmacêutico, sejam portadores de todos os medicamentos que tomam – sujeitos a receita médica, de indicação farmacêutica ou produtos de saúde – sendo-lhes entregue um saco próprio. No contacto posterior, o farmacêutico fará uma análise de todos esses medicamentos, de modo a separar aqueles que estão fora do prazo de validade e/ou fora de uso e a identificar possíveis duplicações terapêuticas não intencionais, problemas de adesão, reacções adversas, interacções clinicamente relevantes e outras situações. Essa avaliação permitirá ainda esclarecer dúvidas dos doentes sobre os medicamentos que tomam.

Neste processo, intervirá, de forma mais activa, uma nova ferramenta na relação entre o doente, a farmácia e o médico – o cartão “Os meus medicamentos”, lançado na campanha “Pergunte na sua farmácia” e que



“Não fume, nós ajudamos”

Este foi o mote da campanha de cessação tabágica promovida entre Maio e Setembro de 2006. Uma campanha a que aderiram 1433 farmácias e para a qual foram recrutados 1202 fumadores, dos quais 57,6% do sexo masculino. Com uma idade média de 41 anos, os indivíduos abrangidos apresentavam idades extremadas entre um mínimo de 18 e um máximo de 85.

Em média, decorreram quatro dias entre a data do recrutamento e o chamado dia D, aquele em que deixaram de fumar, com um mínimo de zero dias (a decisão tomada de imediato) e um máximo de 11. Três meses depois, a percentagem de ex-fumadores que continuava sem fumar era de 69,3%, mas nesta variável foram considerados dois outros cenários: o pior (considerando como fumadores os utentes para os quais não havia registo aos três meses) aponta para uma taxa de efectividade de 19,1%, enquanto o melhor (considerando como não fumadores os utentes para os quais não há registo aos três meses) dá uma taxa de efectividade máxima de 91,5%.

Dos 499 utentes que deixaram de fumar em algum momento, 122 fumavam aos três meses após o recrutamento, o que corresponde a uma taxa de recaídas na ordem dos 24,5%.

Perante estes dados, é possível concluir que “a intervenção farmacêutica na cessação tabágica pode ter resultados positivos ao nível da decisão de deixar de fumar, bem como na manutenção da cessação”.

será entregue preenchido. Ao doente será ainda facultado um folheto sobre os medicamentos no idoso. E se necessário haverá encaminhamento para uma consulta médica.

As farmácias dispõem ainda de outras ferramentas que poderão usar nesta campanha – Folha de Registo da Terapêutica e Carta de Referência à Consulta Médica.

Naturalmente que as farmácias serão apoiadas na implementação desta campanha. Às que aderirem serão disponibilizados materiais de suporte, nomeadamente um guia prático sobre a intervenção farmacêutica nos idosos, folhetos Informação Saúde, o cartão “Os meus medicamentos” de terapêutica e uma matriz para registo da intervenção e que servirá, depois de recebida na ANF e tratada, para aferir da mais-valia desta iniciativa e como comprovativo para atribuição de créditos.

Esta campanha é um seguimento natural da primeira campanha porque é igualmente centrada no medicamento mas mais ambiciosa porque envolve uma primeira abordagem a um futuro serviço de gestão da terapêutica / gestão da doença nas farmácias que ainda não possuem estes serviços diferenciados.

Aliás, os farmacêuticos dos Programas de Cuidados Farmacêuticos poderão e deverão aplicar a metodologia de seguimento na qual foram treinados. Os restantes farão uma análise dos medicamentos que o doente traz no saco – algo ao alcance de qualquer farmacêutico. Suzete Costa, do Departamento de Programas de Cuidados

Farmacêuticos, reconhece que esta é “uma campanha ambiciosa”.

Para a sua concretização, conta com diversas parcerias, como as de sociedades médicas da área da Geriatria e Gerontologia.

As outras duas fases que se seguem, no âmbito do Envelhecimento Activo, terão lugar daqui a largos meses em datas ainda a definir e incidirão sobre outras temáticas igualmente importantes para o idoso.

Os farmacêuticos dos Programas de Cuidados Farmacêuticos poderão e deverão aplicar a metodologia de seguimento na qual foram treinados.



Risco cardiovascular

A identificação de indivíduos suspeitos de risco cardiovascular era o objectivo da campanha que decorreu de 14 a 28 de Novembro de 2005. Um objectivo alcançado de acordo com os primeiros resultados disponíveis.

Assim, dos 40 mil indivíduos avaliados, verificou-se que 34% (entre os 35 e os 65 anos) apresentavam elevado risco de evento cardiovascular fatal nos dez anos seguintes.

Das 2715 farmácias associadas aderiram 1508 (56%), tendo 885 reportados dados da respectiva intervenção que permitiram quantificar o impacte desta campanha.



Um olhar português em páginas internacionais

A capacidade de ir mais além

“Se fizeres o que sempre fizeste, terás apenas o que sempre tiveste”. É com esta expressão que Suzete Costa, Cristina Santos e João Silveira inauguram o artigo sobre os serviços farmacêuticos em Portugal publicado no número de Dezembro da revista *The Annals of Pharmacotherapy*.

The Annals of Pharmacotherapy é uma publicação mensal dirigida a farmacêuticos, médicos e outros prestadores de cuidados de saúde, com mais de 40 anos de existência e que se apresenta como “independente de qualquer organização que possa influenciar o seu conteúdo”.

A escolha daquela frase para a abertura do artigo permite enquadrar o espírito com que as farmácias encararam as mudanças em curso e aquelas que se avizinham ao nível legislativo. Em cinco páginas, integradas numa série de artigos sobre os serviços farmacêuticos de diversos países, os autores – Suzete Costa, responsável pelo departamento de Programas

de Cuidados Farmacêuticos da ANF, Cristina Santos, responsável pelo projecto dos medicamentos hospitalares, e João Silveira, vice-presidente da ANF – descrevem o estatuto actual do sector da farmácia de oficina em Portugal, nomeadamente os últimos desenvolvimentos políticos e profissionais.

Assim, começam por enquadrar o sector, no que respeita às regras por que se rege, bem como ao ensino das Ciências Farmacêuticas em Portugal. O artigo focaliza-se depois na prática profissional, dando conta dos serviços disponibilizados pelas farmácias e das mais recentes alterações a que tem sido sujeita.

Um compromisso para além da lei

Após este enquadramento, Suzete Costa, Cristina Santos e João Silveira optaram por centrar-se nos serviços de intervenção farmacêutica. Não sem frisar que “a legislação portuguesa é clara acerca do processo de dispensa e dos deveres dos farmacêuticos, mas não faz qualquer referência a serviços adicionais”. Não obstante, há mais de 20 anos que as farmácias portuguesas os desenvolvem: determinação do peso, pressão arterial, glicemia, colesterol total e triglicérides; aconselhamento ao doente; programas destinados a responder a necessidades específicas como a gestão dos resíduos de medicamentos, troca de seringas, substituição com metadona, gestão da doença. À excepção das medições de parâmetros clínicos, “realizadas em todas as farmácias”, o artigo apresenta o essencial de cada serviço, destacando o envolvimento dos farmacêuticos com os programas da troca de seringas e da metadona, bem como com a gestão de resíduos de medicamentos, todos eles de claro interesse para a saúde pública. Este último programa visa contribuir para o uso racional dos medicamentos e a protecção do ambiente, encorajando os cidadãos a entregarem na farmácia os fármacos fora de uso e/ou de prazo e respectivas embalagens, para posterior tratamento. Com sucesso

comprovado nas 883 toneladas de resíduos incineradas desde Maio de 2000. Já o programa da troca de seringas, resultante de uma parceria estabelecida em 1993 com a então Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, tem como objectivo prevenir a infecção por HIV/SIDA entre a população toxicodependente decorrente da partilha de material potencialmente contaminado. E, ao mesmo tempo, salvaguarda a saúde pública, evitando que as seringas sejam abandonadas em espaços públicos. Mais de 30 milhões de seringas foram recolhidas, calculando-se que tenham sido evitados sete mil novos casos de doença, o que se traduz numa poupança significativa para o Sistema Nacional de Saúde.

Quanto à substituição com metadona, permite o acompanhamento na farmácia de indivíduos referenciados pelos Centros de Atendimento a Toxicodependente, ao abrigo de uma política que visa reforçar a adesão à terapêutica e facilitar a integração social dos doentes.

Refira-se que, em qualquer um destes programas, o envolvimento das farmácias não é remunerado.

Posteriores no tempo são os programas de cuidados farmacêuticos: “O objectivo foi desenvolver programas centrados na farmácia consistentes com a gestão da doença e os cuidados farmacêuticos, apoiar os farmacêuticos na sua implementação e avaliar o respectivo impacto”. Assim,

foram adoptadas ou desenvolvidas metodologias e outras ferramentas e apoiadas medidas de suporte à prática, incluindo a formação em farmacoterapia, problemas relacionados com medicamentos e comunicação.

Lançados os alicerces da intervenção farmacêutica, teve início em 2001 uma experiência-piloto, envolvendo 88 farmácias e 356 doentes com asma, diabetes e/ou hipertensão arterial. Uma experiência devidamente monitorizada, cujos resultados – positivos – permitiram efectuar os ajustes necessários e expandir o programa a nível nacional.

Os ganhos em saúde conseguidos especificamente no programa de cuidados farmacêuticos no âmbito da diabetes conduziram à assinatura de um acordo entre o Ministério, a Ordem e a ANF no qual se prevê, pela primeira vez, a remuneração do serviço prestado pelos farmacêuticos. Um passo que, segundo os autores deste artigo, devia ser considerado em relação a outros serviços de valor acrescentado para a saúde: “Estes serviços deveriam ser elegíveis para remuneração numa base por doente ou num sistema similar que fosse um complemento da remuneração por margem para os farmacêuticos”.

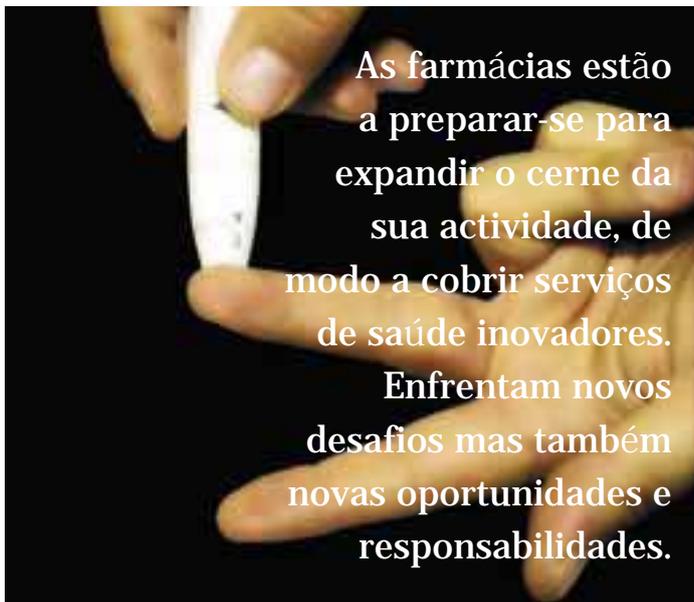
Ainda no domínio do contributo das farmácias de oficina, Suzete Costa, Cristina Santos e João Silveira destacam a investigação desenvolvida pela ANF num contexto em que são poucos os estudos protagonizados pelas universi-

dades, com excepção das de Coimbra e Lisboa. Do trabalho emanado da ANF, destacam quatro áreas: monitorização do impacto da nova legislação sobre medicamentos e farmácia, farmacoepidemiologia, avaliação de resultados em saúde e farmacoeconomia.

Uma visão para o futuro

A visão para o futuro tem como pano de fundo a reforma do sector introduzida pelo actual governo, uma reforma que é, naturalmente, apresentada nas suas linhas essenciais e analisada pelos autores. “Foram recentemente introduzidas importantes alterações políticas que irão afectar as farmácias nos próximos anos. Os medicamentos não sujeitos a receita médica passaram a poder ser vendidos fora das farmácias e, em Maio de 2006, o governo anunciou que a propriedade da farmácia deixará de ser restrita a farmacêuticos”.

As farmácias – sublinham – “estiveram contra esta decisão”, mas, apesar disso, “negociaram com o governo os termos da mudança”. Não obstante, “enfrentam novos desafios, bem como novas oportunidades e responsabilidades”. Estão a reorganizar-se de modo a ser possível lidar com eventuais concorrentes; estão a preparar-se para expandir o cerne da sua actividade, de modo a cobrir serviços de saúde inovadores. Isto numa



perspectiva empresarial, mas também na perspectiva profissional está em curso um processo de reforço de competências e de alargamento do âmbito da intervenção farmacêutica. Assim, os serviços orientados para o doente foram reorganizados em dois níveis distintos: essenciais e diferenciados, sendo que os primeiros podem ser prestados por qualquer membro da equipa da farmácia e estão directamente relacionados com a dispensa de medicamentos, enquanto os segundos envolvem acções conducentes à efectividade e segurança da terapêutica, podendo apenas ser prestados por farmacêuticos com formação específica obrigatória. Esta evolução desenvolve-se em parceria com os doentes – através da Plataforma Saúde em Diálogo – e sempre tendo no horizonte o Plano Nacional de Saúde.

É assenta numa estratégia sólida de desenvolvimento profissional continuado, concebida para otimizar

o conhecimento e as competências dos farmacêuticos de modo a assegurar um elevado nível de desempenho profissional. Neste processo, são ferramentas essenciais o desenvolvimento profissional contínuo e os programas de certificação de qualidade, bem como o novo modelo de renovação da carteira profissional.

A finalizar, os autores deste artigo sublinham que “tudo o que foi conseguido e as estratégias adoptadas reflectem um elevado nível de organização e de unidade entre as farmácias portuguesas. Os planos futuros devem ter em consideração as prioridades e as oportunidades da agenda política e devem ser receptivos ao estabelecimento de parcerias e de serviços estratégicos e inovadores. Métodos e ferramentas sólidas são importantes, mas são inúteis sem uma clara visão para a Profissão e uma estratégia focada na sustentabilidade profissional e económica das farmácias .

FARMACÊUTICOS O EXERCÍCIO DA SOLIDARIEDADE



Nos tempos que correm é fundamental que a "família farmacêutica" cultive mais do que nunca os princípios da solidariedade e entreajuda, identifique objectivos comuns, encontre as soluções mais adequadas que sirvam a todos e a cada um, através de uma participação individual e colectiva na Farmácia ou no Laboratório, nas Faculdades ou na Ordem, nas Associações ou nas Cooperativas.

A comemoração dos vinte anos do MONAF, justifica que seja feito o registo de tudo aquilo que já foi realizado. Com o testemunho de vários autores, um livro magnificamente ilustrado, que aborda temas como a solidariedade na história, exemplos de solidariedade na classe farmacêutica e o percurso do Montepio Nacional da Farmácia até aos dias de hoje.

EDIÇÕES INAPA, LISBOA, 2005
127 PÁGINAS, 25 ILUSTRAÇÕES A CORES
DIM 32 X 24 CM



*da sessão instaladora da Assembleia
Constituinte do Monaf - Montepio
Nacional das Farmácias (Associação de
Securos Mútuos) em 24 de Julho de 1985.*



Disponibilização: por consulta
Para mais informações, é favor contactar: Rosa Tomás / Susana Carvalho
monaf@anf.pt - T. 213 400 690/ 93 - F. 213 400 619



MONAF

Aprender a conhecer e tratar peladas em Animais



Artigo elaborado em colaboração com a Dra. Ana Paula Abreu, Médica Veterinária responsável pelo grupo Hospital Veterinário de Almada. Qualquer dúvida pode ser colocada para o email hva@hvalmada.com

A queda de pêlo e as falhas na pelagem nos animais domésticos, mais comum entre os gatos e os cães, apesar de ser recorrente também em roedores, devem ser tratadas, sejam as mesmas resultantes de um período normal de perda ou uma consequência nefasta de uma doença.

O corpo do animal é coberto de pêlo. Por isso, o aparecimento de doenças de pele, e consequentemente de perdas de pêlo, é comum, sendo fundamental o dono do animal estar atento às alterações e procurar aconselhamento junto de profissionais especializados, em primeira instância do farmacêutico.

Para além de os problemas dermatológicos serem prejudiciais aos animais e ter um período longo de recuperação, podem ser zoonoses, ou seja, transmissíveis ao ser humano. Com um diagnóstico precoce, o problema pode ser resolvido de uma forma mais rápida e eficaz.

Pulgas, fungos e ácaros

A rarefacção de pêlo em animais domésticos pode ter várias origens. A dermatite alérgica à picada da pulga, denominada pelas siglas DAPP, pode provocar inflamação da pele, uma vez que a pulga, ao picar o corpo do animal, vai injectar uma pequena quantidade de saliva dentro da pele. Alguns animais apresentam reacções alérgicas a esta saliva, começando a coçar-se e a automutilar-se. Formam-se inflamações, as denominadas dermatites. Esta reacção alérgica pode ter uma duração superior a duas semanas após a última picada.

Eliminar as pulgas nos cães e nos gatos, através de desparasitantes locais, bem como do meio ambiente, é a medida crucial para evitar os pruridos nestes animais e a consequente perda de pêlo.

Provocadas por fungos, as micoses são outra das causas para



as inflamações de pele e peladas. Os fungos surgem como consequência de deficiências a nível da higiene do animal, do seu sistema imunitário e da sua alimentação, multiplicando-se e provocando inflamações e perda de pêlo localizada.

Apesar de surgirem e ter efeitos adversos tanto em gatos de pêlo curto como em cães, são os gatos persas os verdadeiros senhores em termos de tratamentos especiais de pêlo.

Como possuem pêlo longo, os persas devem ter uma higiene cuidada, para evitar tratamentos dermatológicos prolongados e radicais, como a tosquia total do gato e a desinfecção da casa.

O tratamento pode durar entre 6 a 8 meses. O dono do animal deverá consultar um dermatologista veterinário para identificar o tipo de fungo e o antimicótico específico para o eliminar. Existem champôs medicamentados próprios para este tratamento. Os ácaros também podem provocar comichões nos animais, inflamações secundárias e perdas de pêlo. Estes podem provocar dois tipos de sama: demodécica, que é passada de mãe para filho, surgindo, principalmente, na cabeça, e a notoédrica, que começa nas patas e no rabo e avança para o resto do corpo. Apenas o segundo tipo de sama passa com facilidade a outros gatos e cães, podendo passar também ao homem, ainda que com menos facilidade. Em ambos os casos, dá-se uma perda localizada de pêlo.



Dermatites em animais, culminantes nas chamadas peladas, são doenças comuns aos animais domésticos, sobretudo em cães e gatos. Saber dar resposta e aconselhamento às dúvidas dos utentes no que toca à saúde do animal e das pessoas que com ele coabitam deve ser uma preocupação dos farmacêuticos.

Para evitar a sarna induzida por estes parasitas há que fomentar uma boa higiene nos animais, por exemplo, levando-os a profissionais especializados (cabeleireiros de animais). Mais uma vez, os gatos persas necessitam de cuidados extremados, sendo aconselhável a escovagem quinzenal do pêlo. O diagnóstico é realizado através da identificação do tipo de ácaro e o tratamento é aconselhado consoante o artrópode encontrado, podendo o animal ser tratado com medicamentos injectáveis ou com banhos terapêuticos, à semelhança do que acontece com os fungos.

As alergias

As perdas de pêlo podem também ter origem em alergias ambientais ou alimentares. Por vezes, estas alergias são mesmo o problema principal, acabando por provocar as inflamações de pele e as peladas.

O diagnóstico é facilmente realizado através de uma prova de alergia, com uma colheita de sangue, após uma observação realizada pelo médico veterinário ao animal e ao historial clínico.

Na prova de sangue, o animal vai ser testado quanto à sua sensibilidade a alergéneos como árvores, ervas, pólenes, fungos e ácaros domésticos.

Existem animais alérgicos a inúmeros factores em simultâneo. Como se trata de um problema genético, prevenir as alergias na sua totalidade não é possível. Mas podem ser evitadas, se for evitado o contacto com o alergéneo em questão.

O problema também pode ser contornado através da ingestão de alimentos hipoalergénicos, no caso de uma reacção a determinados alimentos, da criação de auto-vacinas de dessensibilização ao alergéneo ou do recurso a anti-histamínicos e champôs.

Pode falar-se ainda para causas de quedas de pêlo decorrentes da leish-

maniose. Esta doença, que surge através da picada de um mosquito no cão, sendo este mesmo insecto o veículo de transmissão da doença ao ser humano, pode traduzir-se, por vezes, em problemas dermatológicos, como pêlo baço ou queda acentuada.

Neste caso, o dono deve agir em conformidade com o veterinário para encontrar a melhor solução de protecção do animal.

Tal como noutras doenças típicas de animais, não se pode falar de soluções miraculosas, mas a base de um pêlo saudável é a alimentação, à semelhança do que acontece nos seres humanos. Uma ração equilibrada e completa faz a diferença na prevenção de doenças de pele.



O Museu da Farmácia no USS Enterprise

A saúde em cenário de guerra

Uma receita para juntar ao vasto espólio do museu e a memória e os olhos ainda cheios das imagens do primeiro porta-aviões nuclear do mundo foi o que João Neto trouxe da visita ao USS Enterprise, por alguns dias o centro das atenções no Tejo lisboeta.

Regressava a Lisboa no final de uma longa missão no Médio Oriente, o último palco de conflito mundial em que os aviões de guerra do USS Enterprise foram chamados a intervir. Regressava a Lisboa para uma curta escala antes do ansiado regresso a casa. Um descanso merecido para os mais de cinco mil tripulantes de um porta-aviões com muita história para contar. Uma história de guerra, mais do que de paz, ou não fora este um navio militar, o primeiro porta-aviões do mundo a propulsão nuclear.

Chamam-lhe, carinhosamente, Big E, por via dos muitos e muitos dias que fazem desta máquina de guerra o lar de homens e mulheres sem outro horizonte que não seja o mar. Em Lisboa, pisaram terra, a última antes de pisarem a sua. Foram a terra, com critérios rigorosos e instruções específicas. E de terra subiram a bordo individualidades convidadas pela embaixada dos Estados Unidos em Lisboa. Entre elas, o director do Museu da Farmácia, João Neto, no prosseguimento de uma política de intercâmbio com as diversas representações diplomáticas na capital portuguesa.

Tudo no USS Enterprise é, naturalmente, motivo de interesse e de curiosidade. A descida ao interior deste colosso de mais de 93 mil toneladas, com 18 pisos e mais de 340 metros de comprimento permitiu comprovar que o imaginário de Hollywood se inspira com rigor na realidade.

Autonomia para sobreviver à doença

João Neto era, no entanto, portador de uma curiosidade muito própria: como se cuida da saúde de uma tripulação de cinco mil pessoas, num porta-aviões que é protagonista constante de cenários de guerra? As explicações foram pron-

FarmaConforto



O conforto chegou à sua farmácia.

Conforto • Higiene • Saúde



A farmácia não é só um espaço de Saúde. É também um espaço de higiene e conforto, onde podemos contar com o conselho profissional do farmacêutico.

A partir de agora, nas farmácias, há também uma linha de materiais que fazem bem à Saúde: uma gama de vestuário e acessórios produzida com lã de angorá, um material com características únicas a nível térmico e terapêutico.

Com FarmaConforto, o conforto chegou à sua farmácia.



MATERIAIS QUE FAZEM BEM À SAÚDE.

museu da farmácia

tas, na pessoa do médico-chefe do porta-aviões. São cerca de quatro dezenas os profissionais de saúde destacados para o USS Enterprise, entre médicos das mais diversas especialidades, enfermeiros, psicólogos e responsáveis pelos serviços farmacêuticos. Não há a bordo farmacêuticos propriamente ditos, mas pessoal especializado que assegura uma correcta dispensa dos medicamentos prescritos. Na farmácia, abastecida à partida para cada missão e com uma dimensão que garante autonomia durante as estadas no mar, medicamentos de marca e genéricos convivem pacificamente, com as receitas a serem, geralmente, passadas por DCI. Outras reservas chamam à atenção: a de sangue é uma delas. Há um banco de sangue com uma quantidade estratégica armazenada para responder a um eventual conflito. Mas há também uma segunda linha, integrada por todos quantos a bordo são dadores voluntários. Igualmente interessante foi a nota que João Neto recolheu relacionada com a potencialidade de uma guerra biológica: existe toda uma reserva de vacinas, nomeadamente contra a cólera e o anthrax, a ameaça que pairou sobre o ocidente logo após o 11 de Setembro. Sem uma guerra no horizonte, são sobretudo ortopédicas e oftalmoló-

DD FORM 1289
DDI PRESCRIPTION

NAME: João Neto
SSN: _____
RATE/RANK: CIV
J-DIAL: _____
ALLERGIES: NONE
CURRENT MEDS: NONE
USS ENTERPRISE CVN 65
NOV 07 2006
Rx
Aspirin 325mg
Sig: T PO QD
Disp: #30 (Thirty)
Ref: 0
O. Hall
Dr. Mark O'Halloran, CVN 65

gicas as principais urgências médicas a bordo. Apesar de um elevado grau de segurança, abundam as entorses e os membros partidos. Mas também as queixas relacionadas com a visão, fruto das operações nocturnas e do trabalho em ambientes internos, iluminados artificialmente e onde os ecrãs de computador exigem um esforço permanente aos olhos de quem neles opera. Daí que salte à vista a reserva de lentes e óculos existente nos serviços de saúde do porta-aviões.

O USS Enterprise é um gigante dos mares, mas não se pense que o espaço que foge aos equipamentos bélicos e operacionais é muito. Todos os serviços estão como que condensados, numa organização irrepreensível que os torna funcionais apesar de relativamente exíguos. Assim é com o mini-hospital, com capacidade para três cirurgias em simultâneo. E com uma enfermaria, ainda que mínima, para os casos que requeiram isolamento. Além de um laboratório de análises clínicas.

Gerir os conflitos e os abusos

Zelar pela saúde da tripulação passa também pela gestão de conflitos. Daí a presença de uma equipa de psicólogos, essenciais no apoio a homens e mulheres que deixaram a família para trás, que vivem um dia-a-dia de sobresalto, quer porque enfrentam a possibilidade de uma guerra, quer porque enfrentam a heterogeneidade inerente ao facto de serem mais de cinco mil indivíduos. Com origens tão diferentes como as da sociedade norte-americana, cuja convivência nem sempre é pacífica, sobretudo quando confinada a um porta-aviões em mar alto.

Gerem-se os conflitos e previnem-se os comportamentos de risco. O que explica a significativa reserva de preservativos. As doenças venéreas espreitam em cada porto, nos muitos do mundo em que o navio fundeia. Ademais, conforme o director do Museu da Farmácia verificou pessoalmente, a tripulação apresenta uma média etária muito baixa, o que corresponde a uma visa sexualmente activa.

O risco anda também associado ao consumo de álcool e, naturalmente, de drogas. O rigor é extremo: bebidas

alcoólicas apenas quando o navio toca um porto, nunca em navegação. O mesmo cuidado é posto na administração de fármacos: apenas os indispensáveis, numa atitude que visa prevenir o abuso. Daí que as receitas integrem o conceito de unidose e que o kit de sobrevivência afecto a cada piloto contenha o mínimo dos mínimos. Por entenderem, conforme foi dito a João Neto, que mais vale suportar a dor do que perder a noção da realidade. Os pilotos, aliás, são sujeitos a uma vigilância médica permanente, de modo a acautelar eventuais prejuízos em vidas e aeronaves. Pelas mesmas razões, o pessoal envolvido na defesa directa do navio, nomeadamente no controlo aéreo e radares, é submetido à mesma avaliação.

A bordo do USS Enterprise não se correm riscos. Em matéria de saúde, claro. Porque o risco é uma constante inevitável na missão de um navio de guerra. Em tempo de paz, cultivam-se as relações sociais. E até se contribui para enriquecer o espólio de um museu que tem procurado ir sempre mais além: o da Farmácia. Desta vez, com uma receita de aspirina em nome de João Neto e um saquinho concebido para acolher o conceito de unidose.

O USS Enterprise

foi o primeiro porta-aviões de propulsão nuclear em todo o mundo. Foi lançado à água em Setembro de 1960, tendo entrado ao serviço da Marinha norte-americana em Novembro de 1961. Eis algumas das principais características técnicas e das missões em que participou o Big E, como é designado:

- Mais de 340 metros de comprimento
- 18 pisos de altura
- Mais de 93 mil toneladas de peso
- Cerca de 70 aviões de combate
- Mais de cinco mil tripulantes
- Primeira missão: bloqueio a Cuba, em Outubro de 1962
- É o primeiro navio nuclear a entrar em combate, em Dezembro de 1965, durante a guerra do Vietname
- Em Abril de 1986, é o primeiro navio nuclear a cruzar o canal do Suez
- Em Dezembro de 1989 participa numa missão de apoio à presidente das Filipinas Corazón Aquino, contra uma tentativa de golpe rebelde
- Em Junho de 1996, integra o plano de bloqueio aéreo da Bósnia
- Em Dezembro de 1998, participa na Operação Tempestade do Deserto, contra o Iraque
- Em Outubro de 2001, participa na ofensiva contra o regime talibã, no Afeganistão
- Em 2014-14, deverá ser desactivado, após mais de 50 anos no mar.

A Farmácia e os Talentos (III)

Como motivar colaboradores?

Jaime Ferreira da Silva *



* Jaime Ferreira da Silva, Director Executivo da RHM, empresa especializada em recursos humanos

De todas as determinantes do desempenho profissional dos indivíduos, a motivação para o trabalho permanece porventura, a mais “misteriosa” e volátil. A observação dos comportamentos de trabalho mostra-nos que uma mesma tarefa tanto pode ser interessante para um indivíduo como desprovida de qualquer “chama” para um outro, situando-se ambos num mesmo patamar de qualificação para o efeito.

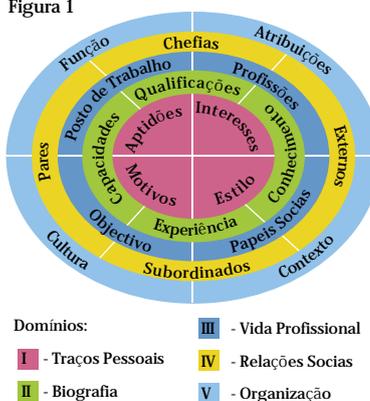
A mesma tarefa pode igualmente, ser avaliada positiva e negativamente pela mesma pessoa em momentos temporais distintos.

Pelo exposto, facilmente compreendemos que não existe uma resposta única e inequívoca para uma das interrogações mais frequentes de quem tem responsabilidades de coordenação de equipas - “Como motivar e envolver a minha equipa?”.

As causas do comportamento humano são complexas e multifactoriais, fazendo mais sentido falarmos de probabilidades (de ocorrência de determinados comportamentos) e correlações (entre os comportamentos e os factores que

os despoletaram) do que procuramos uma “causa única” na origem de tudo. O modelo explicativo do mundo do trabalho WOW (World of Work Model)¹ agrupa as variáveis que explicam e condicionam os comportamentos profissionais em 5 domínios, fornecendo-nos uma chave de leitura muito útil para a compreensão do que está em jogo quando se fala de *motivação*.

Figura 1



Os domínios são representados no modelo WOW pelas curvas concêntricas e são os seguintes (do centro para a periferia):

I. Trços Pessoais – integra as aptidões (p.e. raciocínio verbal e numé-

rico), os interesses, os motivos (p.e. valores, aspirações), o estilo pessoal².

II. Biografia – integra tudo aquilo que o indivíduo adquiriu por via da aprendizagem, nomeadamente as capacidades/competências, qualificações, conhecimentos e experiência.

III. Vida Profissional – integra todas as dimensões que permitem descrever, explicar, e eventualmente prever os comportamentos directamente relacionados com o desempenho no trabalho. Este domínio estabelece a ligação entre as variáveis relativas ao “interior” do modelo (indivíduo) e ao “exterior” (contexto).

IV. Relações Sociais – integra as variáveis que caracterizam as interações sociais dentro e fora da Organização, com chefias, subordinados, pares, terceiros (clientes, fornecedores, parceiros).

V. Organização – integra as variáveis organizacionais que podem ter impacto no desempenho dos indivíduos, nomeadamente:

a) Funções – variáveis relativas à divisão e natureza do trabalho desenvolvido i.e. o conjunto de tarefas



e procedimentos que os indivíduos têm de executar no desempenho das suas funções.

b) Cultura – sistema de crenças e valores que enquadram e têm impacto na definição dos objectivos e limites das funções e na avaliação dos desempenhos profissionais.

c) Atribuições – responsabilidades e papéis que se espera que os titulares das funções assumam.

d) Contexto – definição do enquadramento de cada função em termos de nível hierárquico, localização na estrutura, departamento/sector que integra, relações com o exterior da Organização (clientes, fornecedores, parceiros).

Se analisarmos a realidade da Farmácia Comunitária à luz deste modelo, facilmente compreenderemos que uma “simples” mudança de contexto (p.e. transferência de instalações, nova urbanização na proximidade) produzirá uma série de impactos nas outras dimensões – relações sociais que se alteram (p.e. nova tipologia de utentes) e que con-

sequentemente, introduzirão novas exigências no atendimento, nos conhecimentos e nos traços pessoais a exhibir. De igual modo, uma alteração nos traços pessoais e/ou biográficos de um elemento da equipa (p.e. incremento das qualificações, alteração do seu estado civil) poderá produzir impacto no seu desempenho profissional, positiva ou negativamente.

O modelo WOW é sistémico e interactivo, influenciado tanto de “dentro para fora” como de “fora para dentro” e esse pulsar é permanente. Ignorá-lo pensando que o estado actual da equipa tenderá a perpetuar-se no tempo é uma armadilha do pensamento, muito perigosa em funções de gestão e coordenação de pessoas!

Os conceitos de *aptidão*, *atitude*, *capacidade*, *traço*, *estilo pessoal*, têm sido utilizados desde há muito para descrever o potencial de cada pessoa para emitir determinados comportamentos de trabalho. Frequentemente, ouvimos expressões de apreço e/ou desagrado sobre terceiros, elogiando “a sua capacidade de lidar com clientes difíceis” ou criticando “a sua falta de aptidão para assuntos burocráticos”. Como a diversidade de conceitos introduz muitas vezes “ruído” na comunicação, na década de oitenta do séc. passado desenvolveu-se o conceito de *competência* (Boyatzis, 1982) que se pretende mais abrangente, designando esse “algo” que

faz a diferença na prestação profissional dos indivíduos e que poderá incluir *atitudes*, *aptidões*, *traços*, *conhecimentos*, *experiência*, etc.

Competência poderá ser definida como conjuntos de comportamentos que são instrumentais para a consecução dos resultados desejados. As competências não são “coisas” que as pessoas tenham, mas comportamentos que poderão ser modificados através da aprendizagem. Acima de tudo, as competências exprimem-se! No âmbito desta reflexão alargada, desenvolveu-se um conceito adjacente ao de competência, que nos permite inferir sobre a probabilidade de certa pessoa poder vir a ser competente em determinadas circunstâncias. Falamos do *potencial para a competência* que abrange os atributos necessários (atitudes, conhecimentos, crenças, valores, aptidões, etc) para que determinada pessoa possa vir a produzir os comportamentos desejados (competências).

O *potencial para a competência* é um conceito muito útil quando se pretende avaliar pessoas para determinados cargos (admissões, promoções, mudança de funções), em que o valor preditivo das decisões que vierem a ser tomadas (p.e. promover o indivíduo A em detrimento do B, delegar no C a função Gestor da Qualidade) estabelecerá

a diferença entre sucesso e fracasso. A sua interligação com as competências, os resultados e o contexto poderá explicitar-se da seguinte forma:

Figura 2



Compreender as determinantes dos comportamentos profissionais e sua interação sistémica é um requisito fundamental para uma boa GRH³ em qualquer Organização.

A *motivação para o trabalho* é um construto complexo dada a abrangência do conceito e as inúmeras causas que poderão estar-lhe subjacentes. Genericamente, poderemos definir motivação como a “energia” responsável pelo desencadeamento, direcção, manutenção e intensidade dos comportamentos (Pinder, 1998).

Das inúmeras teorias da motivação produzidas nos últimos 100 anos, 2 delas merecem especial destaque dada a sua funcionalidade operativa. Falamos da Pirâmide das Necessidades de Maslow (1970) (fig.3) e do Modelo de Definição de Objectivos (Locke & Latham, 2002)

Figura 3



A Teoria de Maslow parte do pressuposto que a motivação humana se fundamenta em necessidades por satisfazer, que constituem os motivos (“motores”) que impelem

os indivíduos a empreender as acções necessárias à sua satisfação. Essas necessidades podem ser hierarquizadas, situando-se na base da pirâmide as necessidades mais básicas e elementares. Existe uma relação de subordinação das necessidades mais sofisticadas (nec. do Eu e de autorealização) em relação às mais elementares (nec. fisiológicas, de segurança e sociais) que as precedem. Aquelas só tenderão a emergir quando estas estiverem satisfeitas.

Segundo Maslow, esta hierarquização das necessidades estaria relacionada com a evolução do Homem, na medida em que as necessidades mais primárias foram dominantes durante os primeiros estádios da evolução da espécie humana, em que a luta pela sobrevivência num meio hostil enformava o quotidiano.

A Teoria de Maslow aplicada ao mundo do trabalho, pode ajudar-nos a compreender as motivações dos trabalhadores com diferentes níveis de qualificação, ajudando-nos a perceber como as necessidades do Eu e de Autorealização adquirem maior saliência quando as necessidades mais primárias estão asseguradas; em contrapartida, quando isso não se passa (p.e. desemprego ou doença prolongada), os indivíduos tenderão a remeter para segundo plano as necessidades do topo, centrando-se na resolução das necessidades mais básicas.

O Modelo de Definição de Objectivos de Locke & Latham, postula que o comportamento dos indivíduos é desencadeado e mantido através da sua vontade de atingir objectivos significativos. Para que essa motivação permaneça forte, desencadeando os comportamentos necessários à sua consecução, a definição dos objectivos em causa deverá ser SMART:

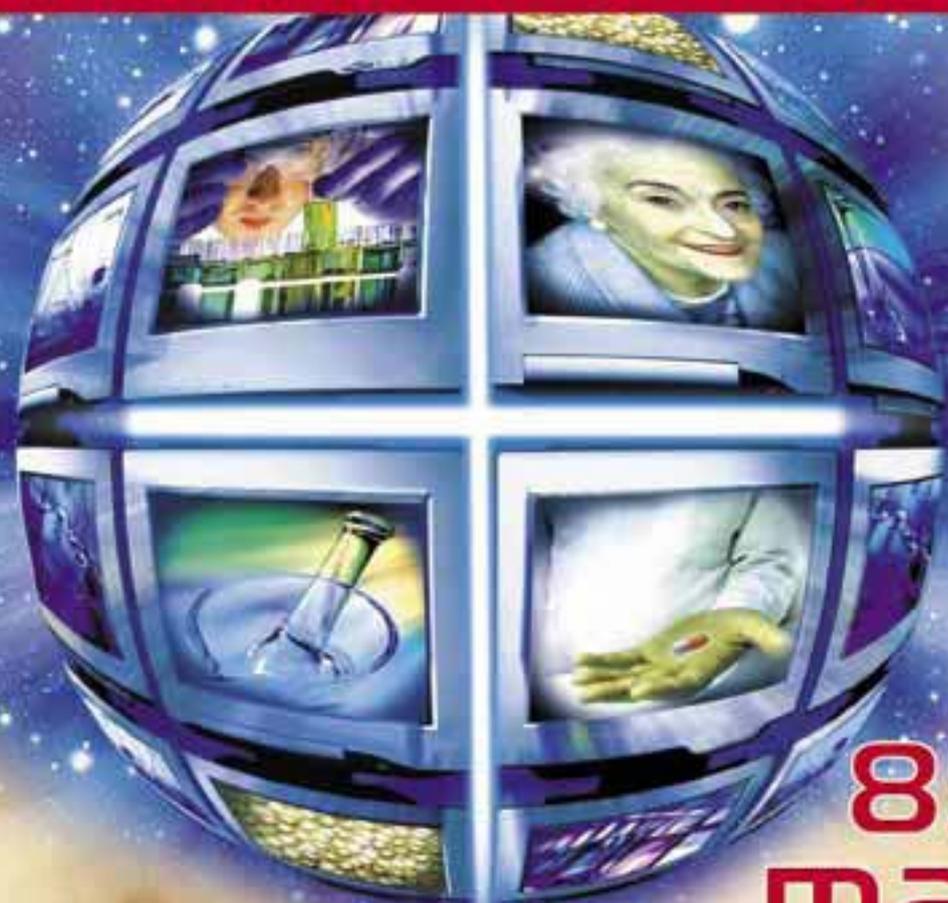
- S (specific) – objectivos específicos
- M (measurable) – objectivos mensuráveis
- A (attainable) – objectivos atingíveis
- R (relevant) – objectivos relevantes
- T (timely) – objectivos situados no tempo

A motivação neste processo é alimentada externamente por estes 5 factores e internamente por um factor que designamos de *compromisso pessoal*. Por princípio, a força desse compromisso será tanto maior quanto maior a participação dos envolvidos na definição desses objectivos

CENTRO DE CONGRESSOS DE LISBOA JUNQUEIRA

2007 congresso nacional dos farmacêuticos

acrescentar valor à Saúde



8,9,10
março



ou, em alternativa, a sua margem de liberdade na sua negociação.

Quando se fala de *motivação dos colaboradores para o trabalho* não existem receitas únicas dado que cada pessoa é uma entidade complexa e única no modo de interagir no contexto. Poderemos contudo, extrair alguns princípios de acção inspirados nas teorias descritas e nas práticas que temos observado ao longo dos anos:

12 Dicas Práticas para Motivar os Colaboradores

1. Procure conhecer o melhor possível cada um dos seus colaboradores, nomeadamente, as suas idiossincrasias, os seus interesses e motivações (o que mais gostam e menos gostam de fazer no trabalho). Pelo menos uma vez por ano, mantenha uma conversa privada com cada um, procurando conhecer a sua visão para os próximos anos em termos profissionais (e, se possível, pessoais).
2. Mantenha uma visão esclarecida sobre as competências profissionais requeridas na actualidade em Farmácia Comunitária, procurando identificar novas exigências no curto/médio-prazo.
3. Avalie periodicamente a sintonia / desfasamento entre as competências da sua equipa e as que são requeridas pela actividade. Estabeleça medidas correctivas dos desvios. Se antecipar novas exigências profissionais que apelem a um reforço no investimento em RH⁴ na sua Farmácia (novas contratações, formação, coaching), avalie o *potencial para as novas competências* dos seus colaboradores; se necessário, recorra a uma assessoria externa especializada nessa avaliação.
4. Verifique se os seus colaboradores estão alinhados nas atitudes e nos comportamentos com os valores da sua Farmácia, a sua missão e visão estratégica do negócio. Identifique os desfasamentos, esclareça as causas e efectue os ajustamentos necessários. Muitas vezes, uma melhor comunicação (e mais frequente) “lima as arestas” necessárias.
5. Mantenha o trabalho organizado e dividido com clareza pela equipa. Um ingrediente essencial da motivação é o facto das pessoas sentirem que trabalham numa empresa estruturada, com “coluna vertebral”.
6. Crie condições para que os colaboradores sintam a Farmácia como sendo um pouco deles, também. Partilhe ideias, acolha sugestões, discuta princípios de acção.



Implemente as boas ideias mesmo que não sejam suas. Valorize publicamente os contributos válidos sem esquecer que os menos válidos são apenas degraus de acesso à solução encontrada!

7. Procure conhecer que atributos da sua Farmácia e do trabalho que lá se desenvolve entusiasмам particularmente cada um dos seus colaboradores. Procure na medida do possível, que cada um deles “vista o fato” que melhor lhe assente.
8. À medida que for adquirindo confiança em cada colaborador não se esqueça de delegar responsabilidades. Estará dessa forma, a criar estímulos poderosos ao desenvolvimento profissional de quem trabalha consigo.
9. Trabalhe com objectivos SMART sem esquecer a importância vital do compromisso individual na consecução dos resultados colectivos.



Motivação - a “energia” responsável pelo desencadeamento, direcção, manutenção e intensidade dos comportamentos.

10. Pratique uma política salarial que contemple uma retribuição fixa e uma variável (em função dos resultados da Farmácia e do colaborador), ancorada num sistema objectivo de avaliação dos desempenhos.
11. Ouça mais do que fale, procure liderar dando o exemplo. Não se preocupe em ser *super*, procure apenas ser justo e capaz de cor-

- rigir os erros que eventualmente cometer!
12. Inclua os seus colaboradores na sua reflexão estratégica sobre o devir da Farmácia. Se identificar situações de fraco potencial para as competências futuramente requeridas, accione planos de contingência. Adiar uma decisão difícil *sine die* é alimentar um problema de gravidade crescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boyatzis, R. E. “The Competent Manager”, in Robertson, I., Callinan, M. e Bartram, D. (2002) Organizational Effectiveness, John Wiley & Sons, West Sussex.

Locke, E.A. e Latham, G.P. “A Theory of Goal-Setting and Task Performance”, in Robertson, I., Callinan, M. e Bartram, D. (2002) Organizational Effectiveness, John Wiley & Sons, West Sussex.

World of Work Model SHL Group, in Robertson, I., Callinan, M. e Bartram, D. (2002). Organizational Effectiveness, John Wiley & Sons, West Sussex.

¹ Baseado nas investigações dos Psicólogos Boyatzis (1982), Mishel & Shoda (1995) e operacionalizado pela empresa internacional de Consultoria, SHL.

² Habitualmente designado de “personalidade”.

³ Gestão dos Recursos Humanos.

⁴ Recursos Humanos.



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

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.

FORMAÇÃO
LAZER
HABITAÇÃO
CONVÍVIO

UM SONHO
CADA VEZ MAIS REAL

para mais informações:
Tel. 25 3 900 000 - Fax 258 900 089
www.valdepereiras.pt - info@valdepereiras.pt



Medicamentos Tradicionais

à base de Plantas

Filipe Nuno Azóia * e Sónia Romano **

Pelas suas características e pela quantidade de produtos disponíveis no mercado, tornou-se cada vez mais premente a necessidade de definir um enquadramento jurídico preciso, quanto à introdução no mercado, fabrico, rotulagem, comercialização e acondicionamento destes produtos, que garanta o acesso a medicamentos e preparações à base de plantas em condições de segurança, qualidade e com informação clara para o utilizador destes produtos.

Pela sua importância, foram apresentados vários

Ante-projectos de Decreto-Lei sobre produtos à base de plantas, os quais nunca vieram a ser publicados. O Estatuto do Medicamento, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto, decorrente também de legislação comunitária, transpõe para o direito interno a Directiva 2004/24/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março de 2004, regulando pela primeira vez, a matéria respeitante aos medicamentos tradicionais à base de plantas.

Conceito

«Medicamento tradicional à base de plantas», qualquer medicamento à base de plantas, ou seja, qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias activas uma ou mais

substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas, que, cumulativamente, (i) tenha indicações exclusivamente adequadas a medicamentos à base de plantas e, dadas a sua composição e finalidade, se destine e seja concebido para ser utilizado sem vigilância de um médico para fins de diagnóstico, prescrição ou monitorização do tratamento, (ii) se destine a ser administrado exclusivamente de acordo com uma dosagem e posologia especificadas, (iii) possa ser administrado por uma ou mais das seguintes vias: oral, externa ou inalatória, (iv) já seja objecto de longa utilização terapêutica, de acordo com os dados bibliográficos ou pareceres de peritos que provem que o medicamento em questão, ou um medicamento equivalente, teve uma utilização terapêutica durante os trinta anos anteriores, incluindo, obrigatoriamente, quinze anos num Estado membro, (v)



* Advogado da PLMJ, Sociedade de Advogados

** Farmacêutica do Núcleo de Acordos, Receituário e Codificação da ANF

Em regra, a autorização de comercialização de medicamentos tradicionais à base de plantas obtém-se através de um procedimento de registo de utilização tradicional.

seja comprovadamente não nocivo quando utilizado nas condições especificadas, de acordo com a informação existente e reputada suficiente, e possa demonstrar, de acordo com informação existente e reputada suficiente, efeitos farmacológicos ou de eficácia plausível, tendo em conta a utilização e a experiência de longa data.

Procedimentos

Em regra, a autorização de comercialização de medicamentos tradicionais à base de plantas obtém-se através de um procedimento de registo de utilização tradicional (artigos 141.º, 142.º e 142.º).

No entanto, o INFARMED pode determinar a sujeição de um medicamento tradicional à base de plantas ao procedimento de autorização de introdução no mercado de medicamentos (artigos 14.º a 39.º) ou ao procedimento de registo simplificado a que estão sujeitos os medicamentos homeopático que, cumulativamente, sejam administrados por via oral ou externa, apresentem um grau de diluição que garanta a inocuidade do medicamento, não devendo este conter mais de uma parte por 10000 de tintura-mãe, nem mais de 1/100 da mais pequena dose eventualmente utilizada em alopatia, para as substâncias activas cuja presença num medicamento alopático obrigue a receita médica, e não apresentem quaisquer indicações terapêuticas especiais na rotulagem ou em qualquer informação relativa ao medicamento (artigo 137.º).

Porém, a disposição do Estatuto do Medicamento que prevê a possibilidade de INFARMED determinar a sujeição de um medicamento tradicional à base de plantas ao procedi-



“Ainda há as flores”
ALFREDO COELHO

Inauguração dia 24 de Fevereiro
das 15.30 horas às 20.00 horas
Contamos Consigo!

de 26 de Fevereiro a 17 de Março
das 12h00 às 18h00 de Segunda a Sábado

Sede da Associação Nacional das Farmácias
Rua Marechal Saldanha, 1, 1249-069 Lisboa

Private
Gallery

mf
MUSEU da FARMÁCIA

anf
Associação Nacional das Farmácias

mento de autorização de introdução no mercado de medicamentos ou ao procedimento de registo simplificado a que estão sujeitos os medicamentos homeopático (artigo 141.º, n.º 3) não estabelece quais as circunstâncias que determinam o afastamento do regime regra do procedimento de registo de utilização tradicional.

Na verdade, um medicamento tradicional à base de plantas pode reunir todas as condições que se encontram previstas para estar sujeito a um procedimento de registo de utilização tradicional (artigo 141.º, n.º 1), o interessado pode apresentar o requerimento de registo de utilização tradicional que inclua todos os elementos descritos no artigo 142.º, n.º 1, acompanhado de todos os dados e documentos previstos no artigo 142.º, n.º 2, e o INFARMED, simplesmente, determinar a sua sujeição ao procedimento de autorização de introdução no mercado de medicamentos ou ao procedimento de registo simplificado a que estão sujeitos os medicamentos homeopático.

Estamos, pois, perante um poder discricionário do INFARMED que, naturalmente, vem introduzir incerteza e insegurança nesta matéria.

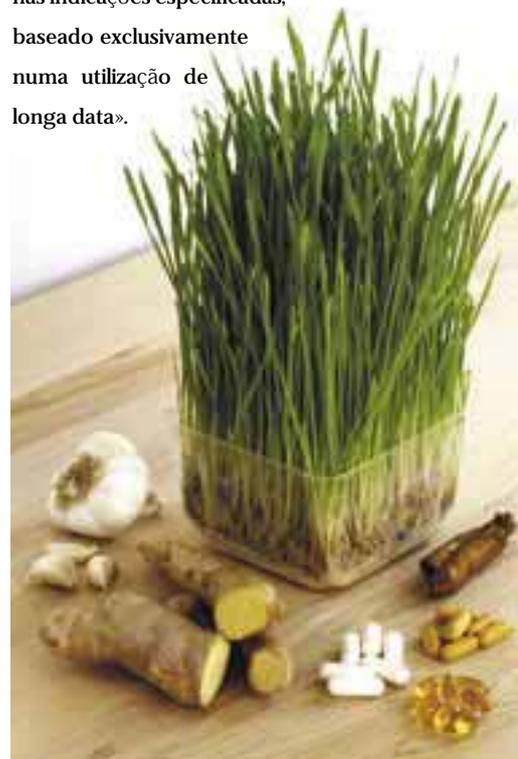
Finalmente, o procedimento de re-

conhecimento mútuo (artigo 40.º) e o procedimento descentralizado (artigo 47.º) são ainda aplicáveis por analogia aos registos de utilização tradicional sempre que tiver sido elaborada uma monografia comunitária de plantas medicinais respeitantes a medicamentos à base de plantas abrangidos pelo artigo 20.º (uso clínico bem estabelecido) e a medicamentos tradicionais à base de plantas em que o medicamento à base de plantas seja composto por substâncias derivadas de plantas, preparações ou associações das mesmas constantes da lista comunitária.

Rotulagem, folheto informativo e publicidade

A rotulagem e o folheto informativo de medicamentos tradicionais à base de plantas obedecem, com as necessárias adaptações, ao disposto no Estatuto do Medicamento, e contém ainda as seguintes informações: (i) a menção de que se trata de um medicamento tradicional à base de plantas para utilização na ou nas indicações nele especificadas e baseado exclusivamente numa utilização de longa duração, (ii) a indicação de que o uti-

lizador deve consultar um médico ou outro profissional de saúde, designadamente um farmacêutico, se os sintomas persistirem durante o período de utilização do medicamento ou se surgirem reacções adversas não mencionadas no folheto informativo, e (iii) a natureza da tradição associada ao medicamento em questão. Por último, resta referir que a publicidade dos medicamentos tradicionais à base de plantas obedece ao disposto no Estatuto do Medicamento, e é sempre acompanhada da menção «medicamento tradicional à base de plantas, para utilização na ou nas indicações especificadas, baseado exclusivamente numa utilização de longa data».



reuniões e simpósios

Internacionais

DATA	EVENTO
16 de Março de 2007 Maputo – Moçambique	10 anos da Licenciatura de Farmácia em Moçambique – “Valor acrescentado da Intervenção Farmacêutica” Informações: Ordem dos Farmacêuticos www.ordemfarmaceuticos.pt
22 a 25 de Abril de 2007 Amesterdão - Holanda	3rd World Congress of the Board of Pharmaceutical Sciences of FIP – “Optimising drug therapy: an imperative for world health” Contactos: Registration & Abstract: Handling; NewBrooklyn; P.O. Box 73; NL-3620 AB Breukelen; The Netherlands; Tel +31 346 266110; Email: registration@newbrooklyn.nl
31 de Agosto a 6 de Setembro de 2007 Beijing - China	67 th International Congress of FIP Contactos: Andries Bickerweg 5; P.O. Box 84200; 2508 AE The Hague; The Netherlands Tel: +31-(0)70-302 1982/1981; Fax: +31-(0)70-302 1998/1999 E-mail: congress@fip.org ; Website: http://www.fip.org/beijing2007
27 a 30 de Setembro de 2007 Dusseldorf - Alemanha	EXPOPHARM 2007 International Pharmaceutical Trade Fair Contactos: Gabriele Stadler; Carl-Mannich-Straße 26; 65760 Eschborn Phone: +49 6196 - 92 84 11; Fax: +49 6196 - 92 84 04 E-Mail: g.stadler@wuv.aponet.de ; www.expopharm.de

Nacionais

DATA	EVENTO
28 de Fevereiro de 2007 Porto	I Jornadas sobre Intoxicações: Intoxicações, Interações e Reações Adversas a Medicamentos Auditório Principal da Universidade Fernando Pessoa (Sede) Praça 9 de Abril, 349, 4249-004 Porto Inscrição e outras informações: http://www.ufp.pt/
6 de Março de 2007 Lisboa	1 ^a Conferência ANF sobre o modelo Europeu da Farmácia “O Modelo Ibérico de Propriedade de Farmácia” Centro de Congressos de Lisboa Informações: www.anfonline.pt Telef: 21 340 06 51/ 59
8 a 10 de Março de 2007 Lisboa	Congresso Anual dos Farmacêuticos – Acrescentar Valor à Saúde Centro de Congressos de Lisboa Informações: Ordem dos Farmacêuticos www.ordemfarmaceuticos.pt
10 de Abril de 2007 Lisboa	2 ^a Conferência ANF sobre o modelo Europeu da Farmácia “Os Modelos Nórdicos de Propriedade de Farmácia” Centro de Congressos de Lisboa Informações: www.anfonline.pt Telef: 21 340 06 51/ 59
17 de Abril de 2007 Lisboa	3 ^a Conferência ANF sobre o modelo Europeu da Farmácia “A Farmácia na Europa: Lições para a Evolução do Modelo Farmacêutico Português” Centro de Congressos de Lisboa Informações: www.anfonline.pt Telef: 21 340 06 51/ 59
26 de Novembro a 1 de Dezembro de 2007 Albufeira	World Healthcare Student’s Symposium 2007 – Different Rules, One Goal Para mais informações: http://whss2007.org/site



O mérito científico da Professora Irene Silveira voltou a ser reconhecido recentemente aquém e além fronteiras. O último desenvolvimento numa carreira repartida entre a docência e a investigação, com uma passagem pela intervenção político-profissional, foi corporizado com a nomeação para a presidência do Conselho Científico da Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE).

A eleição ocorreu na primeira reunião daquele órgão, em Novembro último, por consenso de todos os membros presentes. Todos eles – conforme o diploma que consagrou a sua escolha – “personalidades de reconhecido mérito científico, ligadas a instituições de investigação consideradas de referência ao nível nacional em áreas técnico-científicas que integram a temática da segurança alimentar”.

Ao seleccionar os elementos que integram o Conselho Científico da ASAE, o governo visou, ainda segundo o mesmo diploma, reforçar a confiança dos consumidores e operadores económicos nos processos de tomada de decisão com bases eminentemente científicas.

É este o valor reconhecido à Professora Irene Silveira e consagrado com a sua eleição para presidir àquele organismo. O mesmo reconhecimento presidiu à atribuição da Ordem Internacional do Mérito ao Descobridor do Brasil Pedro Álvares Cabral. Constituída em 1968, esta ordem honorífica propõe-se distinguir as personalidades brasileiras e internacionais “cujos méritos de honra, de trabalho, de solidariedade e de cooperação, entre povos e culturas, devam ser perpetuados para conhecimento das gerações vindouras e para público apreço dos respectivos países”.

Aposta em Abril de 2006 na Universidade de Coimbra, a condecoração – com o grau superior de Grã Cruz – pretendeu sublinhar “o valor e a exemplaridade dos predicados que envolvem a carreira” da Professora Irene Silveira, com par-

ticlar destaque para os “esforços profícuos” no âmbito da sua actividade como presidente do Conselho Científico da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

Anteriormente, esta condecoração do Estado brasileiro havia sido entregue a personalidades portuguesas do domínio político, como o ex-Presidente da República Ramalho Eanes, ex-primeiro-ministro António Guterres e o antigo presidente do Parlamento Ribeiro de Almeida.

Uma carreira multifacetada

Catedrática da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, a Professora Irene Silveira é actualmente directora do Laboratório de Bromatologia. O seu percurso académico é longo e profícuo, quer enquanto docente e investigadora, quer enquanto membro de órgãos de gestão da Universidade. Assim, de 1998 a 2003 ocupou o cargo de vice-reitora, tendo de 2004 a 2006 integrado o Senado. Durante este mesmo período, presidiu ao Conselho Científico da Faculdade de Farmácia. Ainda na faculdade é desde 2004 coordenadora do estágio de pré-licenciatura em Ciências Farmacêuticas.

A sua actividade científica abrange a participação e a coordenação de projectos nacionais e europeus, o desenvolvimento e/ou aplicação de novas metodologias analíticas em áreas como os resíduos de fármacos em alimentos. É autora e co-autora de 130 artigos e resumos em publicações nacionais e estrangeiras, tendo participado em congressos nacionais e estrangeiros com cerca de 90 comunicações científicas e proferido conferências em três dezenas de encontros e seminários.

Também a nível político-profissional se fez sentir o seu envolvimento, tendo presidido à Secção Regional do Centro da Ordem dos Farmacêuticos de 1994 a 2000, em paralelo com o lugar de vogal da Direcção Nacional.

O seu desempenho na Ordem dos Farmacêuticos abrange ainda o lugar de presidente da Mesa da Assembleia Geral.

Formação e solidariedade no Centro

A formação e a solidariedade estiveram de mãos dadas na palestra de Natal promovida pela Delegação Centro da ANF. “A farmácia na transição do Sistema de Saúde” foi o tema escolhido, com apresentação a cargo do Professor Francisco Batel Marques, da Faculdade de Farmácia



da Universidade de Coimbra.

Um tema pertinente à luz dos mais recentes desenvolvimentos legislativos, nomeadamente dos que concernem a farmácia e os farmacêuticos. Para o sector, o governo anunciou um modelo liberal, cujos primeiros passos estão já vertidos em projectos de diploma.

No sector da saúde, outras medidas estão em curso, nomeadamente a reorganização das urgências hospitalares e a criação das unidades de saúde familiar. Todas elas, digam

ou não respeito aos medicamentos propriamente ditos, afectam a actividade da farmácia.

São novos desafios e foi sobre eles que se pronunciou o Professor Batel Marques. Perante cerca de quatro dezenas de pessoas reunidas na sede da associação em Coimbra,

no dia 13 de Dezembro, começou por um enquadramento histórico do SNS, após o que se centrou no presente e futuro do sector, apresentando a nova legislação.

Para os presentes, esta foi mais uma oportunidade formativa e também uma oportunidade de evidenciar um espírito solidário, na medida em que foi efectuada uma recolha de presentes destinados a crianças apoiadas por duas instituições da cidade.

O resultado desta solidariedade contribuiu para tornar mais feliz o Natal das crianças carenciadas do Colégio de Órfãos de São Caetano e da Casa da Infância Dr. Elísio de Moura.

Parlamento recomenda unidose

A Assembleia da República aprovou, no passado dia 18 de Janeiro, uma recomendação ao governo no sentido de adoptar a unidose na “dispensa e comercialização dos medicamentos em todo o ambulatório”.

Esta recomendação integra-se numa resolução visando a adopção de “medidas de expansão do consumo de genéricos e de redução do desperdício de medicamentos prescritos e de orientações em diagnóstico e terapêutica”.

Recorde-se que a unidose, há muito defendida pelos farmacêuticos, está por enquanto apenas prevista para as farmácias de oficina a instalar nos hospitais, ao abrigo da legislação publicada em Dezembro último e que aguarda ainda regulamentação.

Além desta medida, o parlamento recomenda ao governo o desenvolvimento de um programa que garanta o crescimento do mercado de genéricos, equiparável ao verificado nos países mais desenvolvidos nesta área, e ainda mecanismos conducentes a que os respectivos preços sejam efectivamente inferiores aos de marca.

No texto publicado em Diário da República de 01 de Fevereiro, os deputados advogam igualmente o incentivo à prescrição de medicamentos genéricos nas unidades funcionais do SNS (unidades de saúde familiar, centros de saúde, serviços de urgência, serviços de consulta externa hospitalar), “em função dos objectivos nacionais”.

Com o mesmo objectivo, sustenta-se nesta resolução que seja promovida a consolidação da actividade e competitividade da indústria farmacêutica, em particular no segmento dos genéricos.

Ao governo é ainda recomendado que adopte, em colaboração com as organizações profissionais do sector, um “manual ou guia das boas práticas em exames de diagnóstico e terapêutica”, orientador e facilitador da prática profissional.



Portugueses insatisfeitos com cuidados de saúde

Mais de 60 por cento dos portugueses manifestou-se não estar satisfeito com o sistema de saúde do nosso país, 45 por cento dos activos e 42 por cento dos reformados encontra-se pouco satisfeito e cerca de 26 por cento dos reformados confessa mesmo estar “nada satisfeito”, com a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal. Estas foram algumas das conclusões retiradas da Axa Barómetro Reforma, que abrangeu um universo de 16 países, dos quais Portugal é o que menos satisfação mostra perante a actual situação do sistema de saúde.

Este estudo, realizado pela seguradora Axa, revela ainda que, comparando os activos e reformados que se sentem “cheios de saúde”, Portugal está no fim da lista dos países analisados. Apenas os activos japoneses se sentem com menos saúde que os portugueses. Mesmo assim, 83 por cento dos activos sente-se “cheio de saúde” ou com “com saúde”, sobretudo os homens com menos de 45 anos. Entre os reformados, a percentagem dos que se sentem com saúde está equilibrada com a percentagem dos que se sentem sem saúde (47 por cento contra 53 por cento).

Relativamente à prática desportiva e à manutenção da forma física, o AXA Barómetro Reforma revela os portugueses são também os que menos desporto pratica. Só 42 por cento da população activa e 21 por cento da população reformada diz praticar desporto com regularidade.

Realizado de Julho a Setembro de 2006, o AXA Barómetro Reforma pretendeu estudar e comparar as atitudes face à reforma e diversos índices, em 16 dos países: Alemanha, Austrália, Bélgica, Canadá, China, Espanha, Estados Unidos da América, França, Hong-Kong, Itália, Japão, Nova Zelândia, Países Baixos, Reino Unido, Singapura e Portugal.

Natal na ANF

O Natal é indissociável das crianças e, por isso mesmo, foi a elas que a ANF dedicou a festa organizada no dia 9 de Dezembro último. Uma festa com muitas surpresas e, naturalmente, prendas.

A animação esteve a cargo da Animarte, que levou à sede da associação, em Lisboa, uma peça de teatro evocativa da época natalícia – “Um outro conto de Natal”, de Charles Dickens, foi representado por pequenos artistas dos 7 aos 15 anos.

Os espectadores mais novos receberam ainda a visita de Flip, guitarrista da banda da protagonista da telenovela Floribela. Um encontro para recordar sob a forma de um autógrafo.

O que não pode faltar numa festa de Natal são prendas. Coube aos artistas da Animarte fazer a sua distribuição, normalmente o momento mais ansiado pelos mais pequenos.

Sempre bem recebido é o lanche, com o qual encerrou esta confraternização natalícia.



11ª campanha de recolha de radiografias

Farmácias premiadas

A 11ª campanha de recolha de radiografias, ao abrigo da parceria entre a Assistência Médica Internacional (AMI) e a ANF, resultou em mais um sucesso ao serviço da solidariedade.

A assinalar os bons resultados, foram distinguidas as duas farmácias que, em cada distrito, mais quilos recolheram nos dias em que decorreu a campanha (5 a 23 de Junho último). A cada uma dessas farmácias foi atribuído um prémio simbólico – o livro “Histórias para adormecer 2”, editado pela AMI

O maior contributo esteve a cargo da Farmácia Fonte da Moura, em Lordelo do Douro (Porto), com 300 quilos recolhidos, seguida da Farmácia Esperança, de Alto do Pina (Lisboa), com 260 quilos, e da Farmácia Crespo Santos, de São Pedro (Faro), com 220 quilos.

A campanha de recolha de radiografias visa angariar fundos indispensáveis à prossecução do trabalho humanitário da AMI, além de contribuir para a preservação do ambiente na medida em que impede que as películas sejam deitadas no lixo comum.

Das radiografias entregues nas farmácias (bem como noutras instituições aderentes) é retirada prata, cujo valor no mercado é canalizado para o projecto de acção social da AMI em Portugal, bem como para as suas missões internacionais.

Em 2005, foram conseguidas 96 toneladas que renderam quase 84 mil euros. O objectivo para 2006 era igualar ou ultrapassar estes valores.

Lista das farmácias distinguidas

Farmácia	Localidade	Distrito	Peso
Farmácia São Roque	Aguada de Baixo	Aveiro	100
Farmácia Martins Oliveira	Nogueira da Regedoura	Aveiro	70
Farmácia Fonseca	Beja (Santa Maria da Feira)	Beja	75
Farmácia da Misericórdia	Cuba	Beja	70
Farmácia Sousa Alves	Fafe	Braga	80
Farmácia Barbosa	Vila Nova de Famalicão	Braga	70
Farmácia Afonso	Vinhais	Bragança	15
Farmácia Albuquerque	Vinhais	Bragança	10
Farmácia Garcia Guerra	Oleiros	Castelo Branco	57
Farmácia Morgado Duarte	Castelo Branco	Castelo Branco	30
Farmácia Cruz	Cantanhede	Coimbra	100
Farmácia Fonseca	Lousã	Coimbra	80
Farmácia Lima Natário	Miranda Do Corvo	Coimbra	80
Farmácia da Misericórdia	Évora (Santo Antão)	Évora	77
Farmácia Paços	Malagueira	Évora	71
Farmácia Crespo Santos	Faro (São Pedro)	Faro	220
Farmácia S. Brás	São Brás de Alportel	Faro	77
Farmácia Manaia	Seia	Guarda	25
Farmácia Patricio	Gouveia (São Pedro)	Guarda	20
Farmácia Central	Melo	Guarda	20
Farmácia Pacheco	Vide	Guarda	20
Farmácia Paranhense	Paranhos	Guarda	20
Farmácia Duarte	Marinha Grande	Leiria	130
Farmácia Medeiros	Avelar	Leiria	115
Farmácia Esperança	Alto Do Pina	Lisboa	260
Farmácia Central de Camaxide	Camaxide	Lisboa	200
Farmácia Calado Lda.	Ajuda, Salvador e Santo Ildefonso	Portalegre	45
Farmácia Esteves Abreu Lda.	Sé	Portalegre	44
Farmácia Fonte da Moura	Lordelo do Ouro	Porto	300
Farmácia Das Oliveiras	Rio Tinto	Porto	105
Farmácia Silva	Abrantes (São Vicente)	Santarém	108
Farmácia Mota Ferraz	Abrantes (São João)	Santarém	100
Farmácia Rainha Santa	Cova da Piedade	Setúbal	150
Farmácia Avelar da Silva	Cova da Piedade	Setúbal	150
Farmácia Moderna	Viana do Castelo (Santa Maria)	Viana do Castelo	80
Farmácia Nelsina	Viana do Castelo (Santa Maria)	Viana do Castelo	60
Farmácia Lopes	Barroselas	Viana do Castelo	60
Farmácia Seixas	Vila Real (Nossa Senhora da Conceição)	Vila Real	121
Farmácia Pereira da Silva	Santa Maria Maior	Vila Real	110
Farmácia Pessoa	Oliveira de Frades	Viseu	44
Farmácia Viso	Ranhados	Viseu	40

Dívidas do Estado ultrapassam os 1500 milhões de euros

O Estado deve mais de 1520 milhões de euros a fornecedores, dos quais mais de 70% são da responsabilidade do Ministério da Saúde, avança o Tribunal de Contas, no seu parecer sobre a Conta Geral do Estado de 2005. Quase metade da dívida (46,8%) já deveria ter sido paga.

O parecer, entregue em Janeiro, na Assembleia da República, por Guilherme D' Oliveira Martins, conclui que o ministério de Correia de Campos tinha, no final do ano, mais de mil milhões de euros de dívidas. A maioria dos credores são empresas ligadas a este mesmo sector, nomeadamente farmacêuticas, laboratórios e fornecedores de material hospitalar. Entre a lista encontram-se nomes como a Abbott Laboratórios, Pfizer e GlaxoSmithKline, para além da Associação Nacional das Farmácias, devido às dívidas das comparticipações de medicamentos vendidos a crédito nas farmácias aos utentes do SNS.

Na relação das dívidas dos ministérios, aparecem em segundo lugar o das Obras Públicas, com 9%, seguido do da Defesa (4,8%), do Ambiente (3,4%) e das Finanças (3,2%).

Consiste Farma

Melhorar a relação com os associados da ANF

Com o intuito de melhorar o serviço prestado aos associados e suprir as suas necessidades, a ANF, em conjunto com a Consiste, criou uma área totalmente dedicada às farmácias portuguesas: a Consiste Farma.

A Consiste Farma absorverá uma parte significativa dos recursos da Consiste e funcionará como uma unidade autónoma da mesma, com disponibilidade total e exclusiva para as farmácias e com mecanismos para uma auscultação permanente dos Associados da ANF.



Medidas do Governo afectam bolsa dos doentes

As medidas que irão afectar a bolsa dos doentes no que diz respeito aos medicamentos entraram em vigor no passado dia 1 de Fevereiro, um mês depois do previsto. O Governo decidiu adiar a entrada em vigor das duas medidas anunciadas no final do ano passado – a redução das comparticipações nos medicamentos e a baixa de preços dos medicamentos comparticipados – para atenuar os efeitos na bolsa dos doentes. A primeira reduz até 5% a comparticipação do Estado nos medicamentos. A segunda, baixa em 6% o preço dos medicamentos.

As duas medidas deveriam ter entrado em vigor no início de 2007, mas como a redução do preço obrigou os laboratórios a reembalar os medicamentos, o Ministério da Saúde decidiu dar 30 dias à indústria para fazer as alterações. Assim, ao entrarem em vigor as duas medidas, em simultâneo, as despesas dos doentes não sofrerão grande impacto.

Este aumento para os utentes deve-se a uma diminuição da comparticipação do SNS, passando os medicamentos do Escalão B a ser comparticipados em menos 1% (de 70 para 69%), os de Escalão C em menos 3% (de 40 para 37%) e os de Escalão D em menos 5% (de 20 para 15%)

O Ministério da Saúde afirma que a aplicação das duas medidas em conjunto trará uma poupança de 13 milhões de euros para os utentes e 115 milhões de euros para o Estado.

João Almeida Lopes é o novo presidente da Apifarma



O novo presidente da Apifarma, João Almeida Lopes, tomou posse no passado dia 15 de Janeiro, substituindo João Gomes Esteves, no cargo há vinte anos e que ocupará agora a presidência da Mesa da Assembleia-Geral. Juntamente com Almeida Lopes, do Laboratório Medinfar, tomaram posse os novos corpos gerentes, sendo Manuel Ferreira Gonçalves, da GlaxoSmithKline, e Alberto Guilherme Pereira Aguiar, da AstraZeneca, os vice-presidentes para este mandato.

João Almeida Lopes licenciou-se em Finanças no actual ISEG. Iniciou a sua carreira profissional no final dos anos 70, no Porto de Sines, passando, mais tarde, a auditor nos CTT e na Companhia Nacional Petroquímica. Entrou para a indústria farmacêutica em 1985, como director-geral de uma pequena empresa, a Fermofer. Em 1990, ingressou no laboratório

em que exerce actualmente as funções de presidente, a Medinfar.

Aos 56 anos de idade assume um novo compromisso. Para Almeida Lopes, tornar-se presidente da Apifarma foi “um passo difícil e muito meditado”, porque “a responsabilidade é grande”. Foi o “espírito de missão” que o levou a aceitar o cargo e nortear a sua estratégia para “a defesa do acesso dos medicamentos ao mercado”, “o primado das questões éticas” e o fomento das “relações com as ordens profissionais, associações de doentes, farmácias e cadeia de distribuição”.

O seu discurso de tomada de posse foi crítico em relação às novas medidas do Governo para os medicamentos. Contudo, sublinhou o empenho da Apifarma em contribuir para a sustentabilidade do SNS.

Vacina contra cancro do colo do útero já à venda

A primeira vacina contra o cancro do colo do útero já se encontra à venda em Portugal. A vacina protege contra a infecção do Papilomavírus Humano, responsável pela formação de lesões cancerígenas no colo do útero. O Gardasil® deve ser administrado entre os 9 e os 26 anos de idade e a sua protecção eficaz implica a inoculação de três doses, que totalizam mais de 480 euros, não comparticipados pelo Estado, apesar de já ter sido iniciado o processo de pedido de auxílio estatal. O laboratório farmacêutico que produz a vacina, a Sanofi Pasteur MSD, garante que esta profilaxia assegura uma protecção na ordem dos 100%, quando administrada nas doses recomendáveis no espaço de seis meses.



Prémio Bial atinge recorde de candidaturas

A Fundação Bial recebeu 49 candidaturas ao Prémio Bial 2006: 31 de trabalhos portugueses, 9 de Espanha (um número recorde) e, pela primeira vez, 3 candidaturas dos EUA. Brasil, Bélgica, Alemanha e Holanda também apresentaram candidaturas.

Considerado um dos prémios de investigação científica de maior prestígio na área da Saúde na Europa, o Prémio Bial atribui aos melhores projectos uma remuneração superior a 200 mil euros, distribuída pelas duas categorias a concurso. A Bial distingue a investigação básica, através do “Grande Prémio Bial de Medicina”, e a medicina clínica, através do “Prémio Bial de Medicina Clínica”. Para além destes prémios, a Fundação premeia, com quatro menções honrosas no valor de cinco mil euros cada, outros tantos trabalhos na área da Saúde. A Fundação Bial pretende, com estas distinções, distinguir os trabalhos de investigação clínica que maior aplicabilidade prática têm na rotina dos centros de saúde e hospitais.

Genéricos permitiriam poupanças na saúde até 48%

Um estudo da Universidade belga de Leuven revela que a aplicabilidade das medidas apropriadas na prescrição dos medicamentos genéricos permitiria poupanças entre 27% e 48% na despesa do sector da Saúde dos vários Estados-Membros.

O estudo, divulgado em Portugal pela Associação Portuguesa de Medicamentos Genéricos (Apogen), foi conduzido pelo investigador Steven Simoens, que analisou as políticas seguidas pelos diversos

países europeus para desenvolver o mercado de medicamentos genéricos.

Entre as medidas que possibilitariam esta poupança encontram-se, o aumento da comparticipação do Estado em medicamentos genéricos, a criação de incentivos (com recompensa ou penalização) para os médicos e a eliminação das margens fixas de comercialização para as farmácias.

O estudo indica ainda que a penetração de medicamentos genéricos é

mais forte em países onde o sistema de preços de referência é menos rígido, como na Alemanha, Holanda e Reino Unido, em comparação com Portugal, Espanha, França e Itália, onde a regulação de preços é mais forte.

A Apogen, por seu turno, acrescenta que “os países europeus continuam a desperdiçar dezenas de milhões de euros anualmente, que seriam uma poupança para os serviços de saúde, por não apostarem mais nos medicamentos genéricos”.

Médicos sob investigação pela prescrição de medicamentos

A Inspeção-Geral da Saúde enviou ao Ministério da Saúde o relatório sobre a forma como os médicos prescrevem medicamentos. Por seu turno, o Ministério enviou-o ao INFARMED e à Ordem dos Médicos para ser analisado por ambas as instituições.

O relatório indica que serão analisadas as receitas de 14 médicos, no sentido de verificar se a medicação recomendada é ou não a adequada à patologia dos doentes. Indica ainda que o médico com maior valor de receitas prescritas é de Aveiro, chegando a 4.500 euros diários o valor dos medicamentos receitados, correspondentes a 95 receitas.

O relatório faz ainda saber que também os hospitais não controlam as receitas médicas prescritas, encontrando-se situações em que os médicos

ignoram os genéricos e prescrevem medicamentos mais caros. Porém, avança a investigação, esta situação não tem ligação com as promoções dos laboratórios farmacêuticos junto dos médicos, como a participação em congressos.

O Bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, reagiu a este relatório admitindo que os médicos envolvidos poderão ser “punidos e até expulsos da Ordem”, caso sejam provadas as suspeitas. Apesar de louvar que o relatório tenha concluído que não existe ligação entre a prescrição de medicamentos e a participação de médicos em congressos promovidos pelos laboratórios, Pedro Nunes culpa o Ministério por manter um sistema de vinhetas que “qualquer fotocopiadora de supermercado consegue reproduzir.”

Ibéricos unidos no combate à Pandemia da Gripe

Portugal e Espanha vão simular em conjunto, no segundo semestre de 2007, um surto de gripe, cujo objectivo é testar os respectivos planos nacionais de preparação e resposta à Pandemia da Gripe.

A decisão foi tomada durante a 1ª reunião da Comissão de Acompanhamento Paritária, que tem como missão promover a cooperação entre os dois países no que toca a políticas para a Saúde.

Neste encontro, concluiu-se que Portugal e Espanha devem aumentar a cooperação na área das políticas farmacêuticas e investigação biomédica. Discutiram-se ainda matérias relacionadas com a promoção da saúde, como a luta contra o tabagismo e a obesidade. O que sobretudo saiu da reunião foi a concertação no que diz respeito à troca de informação nestas diversas matérias. Estiveram presentes a Alta-Comissária da Saúde, Maria do Céu Machado, o Director-Geral da Saúde, Francisco George, o Secretário-Geral de Saúde espanhol, José Martínez Olmos, e o Subdirector-Geral de Relações Internacionais do Ministério da Saúde e Consumo de Espanha, Jose Perez Lázaro.

Receita Electrónica

Crónica da Madeira

Paulo Sousa *



O meu médico passou-me uma receita electrónica.

E agora, o que é que eu faço?

Não se preocupe que embora este seja um cenário mais do que provável no decorrer do próximo ano, não deverá dar azo a grandes inquietações.

De facto, este é um processo que acarretará algumas mudanças de hábitos e procedimentos, mas é, estou convencido, uma grande evolução de todo o sistema existente.

Só para começar e a nível de curiosidade, cada prescrição médica que circula no nosso país, custa a o estado, desde o seu fabrico à sua verificação cerca de 1,00 Euro.

Se pensarmos que circulam anualmente 55 milhões de receitas por ano no nosso pequeno rectângulo e respectivas ilhas adjacentes, (como é bom ser adjacente, eheh) chegamos à conclusão que deitamos fora 55 milhões de euros por ano em papel e burocracias.

Em termos práticos e voltando ao primeiro parágrafo, quando fôr ao seu médico de família ou outro qualquer que disponha do sistema, para além da tradicional consulta, o médico fará uma prescrição através de um computador, recebendo do SRS a validação da receita através de um número de código. O médico dar-lhe-á um papel com esse código.

Se perder o papel, bom, também não haverá qualquer problema pois desde que apresente o seu cartão de utente na sua Farmácia a receita aparecerá no ecrã do computador evitando assim quaisquer riscos de enganos de leitura da medicação. Naturalmente o seu farmacêutico dir-lhe-á o modo de toma dos medicamentos e poderá esclarecê-lo

de qualquer dúvida que lhe venha a surgir.

Também o médico passa a ter a hipótese, através do mesmo código de saber se o seu utente levantou ou não a medicação prescrita.

Do ponto de vista de quem paga, ou seja do Estado, há também a hipótese de controlar muito mais detalhadamente toda a despesa com medicamentos.

O que irá entrar em funcionamento a partir de Janeiro é uma evolução do que se fez em Portalegre nos últimos dois anos, com a vantagem de que temos uma cobertura farmacêutica muito melhor e dois anos de experiências. Se é importante aprendermos com os nossos erros, ainda é mais importante aprendermos com os erros dos outros.

Em Portalegre existem 24 Postos Farmacêuticos que não têm capacidade para receber as prescrições electrónicas, enquanto na RAM, para além de termos todas as Farmácias informatizadas, teremos estou em crer dentro de pouco tempo a totalidade das mesmas com o Farmalink, uma rede de Intranet, o único requisito necessário para que possam receber o receituário electrónico. Neste momento mais de 60% das Farmácias já a utilizam diariamente.

Um crocodilo parado arrisca a transformar-se em bolsa de senhora. Esta frase pitoresca da autoria de Edson Athaide lembra-nos que se não evoluímos podemos pura e simplesmente ser engolidos pelo progresso.

Esta parece-me uma oportunidade de ouro para evoluirmos como Sociedade.

Mas podemos perdê-la se quisermos.



* Paulo Sousa, Director Técnico da Farmácia Santo António na Madeira

Estudo reconhece eficácia da intervenção farmacêutica na adesão ao tratamento

Um estudo divulgado nos EUA conclui que os cuidados farmacêuticos melhoraram a adesão dos doentes à terapêutica. De acordo com o estudo FAME (Federal study of Adherence to Medications in the Elderly), apresentado em finais do ano passado nas sessões científicas da American Heart Association, o programa completo de cuidados farmacêuticos melhorou substancialmente os níveis de adesão dos doentes à terapêutica, verificando-se que tinha aumentado de 61% para 96,9%.

O farmacêutico auxiliou o doente a sa-

ber os nomes dos medicamentos, explicou o motivo por que os toma e as doses, os efeitos secundários possíveis e as eventuais interações. Para além da informação prestada, certificou-se que o doente tomava os medicamentos na hora certa e nas doses recomendadas.

“A má adesão à medicação é muito comum e muito difícil de resolver”, afirmou Allen Taylor, do Walter Reed Army Medical Center, de Washington, durante a apresentação do estudo. O especialista frisou que “se os doentes não tomam os comprimidos segundo a prescrição, a

eficácia deles diminui”, lembrando que os idosos são uma população particularmente em risco de má adesão, devido à frequência da polimedicação por patologia crónica múltipla.

“Este programa completo de cuidados farmacêuticos conduziu a melhorias substanciais na adesão medicamentosa nos doentes idosos que recebem regimes terapêuticos complexos”, sublinhou o orador, defendendo que “a adesão à medicação pode levar a melhorias significativas dos parâmetros de saúde”.

homenagem

António Pires Rodrigues



No passado dia 10 de Janeiro de 2007, faleceu o professor Dr. António Pires Rodrigues, sócio desta Associação Nacional das Farmácias e professor de muitos dos que frequentaram a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa antes de Abril de 1974.

A sua morte trouxe à nossa memória a colaboração que este professor universitário manteve com a ANF quer ao nível da direcção quer ao nível do grupo de voluntários da Difarma.

Como consultor representou a Associação em grupos de trabalho com o Ministério da Saúde e deu pareceres técnicos em matéria do mesmo âmbito, como foram o regimento de preços, os recentes medicamentos não sujeitos a receita médica.

Foi encarregado de palestras nos cursos de Farmacoterapia que funcionaram antes de 1982, aquando da criação dos programas de Formação Contínua.

Na memória de João Silveira, Luis Teodoro Francisco Matos

Ferreira, está a sua presença como colaborador do grupo de farmacêuticos voluntários e inovadores que foram os membros da Difarma.

Professor na antiga Escola Superior de Farmácia de Lisboa e a seguir na Faculdade de Farmácia de Lisboa.

Introduziu e desenvolveu em Portugal, a liofilização dos medicamentos e alimentos.

Foi professor da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa.

Ultimamente tinha-se dedicado à homeopatia tendo sido admitido como membro do Comité Internacional dos farmacêuticos Homeopáticos.

Possuía o 1º Diploma do Curso de Homeopatia.

Eleito Presidente da Sociedade Medica Homeopática de Portugal. Em 2005 foi convidado pela Universidade Lusófona a desenvolver uma aula sobre preparação de medicamentos homeopáticos aos alunos do 5º ano de Farmácia.

Lucinda de Matos Pinto

Partiu para o além, tal como chegou, discretamente, no passado dia 6 de Janeiro, a nossa colega Lucinda de Matos Pinto, proprietária e directora técnica da Farmácia Diana em Évora. A convivência profissional que com ela mantive, ao longo de dezenas de anos, permite-me trazer-vos ao conhecimento algo sobre a personalidade, daquela nossa colega, que marcou a actividade da Farmácia de Oficina na cidade de Évora, ousaria dizer, mesmo para além dela.

A Lucinda iniciou a sua vida profissional em Évora com a abertura da sua Farmácia nos idos anos de 1947 e, desde então, manteve-se à frente daquela até ao dia da sua partida.

Podeis imaginar o que representam sessenta anos de actividade farmacêutica em que todos os dias se luta contra adversidade mas, podeis crer, as que sofremos marcam definitivamente a história da Farmácia Portuguesa. Foram tempos difíceis em que a Lucinda esteve sempre entre os que estiveram na primeira linha e, por isso, sendo do grupo daqueles a quem, hoje, a classe muito deve.

Se nunca descurou os interesses dos seus utentes e da sua farmácia a verdade é que nunca pôs menos empenho e entusiasmo na defesa dos interesses da sua classe profissional; daí a minha homenagem.

Da sua vida destacarei o facto de ter sido sócia, desde 1955, do Grémio Nacional das Farmácias, que teve a sua sede na Rua da Madalena n.º 171, 2.º em Lisboa, e ter sido, conjuntamente comigo, representante daquele, durante vários anos, diante das competentes autoridades na cidade de Évora.

Com o aparecimento da ANF viria, nos anos setenta e oitenta, a ser uma das suas delegadas mais representativas neste Alentejo que ela tanto amava.

Com o avançar da idade, foi-se afastando das lides associativas mas mantendo-se firme ao leme dos destinos da sua farmácia e nunca deixando de apoiar a ANF e os seus colegas com a autoridade que a sua idade, passado e experiência lhe permitiam.

Ainda que de forma sucinta, aqui fica a minha homenagem à minha colega Lucinda com o relembrar do seu percurso profissional, em que fomos companheiros de jornada ao longo de uma vida, com a esperança de que, aquele seu percurso, sirva de exemplo aos colegas de hoje e sempre.

Autor: Júlio Potes
Director Técnico da Farmácia Galeno (Évora)



Como familiar e farmacêutico não posso deixar de prestar a minha homenagem à minha madrinha Lucinda de Matos que nos deixou no passado dia 6 de Janeiro.

Dela guardo a memória de uma farmacêutica que até ao fim dos seus dias esteve à frente dos destinos da sua farmácia e foi exemplo do que deve ser um farmacêutico; recordo que foram 63 anos de exercício profissional.

Além da sua farmácia, teve um papel activo dentro da sua classe profissional pois foi representante do Grémio das Farmácias no distrito de Évora e mais tarde representante da ANF, também por Évora.

Em 1994, ano que marcou especialmente os familiares farmacêuticos, foi agraciada – juntamente com a minha mãe – com a medalha da nossa Ordem por, naquele ano, haver cumprido 50 anos de exercício profissional.

Ficou a classe sem mais um daqueles farmacêuticos que marcaram uma época e deixaram um grande legado pois a farmácia portuguesa só é e existe como tal, nos dias de hoje, graças a pessoas como a minha madrinha.

Diga-se aliás que ela fez parte de uma geração de ouro e de uma família que marca a profissão farmacêutica pois além do facto de ser uma entre 5 irmãos e cunhado farmacêuticos na primeira geração, tinha, entre as novas gerações da família, uma filha, um sobrinho, dois sobrinhos netos farmacêuticos e é avó de um estudante de farmácia.

Lembremo-nos de que uma parte importante desses irmãos e outros familiares receberam dela grande influência na escolha profissional, não falando de outros que muito dela receberam como exemplo vivo do exercício e associativo.

Os que com ela compartilharam a vida poderão viver um momento de tristeza mas não podem deixar de sentir a felicidade de a terem conhecido e dela haver recebido exemplo vivo do que é e deve ser um farmacêutico de oficina.

Autor: Francisco Matos Ferreira
Director Técnico da Farmácia Nova Odivelas (Odivelas)

ficheiro mestre

Instalação de Farmácia

Farmácia dos Viveiros
Estrada Dr. João Abel de Freitas N.º 39,
R/Ch, Fr. B -Bl. 1
9050-012 FUNCHAL
Dra. Cristina Maria Teixeira Rodrigues
Cristina Rodrigues Unipessoal, Lda.

Alteração à Denominação

Farmácia Central do Pinhal Novo
Largo José Maria dos Santos, 37
2955-119 PINHAL NOVO
Dra. Maria Alzira Monteiro Dias
de Oliveira Maia
Rotasanus, Unipessoal, Lda.

Farmácia de Campanhã
Rua da Estação, 100-104
4300-171 PORTO
Dr. José Agostinho da Silva Castro
José Agostinho Silva Castro Unipessoal, Lda.

Alteração ao Pacto Social

Farmácia Figueiredo
Rua da Sofia, 107-109
3000-390 COIMBRA
Dra. Capitolina M. F. Fernandes Pinho
José Figueiredo Herd. Lda.

Farmácia Confiança
Morada Rua Formosa, 10
3500-134 VISEU
Dra. Lucília Manuela de Oliveira Ribeiro
Simões
Farmácia Confiança de Viseu Lda.

Farmácia Nelsina
Praça da República, 3-5
4900-524 VIANA DO CASTELO
Dra. Luísa Maria Cardoso Vaz Cariano
Cassina Santos & Filha Lda.

Cessão de Exploração

Farmácia do Caniço
Estrada João Gonçalves Zarco, 74
Código Postal 9125-018 CANIÇO
Dr. João Paulo Verde Cerqueira
Ilhafarma - Farmácia Lda. - Cessionária

Alteração à Propriedade

Farmácia Central do Pinhal Novo
Largo José Maria dos Santos, 37
2955-119 PINHAL NOVO
Dra. Maria Alzira Monteiro Dias
de Oliveira Maia
Rotasanus, Unipessoal, Lda.

Farmácia de Campanhã
Rua da Estação, 100-104
4300-171 PORTO
Dr. José Agostinho da Silva Castro
José Agostinho Silva Castro
Unipessoal, Lda.

Farmácia Alter
Avenida Padre José Agostinho
Rodrigues, 48
7440-014 ALTER DO CHÃO
Dra. Marta Del Cazo Palos
Marta Del Cazo Sociedade
Unipessoal, Lda.

Farmácia Antunes
Dr. Fausto Lobo, Edifício B3, LJ 3-4
3220-000 MIRANDA DO CORVO
Dra. Maria Isabel da Silva Antunes
Farmácia Antunes, Unipessoal Lda.

Farmácia Simões Ferreira
Av. Dr. Castanheira de
Figueiredo, LOTE 1
3420-302 TÁBUA
Dra. Maria Jose da Silva Bolas Carniça
Maria José da Silva Bolas Carniça
Unipessoal, Lda.

Farmácia Silveira Suc.
Rua de Mértola, 21
7800-475 BEJA
Dra. Mariana Palma Duarte Mirrado
Paisana
Mariana Paisana Farmácia Unipessoal Lda

Farmácia Batista Ramalho
Av. Dr. C. Fernandes - E. Municipal 313,
5110-590 SÃO COSMADO
Dra. Teresa Maria Batista Ramalho
Farmácia Batista Ramalho, Unipessoal, Lda.

Farmácia Magalhães
Rua de São Pedro, 904
4510-431 SÃO PEDRO DA COVA
Dra. Maria Manuela Ribeiro da Rocha
Braga de Freitas Aires
Maria Manuela Aires - Soc. Farmacêutica,
Unipessoal, Lda.

Farmácia Central da Lapa
Rua dos Navegantes, 10 14
1200-731 LISBOA
Dra. Ana Clara dos Santos da Costa
Farmácia Central da Lapa, Lda.

Farmácia Santos Ferreira
Rua Barão de Moçamedes, 9-B
Lugar da Quinta da Vinha
2775-715 CARCAVELOS
Dra. Paula Cristina dos Santos Ferreira
Farmácia Santos Ferreira - Soc.
Farmacêutica, Unipessoal Lda.

Farmácia Vitória
Rua de Talhó, 195
4580-281 BEIRE
Dra. Cristina Maria
Mesquita Teixeira
Cristina Maria Mesquita Teixeira
Unipessoal, Lda

Farmácia do Monte
Rua Clube Naval Infante
Dom Henrique, 452
4420-412 VALBOM GDM
Dr. Augusto Manuel
Almeida Lopes Abreu
Augusto Abreu
- Farmácia do Monte
Unipessoal, Lda.

Transferência provisória de Local

Farmácia Firmeza
Rua da Firmeza, 96
4000-228 PORTO
Dr. Ricardo Augusto
de Sousa Vieira
da Silva Alves
Farmácia Firmeza, Unipessoal, Lda.

Farmácia Botto e Sousa
Rua Duque da Terceira, 59
2600-429 Alhandra
Dra. Maria Gabriela
Onofre M. Plácido
Sociedade Actifarma
- Actividades Farmacêuticas Lda.

Transferência de Local

Farmácia Dias da Silva
Rua Eng. Moniz da Maia, 67
2050-320 AZAMBUJA
Dra. Maria João Amado
Dias da Silva
Farmácia Dias da Silva,
Unipessoal Lda.

Farmácia Ponta do Sol
Estrada do V Centenário,
9360-215 PONTA DO SOL
Dra. Ana Paula Severim Martins

Desvinculação de Farmácia

Farmácia São Jorge
Largo do Leão, 3-A-B
1000-188 LISBOA
Dra. Maria Judite
Romão da Silva
Farmácia S. Jorge
Unipessoal Lda



ILUSTRAÇÃO: EDUARDO PERESTRELO. BALÕES E MONTAGEM: CARLOS CRESPO

Um Sector Independente



Nos últimos dois anos, o fim anunciado do Acordo entre o Ministério da Saúde e a ANF pairou na opinião pública como o prenúncio da destruição do sector de farmácias

O Acordo, julgavam alguns, era a única razão pela qual o sector se mantinha unido numa associação forte e representativa.

Pensavam que, uma vez terminado o Acordo, isso seria o fim da ANF e as farmácias ficariam à mercê do Ministério da Saúde.

Procuraram dividir-nos, lançando suspeitas sobre as vantagens do associativismo no sector e formulando apelos ao relacionamento directo das farmácias com o Ministério da Saúde.

Sempre tivemos a firme convicção de que tais objectivos não seriam atingidos.

As farmácias não têm memória curta. E sabem com rigor o que significa o relacionamento individual e directo com o Estado.

As farmácias recebem pontualmente, desde há muitos anos, as participações nos medicamentos, apenas porque se organizaram e souberam resistir colectivamente aos atrasos crónicos nos pagamentos do SNS.

Não é por simpatia para connosco que o SNS paga às farmácias em prazo mais curto do que paga aos outros fornecedores.

Aqueles que confiaram no relacionamento directo com o Ministério da Saúde, sempre receberam e continuam a receber com meses e até anos de atraso.

E não há nenhuma razão credível para pensar que o Ministério da Saúde pagaria pontualmente às farmácias se estas tivessem optado por uma visão individualista dos seus problemas.

Pelo contrário, há todas as razões para pensar que, uma vez destruída a unidade do sector, o Ministério da Saúde pagaria às farmácias tal como faz em relação aos demais sectores.

Pagaria quando pudesse e quando quisesse, sem nos dar qualquer satisfação.

E cada um de nós, individualmente, não teria a menor capacidade para obrigar o Estado a cumprir pontualmente as suas obrigações.

Preparámos, por isso, uma solução alternativa ao fim do Acordo, constituindo a nossa própria sociedade de fac-

toring - a Finanfarma -, que iniciou a sua actividade no mesmo dia em que terminou o Acordo com o Ministério da Saúde: 1 de Janeiro de 2007.

E para desgosto dos que previam a destruição do sector, praticamente a totalidade das farmácias cedeu os seus créditos sobre o SNS à Finanfarma, recusando o relacionamento directo com o Ministério da Saúde.

As farmácias conhecem bem o valor da unidade associativa.

Constituímos hoje o único sector da vida nacional que recebe as dívidas do Estado no prazo de 8 dias a contar da data da factura!

Em vez da nossa destruição, evoluímos para uma maior coesão.

Em vez de crise financeira, evoluímos para uma maior estabilidade financeira.

Em vez de prazos mais longos, evoluímos para prazos mais curtos.

Àqueles que nos julgavam dependentes do Acordo, provámos a nossa independência.

As farmácias não vivem de subsídios ou favores do Estado.

Vivem do seu trabalho, da sua capacidade técnica e profissional, da qualidade dos serviços que prestam e da confiança dos doentes.

Somos, de facto e com orgulho, um sector livre e independente.

João Cordeiro

HARTMANN



Tensoval.

Faça desporto, meça a tensão.



HILL HARTMANN (UK) Ltd, Swindon Road, Wotton Bassett, Wiltshire, UK. Tel: 01299 200000



FÁCIL DE USAR!

Medição da tensão arterial no braço

Medição da tensão arterial no pulso



FARMÁCIA ABÍLIO GUERRA

(Cartaxo)

Um Projecto Consiste

Projecto, Mobiliário, Equipamentos, Robótica e Merchandising

