



Farmácia Portuguesa

BIMESTRAL • N.º 168 • MARÇO/ABRIL '07

A equipa da farmácia
O espírito do “nós”

Obesidade e Risco
Cardiovascular
Farmácias
lançam campanha

Primeiro-ministro na
inauguração do LEF
Sócrates valoriza
aposta no risco

O ELEFANTE É UM SÍMBOLO
DE RESISTÊNCIA E LONGEVIDADE...

EVER-FIT[®] PLUS

...TAMBÉM!

POLUIÇÃO

ERROS ALIMENTARES

SEDENTARISMO

STRESS

**RESISTA ÀS AGRESSÕES CONTRA
A SUA QUALIDADE DE VIDA**

EVER-FIT PLUS é o antioxidante que fornece vitaminas e minerais em dosagens adequadas às exigências do organismo de adultos activos que constantemente se expõem aos factores de risco inerentes ao estilo de vida actual.



1 COMPRIMIDO POR DIA / TODOS OS DIAS

24 Dossier

A EQUIPA DA FARMÁCIA

Fomentar o espírito de equipa é essencial para a sustentabilidade da farmácia, enquanto empresa e enquanto unidade prestadora de cuidados de saúde. Para passar da farmácia da tradição à farmácia da modernidade, uma das pontes mais sólidas passa pela gestão dos recursos humanos, assente na partilha de regras, valores e princípios.

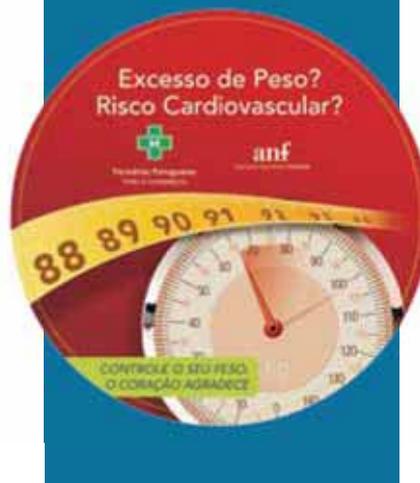


Editorial	5
Pequim acolhe 68º Congresso da FIP Beijing hosts 68th FIP Congress	6
Congresso Nacional dos Farmacêuticos 2007 Pharmacists National Congress 2007	8
Propriedade de Farmácia nos Modelos Europeus The propriety of pharmacy on the European models	12
Equipa da Farmácia Pharmacy Team	24
Um ano da presidência portuguesa do PGEU One year of the PGEU Portuguese presidency	32
Entrevista a Luís António Pinto Interview with Luís António Pinto	40
Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão Postgraduation school in Wealth and Management	44
Sistema de Gestão de Qualidade para as Farmácias Quality Management System of Pharmacies	50
Flashes	53
Primeiro-ministro na inauguração do LEF Prime ministre attends to LEF inauguration	54
Informação Terapêutica – Dor Neuropática Therapeutical Information – Neuropatic pain	60
Informação Terapêutica – Obesidade e risco cardiovascular Therapeutical Information – Obesity and cardiovascular risk	66
Informação Veterinária – Doenças oculares em pequenos animais Veterinary Information – Ocular diases on small animals	74
A importância de ser sincero The importance of being sincere	76
Eu, colaborador de farmácia me confesso I, pharmacy collaborator, confess myself	80
Consultoria jurídica – Ajudas de custo Law consultancy – Expenses help	84
Consultoria jurídica – Prestação de trabalho suplementar nas farmácias Law consultancy – Overtime work on pharmacies	88
Noticiário News	92
Reuniões e Simpósios Meetings and simposias	96
Cartoon Cartoon	97
Desta varanda From this balcony	101

56 Campanha

OBESIDADE E RISCO CARDIOVASCULAR

De 14 a 19 de Maio, as farmácias vão, uma vez mais, honrar os compromissos assumidos, sendo palco de uma campanha que tem como grandes objectivos reforçar o papel da farmácia como centro de cuidados de saúde, promovendo testes de vigilância na área cardiovascular e informar a população sobre a importância da obesidade abdominal como factor de risco cardiovascular.



última hora

Novos horários em nome do “interesse público”

Desde 8 de Março último que o período mínimo de funcionamento das farmácias é de 55 horas semanais. Uma decisão do Ministério da Saúde publicada em Diário da República nesse dia, com efeito obrigatório no prazo de 60 dias mas cuja antecipação é deixada ao arbítrio de cada proprietário.

Justificando a decisão de fomentar um período alargado de funcionamento das farmácias, o governo invoca a necessidade de assegurar a acessibilidade ao medicamento. Fixa as 55 horas semanais, mas reserva para o foro de cada proprietário a definição do funcionamento diário e semanal. Sem prejuízo de ser garantida a acessibilidade ao medicamento 24 horas por dia, mediante o estabelecimento, consensual, de escalas de turno.

Assim, determina que as farmácias de turno de serviço permanente estejam abertas, ininterruptamente, desde a hora de abertura até à hora de encerramento do dia seguinte, enquanto as farmácias de turno de regime de reforço se mantêm em funcionamento até às 22 horas, mas sem prejuízo de encerramento à hora de almoço quando o período de funcionamento definido o preveja. Já as farmácias de turno de regime de disponibilidade

têm de assegurar que um farmacêutico ou um auxiliar legalmente habilitado esteja disponível para atender o público que o solicite em caso de urgência. Aliás, segundo o decreto-lei nº 53/2007, de 8 de Março, a fixação de turnos visa “garantir o permanente e efectivo acesso dos cidadãos ao medicamento em situações de urgência”. Para esse efeito, são estabelecidos limites mínimos quanto ao número de farmácias por turno consoante a dimensão do município em que estão instaladas.

Ao abrigo do mesmo diploma, uma farmácia de turno não pode cobrar qualquer pagamento acrescido nos medicamentos prescritos em receita médica datada do próprio dia ou do dia anterior. Noutras situações, porém, pode haver lugar a um valor adicional, com valor máximo a definir pelo Ministério da Saúde. O novo período legal de funcionamento das farmácias enquadra-se no Compromisso com a Saúde, assinado entre a ANF e o governo. É, no entanto, uma medida com efeitos autónomos e, segundo o preâmbulo do decreto-lei, justifica-se a sua rápida aplicação, no quadro de um conjunto de alterações legislativas para o sector “centradas no cidadão”.

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 nº 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

A Equipa

A legislação de saúde em geral e a que se dirige aos farmacêuticos em particular refere ser o bem-estar do doente o objectivo maior a atingir e a usar como padrão de avaliação.

Na nossa argumentação e na nossa cultura profissional também a satisfação do doente ocupa o espaço central.

Tudo o que contraria esta verdadeira obsessão, que surge em todos os textos escritos e em todas as discussões ou lições proferidas por aqueles que se nos dirigem, é apelidado de perigoso, corporativo e inaceitável.

A verdade, porém, é que o farmacêutico de farmácia recebe um alvará do Ministério da Saúde, através do Infarmed, que o torna responsável pelos serviços prestados nesse local, por ele e por uma equipa que o ajuda e que ele chefia.

Sabemos que existe uma diversidade assinalável entre os seus membros. Desde a empregada dos serviços auxiliares até ao director técnico, passando pelos ajudantes de farmácia, os outros farmacêuticos e um eventual colaborador com funções administrativas.

Como será então possível prestar um serviço de qualidade e homogéneo aos doentes?

Esse é o grande segredo da gestão

dos recursos humanos que ocupa um tempo e uma atenção muito significativa dos sócios da ANF.

Criar regras de convivência que desarmem e previnam conflitos é hoje tão importante como aproveitar de forma útil a abundante corrente de acções de formação que nos são oferecidas.

Quando se observa que um doente ao entrar numa farmácia pode ser atendido em qualquer balcão, não será estranho que esse contacto conduza a realidades diferentes, quando, por exemplo, não exista receita médica.

Os critérios de atendimento, ao variarem de atendedor para atendedor, põem em causa a imagem da farmácia e do serviço. Criar normas orientadoras do desempenho para as situações do dia-a-dia, que se vivem nas salas de público e nos gabinetes dedicados ao seguimento de utente, é indispensável. Atingir os objectivos gerindo a qualidade do nosso sector é tarefa que nos cabe e que arrasta qualquer dos nossos colaboradores e que nesta revista lembramos ao passarmos pelo 1º de Maio.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Francisco Guerreiro Gomes'.

Francisco Guerreiro Gomes



Pequim acolhe 68º Congresso da FIP

O papel dos farmacêuticos no uso dos medicamentos

O contributo dos farmacêuticos para o melhor uso dos medicamentos é o denominador comum do próximo congresso da FIP, de 31 de Agosto a 6 de Setembro em Pequim. Uma oportunidade de enriquecimento profissional, em que pontuará, como sempre, a presença portuguesa.

O objectivo é que o congresso de 2007 constitua uma “excelente oportunidade” para aprender com os líderes nos campos da farmácia e da investigação farmacêutica, ganhando uma visão do potencial que a profissão detém em todos os ambientes de cuidados de saúde.

Mais do que nunca, os farmacêuticos têm a capacidade e oportunidade de influenciar decisivamente a saúde e o bem-estar dos doentes e das comunidades como um todo. A FIP reconhece quer os desafios, quer as oportunidades que os farmacêuticos enfrentam actualmente e, enquanto federação, está dedicada à promoção de profissionais capazes de corresponder às necessidades e exigências de um novo e envolvente paradigma dos cuidados de saúde.

É assim que o presidente da Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP), Kamal Midha, e o presidente da

Associação Farmacêutica Chinesa (CPA), Sang Guowei, justificam o tema escolhido para este 68º congresso, o maior evento internacional na área das Ciências Farmacêuticas.

Tendo subjacente o contributo dos farmacêuticos para o melhor uso dos medicamentos, em benefício dos doentes, o congresso foi concebido por forma a granjear o interesse e a participação de profissionais oriundos dos diversos domínios em que a actividade se desenvolve, da farmácia de oficina à hospitalar, da investigação à indústria, da formação à farmácia militar e de emergência.

Tendências da farmácia de oficina

No que concerne a farmácia de oficina, o congresso da FIP focaliza-se no crescente papel do farmacêutico como profissional de saúde mais acessível na gestão e prevenção da doença crónica, considerando que se trata de uma tendência que emerge a nível mundial. Os farmacêuticos de oficina – sustenta a organização – estão numa posição extremamente influente para facilitar a detecção precoce da doença crónica, para identificar estilos de vida

pouco saudáveis e fornecer serviços de promoção da saúde, de que a cessação tabágica é exemplo.

Actualmente, os farmacêuticos de oficina enfrentam um vasto conjunto de desafios e oportunidades que a organização do congresso procurou escarpelizar através das diferentes sessões.

Assim, estarão em foco as tendências na farmácia de oficina, numa sessão marcada para 4 de Setembro em que se debaterá o futuro da profissão. Uma sessão com particular interesse para os farmacêuticos portugueses, uma vez que contará com a moderação de Ema Paulino, da Secção de Farmácia de Oficina da FIP.

Esta é uma sessão que visa proporcionar aos participantes uma visão global e regional das tendências que afectam a profissão, bem como um conhecimento sobre assuntos que vão da substituição farmacêutica à desregulamentação do sector. Visa igualmente identificar estratégias para enfrentar os desafios e aproveitar as oportunidades.

O dia 5 de Setembro foi reservado para a apresentação de experiências e partilha de conhecimentos sobre tópicos relevantes para a prática na farmácia de oficina. Trata-se do "Practitioners' Day, constituído por curtas apresentações orais e pela exibição de posters organizados em quatro tópicos: "formas inovadoras de colaboração entre farmacêuticos e médicos", "experiências com perfis de doentes", "contrafacção de medicamentos", "o papel do farmacêutico na saúde pública".

A formação contínua estará em destaque no dia seguinte, com uma sessão subordinada ao tema "Da investigação

à prática diária – implementando a "farmácia da família", uma estratégia inovadora e um modelo de negócio".

Justificando esta escolha, a FIP argumenta que no futuro será imperativo que as farmácias desenvolvam estratégias fortes e modelos de negócio inovadores, de modo a manterem o controlo sobre a qualidade dos medicamentos, no que diz respeito ao uso seguro e eficiente pelos doentes.

Neste âmbito, será apresentado o projecto alemão "Farmácia da família", cuja originalidade reside em combinar a remuneração de serviços diferenciados num contexto de crescente desregulamentação e contenção de custos. O objectivo é otimizar os cuidados farmacêuticos de uma forma custo-efectiva através da melhoria dos resultados terapêuticos e de uma maior segurança no uso dos medicamentos. Ao abrigo deste programa, os doentes escolhem a sua "farmácia da família", com a qual passam a relacionar-se em exclusivo, e ela recorre para a dispensa de medicamentos prescritos ou de indicação farmacêutica, bem como para outros serviços.

Uma outra tendência actual na farmácia de oficina prende-se com a interacção com os doentes. Como criar um nível de satisfação dos utentes tão elevado que eles sejam a sua melhor força de vendas? Esta é uma das questões suscitadas pela organização no âmbito da sessão agendada para 4 de Setembro. E a resposta passa por desenvolver uma prática profissional de valor acrescentado, que promova a satisfação, mas também a fidelização dos utentes. Esta é – sublinha a FIP – "uma

tarefa crucial para os futuros gestores de farmácia".

Outros dois tópicos são contemplados no programa específico sobre a farmácia de oficina – "os medicamentos e o ambiente" e "como garantir o melhor resultado terapêutico num medicamento – influência do ciclo de vida".

Contributos portugueses

Portugalestará, como habitualmente, representado no congresso da FIP através de uma delegação que inclui membros da Ordem dos Farmacêuticos e da Associação Nacional das Farmácias. Além de uma presença activa a nível das apresentações orais e de posters, a reunião de Pequim contará com duas intervenções de destaque.

Assim, Ema Paulino será, como já se referiu, moderadora da sessão sobre "Tendências na Farmácia de Oficina" e integrará também o grupo de moderadores da sessão sobre "O uso da informática na promoção da segurança dos medicamentos".

Uma sessão em que intervirá Sandra Lino, actual directora do Centro de Informação de Medicamentos (CEDIME/ANF), que abordará o tema "Resultados na farmácia comunitária: lições aprendidas".

Dará, assim, conta da experiência de informatização das farmácias portuguesas e das potencialidades oferecidas pelas novas tecnologias enquanto ferramentas indispensáveis à intervenção farmacêutica no âmbito da segurança dos medicamentos.

política profissional

Acrescentar valor à Saúde na Profissão Farmacêutica



O Congresso Nacional dos Farmacêuticos de 2007 pautou-se pela diversidade de opiniões, pelo profundo conhecimento do sector, pela troca de experiência entre os diferentes profissionais de Saúde e pela qualidade das intervenções. O êxito deste Congresso, realizado entre 8 e 10 de Março, foi reconhecido e aplaudido pelo participantes e intervenientes.

Subordinado ao tema “Acrescentar valor à Saúde”, o Congresso reuniu no Centro de Congressos de Lisboa cerca de dois mil profissionais, motivados pela diversidade de temas abordados e de oradores presentes.

A abertura oficial do Congresso coube ao Bastonário da Ordem dos Farmacêuticos (OF), Aranda da Silva, e ao Secretário de Estado da Saúde, Francisco Ramos. A cerimónia foi o culminar do primeiro dia de trabalhos, iniciado com as sessões paralelas.

Aranda da Silva centrou o seu discurso no valor que os farmacêuticos acrescentam à saúde, nomeadamente no que diz respeito à prestação de

cuidados aos doentes, ao aumento da eficiência dos serviços oferecidos e à centralização do doente e das suas necessidades nos sistemas de saúde.

Em traços gerais, os farmacêuticos estão de acordo com o Governo quanto à definição do preço de referência, à prescrição por DCI, à prescrição electrónica, ao formulário nacional de medicamentos, entre outros pontos. Contudo, argumentou Aranda da Silva, o Governo “pouco tem feito quanto à área farmacêutica”.

Ao fazer a avaliação de dois anos de governação, o Bastonário criticou as opções feitas pelo Governo, ao nível das medidas consideradas prioritá-

rias para o sector do medicamento, nomeadamente a venda dos MNSRM fora das farmácias. Ao contrário do que o Governo inicialmente alegou como justificação desta medida, as vantagens para o cidadão não são reais, visto que com ela não se melhorou a acessibilidade a estes medicamentos, antes pelo contrário, verificou-se uma concentração destes espaços nos grandes centros urbanos, tendo por isso acentuado as assimetrias regionais ao nível do acesso a estes medicamentos. O responsável sublinhou que esta política depositou praticamente num único grupo económico a sua venda, além de que não se verificou o objectivo essencial de redução de preços. Pelo contrário, em certos pontos de venda, registou-se mesmo um aumento do preço dos MNSRM.

Aranda da Silva também não poupou críticas à Autoridade da Concorrência, no que à liberalização da propriedade da farmácia diz respeito, acusando-a de ter dado um “péssimo contributo” para a política nacional de saúde e de não ter provado as vantagens de liberalizar a propriedade da farmácia a não farmacêuticos.

O Secretário de Estado agradeceu a frontalidade do discurso de Aranda da Silva e considerou a OF como um “parceiro de qualquer Governo”. Francisco Ramos reconheceu que as acções dos farmacêuticos nos últimos anos confirmam o seu envolvimento

e dedicação em melhorar a Saúde em Portugal, sobretudo na definição da Política do Medicamento e na implementação de um mercado mais seguro para os doentes.

Relativamente à polémica lei da propriedade da farmácia, o responsável governamental considera que é equilibrada, baseada no princípio de que não é importante que a figura do proprietário seja obrigatoriamente pertencente à classe farmacêutica.

Os MNSRM também foram alvo de referência no discurso de Francisco Ramos, sublinhando que se registaram “resultados positivos em termos de preço”.

Os novos desafios da classe

As sessões plenárias do segundo dia de trabalhos foram caracterizadas pela variedade de intervenções, ri-

queza dos discursos e, sobretudo, pelo profundo conhecimento dos temas expostos.

Subordinada ao tema “Novos Desafios da Regulamentação Europeia de Medicamentos”, a primeira sessão contou com a intervenção de Hélder Mota Filipe, vice-presidente do INFARMED, que, defendendo a perspectiva da entidade reguladora, referiu o trabalho realizado pelo INFARMED na compilação de vários diplomas e na transposição de diretivas europeias para a legislação nacional. Beatriz Lima, da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, centrou o seu discurso na perspectiva do perito e investigador, enquanto Rui Ivo, da Enterprise and Industry Directorate-General, abordou a perspectiva europeia sobre a regulamentação para o sector, nomeadamente o Sistema Regulador do Medicamento da UE, uma medida que visa garantir aos doentes medicamentos segu-



Aranda da Silva, Bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, e Maria de Belém Roseira, presidente da Comissão Parlamentar de Saúde

ros e eficazes, sejam inovadores ou genéricos. A sessão terminou com o testemunho do doente, traçado por Rosa Gonçalves, da Plataforma Saúde em Diálogo, que definiu as medidas essenciais para que sejam supridas as necessidades dos doentes e garantidos os seus direitos e a sua segurança, doentes esses que devem estar no centro de qualquer decisão, opinião, aliás, partilhada pelos outros intervenientes.

Valor acrescentado da Intervenção Farmacêutica

O valor acrescentado dos farmacêuticos na Saúde reflecte-se em várias áreas: investigação e desenvolvimento, farmácia hospitalar, farmácia comunitária e análises clínicas.

A segunda sessão contou com as presenças de especialistas em cada uma destas áreas: José Sousa Lobo, da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, instou os far-

macêuticos a contribuir para a área de investigação e desenvolvimento em farmácia. António Idoate, da Universidade de Navarra, falou sobre a farmácia hospitalar e sobre o papel do farmacêutico na farmacoterapia hospitalar, enquanto Jorge Oliveira ressaltou a importância das análises clínicas na profissão.

Mara Guerreiro interveio sobre o papel da farmácia comunitária, explicando que, de uma dispensa activa, as farmácias de oficina passaram a fornecer serviços mais alargados, como a troca de seringas, a recolha de medicamentos fora do prazo, a avaliação de parâmetros fisiológicos e bioquímicos, os programas de cuidados farmacêuticos e os programas de substituição narcótica. Esta prestação de cuidados farmacêuticos, concluiu a farmacêutica, “tem valor social e clínico mensurável”, embora seja imperativa a realização de mais investigação.

A última intervenção foi a do professor do ISCTE Luís Martins, coordenador de um estudo encomendado

pela OF sobre a responsabilidade da intervenção farmacêutica, afirmando que o “aconselhamento farmacêutico e a sua participação na saúde pública é um dado fundamental e uma valia insubstituível no sistema”.

Terceira sessão debate Reforma do Sistema de Saúde

Manuel Delgado, presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, e Francisco George, Director-Geral da Saúde, explicaram como se organiza o Sistema de Saúde e quais as deficiências actuais. As transformações sócio-demográficas verificadas nas últimas décadas, como o envelhecimento da população, afectam a forma como se produz saúde actualmente, explicou Manuel Delgado, tendo referido que o SNS não tem sustentabilidade económica e financeira e que os gastos excessivos em saúde são problemas reais a serem combatidos. Por seu turno, Francisco George não se desviou da ideia que Manuel Delgado traçou quanto ao actual padrão demográfico e quanto à imperatividade de o SNS se adaptar a esta mudança. Para Francisco George, é necessário reorganizar o SNS e apostar fortemente na promoção da Saúde. Relativamente à “Sustentabilidade Económica dos

Principais conclusões

A liberalização económica do sector farmacêutico acarreta prejuízos para o doente e para o interesse público e abre caminho para a intervenção de grandes operadores económicos, induzindo o aumento da despesa, prejudicando a cobertura equitativa de cidadãos e desvirtuando o foco de intervenção na farmácia comunitária. As vantagens da perda de independência técnica não são corroboradas em estudo.

Cuidados de Saúde”, Miguel Gouveia, da Universidade Católica Portuguesa, afirmou que a situação de Portugal é anómala, uma vez que os benefícios registados são bem inferiores ao que seria expectável para tal investimento em saúde.

Já Eugénio Rosa, da CGTP-Inter-sindical, deu uma perspectiva menos negativista sobre os gastos em saúde, reforçando que estes estão a diminuir para o Estado, quando analisados em valores absolutos, e não em percentagem.

A última parte desta sessão centrou-se na Regulação da Saúde, com Álvaro Santos Almeida, presidente da Entidade Reguladora da Saúde, a abordar a perspectiva da regulação pública e a defender que a liberdade na prestação dos cuidados de saúde aumenta a capacidade de escolha dos utentes. Contudo, actualmente não existe um poder de escolha eficaz, com conhecimento da relação preço/qualidade, verificando-se assimetrias de informação na prestação de cuidados de saúde e concorrência imperfeita, com domínio do sector público.

Por seu turno, Pedro Nunes, Bastonário da Ordem dos Médicos, discursando sobre a regulação profissional, corroborou as intervenções anteriores, reforçando a ideia de que o financiamento do SNS está desequilibrado das necessidades reais do país, desconhecendo-se o que se

gasta, onde e quando. Para o médico, compete aos profissionais de saúde, com conhecimento específico e da realidade portuguesa, contribuir para a regulação da sua área.

Debate parlamentar profícuo

O último dia de Congresso foi marcado por um debate entre deputados dos partidos com assento parlamentar, excepção feita para a deputada Teresa Caeiro, do CDS-PP, que não pode estar presente.

O debate, moderado pela jornalista Fátima Campos Ferreira, comprovou a actualidade e a celeuma que o tema Saúde provoca em Portugal, com a profusão de críticas ao Governo e ao representante do PS, Manuel Pizarro, o qual defendeu a acção governativa no sector da Saúde, reconhecendo que existe um gasto desmedido com medicamentos e culpabilizando os médicos pela prescrição excessiva.

Pelo PSD interveio Zita Seabra, criticando o Ministério da Saúde pela política prosseguida nos últimos dois anos, sobretudo em relação aos medicamentos e à classe farmacêutica.

Bernardino Soares, do PCP, também centrou a sua intervenção na crítica à política do Governo para a saúde, que aumentou o fardo dos utentes ao diminuir o valor das comparti-

pações.

Quem também não poupou críticas ao Governo foi João Semedo, do Bloco de Esquerda, considerando que a Política do Medicamento tem tido um impacto muito negativo na Saúde. Acusou também a indústria de não fazer investigação nem de procurar novas moléculas.

O debate foi agitado também pelas intervenções dos participantes, nomeadamente a de João Cordeiro, presidente da ANF, que colocou em discussão a questão da unificação e a consequência positiva que teria para o controlo dos gastos dos doentes com medicamentos, bem como a taxa de penetração no mercado dos genéricos, que desceu para metade em apenas um ano.

Na sessão de encerramento, Aranda da Silva congratulou-se por mais um congresso sustentado pelos diversos contributos positivos de vários profissionais e de nacionalidades distintas. O Bastonário reforçou que o valor acrescentado em Saúde vai para além da competência técnica dos profissionais de saúde. “É pelo doente que trabalhamos todos os dias”, concluiu Aranda da Silva.

A sessão foi finalizada por Maria de Belém Roseira, presidente da Comissão Parlamentar de Saúde, que reconheceu o enorme contributo da classe para o país, uma classe profissional que tem investido autonomamente na sua formação e modernização.

Ciclo de conferências sobre o Modelo Europeu de Farmácia

Um dever e uma responsabilidade

Foi assim que o presidente da ANF, João Cordeiro, apresentou o Ciclo de Conferências sobre o Modelo Europeu de Farmácia: “Reflectir sobre a situação da farmácia em Portugal e na Europa e sobre os diferentes modelos legislativos é o nosso dever e a nossa responsabilidade”.

Trata-se do contributo dos farmacêuticos de oficina para uma “análise serena” da problemática gerada pela decisão política do governo de liberalizar a propriedade. A posição da ANF – lembrou – é contrária a essa liberalização, mas as conferências não constituem um acto de oposição ao governo. Visam promover a discussão em torno dos diferentes modelos

vigentes na Europa, apresentando diferentes realidades, permitindo alcançar conclusões que só o conhecimento possibilita. A primeira das conferências versou sobre o modelo ibérico, com a selecção a justificar-se quer pela proximidade geográfica entre os dois países, quer pela semelhança dos respectivos enquadramentos jurídicos. Tanto em Espanha, como

em Portugal (num contexto prévio à liberalização), o modelo de farmácia é condicionado, cabendo ao Estado um papel regulador fundamental. A dualidade nos modelos nórdicos foi o denominador da segunda conferência. O da Noruega, por constituir o caso mais recente de liberalização na Europa (ainda que não integrante da União Europeia), e o da Finlândia,



por, sendo um país apontado como exemplo a seguir em vários domínios, manter a regulação. A terceira e última conferência, a 24 de Abril, foi reservada à apresentação de um estudo transversal a vários países sobre a farmácia na Europa, promovido pelo Instituto Austríaco de Economia da Saúde. Dela Farmácia Portuguesa dará testemunho no próximo número.

Para todas foram convidadas as diversas correntes de opinião. Em todas, o debate ficou à espera da pluralidade de opiniões partidárias, mas nas duas primeiras apenas deputados do PSD compareceram. O ministro da Saúde, António Correia de Campos, aceitou presidir à última.

Este ciclo de conferências revelou, mais uma vez como as farmácias e os

farmacêuticos estão disponíveis para discutir os problemas. Revelou, mais uma vez, que o fazem de consciência tranquila, como grande sector da vida nacional que são. Como sublinhou o presidente da ANF ao lançar a iniciativa, grande no seu desígnio, na sua capacidade de organização e realização: "Estamos de bem com a nossa consciência e com os doentes".



As farmácias portuguesas percorreram um longo caminho desde o cenário à beira da desagregação total em que se encontravam em 1975 para o cenário actual, em que dão corpo a um dos sectores mais evoluídos em toda a Europa. Foi esse percurso que o presidente da ANF, João Cordeiro, recordou em traços largos na intervenção com que inaugurou a conferência. Perante a plateia reunida no Centro de Congressos de Lisboa, a 06 de Março, sublinhou que Portugal é reconhecido pelos parceiros estrangeiros como um dos países em que as farmácias melhor souberam sair da crise, mais se modernizaram, mais se reorganizaram e melhor qualidade de

serviços prestam aos doentes. Infelizmente, “é em Portugal que estas qualidades menos são reconhecidas”. Apesar disso, o sector tem-se mostrado sempre disponível para colaborar na melhoria do sistema de saúde. De tal forma que, apesar de discordar da política liberalizadora encetada pelo actual governo, se dispôs a negociar um acordo que permitisse salvaguardar a qualidade das farmácias. Daí resultou o Compromisso com a Saúde, se bem que – lamentou – ele esteja a ser implementado contra as farmácias, com as medidas mais penalizadoras já em curso e as potencialmente compensadoras esquecidas ou até inviabilizadas.

A decisão que tem de ser tomada

Inaugurada a conferência, coube a Luís Matias, vice-presidente do Grupo Farmacêutico da União Europeia (PGEU), fazer o enquadramento do modelo europeu de farmácia à luz dos distintos contextos legislativos vigentes nos Estados-membros. A Europa encontra-se actualmente numa encruzilhada, dividida entre duas visões antagónicas do sector farmacêutico.

Uma encruzilha que se começou a formar aquando da aprovação em 2000 da Estratégia de Lisboa, pela qual a UE pretende tornar-se na economia

Ciclo de conferências sobre o Modelo Europeu de Farmácia

Uma prioridade difícil de compreender

Foi este o tom da primeira conferência sobre o Modelo Europeu de Farmácia. Nenhum dos intervenientes encontrou razões que sustentem a decisão de liberalizar o sector das farmácias em Portugal. Todos encontraram razões de sobra para a manutenção de um modelo que funciona e serve o interesse público.

do conhecimento mais competitiva e dinâmica do mundo. Nela está plasmada uma abordagem neoliberal que contraria os princípios do modelo social europeu, e de que a Directiva Serviços no Mercado Interno constituiu a primeira tentativa concreta. Inicialmente, o seu âmbito não abria excepções, aplicando-se a todos os serviços, mas com o avançar do processo legislativo os serviços de saúde foram excluídos, com o texto final a manter esta exclusão e a incluir uma importante definição de serviços de saúde, que abrange os serviços farmacêuticos.

Os movimentos contraditórios das instituições europeias mimetizam

aquela que é a realidade das reformas introduzidas pelos Estados-membros, sucedendo-se exemplos da implementação de medidas liberalizadoras em simultâneo com a adopção de políticas que visam regressar a um modelo mais regulador.

Exemplos que o vice-presidente do PGEU descreveu, para concluir que “a apologia da liberalização do mercado não surge de forma consistente e, na generalidade das situações, é controversa, uma vez que, mesmo avançando politicamente para uma lógica concorrencial, alguns governos persistem, numa linha oportunista, na imposição de restrições administrativas (nomeadamente ao

nível dos preços e das margens) que condicionam o funcionamento do mercado interno”.

Hoje em dia, tudo é ditado pelo mercado mas a Saúde não funciona como um mercado normal. Desde logo porque “a procura não é baseada em pressupostos racionais, havendo muita subjectividade em relação à necessidade, qualidade e quantidade de cuidados”. Mas também porque “existe uma assimetria abissal de informação entre os vários agentes” e porque “a sociedade moderna não tolera que, no acesso à saúde, possam ocorrer situações de ausência de satisfação das necessidades”.

Assim sendo, a questão que se coloca



não é económica, “é essencialmente política: o que se pretende para o sector farmacêutico na Europa?”.

Na análise a esta questão, Luís Matias frisou que “os decisores políticos operam entre duas visões, aparentemente conflituosas, da farmácia e dos farmacêuticos”.

Por um lado, a visão das farmácias como empresa comercial e dos farmacêuticos como empresários; por outro, a visão da farmácia como parte do sistema de saúde e dos farmacêuticos como prestadores de um serviço de interesse público. Naturalmente que cada visão tem um impacto específico. A visão da farmácia como actividade comercial, a operar num mercado puramente concorrencial e desregulado, terá consequências como a integração vertical ou horizontal da propriedade, a concentração das farmácias em zonas urbanas em detrimento das rurais, o crescimento excessivo do número de farmácias em determinadas áreas, a diminuição do rácio de farmacêuticos por farmácia e o aumento dos preços.

Quanto à visão da farmácia como

Luís Matias frisou que “os decisores políticos operam entre duas visões, aparentemente conflituosas, da farmácia e dos farmacêuticos”.

parte do sistema de saúde, integrada num sector estrategicamente regulado, permite salvaguardar o público em matérias de segurança e dos custos dos medicamentos, personalizar os cuidados prestados, implementar e desenvolver iniciativas de promoção de saúde, preservar a imagem dos farmacêuticos como profissionais de saúde, promovendo a confiança num sector de grande relação de proximidade às populações.

Esta é – enfatizou – “a grande decisão que tem de ser tomada”. É preciso – sustentou – “pensar primeiro e agir depois”.

Em Portugal também. Porque o país “parece estar numa encruzilhada das duas visões antagónicas” do sector farmacêutico e da farmácia. Não obstante possuir condições para evoluir, em equilíbrio e sem riscos.

Desconhecimento em vez de efectividade

O entendimento veiculado por Luís Matias em nome do PGEU é partilhado pelo presidente do Conselho

Geral dos Colégios Oficiais dos Farmacêuticos de Espanha, Pedro Capilla.

Na sua opinião, “há uma tendência excessiva para seguir as teorias neoliberalizadoras, com que alguns governos se identificam mais por desconhecimento do que por efectividade, face a um modelo de farmácia que tem como objectivo servir o cidadão”.

Para Pedro Capilla, a tendência destes governos é “para pensarem que o papel do farmacêutico não é importante”, quando, na realidade, “o farmacêutico é o único profissional de saúde que está em comunicação com todos os outros” e, “mais importante, está mais perto do que ninguém do cidadão”.

“A Europa e o modelo de farmácia espanhol” foi o tema da sua intervenção, um tema cuja abordagem na actualidade é indissociável do procedimento de infracção instaurado pela Comissão Europeia (CE) visando as restrições à abertura e propriedade de farmácias em Espanha.

Os argumentos comunitários não convencem o governo espanhol, que contestou o procedimento de

infracção, configurando aquela que, segundo Pedro Capilla, é uma luta entre David e Golias. Na sua opinião, é incompreensível que haja tantos interesses na propriedade e na regulamentação que enquadra a instalação das farmácias: “A quem favorece essa liberalização a não ser aos que entendem que o medicamento é mais uma mercadoria e que a farmácia é um estabelecimento comercial como qualquer outro?”.

O modelo espanhol é muito semelhante ao português antes das primeiras medidas liberalizadoras do governo de José Sócrates. Inicialmente, a abertura de farmácias era livre, mas acontecia que se concentravam no centro das cidades, obrigando o Estado a regulamentar. Uma regulamentação justificada pelo interesse geral e estabelecida, há muitos anos, pelos governos, não pelos farmacêuticos.

Então, porque mudar um serviço que funciona? Aos presentes na conferência, Pedro Capilla deixou uma série de questões: A quem favorece esta propriedade? A quem prejudica? Quem disse que tem de ser liberalizada? Quem é que, na Europa,

pelo mercado livre, conseguiu que 99 por cento da população tenha uma farmácia no lugar onde reside? Espanha possui 20.579 farmácias, com um rácio de 2.134 pessoas por farmácia. Das 118 que se abriram em 2005, três em cada quatro foram abertas em meios rurais, o que “nunca será conseguido pela liberalização”. Ademais, existem 2.194 farmácias em povoações com menos de mil habitantes. E um medicamento novo chega ao mesmo tempo a Madrid ou a um núcleo rural, sempre ao mesmo preço. Com a liberalização isso não se consegue.

São estas e outras razões que levam o Ministério da Saúde a defender perante a Europa o modelo de farmácia espanhol. Fazem-no – afirma o presidente do Colégio dos Farmacêuticos – “porque têm medo que mudá-lo vá estragá-lo. Porque melhorá-lo, liberalizando, não é possível”.

Porque conhecem as más experiências europeias.

E é esse conhecimento que leva Pedro Capilla a sustentar que, se a liberalização seguir adiante em Portugal, “haverá mais prejuízos do que benefícios”: “Uma coisa é regu-

lar menos, outra é fazer desaparecer a regulamentação, os critérios de instalação, a planificação, a propriedade. Em benefício de quem?”.

A quadratura do círculo

São muitas as semelhanças entre o modelo que vigora em Espanha e o que vigora no nosso país. Não obstante, “o governo espanhol foi muito mais solidário com o sector das farmácias junto das instâncias comunitárias do que parece que está a acontecer em Portugal”. Isso mesmo afirmou o advogado Abel Mesquita, que apresentou nesta primeira conferência o modelo português.

Uma apresentação que partiu de uma frase contida no Compromisso com a Saúde – “as farmácias funcionam com qualidade assinalável e o sector tem-se mostrado disponível para participar na resolução dos problemas de saúde que a sociedade vai colocando”.

As farmácias integram-se num modelo privado de interesse público. Um modelo que funciona bem e que presta bons serviços à população,

como o próprio governo reconhece. E reconheceu-o o primeiro-ministro quando anunciou a liberalização da propriedade, prometendo, em simultâneo, manter a qualidade das farmácias. O que reflecte – na opinião de Abel Mesquita – “pelo menos o receio de que a desregulação do modelo produza a degradação dos serviços”. O objectivo é, pois, liberalizar mas manter a qualidade. Foi neste quadro que o governo convidou a ANF para definir uma plataforma de compromisso, que permitisse liberalizar o sector, mas que preservasse a qualidade. Isto é “a quadratura do círculo”.

Alcançado o compromisso com as farmácias, passou-se à produção legislativa. Numa análise comparativa, Abel Mesquita evidenciou, ponto por ponto, como os propósitos do acordo com a ANF estão ausentes ou foram desvirtuados nos diversos diplomas aprovados ou em preparação.

De seguida, rebateu os argumentos invocados para avançar com a liberalização, a começar pelo do interesse público: “Portugal não tem nenhum interesse público ou privado em liberalizar a propriedade da farmácia, em

antecipação à maioria dos países europeus, particularmente a Espanha”. Não são os doentes nem os cidadãos em geral que exigem uma alteração do modelo de farmácia, tanto mais que a equidade no acesso aos medicamentos é excelente, fruto do regime de condicionamento da instalação.

Quanto ao argumento que equipara a propriedade exclusiva a um monopólio, demonstrou que, pelo contrário, o condicionamento confere à legislação natureza anti-monopolista: “Um sector que tem 2.700 farmácias, pequenas unidades em que o proprietário não tem nenhum domínio sobre o negócio, não se instala onde quer, não define a margem nem a dimensão do estabelecimento, não define preços, horários. Onde é que está o monopólio?”.

Também o argumento de que a liberalização irá abrir novas perspectivas aos jovens farmacêuticos não convence: “Um jovem com 30 anos, que trabalhe há cinco ou seis numa farmácia, tem boas condições para ter acesso à propriedade no regime actual, mas, num regime de livre instalação só pode ser candidato a um emprego”.

Foi ainda em nome da concorrência que se empreendeu a liberalização, mas Abel Mesquita entende que, ao conduzir à concentração do sector, irá ter o efeito contrário, isto é, reduzir a concorrência: “Veremos o que acontecerá quando o sector da distribuição farmacêutica estiver concentrado na mão de duas ou três cadeias.”

Já a qualidade que o governo pretende preservar irá degradar-se: “Se hoje há 2700 farmácias e se amanhã houver o dobro ou o triplo, os serviços degradam-se, parece-me uma evidência”.

A finalizar, deixou um conjunto de pontos para reflexão: “Todas as leis compõem interesses da forma mais equilibrada que o legislador consegue. Diz-se que a actual legislação protege os interesses dos farmacêuticos. O condicionamento da propriedade protege o interesse dos farmacêuticos? E que interesses protegerá a liberalização da propriedade?”.

Que prioridade? Que interesses?

Foi em torno destas duas interrogações que decorreu o debate com

“O mercado do medicamento, e a farmácia como agente deste mercado, é um mercado independente que não pode ser regido pela simples lei da oferta e da procura.”



Regina Bastos, deputada do PSD

que encerrou esta primeira conferência sobre o modelo de farmácia na Europa. Um debate para o qual foram convidados os diversos partidos com assento parlamentar, mas em que apenas esteve representado o PSD, pela voz de Regina Bastos, deputada e ex-secretária de Estado da Saúde. Coube a Regina Bastos iniciar o debate, o que fez afirmando que, para o PSD, a alteração, ou liberalização, da propriedade das farmácias “nunca foi uma prioridade”. Porque o modelo existente corresponde bem às necessidades das populações: “A população em geral, quer nas zonas mais interiorizadas, quer no litoral ou nas zonas urbanas, tem um acesso bom e em equidade aos serviços da farmácia e tem, sobretudo, um relacionamento de proximidade e confiança com o seu farmacêutico”.

Considerando preponderante o papel das farmácias, e da ANF em particular, a deputada elogiou o contributo para o crescimento do mercado de genéricos em Portugal, em colaboração com os governos liderados pelo PSD. Numa segunda intervenção, a depu-

tada social-democrata prosseguiu na mesma linha sustentando que “o mercado do medicamento, e a farmácia como agente deste mercado, é um mercado independente que não pode ser regido pela simples lei da oferta e da procura”. Situação para a qual – disse – o PSD alertou quando foi anunciado o pacote legislativo para o sector.

Para o bastonário da Ordem dos Farmacêuticos a proposta de liberalização do sector resulta de um preconceito ideológico segundo o qual “a sacralização da concorrência é o motor do desenvolvimento das sociedades”.

Para Aranda da Silva, aquilo a que se assiste em Portugal “é a transposição mecânica, sem base científica, sem evidência documentada, do ponto de vista das teorias económicas, dos princípios da concorrência para mercados muito específicos, como é o caso da Saúde”.

Resulta igualmente do “autocratismo da Comissão Europeia, com interesses visíveis que, no fundo, querem destruir o que funciona bem, com prejuízo não só para os farmacêuticos, como para a

população”.

Daí que a Ordem tenha assumido uma posição contra a liberalização, apresentando uma contraproposta objectiva, “de liberalização mitigada, em que há abertura a capital externo mas sempre com domínio dos farmacêuticos.

O governo tem ainda em sua posse uma nova lei do exercício farmacêutico, em que é reforçado o papel regulador da Ordem, bem como clarificada a responsabilidade do farmacêutico em todas as áreas do circuito do medicamento”.

De consciência tranquila

A encerrar o debate, o presidente da associação sublinhou que as farmácias têm a confiança da população, especialmente da mais desfavorecida e que continuarão a cumprir os seus compromissos, qualquer que seja o enquadramento legislativo. E isto porque “estamos unidos, temos soluções, estamos habituados a enfrentar dificuldades”. Em suma: “Estamos de consciência tranquila e isso dá-nos muita força”.

Ciclo de conferências sobre o Modelo Europeu de Farmácia

Aprender com os outros

Duas realidades opostas estiveram em confronto na segunda conferência sobre o Modelo Europeu de Farmácia: a da Noruega e da Islândia, que avançaram pela desregulamentação e hoje os farmacêuticos independentes estão em extinção, e a da Finlândia, que manteve a regulação e a qualidade, com as farmácias a reforçarem o seu papel como espaços de saúde.

Um farmacêutico independente. É este o resultado da desregulamentação do sector na Islândia. Um sobrevivente, símbolo de uma evolução dramática verificada neste país nórdico e ao qual o presidente da ANF propôs a homenagem de “uma visita e, se possível, uma estátua”.

Foi este o caminho a que conduziu a liberalização da propriedade da farmácia na Islândia. Na mesma direcção avança a Noruega, o mais recente exemplo de desregulamentação na Escandinávia. Nem um nem outro país pertencem à União Europeia, todavia foram pioneiros em fazer prevalecer o mercado sobre a função social da farmácia, conforme preconizado pela Comissão Europeia.

Destas contradições deu conta João

Cordeiro ao apresentar a segunda conferência do ciclo dedicado ao Modelo Europeu de Farmácia. O tema da discussão de 10 de Abril, no Centro de Congressos de Lisboa, era os exemplos nórdicos, entre a regulação e a liberalização.

De um lado, a Noruega, que em cinco anos viu três cadeias multinacionais de distribuição aglutinarem a grande maioria das suas 347 farmácias, de que apenas 13 mantiveram a independência. E que assistiu à subida de preços dos medicamentos não sujeitos a receita médica a um ritmo extraordinário face ao índice geral de preços.

Do outro, a Finlândia, que manteve a regulação do sector e onde as farmácias reforçaram o seu papel como es-

paços de saúde comunitários. Onde 99 por cento dos cidadãos tem, pelo menos, uma farmácia na sua área de residência. Onde é obrigatório ser farmacêutico para ser dono de uma farmácia e cada proprietário apenas pode possuir um estabelecimento. E onde a venda de medicamentos é exclusiva das farmácias.

O que é finlandês (não) é bom?

Deste modelo regulado deu conta Reijo Kärkkäinen, director executivo da Associação Finlandesa de Farmácias (AFP), que começou por enquadrar a realidade do seu país: uma dimensão geográfica três vezes superior à portuguesa, uma dimen-



Reijo Kärkkäinen, director executivo da AFP

são demográfica pela metade (cinco milhões de habitantes) e 800 farmácias de oficina, entre as muito pequenas e as que possuem um quadro de pessoal de 40 a 50 pessoas.

Da Escandinávia, a Finlândia é o país com mais farmácias, com um rácio de 6.300 habitantes por farmácia. São, como em Portugal, empresas personalizadas, cuja proprietária é detida em exclusivo por farmacêuticos. E com a peculiaridade de o quadro de pessoal ser sujeito a uma regulamentação específica, que determina que apenas licenciados e bacharéis possam fazer atendimento directo ao público. É – afirmou – um recorde mundial, na medida em que 62 por cento da equipa tem formação académica na área das Ciências Farmacêuticas. E

assim é porque – sustentou – “o atendimento de qualidade é um direito dos doentes”.

A elevada qualificação dos recursos humanos da farmácia justifica, aliás, os 24 por cento de margem praticada na Finlândia, com a maioria das receitas a provir da dispensa de medicamentos prescritos – 82%, a que se junta 13% na venda de não prescritos e cinco por cento noutros produtos. Destes valores, o Estado recebe 14%, metade em impostos e a outra metade sob a forma de uma taxa de farmácia.

Ao apresentar o modelo finlandês, o director da AFP sublinhou que “não é uma excepção”, na medida em que “na maior parte dos países europeus há este tipo de propriedade”. Aliás,

frisou, “é isso que permite um bom equilíbrio entre actividade profissional e eficácia económica e que tem permitido manter um sistema estável”.

Ainda assim, o governo ensaiou a liberalização, quando há cerca de um ano autorizou a venda de substitutos de nicotina fora das farmácias com o argumento de que não se tratava de um abrir de porta à desregulamentação, mas apenas de uma medida de incentivo à cessação tabágica. Para Reijo Kärkkäinen, não há provas de que esta opção ajude mais pessoas a deixar de fumar. Antes pelo contrário: uma investigação efectuada na Dinamarca evidenciou que não há alteração de comportamentos.

Na sua opinião, esta não é uma boa

medida de política de saúde. Se evidenciará ou não uma alteração na postura do governo não é possível dizer. Até agora – recordou – o ministro da Saúde não produziu qualquer declaração no sentido da desregulamentação. Os programas dos partidos são igualmente omissos. E o parlamento até já discutiu a venda de MNSRM fora das farmácias, mas concluiu que não há problemas de acessibilidade.

Isso não significa que não haja que equacionar reformas, nomeadamente ao nível da contenção de custos e do aumento da eficiência. A discussão actual vai no sentido da introdução de uma taxa de serviço, perante a possibilidade de novas prestações, nomeadamente no domínio da revisão da medicação.

Ainda quanto ao futuro, entende o director da Associação Finlandesa de Farmácias que é preciso estar atento às cadeias que querem controlar as farmácias e aos procedimentos de infracção instaurados pela CE, como o que visou a Itália. Procedimentos motivados pelo facto de, na UE, se encarar a farmácia como um serviço num cenário de livre circulação de capitais. Mas na Finlândia – recordou – a farmácia é vista como um serviço, não como uma loja, ainda que seja uma empresa e precise de um resultado económico positivo para sobreviver. “A situação é clara: a farmácia faz parte do sistema de saúde”.

É este o modelo finlandês de farmácia. Um modelo em tudo semelhante ao

vigente em Portugal, mas que não foi considerado nas opções políticas do governo português. Por oposição a outros domínios, em que a Finlândia foi apontada elogiosamente como exemplo a seguir.

Argumentos por terra

Esta exposição permitiu, segundo o presidente da ANF, deitar por terra os principais argumentos esgrimidos contra a regulação do sector em Portugal.

Em primeiro lugar, o de que o regime de propriedade configura um monopólio. “Afinal, o monopólio das farmácias e da venda de medicamentos, como alguns lhe chamam, existe noutros países”, comentou:

“Às vezes, o que aparece na comunicação social é que nós somos uma excepção, por causa de um lóbi ‘poderoso’ e ‘temível’. Afinal, isto passa-se também na Finlândia”.

Cai pela base igualmente o argumento de que a legislação segundo a qual a propriedade é do farmacêutico é salazarista e corporativa: “Julgo que Salazar não terá tido grande influência na Finlândia...”, ironizou João Cordeiro.

Da intervenção de Reijo Kärkkäinen reteve ainda a importância do planeamento: “Temos de caminhar para o objectivo de ter estes assuntos estudados. A política tem de passar a ser definida pelos verdadeiros interesses da população”.

O dilema das reformas irreversíveis

Na Noruega e na Islândia, os governos estão a braços com um dilema gerado pelos impulsos desregulamentadores: como reverter reformas irreversíveis? A questão foi apresentada pelo segundo orador da conferência, Anders Anell, director do Instituto Sueco para a Economia da Saúde (IHE), cuja intervenção se centrou na importância da avaliação das reformas.

Coube-lhe apresentar o modelo norueguês, o que fez em paralelo com a realidade islandesa, dois países em que se observaram reformas radicais com a desregulamentação da propriedade e em que se fizeram tentativas, frustradas, de introduzir maior concorrência de preços.

Reformas que estiveram muito próximo de ser introduzidas também na Dinamarca, mas a falta de sustentação política permitiu apenas ligeiras mudanças com escasso impacto no regime de propriedade. A discussão fez-se igualmente na Suécia, mas sem efeitos: desde 1971 que neste país o sector é detido por uma única empresa estatal, numa posição de monopólio.

Pioneira na desregulamentação da instalação e da propriedade, que remonta a 1996, a Islândia assistiu ao crescimento de 40 por cento do número de farmácias em apenas dois

anos, a maior parte delas à volta da capital e mesmo as que se instalaram noutras regiões do país concentraram-se nas zonas com maior densidade populacional.

O que se verificou foi que não são os farmacêuticos a determinar a dimensão do mercado, mas sim os prescritores: afinal, a maioria das novas farmácias abriu junto a outras já existentes e que possuíam um elevado volume de vendas. Ao mesmo tempo, cresceu rapidamente a formação horizontal de cadeias de farmácias, com o argumento de que, assim, se conseguiriam melhores preços junto da distribuição. Ao ponto de duas cadeias controlarem 85% do mercado, actuando de uma forma agressiva que incluía aquisições hostis. Um processo que conduziu à quase extinção das farmácias independentes: em 2004, quando Anders Anell estudou o sector, apenas uma sobrevivia em Reikejavique. Actualmente, o governo reconhece que existem demasiadas farmácias na capital, mas nada pode fazer para alterar a situação.

Na Noruega, a desregulamentação data de 2001. Um processo muito rápido que partiu de um contexto particular: é que, ainda antes da reforma, já havia concentração, com 80% das farmácias a formarem parceria com um único distribuidor. Três anos depois, três cadeias controlavam 97% do mercado, directa ou indirectamente. Ao contrário do que aconteceu na Islândia, em que as farmácias enveredaram pela prática de

descontos, aqui a concorrência não se baseou no preço, pelo facto de já existirem cadeias.

Mas, segundo a experiência do especialista sueco, o capital humano ficou mais diluído, o que teve como consequência uma diminuição da qualidade do serviço.

Num e noutro país, registou-se uma integração horizontal rápida e na Noruega assistiu-se ainda a um processo de integração vertical, mercê da entrada no mercado de empresas paneuropeias de distribuição.

Num e noutro país, a desregulamentação não produziu o desejado aumento da concorrência, porquanto são poucos os operadores.

Para Anders Anell, as mudanças introduzidas são irreversíveis e, perante o actual grau de desregulamentação, só resta avançar pela concorrência total, sob pena de a evolução ser prejudicial para os consumidores.

O que deixa ambos os governos perante um dilema: por um lado, é vital evitar o falhanço do mercado, promovendo o máximo de concorrência, mantendo as barreiras à entrada de novos parceiros o mais baixo possível; mas, ao mesmo tempo, para manter o nível de prática profissional e a equidade na prestação de serviços, é preciso aumentar as barreiras à entrada no mercado.

Ambos os governos – concluiu – estão frustrados. E esta é “uma importante lição a tirar pelos governos dos outros países que tencionem implementar reformas semelhantes”.

Um olhar enviesado

Estará Portugal ainda a tempo de aprender esta lição?

A resposta não foi dada durante o debate posterior, mas, ao lançar a discussão, o presidente da ANF lamentou que estes casos não sejam suficientemente conhecidos:

“Apesar de os países nórdicos fazerem parte da UE, com excepção da Noruega e da Islândia, que curiosamente avançaram para a liberalização, nós não gostamos muito de estudar e de olhar para o Norte da Europa.

Esta foi, seguramente, a razão pela qual a nossa Autoridade da Concorrência, que apresentou ao governo recomendações coincidentes com as reformas a cabo na Noruega e na Islândia, excluiu os outros países nórdicos, membros da UE, da sua análise comparativa”. Ainda assim, para João Cordeiro, foi possível, em Portugal, “introduzir uma situação de algum bom senso que vem reduzir algumas das consequências” verificadas nos países escandinavos que aplicaram reformas radicais.

Além do mais, as farmácias nacionais “souberam criar estruturas que poderão ter um papel muito importante na defesa da farmácia independente – não na penalização da concorrência – e na preservação da qualidade dos serviços farmacêuticos”.

O espírito do “nós”

Fomentar o espírito de equipa é essencial para a sustentabilidade da farmácia, enquanto empresa e enquanto unidade prestadora de cuidados de saúde. Para passar da farmácia da tradição à farmácia da modernidade, uma das pontes mais sólidas passa pela gestão dos recursos humanos, assente na partilha de regras, valores e princípios.



Que as regras estão a mudar é indiscutível. Os farmacêuticos de oficina movem-se actualmente num contexto que ainda é de incerteza quanto ao futuro, mas que é, sem dúvida, de mudança. As políticas já concretizadas, as planeadas e as anunciadas apontam para novos rumos, novas exigências a que a farmácia tem de se adaptar e às quais tem de saber responder com eficácia e eficiência. Entre os medicamentos e a população, a farmácia deixou de ser a única plataforma. Outros meios se interuseram entretanto, por via de uma lei liberalizadora. Outras, do mesmo teor, estão em preparação. A abertura

da propriedade de farmácia a outros que não farmacêuticos de formação e profissão está iminente.

É este o cenário que exige dos farmacêuticos uma nova atitude. Ainda mais activa, mais dinâmica, mais empreendedora. O caminho inaugurado com a desregulamentação da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica constitui um desafio que importa enfrentar e vencer. Encarando-o não como um obstáculo, não como um revés, mas como uma oportunidade de reforçar a intervenção farmacêutica.

Há que fazer a transição entre a farmácia da tradição e a farmácia da

modernidade. E a essa transição não pode ser alheia uma nova atitude na gestão da farmácia e na gestão dos recursos humanos.

Há que olhar para a farmácia como uma pequena e média empresa como outra qualquer. E o director técnico deve abandonar a postura de que é apenas, ou acima de tudo, farmacêutico, e entrar no papel de gestor. É esta a marca da diferença, aquela que permitirá vencer desafios. Trata-se de transpor para a farmácia a filosofia que está subjacente a um qualquer negócio: antes de mais, impõe-se uma visão - um conjunto de valores e princípios que irão orientar



a actividade da farmácia. Visão essa que tem de ser alimentada e que não pode ser imutável, sob pena de não produzir os resultados desejados.

Uma visão e uma missão para a farmácia

A primeira das questões que o proprietário/director técnico deve colocar-se é: "O que pretendo que a minha farmácia seja?". E, a partir da resposta, deve traçar os seus objectivos e um plano para os atingir. Deve definir regras claras, dotar-se

de métodos a aplicar logo no recrutamento dos recursos humanos, de modo a identificar colaboradores que correspondam ao perfil desenhado para a farmácia. Dado o perigo de a selecção assentar em impressões subjectivas é fundamental uma análise cuidadosa do currículo, seguida de uma ou mais entrevistas. Só depois deverá ter lugar a admissão. Mas, com ela, o processo não fica encerrado: há que delinear um programa de integração para o novo colaborador, estabelecendo um período de avaliação em que será alvo de uma atenção acrescida por forma a verificar se corresponde, ou não, ao pretendido.

E ao longo desse intervalo temporal, que se pode estender por seis meses, é essencial manter aberto um canal de comunicação bidireccional, que facilite eventuais acertos no desempenho de funções.

Todas as farmácias devem possuir uma política de recursos humanos sistematizada. Naturalmente que exige tempo e trabalho e até alguma assessoria, mas uma equipa coesa, sustentável e motivada é uma equipa mais eficaz e mais responsável.

A clareza das regras deve presidir igualmente à consolidação dos laços contratuais. A mesma objectividade que orientou a selecção de colabo-



Fot : Farmácia Distribuição

Farmácia Central, no Sabugal

A comunicação como mais-valia

A comunicação é uma das ferramentas vitais na estratégia de gestão de recursos humanos na Farmácia Central, no concelho do Sabugal. Carolina Mosca, sua proprietária e directora técnica, sabe como é importante uma equipa estável e satisfeita e, por isso, aposta na transparência das relações profissionais entre as suas oito colaboradoras: "Pessoas contrariadas no local de trabalho não dão o máximo do seu potencial", justifica.

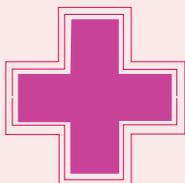
Daqui que eleja a comunicação como uma das chaves para o sucesso de qualquer farmácia. Da sua, certamente. Neste farmácia certificada, "as coisas são ditas e resolvidas". O diálogo pode acontecer a qualquer altura, mas tem data marcada a cada trimestre, numa reunião em que, ao abrigo dos procedimentos próprios da Certificação de Qualidade, se analisam objectivos, se partilham experiências e se fazem sugestões de melhoria. Ao ponto de Carolina Mosca afirmar, sem hesitação, que o relacionamento entre a sua equipa é muito mais profundo: "Garanto que foi a implementação do Sistema de

Gestão da Qualidade que proporcionou este envolvimento". Nesses momentos em que a comunicação tem o seu ponto alto, ouvem-se propostas e integram-se contributos para um objectivo comum. Há – afirma – um verdadeiro trabalho de equipa. Esta atitude da directora técnica repercute-se na estabilidade dos recursos humanos, reforçada por uma boa dose de flexibilidade e tolerância que motiva a equipa e a torna sustentável.

Nem sempre foi assim. Carolina Mosca recorda os tempos em que lutava contra a dificuldade em recrutar colaboradores. Uma dificuldade sentida por todo o distrito da Guarda, mas mais acentuada no Sabugal. Até que a circunstância de se concentrarem no concelho algumas farmacêuticas lhe permitiu constituir uma equipa coesa. Alheia a esse facto não é, decerto, a acção de formação sobre recursos humanos realizada por Carolina Mosca, ao abrigo dos cursos promovidos pela ANF. Nem tão pouco a sua pós-graduação em Gestão, pela Ordem dos Farmacêuticos. São mais-valias indispensáveis para enfrentar o futuro.

Porque, sustenta, a farmácia, apesar de ser "uma empresa especial", precisa de gestão como todas as outras empresas. Isto – sublinha – sem descurar o aspecto profissional, porque "em primeiro lugar está a saúde dos clientes". Na sua opinião, o director técnico deve ser, simultaneamente, gestor, sem nunca esquecer os princípios éticos e as orientações profissionais. Quanto ao futuro, a resposta reside, "sempre e cada vez mais", no atendimento ao balcão – no contacto com o público, na busca de alternativas que garantam a sua satisfação. Com o auxílio de técnicas de venda, marketing e merchandising, bem como com a monitorização assídua dos objectivos.

Na Farmácia Central do Sabugal definem-se objectivos no início de cada ano e o seu acompanhamento é realizado e analisado. E é nesse contexto que se enquadra a avaliação de desempenho, ainda não em curso, mas equacionada pela sua directora técnica: "Tem de ser muito bem ponderada e bem entendida pela equipa. Não pode ser aproveitada para outros fins que não o da melhoria contínua".



A motivação é outra das ferramentas imprescindíveis à gestão de uma farmácia. Porque não basta atrair recursos humanos. Há que saber mantê-los.

radores deve constituir a linha mestra nas relações futuras. Que não devem ser deixadas ao sabor do acaso ou das flutuações no desempenho e resultados da farmácia. Essas relações devem pautar-se por um sistema que preveja um plano de desenvolvimento pessoal para cada membro da equipa, do qual deve fazer parte um esquema de avaliação.

A avaliação é essencial, mas deve ser feita com toda a transparência. O colaborador deve saber que está a ser avaliado e como vai ser avaliado. Assim se previne que as decisões resultantes da avaliação sejam consideradas arbitrárias. Afinal, é sempre mais fácil jogar quando se conhecem as regras do jogo... E essas regras devem ser assumidas, respeitando os princípios pelos quais a farmácia se rege.

Comunicar para motivar

A comunicação é, aliás, uma ferramenta indispensável na gestão dos

recursos humanos. É ela que permite que a visão do proprietário/director técnico seja conhecida, entendida e assumida pela equipa. É ela que permite o estabelecimento de um compromisso de cada elemento com o todo, definindo-se objectivos, fortalecendo-se os aspectos positivos e desenvolvendo-se os mais débeis. São estes os contornos sumários que um plano de desenvolvimento pessoal deverá possuir. Este deverá estar agregado a um sistema de incentivos, não como um dado adquirido (sob pena de se descapitalizar a empresa), mas como uma possibilidade.

Uma possibilidade que, por si só, é motivadora. A motivação é outra das ferramentas imprescindíveis à gestão de uma farmácia. Porque não basta atrair recursos humanos. Há que saber mantê-los e, sobretudo, mantê-los empenhados. É importante que as pessoas se sintam como uma equipa. Mas, esse espírito leva tempo a construir, em média uns cinco anos: nunca está perfeito, há sempre trabalho. Importa, neste contexto, estar

atento ao desenvolvimento dos colaboradores. E saber quando é altura de delegar tarefas. Sem abdicar das competências exclusivas do director técnico, é possível fazê-lo: por exemplo, propondo a frequência de acções de formação e incentivando a transmissão posterior dos conhecimentos adquiridos aos restantes colegas; ou nomeando um outro farmacêutico como gestor da qualidade. São apenas dois exemplos da concretização de um conceito cada vez mais decisivo em farmácia: o "empowerment". O dos utentes, que assumem cada vez mais a responsabilidade pelas decisões em saúde. E o dos membros da equipa da farmácia.

Além de farmacêutico, empresário

A sustentabilidade da equipa leva tempo. Mas consegue-se. É certo que até aos 30 anos é maior a probabilidade de rotação profissional, mas



Farmácia do Caniço, na Madeira

A capacidade de atrair as pessoas certas

A Farmácia do Caniço, na ilha da Madeira, é uma farmácia peculiar: aberta 16 horas por dia, 365 dias por ano, é no Continente que recruta os elementos que constituem a equipa com a qual o seu director técnico, João Cerqueira, está apostado em concretizar a sua missão de se diferenciar pela qualidade.

O surto de abertura de farmácias que a Região Autónoma viveu recentemente – por via da transformação de todos os postos de medicamentos e da instalação de novas farmácias – absorveu o grosso dos recursos humanos locais, dificultando a tarefa de constituir uma equipa. Ademais, o horário alargado e a rotatividade a ele inerente revelaram-se ingratos para profissionais com laços familiares já criados. Obstáculos que João Cerqueira contornou com o recurso a profissionais residentes no Continente, atraindo-os para um projecto que pretende diferenciador.

Na farmácia, que gere em regime de cessão de exploração, investiu sobretudo em qualidade: na qualidade de um laboratório de manipulados bem apetrechado, na realização e dispo-

nibilidade de um leque alargado de testes bioquímicos, na vanguarda do equipamento informático e tecnológico. São estes os aliciantes que fazem acorrer ao Caniço os farmacêuticos que constituem a sua equipa: oito, a que se juntam seis ajudantes técnicos. É uma equipa motivada, que encontra nesta passagem pela farmácia madeirense a oportunidade de desenvolver valências específicas. E é também uma equipa responsável e responsabilizada: as 16 horas diárias de funcionamento assim o exigem. Diz João Cerqueira que “é preciso confiar nas pessoas”. E que “é preciso encontrar as pessoas certas”.

São pessoas que, à partida, estão apenas transitoriamente na Farmácia do Caniço: “Vêm com um princípio e um fim, embora esse fim possa ser indeterminado”. Essa precariedade é pouco favorável à sustentabilidade da equipa: ciclicamente, há sempre alguém a entrar e alguém a sair e, em consequência, também o desempenho conhece ciclos. Contudo, são colaboradores motivados, “já vêm motivados, muito orientados para o utente e muito orientados para ser-

viços de ponta”. Apesar dos ciclos, cada novo elemento é enquadrado na equipa, acompanhado pelos mais antigos, por eles incutido dos procedimentos internos e da filosofia por que se rege a farmácia. Cada novo elemento é, também, uma fonte de ideias e inovação, o que João Cerqueira considera positivo.

Em matéria de recursos humanos, a Farmácia do Caniço é, decerto, peculiar. O seu director técnico frequenta regularmente acções de formação, reconhecendo a importância de deter competências específicas neste domínio da gestão.

Assume também a gestão corrente da farmácia, considerando-a uma empresa, ainda que com um centro de actividade muito próprio – a prestação de serviços de saúde e de utilidade pública. São duas vertentes que procura conciliar, cumprindo a sua aposta na diferença: “A diferenciação vai-se fazer pela qualidade do serviço prestado”, afirma, sem hesitar. Daí o investimento no horário alargado, nos meios tecnológicos, na formação; daí o predomínio de farmacêuticos na equipa.



O espírito do “nós”, é indispensável neste momento em que se exige dos farmacêuticos uma maior amplitude de visão.

depois evidencia-se uma tendência para estabilizar. Leva tempo e exige a partilha de princípios: da visão, da missão, dos valores, das regras, dos processos e das ferramentas. Uma partilha assente na comunicação, na capacidade de fazer sentir aos colaboradores que o seu contributo pode ser integrado. Na capacidade de fazê-los sentir-se parte de um colectivo, em que o sentimento do nós, aquele que se cria quando o líder assume os erros e partilha e distribui os sucessos, é uma realidade.

São princípios que dão corpo à designada liderança transformacional, aquela que proporciona o desenvolvimento pessoal e dele beneficia como motor do desenvolvimento do negócio. Mas, para levar avante este espírito, o proprietário/director técnico não pode dedicar-se em exclusivo ao balcão sob pena de desguarnecer a retaguarda. Não pode ser apenas

farmacêutico, tem de ser também gestor.

Nessa evolução a que ele próprio deve submeter-se e que tem de assumir, para não correr o risco de empobrecer a farmácia, deve munir-se das adequadas ferramentas de gestão e liderança: orientação para o negócio, orientação para o cliente, orientação para a qualidade, planeamento e organização, avaliação e controlo, desenvolvimento dos colaboradores, comunicação e sensibilidade interpessoal. A implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade é uma ferramenta essencial neste processo, funcionando como uma plataforma onde convergem todas as áreas fundamentais anteriormente referidas. Deve encarar-se como um empresário e reforçar os conhecimentos que lhe permitirão o correspondente desempenho. Se necessário, frequentando uma pós-gradua-

ção em Gestão ou um curso de liderança. Optando pela auto- formação ou por um programa individual de desenvolvimento de competências. Alternativas existem, a oportunidade também.

Como um maestro

São estas novas competências que vão fomentar a transição da farmácia da tradição para a farmácia da modernidade. Na qual o proprietário/director técnico emerge como um líder muito particular, como um maestro, que pode não tocar um instrumento mas que sabe fazê-los tocar todos harmoniosamente. É, novamente, o espírito do “nós”, indispensável neste momento em que se exige dos farmacêuticos uma maior amplitude de visão. É, ainda, um momento de incerteza. Mas o sector está suficientemente musculado para este novo trajeto.



Farmácia Confiança, em Viseu

Planear, envolver, recompensar

É no centro de Viseu que está instalada a Farmácia Confiança, uma farmácia pluridisciplinar cuja proprietária e directora técnica, Lucília Ribeiro Simões, acredita que, “hoje mais do que nunca”, tem de se saber gerir uma equipa: o director técnico – afirma – tem de transmitir orientações claras quanto ao caminho a trilhar e perceber o que faz correr cada elemento, de modo a que todos corram para o mesmo lado. Nesse percurso, o planeamento é uma ferramenta indispensável: “Temos de saber para onde vamos, cabendo ao director técnico contornar as situações de modo a levar os objectivos avante”. Para atingir esses objectivos, considera essencial a formação. Diz mesmo que tem de ser uma prioridade, ainda que se corra o risco de estar a valorizar recursos humanos de que outros vão beneficiar. Um risco que não receia, até porque sustenta a ideia de que, actualmente, já não há empregos nem empregados para toda a vida. Além do mais, o conhecimento é sempre um capital individual. Com repercussões colectivas quando, numa farmácia, é orientado para as necessidades dos clientes, quando se propõe envolver os clientes na melhoria da sua própria saúde. Por experiência própria, Lucília

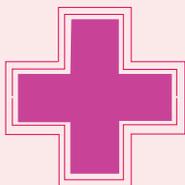
Ribeiro Simões conhece a mais-valia da formação: há mais de 20 anos que frequenta cursos, quer os propostos pela Ordem, quer os promovidos pela ANF. Um currículo que envolve formação na área da Gestão e dos Recursos Humanos, na perspectiva de que a farmácia é uma empresa e de que são as equipas que fazem as empresas. Da sua equipa espera que cumpra objectivos. Enquadrados nas diferentes competências de farmacêuticos e ajudantes técnicos. Mensalmente, são avaliados, tanto nas tarefas de balcão como nas de retaguarda, mais rotineiras. E, para que “todos corram para o mesmo lado”, há rotatividade nessas tarefas, o que proporciona uma avaliação mais homogénea. Proporciona também – afirma – estímulos para a melhoria contínua, num espírito de competição saudável. Nesse mesmo espírito, tem em curso uma experiência: a de empregado do mês, sob dois pontos de vista - o do atendimento e da actuação para o exterior, em contacto com o utente, e o da disponibilidade. Haverá pequenos estímulos mensais, a par dos prémios definidos no âmbito dos objectivos anuais da empresa. No contexto actual, a directora técnica da Farmácia Confiança

tem dúvidas quanto aos benefícios da globalização e da liberalização. Receia, nomeadamente, que uma visão economicista da farmácia deixe para trás a sua função social e implique a perda do direito à saúde, penalizando os mais carenciados.

A farmácia – sustenta – tem de estar preparada para a concorrência: “Até agora, tínhamos de trabalhar e de nos distinguir, mas não sabemos o que vai acontecer até o mercado regularizar de novo. Era importante que o equilíbrio não se fizesse pelo preço”.

Na sua opinião, é imprescindível que a farmácia se mantenha como elo forte, como voz activa na cadeia do medicamento. E que se mantenha a união no sector.

A propósito, salienta o papel da ANF: “Temos a sorte de ter a associação que temos. Sem ela, não teríamos o que temos. Sozinhos teríamos muita dificuldade no acesso, por exemplo, a formação ou à informática. A associação é a nossa força”. Quanto à sua farmácia, acredita que a diferenciação se fará pelo serviço. Daí a aposta numa equipa pluridisciplinar, com 22 elementos empenhados em oferecer competências distintivas e abrangentes das necessidades da população.



Colgate

Duraphat®

5000 Pasta dentífrica

DOENTES EM RISCO DE CÁRIES?



MEDICAMENTO COM FLÚOR EM FORMA DE PASTA DENTÍFRICA PARA A PROFILAXIA 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. Bayraktar et al. Caries Res 2001; 35:41-48

1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO - Duraphat 5000 Pasta dentífrica. 2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA - 1g de pasta dentífrica contém 5mg de fluoreto de sódio (sob a forma de fluoreto de sódio), correspondendo a 5000 ppm de fluoreto. 3. FORMA FARMACÉUTICA - Pasta dentífrica. 4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS 4.1 Indicações terapêuticas - Prevenção da cárie dentária em adolescentes e adultos, especialmente nos doentes em risco de cáries múltiplas (cáries coronárias e/ou radiculares). 4.2 Contra-indicações - Este medicamento não deve ser utilizado em caso de hipersensibilidade à substância activa ou à 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 16 anos de idade. Esta pasta dentífrica apresenta um elevado teor em flúor. Consequentemente, deve ser pedida a opinião de um profissional de saúde oral antes da sua utilização. O aumento de potenciais fontes de flúor pode originar fluorose. De forma a evitar a acumulação de flúor, o aporte total de flúor deve ser avaliado antes da utilização desta pasta dentífrica fluorada. Compreensão do flúor, gotas, piscinas olímpicas, peles ou vernizes e água do país supostos, deverão ser evitados durante a utilização de Duraphat Pasta dentífrica. 4.4 Gravidez e aleitamento - Não existem dados adequados sobre o uso de Duraphat 5000 Pasta dentífrica em mulheres grávidas. Estudos em animais revelaram toxicidade reprodutiva do fluoreto de sódio apenas quando administrado em doses muito elevadas. Em consequência esta pasta dentífrica não deverá ser utilizada durante a gravidez e aleitamento e não se deve ter sido efectuado uma cuidadosa avaliação risco/benefício. 4.5 Efeitos indesejáveis - Não são observados efeitos indesejáveis para as doses recomendadas para a prevenção da cárie. Contudo, em casos raros não se podem evitar reacções de hipersensibilidade. 7. Titular de A.I.M. - Colgate Palmolive, SA. 10. Data da revisão parcial de texto - Novembro 2003. Medicamento Não Sujeto a Receita Médica. Reseiga de 51g. 8 Flúor com IVA incluído.

Para mais informações, por favor contacte Colgate-Palmolive, Tel: 214 368 331

Colgate
Oral Pharmaceuticals

Reforçar a participação dos farmacêuticos nas decisões sobre saúde ao nível europeu

Balanço de um ano da presidência portuguesa do PGEU

No ano de 2006, que correspondeu a um período de grandes desafios ao nível da União Europeia, a presidência portuguesa do Grupo Farmacêutico da União Europeia (PGEU), através da sua liderança, procurou abrir portas e transformar os desafios em oportunidades para os farmacêuticos de oficina, dando assim cabal cumprimento ao lema que escolheu: Os farmacêuticos serão parte das soluções, não dos problemas.

Farmácia Portuguesa - Durante o último ano, enquanto presidente do PGEU, teve a oportunidade de se relacionar com os mais altos responsáveis da Saúde na Europa, nomeadamente o Comissário Kypriannou. Que visão do sector da farmácia na Europa lhes transmitiu?

Luís Matias – Contrariamente à visão da farmácia que graça em certos meios, em que esta é encarada como uma mera actividade comercial a operar num mercado puramente concorrencial e desregulado, a nossa perspectiva é a da farmácia como parte do sistema de saúde, integrada num sector estrategicamente regulado, que permite designadamente: salvaguardar o público em matérias de segurança, de eficácia e dos custos dos medicamentos; personalizar os cuidados prestados e promover os serviços profissionais; e implementar e desenvolver iniciativas de promoção de saúde.

Foi esta a missiva que levei ao Comissário Kypriannou por altura do início da nossa presidência.

Foi também a oportunidade de lhe

entregar um estudo que ficou concluído sobre o sector da farmácia na Europa, desenvolvido pelo instituto austríaco ÖBIG, cujas conclusões revelaram quanto é importante ponderar as intervenções políticas em sectores-chave como o da saúde e, em particular, o da farmácia.

FP - E que conclusões foram essas?

LM - O estudo realizado pelo ÖBIG demonstra claramente que as regras actuais que enquadram o sector da farmácia na Europa são importantes para assegurar às populações a prestação de serviços farmacêuticos



Decorrido o ano da presidência protagonizada por Luís Matias, chefe da delegação portuguesa, composta pela ANF e pela Ordem dos Farmacêuticos, impõe-se ouvi-lo fazer o balanço da actividade desenvolvida.

de qualidade, sustentáveis, eficazes e acessíveis. Outra importante conclusão a que chegou é que o sector da farmácia possui elevada qualidade em todos os países examinados e que, para tal, concorre um quadro legal adequado à realidade do sector da farmácia, que, em algumas das suas especificidades, varia de país para país, embora mantendo um eixo legislativo comum. Não menos importante, o estudo conclui que os sectores da farmácia menos regulamentados não produzem necessariamente melhorias ao nível da qualidade e da acessibilidade dos serviços,

nem tão pouco provocam a descida dos preços dos medicamentos. Mais do que isso, a análise levada a cabo permitiu concluir que a desregulamentação não constituiu resposta aos problemas com que os sistemas nacionais de saúde se deparam e, em certos casos, criou até novos problemas.

Assim sendo, importa seguir uma abordagem equilibrada à questão da contenção da despesa, que leve em linha de conta simultaneamente os aspectos concorrenciais e regulamentares, bem como as forças de mercado e o interesse público.

FP - Pode partilhar algumas das reacções que recebeu?

LM - A reacção dos interlocutores foi positiva, convictos da importância do contributo dos farmacêuticos de oficina para vários dossiês em análise pelas instituições comunitárias.

FP - A presidência do PGEU pressupõe não só gerir o presente, mas igualmente preparar o futuro, para que o segundo suceda ao primeiro harmoniosamente. Que desafios encontrou na coordenação da actividade do PGEU e como traduziu a visão do sector da farmácia de ofi-

“A nossa presidência do PGEU teve um desafio imediato, que foi a reorganização interna dos recursos humanos e constituir uma equipa técnica capaz de garantir uma intervenção robusta e atempada do Grupo face às necessidades correntes e aos desafios do futuro.”

cina que atrás enunciou, sobretudo numa lógica de futuro?

LM - A nossa presidência do PGEU teve um desafio imediato, que foi a reorganização interna dos recursos humanos e constituir uma equipa técnica capaz de garantir uma intervenção robusta e atempada do Grupo face às necessidades correntes e aos desafios do futuro. De facto, no domínio interno, o ano de 2006 foi marcado por um período de transição, com a eleição de um novo secretário-geral, bem como a reestruturação e o reforço do secretariado permanente instalado em Bruxelas, sobretudo ao

nível dos assuntos profissionais e da informação e comunicação. Na prática, as alterações significativas que referi acabaram por representar uma sobrecarga adicional para as delegações do Comité Executivo, o que, ainda assim, permitiu manter a sua prestação activa nas actividades do Grupo. Por exemplo, procurámos concretizar a nossa visão em vários domínios, a saber: a Directiva Serviços, os procedimentos de infracção relativamente ao sector da farmácia e o Fórum dos Medicamentos, para referir apenas os principais, que são também os mais mediáticos.

FP - Relativamente a esta última vertente a que fez referência, como é que a estratégia definida se consubstancia nos principais dossiês seguidos pelo Grupo? Importa destacar designadamente a controversa Directiva Serviços, que ficou encerrada em 2006 e para a discussão da qual a presidência portuguesa contribuiu activamente. Como é que vê os resultados obtidos?

LM - Efectivamente, a proposta de Directiva relativa aos Serviços no Mercado Interno, adoptada em

Dezembro último, foi alvo de um acompanhamento muito particular por parte do Grupo e constituiu uma das prioridades da presidência portuguesa. A relevância atribuída internamente a este dossiê advém das graves consequências que poderiam resultar para a prestação dos cuidados farmacêuticos na Europa, caso a Directiva fosse adoptada na sua forma inicial. Assim, consideramos altamente positivo que o Conselho e o Parlamento Europeu tenham estado de acordo e adoptado esta Directiva contemplando, contrariamente à proposta formulada pela Comissão, a exclusão dos serviços de saúde do seu âmbito de aplicação, devido às suas especificidades próprias de um mercado singular. Desta forma, foi dado um claro sinal à Comissão de que a saúde, no entendimento dos Estados-Membros e dos eurodeputados, é abrangida pelo princípio da subsidiariedade. Recordo que esta perspectiva foi posteriormente reforçada por uma Resolução do Parlamento Europeu, a propósito da concorrência nas profissões liberais. Igualmente importante foi a inserção de um considerando que contém uma definição de ser-

viços de saúde que refere expressamente os serviços farmacêuticos e que, portanto, confere uma certeza legal acrescida. Cremos que o trabalho de lóbi eficiente e eficaz que foi desenvolvido pelo PGEU imediatamente desde a apresentação da proposta de Directiva, no início de 2004, não é alheio aos resultados atingidos.

FP - A Directiva Serviços resolveu-se a contento do sector da farmácia, porém a Comissão Europeia decidiu intervir com vista à desregulamentação deste sector, avançando com procedimentos de infracção contra os governos de alguns Estados-Membros, relativos a certos aspectos de regulamentação nacional no sector da farmácia. De que forma é que o PGEU se posicionou face a este acontecimento?

LM - De facto, a Comissão Europeia, nomeadamente através da sua Direcção-Geral da Concorrência, é a instituição europeia que tradicionalmente faz uma leitura do Tratado mais à letra, não perspectivando as particularidades inerentes a alguns sectores, como é o caso da saúde e, muito particularmente, o sector

da farmácia. Como é sabido, este último, tão sensível e determinante para a população europeia, não se enquadra no conceito tradicional de um mercado, dado possuir um conjunto de características distintas que todos nós entendemos e que creio não ser necessário aqui repetir. Voltando à sua questão, o PGEU procurou obviamente defender os interesses dos seus membros e pugnar, através das várias acções que lançou junto das entidades intervenientes neste processo - a Comissão e os Estados-Membros - para que a resolução deste problema não coloque em causa os aspectos fundamentais subjacentes à organização dos sistemas de saúde na Europa e à regulamentação específica que enquadra o modelo de farmácia de oficina, que visa garantir determinados valores fundamentais, como a universalidade no acesso dos doentes aos cuidados de saúde, a equidade na prestação e a solidariedade no financiamento - todos eles elementos de inegável identificação europeísta e que se integram claramente no modelo social europeu. Acresce que, como é sabido, os Estados-Membros detêm o direito

e o dever de organizar os seus sistemas de saúde no interesse dos seus cidadãos e o Tratado da UE reconhece precisamente a organização dos sistemas de saúde e a prestação de cuidados de saúde como competência nacional, de modo a dar resposta às necessidades e desejos das populações. Muito gostaríamos que a decisão final levasse em consideração os aspectos que enunciei anteriormente e que nos venha a dar razão, principalmente tendo em conta o previsível impacto altamente negativo que necessariamente incidiria sobre os cuidados prestados aos utentes das farmácias a nível europeu, que actualmente gozam de acesso fácil e seguro aos medicamentos, bem como a cuidados farmacêuticos independentes. A Comissão e os Estados-Membros têm visões antagónicas sobre esta matéria e, por isso, prevemos que o processo se possa dirimir no Tribunal Europeu de Justiça. Veremos.

FP - Tanto a Directiva Serviços como os procedimentos de infracção têm a ver com aspectos de concorrência. Genericamente, o Simpósio Anual do PGEU realizado em Cascais abor-



dou esta vertente, relacionando-a com o papel do farmacêutico no presente e no futuro. As conclusões do Simpósio reflectem esta questão e preenchem os objectivos a que ele se propunha?

LM - Antes do mais, importa esclarecer que consideramos essencial que uma Europa competitiva conserve a sua dimensão social. Na nossa perspectiva, a questão não está em escolher entre um modelo de mercado livre e uma Europa social, mas sim em determinar como a Europa competitiva e a Europa social se podem sustentar mutuamente. O objectivo do Simpósio que organizámos em Cascais foi precisamente proporcionar um espaço de debate para abordar a forma como os farmacêuticos podem ser parte da solução para esta questão controversa. Do Simpósio, que contou com representantes de todos os parceiros do sector farmacêutico, resultou a evidência de que o sector da farmácia de oficina se encontra actualmente numa fase de profunda mudança e enormes desafios, relacionados com alterações aos sistemas de distribuição, a premência da contenção das despesas e a marcada tendência de passagem para modelos orientados para uma lógica de mercado. Apesar disso, é igualmente claro que o farmacêutico de oficina tem uma intervenção importante, que vai muito para além

da mera dispensa de medicamentos e que está em evolução crescente, alargando-se inclusive a outras áreas, como a gestão da doença - que adiciona valor acrescentado, pois permite obter ganhos em saúde para os doentes - e a sua acção ao nível dos cuidados primários, entre várias outras. Acresce a integração das farmácias na rede de cuidados de saúde primários e a colaboração que prestam para a contenção da despesa com medicamentos no âmbito dos sistemas nacionais de saúde. É certo que, no quadro de uma Europa social competitiva, o farmacêutico de oficina desempenha um papel importante na implementação de uma agenda coerente de defesa da saúde pública. Porém, o seu papel poderá ser ainda mais relevante no futuro, caso os decisores políticos reconheçam o potencial do contributo da farmácia de oficina para que os objectivos das políticas de saúde sejam atingidos. É também essencial que o estatuto do farmacêutico, enquanto profissional de saúde, seja devidamente entendido e apareça reflectido nos enquadramentos regulamentares que lhes são proporcionados.

FP - Uma das iniciativas da Comissão que estão na base da sua política ao nível do Mercado Interno, concretamente no âmbito do sector farmacêutico, foi o chamado G10, que

avançou propostas de liberalização concretas. Em 2006, a Comissão deu início à sua intenção de aprofundar as propostas do G10, tendo lançado o Fórum dos Medicamentos, o qual é assistido por grupos de trabalho, cada qual com competência específica em determinada área. Que participação teve o PGEU neste Fórum até ao momento?

LM - Naturalmente, a participação do Grupo e os pontos de vista expressos quer ao mais alto nível, no Fórum propriamente dito, quer nos três grupos de trabalho criados para o auxiliar - preços dos medicamentos; eficácia relativa dos medicamentos; e informação aos doentes - em que o PGEU tem assento, decorrem das suas posições políticas. Importa perceber que os trabalhos do Fórum se deverão prolongar até ao final de 2008, pelo que ainda se aguarda resultados concretos e é cedo para fazer um balanço dos trabalhos. No entanto, devo referir que o Grupo Farmacêutico tem vindo a participar de forma activa e construtiva naquela que é a mais recente iniciativa da Comissão para a política do medicamento e a competitividade da indústria farmacêutica europeia. Sucede até que o PGEU é co-responsável pelo subgrupo da acessibilidade à informação sobre medicamentos, no quadro de um dos grupos de trabalho técnicos criados para assistir o Fórum propriamente dito, precisa-

“O PGEU está ainda envolvido na implementação do projecto IMI. Trata-se de uma plataforma electrónica que permitirá a troca de informações sobre a mobilidade transfronteiriça dos profissionais de saúde, entre eles os farmacêuticos.”

mente o da informação aos doentes. Esta responsabilidade não só nos dá a possibilidade privilegiada de apresentarmos os nossos pontos de vista com maior eficácia, como também demonstra que o Grupo atingiu graus de maturidade e credibilidade reconhecidos por um parceiro tão importante como a Comissão. Importa ainda salientar que, até ao início deste processo, embora pugnando pela possibilidade de ter assento entre parceiros tão relevantes como as Direcções-Gerais da Empresa e da Saúde da Comissão, elementos do Parlamento Europeu e ministros dos Estados-Membros, para além de representantes de topo da indústria farmacêutica, entre outros parceiros do sector farmacêutico, só em 2006 tal se concretizou efectivamente. Parece-nos que este facto é de relevar, pois demonstra definitivamente que se reconhece o papel importante do farmacêutico de oficina e das farmácias, no quadro do sector da saúde, a nível europeu.

FP - A Directiva do reconhecimento de diplomas há muito que se encontrava em cima da mesa de negociações quando a delegação portuguesa assumiu a presidência do PGEU. Foi-lhe prestada uma atenção particular?

LM - Dadas as possíveis repercussões ao nível da prestação dos serviços farmacêuticos, seguimos atentamente, desde o início, o processo legislativo que culminou na adopção da Directiva relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, que terá de ser transposta para o ordenamento jurídico interno dos Estados-Membros até ao próximo dia 20 de Outubro. Trata-se de um dossiê com grande impacto no futuro, face à crescente mobilidade dos profissionais de saúde, a qual irá colocar determinadas questões que poderão atentar contra o interesse público, o qual importa proteger. Tendo em vista precisamente a implementação da Directiva, o Grupo entendeu ser relevante intensificar a cooperação e, em especial, facilitar a troca de informação entre os seus membros, uma vez que parte deles possui uma função reguladora. Nesta lógica, decidimos organizar um seminário em Bruxelas, realizado em Novembro passado, para debater aspectos relacionados com a sua implementação prática, procurando afastar incertezas e perspectivando soluções para os desafios com que os farmacêuticos se irão

inevitavelmente deparar. Contámos com a presença de funcionários da Comissão Europeia e de Autoridades reguladoras de vários Estados-Membros, com vista a assegurar uma maior clarificação em certas áreas consideradas mais sensíveis, como a avaliação das competências jurídicas e o reconhecimento dos títulos de farmacêutico. O PGEU está ainda envolvido na implementação do projecto IMI. Trata-se de uma plataforma electrónica que permitirá a troca de informações sobre a mobilidade transfronteiriça dos profissionais de saúde, entre eles os farmacêuticos. Há a expectativa de que esta iniciativa permita aliviar uma parcela significativa do trabalho administrativo que cabe às Autoridades competentes e às organizações profissionais. Paralelamente, foi estrategicamente decidido reavivar a actividade de um grupo de trabalho interno do PGEU, que se havia ocupado precisamente das questões da mobilidade e do reconhecimento dos farmacêuticos de oficina.

FP - Finalmente, gostaria que me falasse da actividade do PGEU numa área de importância primordial para a profissão farmacêutica e à qual a presidência portuguesa atribuiu prioridade, como mencionou ante-



riormente. Refiro-me à segurança dos doentes, naturalmente?

LM - A segurança dos doentes é uma área que tem vindo a assumir uma elevada prioridade na agenda política internacional e, muito em particular, da UE, sendo inclusive objectivo estratégico da agenda de trabalho para 2007 do Comissário da

Saúde. Sendo assim, não lhe poderíamos ficar indiferentes, obviamente, na medida em que um dos eixos prioritários no contexto da segurança dos doentes é o que respeita ao uso dos medicamentos. Como disse, e bem, decidimos conferir-lhe o estatuto de área prioritária para a presidência portuguesa, no decorrer da qual pretendemos aumentar a relevância da actividade do PGEU nesta área, a qual era já evidente pelo facto do Grupo estar representado, como não poderia deixar de ser, num subgrupo de trabalho sobre a segurança dos doentes, ao nível do *High Level Group on Health Services and Medical Care*, criado pela Comissão Europeia.

Além disso, o PGEU participa nas actividades desenvolvidas pelo *Health Policy Forum* nesta área. No sentido de contribuir de forma pro-activa

para esta importante área de acção e apoiar as actividades do secretariado do Grupo, criámos uma rede de peritos em segurança dos doentes, recrutados entre os membros do PGEU, que conta com um elemento indicado pela delegação portuguesa. Este grupo produziu um importante documento que foi publicado em Fevereiro e disseminado por contactos privilegiados em Bruxelas e ao nível dos Estados-Membros.

FP - Quer referir-se ao seu conteúdo e particularmente aos objectivos que se tenciona atingir com esta iniciativa?

LM - A publicação que mencionei possui simultaneamente um carácter político e um carácter técnico e pretende reflectir o compromisso dos farmacêuticos de oficina europeus em relação à segurança dos doentes. Procura contribuir para a área da segurança do doente, na perspectiva do farmacêutico de oficina, nas suas mais diversas vertentes relacionadas com o medicamento: a farmacovigilância, a contrafacção, a dispensa e a administração dos medicamentos, o uso racional, a informação aos doentes e a relação custo-eficácia, para referir apenas algumas.

Por outro lado, caracteriza os contributos específicos que os farmacêuticos de oficina, a nível nacio-

nal, têm vindo a dar neste âmbito. Pretendemos com este documento colocar o farmacêutico de oficina numa posição de protagonismo nesta área tão importante, que decorre da posição ideal que ocupa na cadeia do medicamento, correspondendo à forma responsável como os farmacêuticos de oficina europeus se mobilizam para ser parte da solução e não dos problemas.

Para além de ser um claro benefício para os doentes, entendemos que a actividade do PGEU na área da segurança dos doentes e, num contexto mais amplo, da promoção da saúde, pode também proporcionar uma intervenção acrescida do farmacêutico de oficina enquanto parceiro relevante do sector da saúde.

Neste sentido, estamos convencidos que o Grupo Farmacêutico pode ajudar, de forma visível, a aumentar o conhecimento existente sobre a intervenção profissional do farmacêutico, através do desenvolvimento de conhecimentos e de capacidades para a criação de novos serviços que, de certo modo, enformam a farmácia de futuro.

Uma farmácia que conta com farmacêuticos de oficina que são verdadeiros aliados dos governos e dos doentes na implementação das políticas de saúde que melhor servem os interesses dos cidadãos.

ARTE DE VIAJAR

A SUA AGENDA DE VIAGENS

PARTIDAS
JUNHO
A AGOSTO



NA SOMBRA
DO DRAGÃO

NA ROTA
DO DRÁCULA

AVENTURA
NO EGITO

FIORDES
NORUEGUESES

EM BUSCA
DO SAMURAI

CABO DO
NORTE E SOL
DA MEIA NOITE

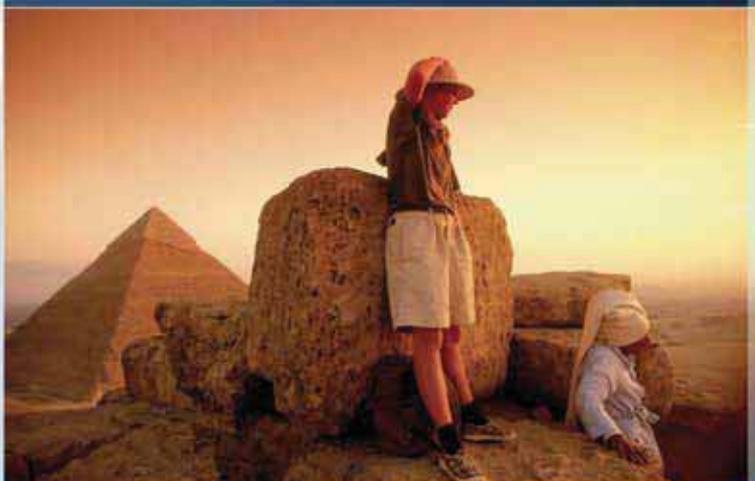


CARTÃO
TOP ATLÂNTICO
Pague em
6 meses
sem juros*

*TAEG 7,77% para um crédito de 1000 euros
Campanha válida apenas para
Circuitos Exclusivos Arte de Viajar

PROGRAMAS EXCLUSIVOS
GUIA ESPECIALIZADO
DATAS DE PARTIDA FIXAS
LUGARES LIMITADOS

Não acumulável com outras campanhas ou promoções



 VIAGENS

 **TopAtlântico**
Viaje na maior.

CONSULTE-NOS

www.topatlantico.com

CONTACTE-NOS

707 227 700

VISITE-NOS

80 Agências

Modelo 01 - 2019/06



Abertura de novas licenciaturas preocupa estudantes

Qualidade em risco

Os estudantes de Ciências Farmacêuticas contestam a abertura de novos cursos. Receiam pela qualidade do ensino e pelo futuro, num mercado de trabalho que está à beira da saturação. Em entrevista, o presidente da APEF, Luís António Pinto, critica a ausência de estudos e o avanço pelo caminho da liberalização.

Farmácia Portuguesa – A APEF (Associação Portuguesa dos Estudantes de Farmácia) emitiu recentemente um parecer sobre a abertura de novas licenciaturas em Ciências Farmacêuticas, o qual enviou, entre outros, ao ministério que tutela o Ensino Superior. O que motivou esta iniciativa?

Luís António Pinto – No início deste mandato, a actual direcção da APEF identificou, como preocupante, a perspectiva de abertura de novas licenciaturas, entendendo que vai suscitar problemas ao nível da colocação de todos os licenciados no mercado de trabalho.

Sustentamos esta posição em dados da própria Ordem dos Farmacêuticos, segundo os quais a actual média de idade dos farmacêuticos ronda os 40 anos, o que, fazendo um cálculo racional, nos permite antever uma saturação do mercado nos próximos anos. Além do mais, é preciso ter em conta que a grande maioria dos farmacêuticos exerce no sector privado, sobretudo em farmácia de oficina, não existindo, por isso, uma idade de reforma fixa.

Ora, apesar disso, assistimos a uma tendência para o crescimento das vagas em Ciências Farmacêuticas. Há dois anos, abriu a licenciatura na Universidade do Algarve e, posteriormente, na da Beira Interior, o que perfaz nove licenciaturas. No último ano lectivo, entraram quase 880 alunos. Daqui a cinco ou seis anos, estarão praticamente todos no mercado de trabalho, até porque é mínima a taxa de transferências inter-cursos.

FP – Como justifica, então, a política de abertura de novas licenciaturas?

LAP – A verdade é que os cursos foram abertos sem qualquer estudo prévio. Nem o CNAES (Comissão Nacional de Acesso ao Ensino Superior) nem o CNE (Conselho Nacional de Educação) o fizeram. Limitaram-se a aprovar as candidaturas. Este é, aliás, um processo que também nos preocupa. É que uma candidatura para ser aceite tem de respeitar um conjunto de requisitos, nomeadamente ao nível do corpo docente. Mas o que verificamos é que, nesses cursos, a taxa de farma-

Perfil de uma associação

Fundada em 1998, a Associação Portuguesa dos Estudantes de Farmácia (APEF) radica na necessidade de “unir numa só voz” os estudantes de Ciências Farmacêuticas a nível nacional, criando as bases para uma aproximação mútua entre profissionais e alunos. É integrada por seis membros efectivos: a Associação de Estudantes da Faculdade de Farmácia de Lisboa (AEFFUL), a Associação de Estudantes da Faculdade de Farmácia do Porto

(AEFFUP), o Núcleo de Estudantes de Farmácia da Associação Académica de Coimbra (NEF/AAC), o Núcleo de Ciências Farmacêuticas do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte (NCF/AEISCS-N) e o Núcleo de Estudantes de Ciências Farmacêuticas da Associação de Estudantes do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Egas Moniz (NECF/AEISCS-EM). É membro observador a Associação de Estudantes de Ciências

Farmacêuticas da Universidade Lusófona, estatuto a que os estudantes da Universidade Fernando Pessoa estão em processo de adquirir. É seu propósito “evidenciar, mesmo aos mais cépticos, a importância que o farmacêutico tem enquanto promotor da saúde”, bem como congregar esforços para que, juntos, futuros farmacêuticos e actuais profissionais construam “um futuro digno para a classe”.

cêuticos a leccionar é muito reduzida. Ao contrário do que acontece nas faculdades públicas.

Entendemos que se colocam problemas de qualidade. Afinal, as faculdades em que os farmacêuticos leccionam apresentam parâmetros formativos elevados...

E a nossa preocupação justifica-se perante a perspectiva de abrirem novas licenciaturas. Aliás, temos indicações de que as faculdades que já leccionam cursos na área da Saúde se preparam para apresentarem candidaturas. E um dos argumentos que invocam é o da descentralização, um argumento muito atractivo para o ministério.

FP – De que modo é que a qualidade dos novos cursos deveria ser aferida?

LAP – Actualmente, o rastreio da qualidade faz-se através da acreditação pela Ordem dos Farmacêuticos. Essa é uma garantia e, aliás, as associações de estudantes filiadas na APEF integram ape-

nas faculdades acreditadas. A Fernando Pessoa está ainda em processo de reunir os requisitos que lhe permitam constituir-se observadora.

Consideramos fundamental a existência de um mecanismo de avaliação da qualidade da formação ministrada pelas novas faculdades. Daí que um dos projectos em que a actual direcção da APEF está empenhada seja, precisamente, o acompanhamento da qualidade do ensino nas faculdades que são nossas filiadas.

FP – No parecer, a APEF defende que, ao invés de serem criadas novas licenciaturas, se invista na melhoria das infra-estruturas já existentes. Qual é a situação actual que sustenta esta posição?

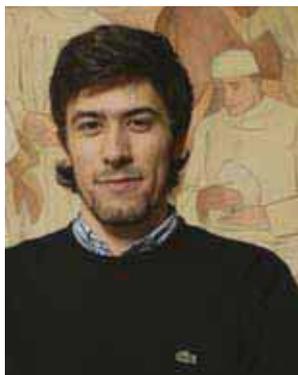
LAP – A actual situação das infra-estruturas universitárias públicas é preocupante. Sobretudo nas Faculdades de Ciências Farmacêuticas do Porto e Coimbra. É urgente um investimento

claro na sua requalificação, na medida em que já não têm capacidade – em termos físicos e logísticos – para a formação.

A competência científica e técnica é indiscutível, mas as infra-estruturas estão decadentes. Os edifícios são antigos, têm-se feito obras atrás de obras mas não resolvem o problema. Os alunos queixam-se. Esta é outra das áreas de intervenção da APEF: vamos promover um estudo a partir da opinião dos estudantes sobre as infra-estruturas universitárias na área das Ciências Farmacêuticas.

Liberalização subordina ética aos interesses económicos

FP – Voltando à saturação do mercado enquanto consequência das novas licenciaturas, qual é, na vossa opinião,



a área profissional que mais se ressentirá?

LAP – Parece-nos evidente que será a farmácia de oficina. É a área escolhida pela maioria dos estudantes para exercer a profissão. Por um lado, a farmácia hospitalar não é muito atractiva, até porque as vagas são muito reduzidas – afinal, há um farmacêutico por hospital. Por outro, a indústria e as análises clínicas estão a

dar preferência a outros profissionais. Fazendo uma extrapolação dos números actuais, antevemos que aconteça com Ciências Farmacêuticas o que já aconteceu com Direito: de um momento para o outro, os recém-licenciados ficaram sem saídas profissionais, o que obrigou a Ordem dos Advogados, perante a sucessiva abertura de cursos, a instituir a obrigatoriedade de um exame de admissão à profissão, como medida de racionalização e de garante da qualidade.

FP – Neste cenário, como recebeu a APEF a aposta do governo na liberalização do sector?

LAP – Uma das questões que nos preocupa é a que se prende com o fim da indivisibilidade entre a propriedade e a direcção técnica. Se os jovens farmacêuticos não tiverem prioridade na abertura de novas farmácias, podem colocar-se problemas ao nível dos interesses. Sem capacidade financeira para concorrerem, correrão o risco de ficar técnica e cientificamente subordinados aos interesses de proprietários não farmacêuticos. O que perguntamos é até que ponto a ética e a deontologia farmacêuticas se enquadrarão nos interesses económicos dos proprietários...

A APEF apoia o actual modelo de farmácia, desde logo porque tem apresentado bons resultados: ninguém pode dizer que as farmácias não funcionam bem; aliás, até o primeiro-ministro o reconheceu na assinatura do Compromisso com a Saúde. As farmácias, tal como existem, são um espaço de saúde pública e de interesse público, não só pelo acesso ao medicamento, mas sobretudo pelo aconselhamento e pelos cuidados farmacêuticos. Outros países tiveram experiências liberalizadoras que não correram bem e agora querem voltar ao modelo antigo. E nós, que temos um modelo bom, que funciona, queremos mudá-lo. Não há necessidade.

Uma mensagem clara

É assim que a APEF espera ver recebido e entendido este parecer sobre a abertura de novas licenciaturas. Um parecer enviado, nomeadamente ao ministro Mariano Gago, que tutela o Ensino Superior, mas que não motivou qualquer resposta. Eis algumas das ideias nele transmitidas:

“A APEF vem manifestar o seu desacordo relativamente à futura abertura de novas licenciaturas em Ciências Farmacêuticas, quer no subsistema particular e cooperativo, quer no público. O nosso intuito é criticar a política de abertura que até aqui tem sido aplicada, bem como alertar os responsáveis pela gestão do Ensino Superior Universitário e entidades do sector para a saturação que se está a atingir no sector”.

“A APEF não pode, nem deve, no interesse dos estudantes que representa, deixar passar em claro esta política”.

“Temos a forte convicção de que os responsáveis pelo Ensino Superior deviam investir nos cursos já existentes, dando o devido financiamento para salvaguardar as necessárias condições para a plena formação farmacêutica”.

“Gostaríamos de acreditar que o ministério que tutela o Ensino Superior, aquando da abertura de novas licenciaturas, contactou a Ordem dos Farmacêuticos, a fim de se inteirar da necessidade de mais formados na área. Se tal não se verificou, qualquer decisão nesta área parece-nos desajustada e pouco contextualizada”.

“Como defensores dos estudantes de Ciências Farmacêuticas, não podemos permitir que entrem num curso onde pensam ter uma oferta de emprego garantida e vejam as suas expectativas defraudadas no final da sua actividade académica”.



Tem diabetes? Boas notícias para os seus dedos

Os seus dedos andam
a dizer-lhe isto?



Agora é possível dar um descanso
aos seus dedos...

Peça mais informações ao seu
farmacêutico.


FreeStyle
mini
Blood Glucose Monitoring System




FreeStyle
FREEDOM
Blood Glucose Monitoring System



Vai mudar a forma como sente as glicemias

Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão



Alargar horizontes

Desde cedo que a formação contínua foi identificada como prioritária pela ANF. Prioritária por constituir um elo essencial entre os conhecimentos adquiridos na Academia e as exigências fomentadas pela prática profissional. Prioritária por permitir antecipar e enfrentar os constantes desafios a que os farmacêuticos de oficina estão sujeitos, oriundos da evolução do saber-fazer, mas também ditados por contingências político-legislativas.

Identificada a necessidade, a ANF colocou-se desde a primeira hora na linha da frente, assumindo-se como entidade formadora, em parceria com outras que partilhavam o mesmo entendimento – a Ordem dos Farmacêuticos e as Faculdades de Farmácia de Lisboa, Porto e Coimbra.

Encetada em 1983, esta é uma aliança entre as instituições profissionais representativas da classe farmacêutica e as entidades onde o saber reside.

Da união destes dois braços resultou a valorização científica e profissional de todos quantos, crescentemente, perfilharam os mesmos ideais, procurando as muitas e diversificadas acções de formação oferecidas ao longo de 23 anos.

Entretanto, a formação contínua viria a ser reconhecida como um elemento determinante na revalidação da carteira profissional, o que acentuou, ainda mais, a sua importância estratégica. A par desta evolução



Desde Janeiro que a valorização profissional da farmácia de oficina conta com um novo instrumento – a Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão. Foram os novos desafios que ditaram a criação desta estrutura que assume como sua uma aposta estratégica a que a ANF dá corpo há 23 anos.

intrínseca à profissão, outras vieram condicionar o posicionamento do farmacêutico no mercado, fazendo da disponibilidade para o desenvolvimento profissional permanente uma mais-valia indiscutível.

É neste contexto que emerge o projecto da Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão.

Todavia, os desafios que a profissão enfrenta actualmente sucedem-se a um ritmo ímpar. São, acima de tudo, desafios de uma outra nature-

za. E que, portanto, requerem uma outra resposta. Uma resposta cada vez mais diferenciada, que permita, sobretudo, antecipar os tempos vindouros mas assegurando a qualidade de sempre.

Daí o projecto mais abrangente protagonizado pela nova estrutura. Autonomizaram-se domínios de intervenção antes dispersos, agora agregados numa única entidade da qual se retira a evidente vantagem da criação de sinergias. Foi essa a fi-

losofia que levou a agregar as valências da Formação, da Comunicação e dos Eventos.

Chegar mais perto

Desta agregação resulta uma maior agilidade de procedimentos, uma maior e melhor capacidade de responder às solicitações dos associados. Chegar mais perto é o objectivo. Um objectivo assente em 23 anos de trabalho e experiência. Dos primei-

Farmácia Fonseca inaugura formação à medida Falar a mesma linguagem

Foi a percepção de que o serviço prestado sairia beneficiado se todos os membros da equipa falassem a mesma linguagem e adoptassem a mesma postura que levou a direcção técnica da Farmácia Fonseca, na Lousã, a enveredar pela formação à medida.

Foi, aliás, nesta farmácia que se estreou a nova alternativa formativa colocada à disposição dos associados no âmbito da criação da Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão. Uma estreia bem sucedida, que deixou na gestora da qualidade, a farmacêutica Joana Poiars da Silva, a vontade de prosseguir neste caminho.

A formação – afirma – podia ser frequentada por um colaborador, que depois transmitiria aos colegas os ensinamentos retidos. Contudo, essa transmissão seria lesada na sua eficácia na medida em que cada pessoa valoriza determinados aspectos em detrimento de outros. Há – argumenta – sempre um grau de subjectividade, ultrapassado quando a formação é frequentada, ao mesmo tempo, por toda a equipa. Assim, justifica Joana Poiars da Silva, a opção pela formação à medida, concretizada numa tarde de Fevereiro, em horário pós-laboral mas com a vantagem de se ter realizado na Lousã. Estiveram presentes os oito membros da equipa – quatro farmacêuticos e quatro ajudantes de farmácia, juntamente com dois estagiários que a direcção



técnica quis que partilhassem esta oportunidade. Foi sobre o “check saúde” que versou esta acção, com a escolha a ser influenciada pelo facto de a Farmácia Fonseca ter recebido havia pouco tempo o dossiê

da ANF sobre este serviço. Além do mais, esta é uma das áreas de intervenção na farmácia, na medida em que a equipa é solicitada frequentemente para realizar determinações.

A decisão de avançar por este modelo de formação foi bem recebida pela equipa: “Foram todos muito receptivos, até porque sentiram que também era uma mais-valia individual”. São sobretudo técnicas as melhorias introduzidas no serviço desde a frequência da acção: “Fizemos algumas alterações, nomeadamente ao nível da actualização dos valores de referência e do diálogo com os utentes em tomo desses valores”.

Houve um aperfeiçoamento da intervenção, que leva a gestora da qualidade da Farmácia Fonseca a afirmar que, agora, “os profissionais estão mais à vontade para falar de determinados assuntos, sem outra segurança”.

A formação à medida foi, de facto, ao encontro das necessidades desta farmácia. De tal forma que Joana Poiars da Silva encara a possibilidade de avançar para outras temáticas. Sem prejuízo da frequência de outros cursos por um ou outro elemento da equipa.

ros aos actuais cursos de formação, o que se pretende não tem mudado: o aumento das competências profissionais dos farmacêuticos de oficina.

O que tem mudado são os domínios em que essas competências se fazem valer. São os desafios com que a profissão se depara que influenciam a evolução das propostas formativas.

Actualmente, estão disponíveis quatro modelos de formação: de curta duração, de longa duração, a distância e consultoria.

Esta é, aliás, a grande novidade introduzida pela escola – a formação à

medida, indo ao encontro das necessidades dos associados e das lacunas por eles sentidas ao nível da formação da sua equipa.

Qualidade – Uma prioridade

A oferta de novos modelos formativos tem a chancela de qualidade que já havia sido imposta aos departamentos de Formação, de Comunicação e Eventos da ANF.

Dando continuidade a esta estratégia,

a Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão obteve a certificação pelas normas internacionais que regem a qualidade (ISO 9001:2000), estando, também, acreditada pelo Instituto para a Qualidade na Formação (IQF). O objectivo é que a qualidade da formação se espelhe na qualidade dos serviços prestados. O que se pretende não é a mera transmissão de saberes, mas sim que os formandos adquiram competências e as apliquem na relação com os utentes das farmácias. É a distância entre o saber e o saber-fazer e o saber-estar.

Entre as raízes e o futuro

Uma árvore é o símbolo da Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão. A imagem não foi escolhida por acaso, não cumpre meros conceitos estéticos: ela representa o encontro entre o passado e o futuro. Um passado construído ao longo de 23 anos de actividade, tantos quantos os da estratégia de formação contínua preconizada e desenvolvida pela ANF. Dessa história resulta solidez: na experiência, na competência, na capacidade de organização e desenvolvimento, nos conhecimentos. Daí o tronco, a base mais sólida de qualquer árvore, a partir da qual se desenvolvem as raízes que a agarram à vida. Mas o tronco é também a ponte entre as raízes e a copa, que se alarga e se ergue em direcção ao céu – é o futuro, a modernidade, símbolo da estratégia inovadora que esteve subjacente à criação da escola. E essa copa desdobra-se em ramos – os cursos e as diversas áreas de intervenção – pontuados por folhas que se quiseram quadradas exactamente para transmitir a ideia de vanguardismo. A Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão reúne em si estas duas realidades em prol do enriquecimento profissional de todos quantos integram a equipa da farmácia de oficina.

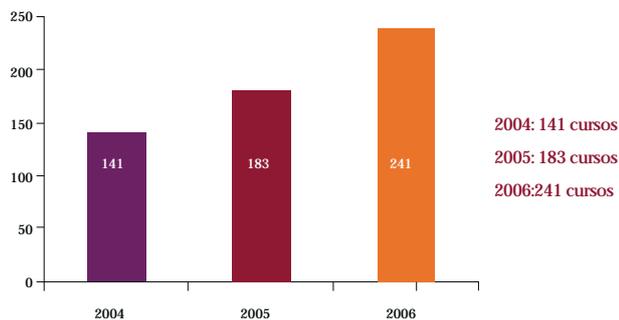


ESCOLA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE E GESTÃO

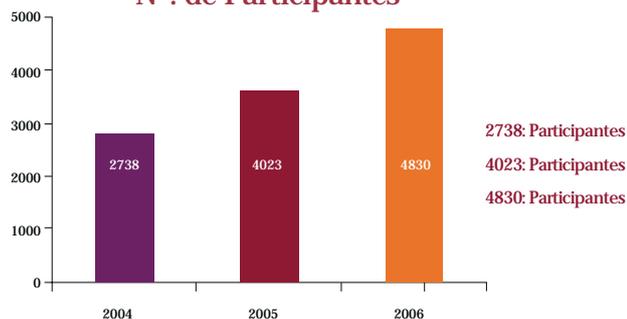
Vê-la cumprida é um dos propósitos da direcção da escola, que considera que o projecto será ganho na exacta medida em que contribuir para uma melhor prestação de serviços.

Os números relativos a 2006 dão uma ideia clara de que estas preocupações têm eco entre os profissionais: assim, as 241 acções formativas efectuadas, num total de 3027 horas, reuniram 4830 participantes. São um espelho do sucesso da estratégia que a ANF empreendeu há mais de duas décadas e que a nova entidade vem ratificar e aperfeiçoar.

N.º. de cursos



N.º. de Participantes



Uma equipa à medida

Maria João Toscano,
Directora da Escola de
Pós-Graduação em
Saúde e Gestão



Flexibilidade. Funcionalidade. Capacidade de adaptação. São atributos da equipa que assegura a coordenação da Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão.

Uma equipa que se quis pequena precisamente para corresponder à filosofia da nova entidade. Compete a Maria João Toscano a direcção da escola, coadjuvada por Alexandrina

Teles, directora adjunta.

As áreas em que a escola se ramifica são da responsabilidade de Ana Mendes, que coordena a Formação, e de Rosário Lourenço, que tem a seu cargo a Comunicação e Eventos.

No que respeita à Formação, há ainda a considerar quatro gestoras – Rosa Azevedo, Nélia Gouveia, Sofia Silva e Ana Cláudia. Cada um dos

departamentos é suportado por um secretariado, constituído, no caso da Formação, por Paula Moreira, Rute Sebastião, Carla Moreira e Paula Santos e, no caso da Comunicação e Eventos, por Alexandra Gomes, Dora Fonseca e Margarida Lopes.

Este último grupo de colaboradoras dá igualmente apoio à direcção da escola.

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:

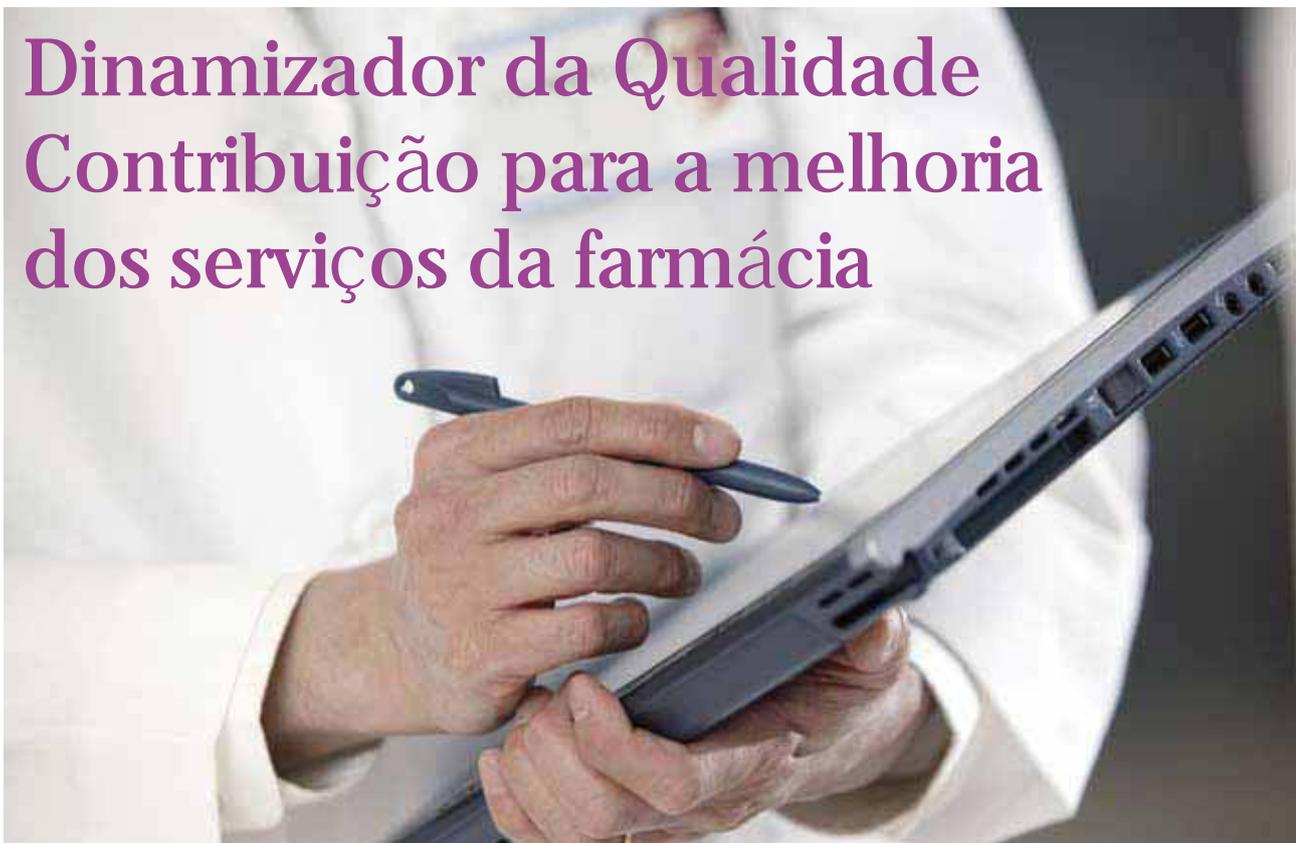
BESdirecto Negócios
707 200 300

BESnet Negócios
www.bes.pt



**BANCO
ESPIRITO
SANTO**

Dinamizador da Qualidade Contribuição para a melhoria dos serviços da farmácia



Resultado de uma parceria entre a ANF e a Ordem dos Farmacêuticos, o Sistema de Gestão da Qualidade para as Farmácias tem trazido, desde 1999, melhorias significativas aos serviços farmacêuticos, à gestão interna da farmácia e à eficiência no atendimento ao público.

Cabe ao Dinamizador da Qualidade a responsabilidade de, em parceria com toda a equipa, implementar o sistema na farmácia.

A melhoria contínua dos serviços prestados aos utentes é uma preocupação constante dos farmacêuticos. Este princípio está também subjacente ao Sistema de Gestão da Qualidade para as Farmácias (SGQF). A decisão de concretizar esta estratégia e partir para a implementação do SGQF cabe ao Director Técnico da farmácia (DT). O primeiro passo a dar para a realização deste objectivo é identificar, desde logo, o seu braço direito, de entre os diversos membros da equipa, para assumir a função de Dinamizador da Qualidade (DQ). Organização, espírito de liderança e de equipa, perseverança, uma vez que a mudança é difícil e longa, e boa capacidade de relacionamen-

to com o DT e com os colegas, no sentido de transmitir as vantagens do sistema e garantir que os procedimentos são cumpridos de acordo com o que foi estabelecimento pela Direcção Técnica, são as características procuradas no dinamizador, que uma vez escolhido irá acumular a responsabilidade de gerir o processo da implementação do sistema com as funções anteriores.

O Dinamizador faz a gestão de todo o processo de implementação do SGQF, em colaboração com o DT, motivando os colegas a contribuir e adoptar os princípios inerentes ao sistema da qualidade. Cabe ao DQ, como elemento "facilitador", garantir que toda a equipa compreende

os procedimentos estabelecidos pela farmácia, e contribuir para o seu cumprimento, por exemplo, através da avaliação dos resultados, de reuniões internas, ou de auditorias internas.

Ao Dinamizador da Qualidade compete-lhe garantir o funcionamento adequado do sistema e a manutenção do desempenho do mesmo, mantendo informado o DT sobre o desenvolvimento do SGQF e propondo assuntos sobre a qualidade para discussão em reuniões convocadas pelo DT.

Uma vez que funciona como motor de implementação do sistema, deve manter actualizada a documentação relativa ao SGQF e promover acções de formação em qualidade junto dos colaboradores da farmácia.

Mais qualidade, melhor atendimento

O Sistema de Gestão da Qualidade surgiu em 1999, mas foi reformulada a sua metodologia em 2004, por forma a permitir uma implementação menos morosa e dispendiosa.

As alterações que foram introduzidas permitiram reduzir substancialmente o custo da implementação, uma vez que são as próprias farmácias a implementar o processo, mediante documentação fornecida pela ANF e OF. As farmácias têm apenas que custear uma formação ministrada pela ANF, bem como as auditorias de concessão e as subsequentes.

Esta formação é presencial, composta por quatro módulos e conteúdos programáticos diferentes, decorrendo ao longo de um ano, com intervalos de dois a três meses. Este ano, a formação passou a incluir um complemento de formação a distância, utilizando o recurso *blended-learning* disponibilizado pela ANF. Este recurso permite um acesso imediato aos materiais e fomenta a comunicação entre os formandos, formadores e o coordenador do SGQF (membro da OF).

Durante o processo de implementação, que demora cerca de ano e meio, são realizadas quatro auditorias às farmácias, preferencialmente antes da participação no módulo de formação seguinte.

A ANF colabora neste processo através do Departamento de Apoio aos Associados (DAA), na realização das auditorias internas, e do Departamento de Formação, na organização dos cursos. O acompanhamento do processo está a cargo da OF, que acompanha e gere o sistema nas farmácias aderentes e presta consultoria através do seu *Call-Center*.

O sistema permite à farmácia obter a dupla certificação (Boas Práticas de Farmácia – BPF – e Norma ISO 9001), emitida por uma entidade externa.

Versando estes princípios, o SGQF contribui, internamente, para a melhoria da gestão da farmácia, no que diz respeito aos stocks e aos recursos financeiros e humanos, aos serviços prestados e, sobretudo, à resposta dada às neces-

sidades dos utentes. O principal fundamento é a melhoria na prestação de cuidados aos utentes.

Imagem e funcionamento renovados

O projecto melhora o serviço prestado pelas farmácias e, consequentemente, a imagem e o funcionamento do sector perante o público. Para além deste efeito positivo, há um reconhecimento externo com a obtenção de um símbolo da qualidade.

Ao obrigar ao cumprimento de determinados requisitos, o sistema funciona de forma preventiva contribuindo para a melhoria contínua a diversos níveis.

Através deste sistema, todas as actividades da farmácia são agilizadas, evitando-se rupturas de stock e receitas devolvidas e melhorando-se o nível de relacionamento com os fornecedores. Também são clarificadas as funções e as responsabilidades de cada colaborador, facilitando-se a integração de novos membros e motivando-se a equipa.

Consequentemente, verifica-se uma maior satisfação dos utentes com os serviços prestados pela farmácia, com o tratamento das reclamações e das sugestões apresentadas pelos mesmos, realizados de uma forma mais eficaz, e um aumento constante da competitividade da farmácia, no sentido de melhorar sempre.

Farmácias reconhecem melhoria do serviço

Actualmente, estão certificadas 44 farmácias e cerca de 230 encontram-se em processo de certificação. As farmácias certificadas, e mesmo aquelas que se encontram em processo de certificação, são unânimes no reconhecimento das melhorias apresentadas com a introdução do sistema.

A Farmácia Exposul, em Lisboa, encontra-se a finalizar o processo de certificação. Em declarações à Revista Farmácia Portuguesa, o responsável pela gestão do processo reconheceu que os serviços da farmácia melhoraram durante a adopção do sistema e consequente adaptação do funcionamento da mesma. Luís Baião, o farmacêutico que acumulou as funções que desempenhava com as de Dinamizador da Qualidade, afirma que “muitas das acções de optimização dos processos regulares da farmácia já decorriam, mas sem grande expressão. Havia boa vontade mas o método era capital. Por isso foi necessário haver a responsabilização de alguém na equipa para fazer a monitorização desta implementação”. Para o DQ da Farmácia Exposul, as dificuldades foram encontradas, sobretudo, nas “rotinas existentes”. Foi necessário sensibilizar a equipa para as vantagens inerentes à implementação do sistema, demonstrando que os instrumentos postos à disposição dos farmacêuticos “são úteis para melhorar o trabalho. Obrigam à diminuição do erro e consequente melhoria da imagem da Farmácia junto do utente”. “A actualização constante da informação através de registos permitiu quantificar processos que até aí não eram medidos. Ganham-se assim objectivos tangíveis que se apresentam como desafios”, explica Luís Baião, sublinhando que o esforço inicial de desgaste com a intensa burocracia é recompensado “logo que o projecto ganha embalagem”. “A formação da ANF/OF ajuda em

muito a não tornar penosa esta tarefa. Graças às metas parcelares propostas por ela geram-se períodos de maior labor na antecipação de uma auditoria. Nestas alturas há um esforço unânime da equipa para compensar a falta do Dinamizador nas outras funções normais”, afirma.

Interacção com restante equipa e melhorias alcançadas

“A Farmácia Exposul tem a vantagem de ter um equipa jovem em que a média de idades ronda os 25 anos. O facto de ser composta quase exclusivamente por farmacêuticos permite também que as acções tenham um tempo de implementação total bastante curto. A responsabilidade partilhada permite que todos se sintam envolvidos. Não existe superioridade hierárquica na função, apenas uma responsabilidade individual pelo que não terá havido afecção do relacionamento interpessoal”, salienta Luís Baião, ao explicar como interagiu com a restante equipa durante a implementação do SGQF. “A flexibilidade do sistema permite que se possam fazer concessões a quem lida directamente com os assuntos. A equipa sente-se estimulada por ser parte activa também na gestão da qualidade”, adianta. Em termos de benefícios já retirados do sistema, o DQ considera que o maior avanço alcançado é ao nível das mentalidades. “A equipa esforça-se por pensar nas funções que desempenha e tenta a melhoria contínua dos serviços: desde a simplificação de tarefas à proposta de novos procedimentos. Concretamente, a manutenção preventiva do equipamento permite a salvaguarda dos serviços da farmácia, assim como a sistematização da limpeza da farmácia garante a optimização de tempo e recursos humanos”, conclui o farmacêutico.

Suíça

Novo sistema de remuneração dos farmacêuticos

A partir de Janeiro de 2007, os doentes têm a pagar aos farmacêuticos suíços duas taxas: o equivalente a €2,70 por prescrição médica, para cobrir o processamento da prescrição e o aconselhamento prestado; €2,05 por cada prescrição (taxa paga apenas uma vez por dia, por doente), referente à confirmação da compatibilidade dos medicamentos que constam da prescrição e destes com os que o doente já tomava. Este sistema será revisto no fim de 2008.

In Pharma Pricing & Reimbursement, Fevereiro 2007

Irlanda

Apresentado estudo sobre o sector da farmácia de oficina

A *Irish Pharmaceutical Union (IPU)* encomendou à *PriceWaterhouseCoopers* um estudo que revela que, em média, cada utente visita uma farmácia 20 vezes por ano e que cada farmácia atende diariamente 186 utentes, num total de 83 milhões em 2005.

As farmácias estão abertas, em média, 55 horas por semana e, em alguns casos, sete dias por semana. Há lugar a 13 milhões de actos de aconselhamento por ano, o que evidencia a elevada natureza competitiva das farmácias, segundo a IPU.

In www.ipu.ie, 12/02/2007

EMA lança EudraPharm – base de dados europeia sobre medicamentos

A Agência Europeia dos Medicamentos (EMA) lançou em Dezembro 2006 uma base de dados sobre medicamentos (uso humano e uso veterinário), aprovados por via centralizada, disponível na Internet através do endereço <http://eudrapharm.eu>. Estes medicamentos inovadores têm indicação para tratamento de doenças como vários tipos de cancro, SIDA, diabetes, doenças neurodegenerativas e doenças raras (medicamentos órfãos).

In EMA Press Release n° 456119, 6/12/2006

Bulgária

Mantém propriedade exclusiva da farmácia pelo farmacêutico

O governo búlgaro rejeitou uma proposta de alteração da Lei da Farmácia, que liberalizaria o sector. Caso passasse, a proposta permitiria que empresas e não farmacêuticos pudessem ser proprietários de farmácias.

Esta notícia constituiu um duro golpe para a indústria farmacêutica do país, que estava na expectativa de que o processo de liberalização fosse avante, permitindo-lhe



assegurar um papel mais activo no sector da farmácia. Na Bulgária, uma em cada três farmácias do país está integrada numa cadeia. Também há cadeias de farmácias independentes, bem como centrais de compras para farmacêuticos independentes.

In IPU Review, March 2007

Primeiro-ministro na inauguração do LEF

“O PAÍS PRECISA DOS QUE GOSTAM DO RISCO”

Foi assim que o primeiro-ministro enquadrou o espírito empreendedor da ANF, ao intervir na cerimónia de inauguração das novas instalações do Laboratório de Estudos Farmacêuticos. Uma ocasião que o presidente da ANF aproveitou para assegurar que os farmacêuticos estão de bem com a sua consciência e confiantes no futuro.



Revolução sem rebelião. Esta foi uma das ideias centrais da intervenção do primeiro-ministro, José Sócrates, na inauguração das novas instalações do Laboratório de Estudos Farmacêuticos, a 14 de Março último. Nestes dois anos – disse o chefe do governo – “na regulamentação das farmácias, houve uma revolução”: foi introduzida a venda livre de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias, o horário de abertura semanal aumentou para 55 ho-

ras, foi eliminada a taxa de urgência para receitas aviadas no próprio dia ou no dia anterior ao da prescrição e no parlamento está em discussão a abertura da propriedade das farmácias a não farmacêuticos.

Foi entretanto assinado o Compromisso com a Saúde, entre a ANF e o Executivo, o que, no entender de José Sócrates, “representa uma nova oportunidade para as farmácias, porque permite aumentar o leque de venda de produtos, possibilita a venda de

medicamentos em unidose e pela Internet”.

Esta foi a revolução feita pelo governo. Perante ela – criticou - “enganou-se quem pensou que ia haver uma rebelião no sector”, “enganou-se quem pensava que o sector das farmácias era conservador e que se revoltaria contra o governo”.

Pelo contrário – sublinhou o primeiro-ministro – “embora não tenha concordado com algumas das medidas do governo, a ANF procurou

de forma pragmática chegar a um compromisso, mostrando que tem confiança em si e que respeita quem tem por obrigação defender o interesse público”.

Uma atitude que José Sócrates elogiou, deixando uma mensagem ao país: “Temos de vencer o ciclo terrível da mediocridade e da inveja protagonizado por aqueles que sempre temem comparações. O país precisa daqueles que gostam do risco, que têm espírito empreendedor e de iniciativa”.

“Boas razões para confiar no futuro”

E, de facto, esse tem sido o espírito da ANF ao longo da sua existência. Um espírito consubstanciando no LEF, uma instituição de sucesso apesar das circunstâncias adversas que presidiram à sua constituição. Isso mesmo sublinhou o presidente da associação, João Cordeiro, perante o primeiro-ministro, o ministro da Saúde,

Correia de Campos, o secretário de Estado da Saúde, Francisco Ramos, e o do Comércio, Serviços e Defesa do Consumidor, Fernando Serrasqueiro, e o presidente da Câmara Municipal de Oeiras, Isaltino Morais, além de duas ex-ministras da Saúde – Maria de Belém Roseira, na qualidade de presidente da Comissão Parlamentar de Saúde, e Leonor Beleza, presidente da Fundação D. Anna Sommer Champalimaud.

Perante esta plateia, João Cordeiro deixou claro que “as farmácias portuguesas e os seus dirigentes não confundem as divergências de opinião com o respeito e a consideração devidas às instituições”, com o convite a José Sócrates a derivar também de um “sincero apreço pessoal e político”.

Não escamoteou, contudo, a realidade, sublinhando que “o governo e o sector das farmácias preconizam, em alguns domínios, medidas divergentes sobre a política do medicamento”. Não obstante, reafirmou a disponibi-

Um protocolo pela qualidade

A inauguração das novas instalações do LEF constituiu também oportunidade para a assinatura de um protocolo de colaboração com a Fundação Sommer Champalimaud, ao abrigo do qual as duas instituições se comprometem com a promoção do desenvolvimento das ciências farmacêuticas. Assinado pelo presidente da ANF, João Cordeiro, e pela presidente da fundação, a ex-ministra da Saúde, Leonor Beleza, o protocolo tem, no entanto, um objectivo mais específico: a qualidade dos medicamentos nos países africanos de língua portuguesa. Nesse contexto, estão previstas acções conducentes ao desenvolvimento analítico e à validação de metodologias adequadas à investigação da qualidade, com particular incidência no estudo sobre a dimensão do problema da contrafacção de medicamentos no mercado angolano. Ao LEF compete a realização dos estudos e a sua divulgação às entidades interessadas para que lhes seja possível desenvolver acções para minorar o problema actual e prevenir futuras situações de contrafacção de medicamentos. À Fundação Champalimaud corresponde a colaboração com esses estudos, nomeadamente através da concessão de apoio técnico, logístico e financeiro ao seu desenvolvimento e divulgação. Para o presidente da ANF, a assinatura deste protocolo é reflexo da credibilidade almejada pelo LEF, nacional e internacionalmente.



lidade para o diálogo e a cooperação, “mesmo quando as circunstâncias desse diálogo e dessa cooperação são muito difíceis”.

Dessa disponibilidade resultou o compromisso assinado em Maio de 2006, possível porque, por um lado, a ANF e os farmacêuticos gostam de trabalhar “com políticos determinados, que definem com clareza e com rigor os seus objectivos e que respeitam as organizações da sociedade civil” e porque, por outro, a ANF e os seus associados sabem que o primeiro-ministro “tem apreço pelos farmacêuticos e reconhece a qualidade dos serviços prestados pelas farmácias”, tendo “a firme convicção de que os objectivos são comuns: garantir a igualdade e equidade no acesso aos medicamentos, preservando a qualidade das farmácias”.

Ainda assim, João Cordeiro não quis deixar de sublinhar as apreensões das farmácias quanto à implementação do compromisso, deixando a convicção de que “ambas as partes o cum-

prirão na íntegra”.

Referindo-se aos últimos dois anos – os que, nas palavras do primeiro-ministro, foram de revolução para o sector – o presidente da ANF admitiu que “a vida não tem sido fácil para as farmácias portuguesas”: “Sabemos que é preciso suportar sacrifícios e nunca pusemos em causa as medidas do governo com esse objectivo. Não podemos ser a favor da austeridade quando ela atinge os outros e ser contra quando nos atinge a nós. O que pretendemos é, apenas, que a repartição dos sacrifícios se faça de forma equilibrada entre os sectores, em função da sua capacidade económica e da sua participação nos benefícios”. E foi para esse objectivo que João Cordeiro disse contar com “o sentido de justiça” do primeiro-ministro, reafirmando a vontade de colaboração das farmácias. Tanto mais que – sublinhou – “os farmacêuticos estão de bem com a sua consciência, com os doentes e com o país”: afinal, as farmácias têm qualidade, prestam bons

serviços à população e funcionam ao mais baixo custo em toda a União Europeia. Neste enquadramento, existem “boas razões para confiar no futuro”.

Legitimidade e necessidade

Foram estes os dois pilares em que assentou a constituição do LEF, em 1992, três anos após a publicação da primeira legislação sobre medicamentos genéricos no mercado português. Com a assinatura da então ministra Leonor Beleza, esta legislação desencadeou uma polémica que durou vários anos, protagonizada pelos que eram contrários aos genéricos e cuja argumentação visava pôr em causa a qualidade destes medicamentos. Por não existir um sistema de controlo de qualidade, sustentavam que os genéricos tinham uma qualidade duvidosa, assim tentando adiar a sua introdução no mercado. Foi no

meio desta polémica que a ANF decidiu criar o Laboratório de Estudos Farmacêuticos. Mas, apesar da inexistência de um controlo de qualidade dos medicamentos por parte do Ministério da Saúde, as críticas não se fizeram esperar, conforme recordou João Cordeiro na inauguração das instalações de Oeiras. Os farmacêuticos foram acusados de invadir um domínio exclusivo dos produtores de medicamentos e do Ministério da Saúde. E o LEF encarado como um concorrente desleal. Contudo, era evidente a necessidade de intervenção dos farmacêuticos de oficina nesta área, tal como era evidente a sua legitimidade para o fazerem: quem melhor do que os farmacêuticos para zelar pela qualidade dos medicamentos que dispensam?

As críticas não foram suficientes para impedir a determinação e o LEF concretizou-se, com uma história de sucesso. Granjeou credibilidade nacional e internacional, ampliou e diversificou o seu campo de actuação. Em suma: cresceu. E foi esse crescimento que tornou necessária uma outra plataforma de trabalho que correspondesse às rigorosas exigências das principais entidades reguladoras. Foi assim construído o novo laboratório, um investimento de dez milhões de euros que, como João Cordeiro, enfatizou, foi “integralmente suportado pelo sector, sem subsídios estatais ou fundos europeus de qualquer natureza”.

“Perguntar-me-ão como é possível que as farmácias se tenham disponibilizado para suportar um investimento associativo desta dimensão. A resposta é muito simples: os proprietários de farmácia sabem que, para além dos seus interesses económicos, têm uma responsabilidade profissional, prevista na lei, a assumir perante si próprios, perante os doentes e perante o país”.

O LEF, que o primeiro-ministro classificou como “um admirável mundo novo”, é o cumprir dessa responsabilidade.

Criar valor através da inovação

A criação de valor através da inovação é, simultaneamente, o grande desafio e a mais-valia do LEF. Porque, como sublinhou a sua directora científica, Ascensão Farinha, na inauguração das novas instalações, essa é uma caracteris-

Cinco domínios estratégicos

São cinco os principais domínios de intervenção do LEF, de acordo com os objectivos traçados para o triénio 2006-2009, e cujos contornos essenciais se apresentam:

- Apoio à competitividade da indústria farmacêutica – oferta de um conjunto integrado de serviços que se completam: desenvolvimento ou optimização de formulações farmacêuticas, estudos de qualidade e *in vitro*, estudos de estabilidade e resposta às exigências regulamentares dos dossiers de AIM.
- Apoio à produção personalizada de medicamentos – apoio técnico diário aos profissionais farmacêuticos de oficina e hospitalares na produção destes medicamentos; produção de monografias de manipulados para enriquecimento do Formulário Galénico Português; edição (prevista até final do ano) do primeiro Formulário de Prescrição de Manipulados, tendo como tema a Pediatria.
- Parcerias com universidades e entidades formadoras – disponibilização de instalações, equipamentos e formadores para apoio a projectos auto-financiados que visem a valorização dos recursos humanos, incluindo-se neste âmbito aulas de pré-licenciatura, estágios, teses de mestrado e doutoramento.
- Internacionalização – investimento no reconhecimento exterior da competência do laboratório, traduzido no facto de a venda de serviços ao exterior do país representar já cerca de 20 por cento da actividade.
- Responsabilização social – avaliação permanente da qualidade dos medicamentos disponíveis nas farmácias portuguesas; projecto em curso de avaliação da qualidade dos medicamentos nos países de língua portuguesa em colaboração com as autoridades de saúde locais.



O LEF constitui um exemplo da capacidade de consolidar redes de conhecimento, indispensáveis à inovação nos sectores de elevada intensidade tecnológica.

tica das sociedades mais desenvolvidas. Sociedades marcadas pela diferença “entre as economias que sabem e aquelas que procuram saber, entre aquelas que produzem novos conhecimentos e aquelas que os seguem”. É para este desafio – sublinhou – que o LEF tem vindo e pretende continuar a contribuir. Constituído em 1992, por iniciativa dos farmacêuticos de oficina, o laboratório assumiu desde a primeira hora objectivos claros: contribuir para a inovação na área do medicamento, num contexto alargado de garantia da qualidade. Em 14 anos, tomou-se, de um modo sustentado, um parceiro requisitado para apoiar a concepção, o desenvolvimento e a avaliação da qualidade dos medicamentos.

Hoje – sustentou – o LEF é uma organização de investigação por contrato, que orienta a sua actividade fundamentalmente para o sector do medicamento.

Para Ascensão Farinha, o LEF constitui um exemplo da capacidade de consolidar redes de conhecimento, indispensáveis à inovação nos sectores de ele-

vada intensidade tecnológica. Redes integrando diversas instituições, cada uma com os seus saberes diferenciadores, capazes de contribuir para um sistema organizado de interacções que sistematicamente produzam novos e melhorados produtos e serviços. O dinamismo – frisou – e, consequentemente, o sucesso sectorial dependem em larga medida da capacidade de consolidar essas redes de conhecimento. E, no que respeita ao sector do medicamento em que o LEF se enquadra, “tal consolidação somente é possível através de um compromisso determinado e de uma orientação estratégica comum, entre as empresas industriais farmacêuticas produtoras de medicamentos, as universidades e outras organizações do sistema científico e tecnológico nacional”. Nesta nova fase da sua existência, o Laboratório de Estudos Farmacêuticos propõe-se criar valor para os seus promotores e para os seus clientes e parceiros. Numa multiplicidade de domínios que a sua directora científica elencou, do desenvolvimento de

novos medicamentos e optimização das soluções terapêuticas existentes à investigação e desenvolvimento pré-competitivo, sem esquecer a responsabilização social na busca de soluções que reduzam as assimetrias no acesso ao medicamento (ver caixa na página anterior).

Uma intervenção só possível – como sublinhou – graças ao “entusiasmo, empenhamento, saber, espírito criativo e empreendedor de todos os quadros do LEF que aceitaram o desafio de criar e fazer crescer uma instituição onde a excelência do trabalho efectuado e o espírito de partilha do saber foram e são pontos de honra”.

A finalizar, a directora científica do Laboratório de Estudos Farmacêuticos deixou uma convicção: “Hoje como no início do LEF, acreditamos que o nosso trabalho contribui para a valorização e competitividade das empresas portuguesas, para a afirmação de Portugal na Europa, para a valorização dos profissionais de saúde, para a melhoria da saúde pública em Portugal e nos países que falam português”.



QUÍMICA LÍQUIDA UMA REVOLUÇÃO NA TECNOLOGIA



CR 3000

Determinação de parâmetros bioquímicos

- Simplicidade na utilização
- Rapidez na execução
- Fiabilidade tecnológica
- Segurança na manipulação
- Precisão nos resultados

O equipamento **CR 3000**, o único baseado na tecnologia por química líquida, é a mais recente inovação na determinação de parâmetros bioquímicos na Farmácia.

O **CR 3000** é o equipamento que permite às Farmácias expandir com qualidade os seus serviços, nomeadamente no despiste de patologias, monitorização da terapêutica e aconselhamento farmacêutico.

Cada vez mais uma prioridade de todas as Farmácias!



Quilaban
Química Laboratorial Analítica, Lda

Beloura Office Park, Ed. 11
Quinta da Beloura • 2710-693 Sintra
Tef.: 21 923 63 50 • Fax: 21 923 63 89

Dor Neuropática

Marta Cardão*



A percepção da dor neuropática varia substancialmente de doente para doente, mas provoca sempre um sofrimento importante.



Marta Cardão,
Farmacêutica do Cedime

A dor neuropática tem vindo a ser, alvo de atenção acrescida por parte dos profissionais de saúde e do público, uma vez que da sua identificação, avaliação e controlo depende a realização das tarefas diárias e a integração social do doente. É importante, por isso, conhecer as suas principais características e as abordagens terapêuticas recomendadas, de forma a incentivar o controlo adequado do doente.

Como se define a Dor Neuropática

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (International Association for the Study of Pain - IASP) define dor como: “experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada com a lesão real ou potencial dos tecidos”^{1,2,3}. A dor é assim um sintoma complexo que inclui múltiplos factores variáveis.

A dor neuropática (DNP) é provocada por uma alteração ou lesão primária no sistema nervoso central, que normalmente persiste para além do período de cura considerado normal. Devido à fraca resposta aos analgésicos tradicionais, a DNP exige um compromisso do doente e dos profissionais de saúde de forma a garantir a adesão correcta às estratégias terapêuticas frequentemente complexas.⁴

Dor	Mono e polineuropatias dolorosas	Dor sem transmissão aferente (dor sem nocicepção)	Dor persistente por estimulação simpática mantida	Dor central
Definição	Dor ao longo dos nervos periféricos afectados	Dor derivada da perda de estímulos aferentes	Dor mantida por actividade do sistema nervoso simpático	Dor provocada por lesão primária ou alteração do SNC
Caracterização	Três tipos principais: - Dor contínua, penetrante, ardente, que incomoda ou cortante - Dor lancinante paroxística, do tipo pancada - Sensibilidade cutânea anormal	- Dor qualitativa: ardente, caibras, esmagadora, que incomoda, do tipo punhalada - Hiperalgésia - Disestesias* - Outras sensações anormais	- Dor qualitativa: ardente, tipo pancada, que comprime ou penetrante - Alodinia - Hiperalgésia - Disestesias* - Associada a desregulação do SNA e alterações tróficas †	- Dor qualitativa: ardente, tipo moinha, tremor, penetrante - Espontânea e estável ou induzida - Maior ou menor perda de sensibilidade - Alodinia - Hiperalgésia
Etiologia	- Doenças metabólicas (ex: diabetes) - Toxinas (ex: álcool) - Infecções (ex: vírus Herpes zoster) - Trauma - Doenças auto imunes - Doenças hereditárias	- Danos dos nervos periféricos, gânglios ou do plexo nervoso - Doença do SNC ou lesão (situações ocasionais)	- Alterações dos nervos periféricos (ex: SCDR) - Inervação simpática eferente (motora) - Estimulação nervosa por catecolaminas circulantes	- Isquemia (ex: enfarte) - Tumor - Trauma (ex: danos na espinal medula) - Desmielinização
Exemplos clínicos	- Neuropatia diabética - Neuropatia alcoólica - Nevralgia pós-herpética	- Dor "fantasma" de membro amputado - Dor pós-mastectomia	- SCDR - Dor "fantasma" de membro amputado - Nevralgia pós-herpética - Algumas neuropatias metabólicas	- Dor pós-enfarte - Alguns tipos de dor cancerígena - Dor associada a esclerose múltipla

Legenda:

* - Sensações anormais na pele † - Desregulação autónoma focal, que pode manifestar sinais e sintomas como inchaço, palidez, eritema, sudação e alterações da temperatura, sendo que as alterações tróficas incluem adelgaçamento da pele, crescimento anormal do cabelo e unhas, alterações ósseas
SCDR – Síndrome da dor regional complexa
SNA – Sistema Nervoso autónomo
SNC – Sistema Nervoso Central

Tabela 1- Principais características da dor neuropática.³

Causas e Características da Dor Neuropática

As causas frequentemente associadas à DNP incluem trauma, inflamação (ex: resultante da compressão dos discos intervertebrais na hérnia discal), doenças metabólicas (ex: Diabetes mellitus), infecções víricas (ex: nevralgia pós-herpética por Herpes zoster), tumores, toxinas, doenças neurológicas primárias (ex: esclerose múltipla).^{3,4,5}

A caracterização da DNP é muito variável, tanto pode ser expressa como uma dor contínua como episódica, é percebida e adjectivada de múltiplas formas (latejante, cortante, esmagadora, etc) mas a sintomatologia da DNP de etiologias diferentes é muito similar, por exemplo, a dor derivada da nevralgia pós-herpética e a da neuropatia diabética - ambas se caracterizam por uma sensação de queimadura.⁴ A apresentação mais comum é a sensação de dor contínua, com períodos de dor paroxística tipo "picada", "formigueiro" ou "ardente", com expressão mais in-

tensa à noite.⁵ A caracterização principal dos vários tipos de DNP encontra-se resumida na tabela 1. A DNP está genericamente dividida em dor periférica ou dor central, mediante a origem. A sensibilização a nível central explica o facto de, frequentemente, a DNP ser desproporcional ao estímulo: com resposta amplificada ou exagerada – hiperalgésia; com resposta dolorosa a estímulos que normalmente não o são, como o toque – alodinia; com o facto de ocorrer sem nenhuma causa aparentemente conhecida - dor persistente e difusa.³

Avaliação da dor

A avaliação da dor é um processo complexo mas essencial para a instituição do plano de controlo e tratamento da dor. Por ser um sintoma com uma importante componente subjectiva, não existem métodos ideais para a sua concretização. É um processo multidimensional, que engloba aspectos sensoriais, afectivos e cognitivos, cujos instrumentos de determinação são muito variados mediante a resposta que se pretende obter: qual o objectivo da avaliação, qual o local a avaliar, o grupo populacional a que se refere, o ambiente clínico.³

Existem vários processos para a determinação quantitativa da dor,

isto é, do grau de intensidade da dor, variando entre escalas de modalidade uni e multidimensional.

As escalas unidimensionais quantificam a dor, sendo muito importantes na caracterização da dor aguda de etiologia conhecida (ex: dor no pós-operatório), mas nas situações mais complexas podem subvalorizar alguns tipos de dor.

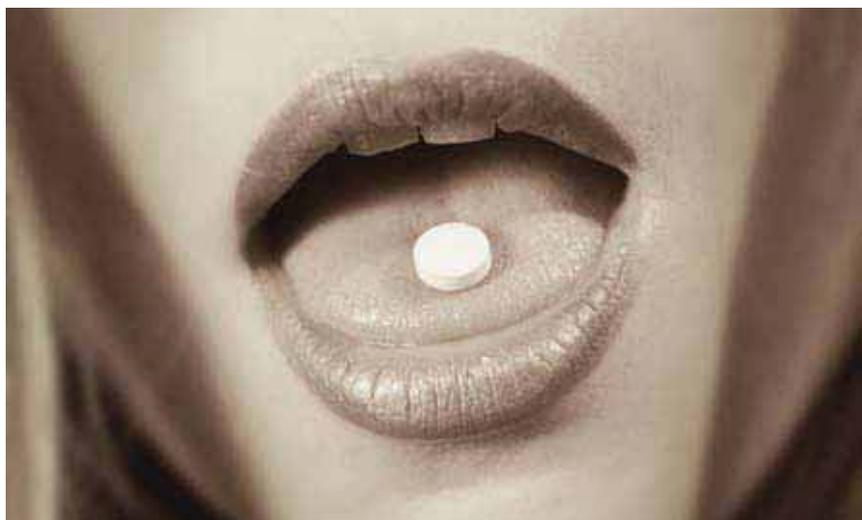
Assim, os especialistas recomendam a utilização de escalas multidimensionais sempre que possível, para a avaliação da dor complexa ou persistente, como é o caso da DNP.³

As escalas unidimensionais tradicionalmente utilizadas, podem ser numéricas (atribuição de um valor entre 0 e 10, em que zero represen-

ta “sem dor” e 10 “a pior dor imaginável”), visuais (VAS – *Visual Analog Scale*, régua de 10 unidades, em que as extremidades representam os mesmos critérios das numéricas), e categóricas (utilização de descritivos verbais simples para a descrição da dor).³ As escalas multidimensionais providenciam informação importante sobre a limitação que a dor confere na realização das tarefas diárias.

Geralmente são inquéritos escritos realizadas pelo próprio doente, podendo o seu preenchimento ser assistido por um profissional e saúde (ex: questionário de McGill; SF-35 – *Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey Instrument*).³

**Os especialistas
recomendam
a utilização
de escalas
multidimensionais
sempre que
possível, para
a avaliação da
dor complexa ou
persistente**



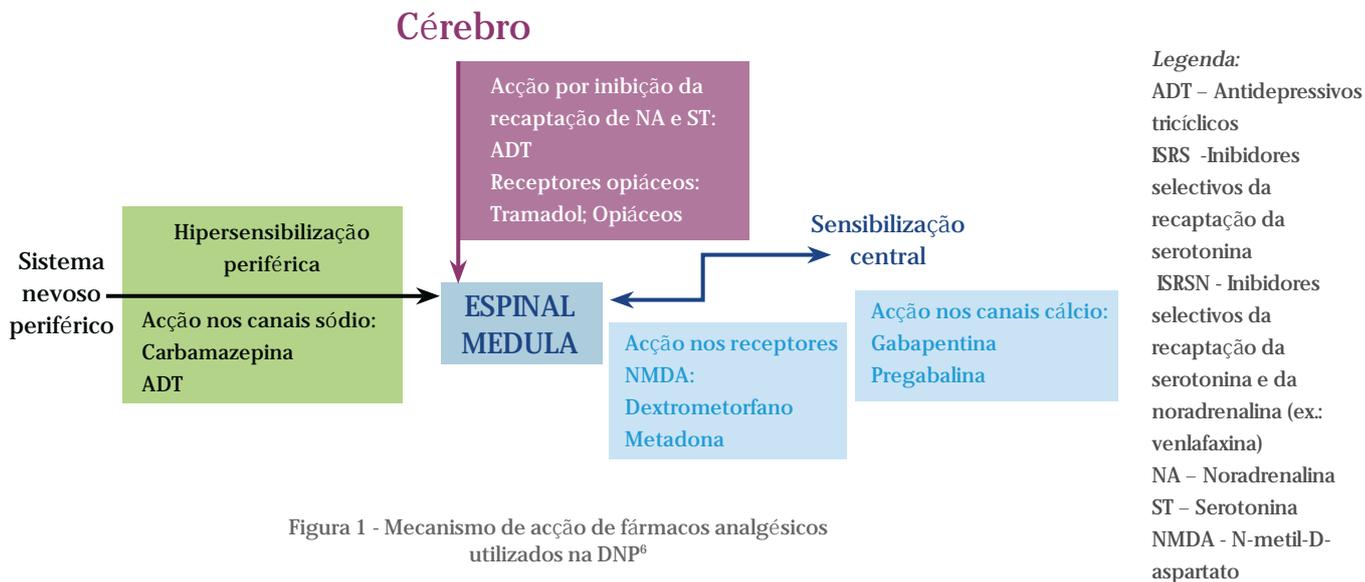


Figura 1 - Mecanismo de acção de fármacos analgésicos utilizados na DNP⁶

Terapêutica Farmacológica

Raramente os analgésicos convencionais e anti-inflamatórios não esteróides são eficazes no tratamento da dor neuropática. Na dor moderada a intensa utilizam-se analgésicos opiáceos, como o tramadol. O uso de antidepressivos parece interromper a transmissão da dor mas a tendência terapêutica tem vindo a recair sobre os antiepilépticos, existindo vários estudos clínicos sobre a acção da carbamazepina e da gabapentina, e mais recentemente, com a pregabalina, com eficácia comprovada no controlo da dor e melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Os mecanismos através dos quais os fármacos actuam no controlo da DNP, abordados de seguida, estão exemplificados na figura 1.

A dor neuropática está associada a danos a nível neuronal que induzem

a libertação de neurotransmissores excitatórios e neuropeptídeos. A dor neuropática periférica resulta de lesões tecidulares que ao libertarem mediadores inflamatórios, estão a induzir a hipersensibilização periférica dos nociceptores responsáveis pelo estímulo da dor.⁴ Esta excitação periférica está associada à alteração dos canais de sódio dos nervos periféricos e da espinal medula, locais de acção dos antiepilépticos e também dos antidepressivos tricíclicos.⁴ A dor neuropática central, derivada de alterações na espinal medula e na via dos gânglios dorsais, resulta da sobre-regulação dos canais de cálcio da membrana neuronal, especificamente das sub-unidades alfa-2-delta. Desta estimulação resulta um aumento da concentração de cálcio intracelular e libertação de neurotransmissores sintetizados no citoplasma.⁴ Os antiepilépticos também exercem a sua acção nos canais de cálcio. A nível do sistema nervoso central, a inibição

da recaptação dos neurotransmissores noradrenalina e serotonina promove uma modulação da dor através da via descendente.⁶ Um dos principais neurotransmissores excitatórios relacionados com a dor a nível central é o glutamato, que é captado pela membrana pós-sináptica da espinal medula por receptores N-metil-D-aspartato (NMDA).⁴ Os antagonistas destes receptores são agentes clinicamente úteis no tratamento da dor neuropática e tem existido algum entusiasmo no desenvolvimento de fármacos que actuem nesta via, como o dextrometorfano, no entanto, devido à vasta distribuição destes receptores a nível central, opõem-se as reacções adversas graves que normalmente estão associadas. Apesar de ser opióide, a metadona apresenta alguma antagonismo nestes receptores, pelo que parece ser uma alternativa viável no tratamento de dor mista com componente neuropática.

informação terapêutica

Fármaco	Tipo de dor	Dose recomendada	Reacções adversas comuns	Observações
Antiepilépticos Carbamazepina	Nevralgia do Trígémio (Recomendado como antiepiléptico de 2ª linha na DNP se falência terapêutica com gabapentina)	≤ 400 mg, BID	Sonolência, tonturas, sedação, náuseas, erupção cutânea, trombocitopenia, alterações hepáticas, hiponatremia	Recomenda-se monitorização regular das funções hepática e hematólógica, assim como monitorização das concentrações séricas, devido à formação de metabolito tóxico (epóxido) Efeito negativo na densidade óssea Interações medicamentosas significativas
Gabapentina	Nevralgia pós-herpética Neuropatia Diabética Nevralgia do Trígémio Dor "fantasma" Síndrome Guillian-baré Lesão da espinal medula Síndrome de dor regional complexa	≤ 600 mg, TID	Sonolência, tonturas, fadiga, ataxia Edema periférico, especialmente no idoso e doses > 1800 mg/dia	As doses devem ser ajustadas em doentes com a função renal alterada.
Pregabalina	Neuropatia Diabética	≤ 300 mg, BID		Acção similar à gabapentina Sem interações medicamentosas graves Ponderar ajuste posológico se alteração renal
Antidepressores Tricíclicos Amitriptilina	Nevralgia pós-herpética Neuropatia diabética		Sedação, alterações cardiovasculares, arritmias, hipotensão postural, efeitos anticolinérgicos, ganho de peso, disfunção sexual	Deve ser utilizado com precaução nos doentes com factores de risco cardiovascular Embora seja o ADT mais utilizado é o menos bem tolerado
Tramadol	Neuropatia diabética Nevralgia pós-herpética Vários estadios de dor neuropática	≤ 400 mg /dia	Tonturas, náuseas, obstipação, cefaleias, sedação	Contra-indicado em historial de uso de drogas de abuso ou de convulsões

Tabela 2 - Tratamentos farmacológicos com evidência clínica e indicação aprovada no tratamento da dor neuropática^{3,4}

Legenda:

BID – duas vezes por dia; TID – três vezes ao dia

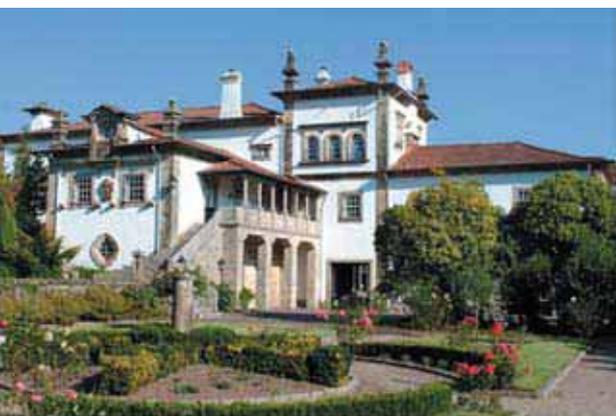
Suporte a iniciativa no âmbito da dor Neuropática a decorrer no final do mês de Maio nas Farmácias - Uma parceria Pfizer/ ANF.

Conclusão

A dor é um sintoma relevante e a valorizar, tem-se por isso vindo a assistir ao desenvolvimento de departamentos de Unidades de Dor nos hospitais por forma a proporcionar, ao maior número possível de doentes, o alívio da dor de qualquer causa. A dor neuropática apresenta uma fraca resposta aos tratamentos analgésicos tradicionais, exige um acompanhamento por períodos de tempo longos e a educação do doente para o cumprimento e responsabilização pelo tratamento é essencial para o sucesso da analgesia. O farmacêutico tem um papel fundamental, enquanto elemento de uma equipa multidisciplinar, no aconselhamento ao doente, monitorização da terapêutica e na referência à consulta médica sempre que necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. International Association for the Study of Pain. Pain terms. Disponível em: www.iasp-pain.org. Acesso em: 03/2007.
2. Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Direcção-Geral de Saúde. 2001. Disponível em: www.dgs.pt. Acesso em: 03/2007.
3. BERRY, P.H. [et al] – Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. American Pain Society. 2006.
4. CHEN, H. [et al] – Contemporary management of neuropathic pain for the primary care physician. Mayo Clinic Proceedings. 79:12. 2004. 1533-1545.
5. IRVING, G.A. - Contemporary assessment and management of neuropathic pain. Neurology. 64(Suppl 3). 2005. S21-S23.
6. Chronic Pain Management : a Disease- based Approach. Pharmacotherapy Self-Assessment Program. 5th Edition. 2006.
7. CARDÃO, M. – Compreender e tratar a dor. Farmácia Portuguesa. ANF. 2006. 164.



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. 253 900 060 · fax 258 900 069
www.valdepereiras.pt · info@valdepereiras.pt





Obesidade e Risco Cardiovascular

Zaida Moreira, Clara Antunes, Rita Santos

As doenças cardiocerebrovasculares são a principal causa de mortalidade em Portugal, tal como se verifica em muitos países ocidentais. Estas doenças são responsáveis por perto de 50% das mortes ocorridas em 1999 (42 998 num total de 100 252 mortes), contando-se, também, entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa¹.

O Risco Cardiovascular (RCV) define-se como a probabilidade de desenvolver uma Doença Cardiovascular (DCV) num período de tempo definido, normalmente calculado para 10 anos. Os factores de risco cardiovascular podem ser modificáveis (tabagismo, obesidade, hipertensão ar-

terial, dislipidemia, diabetes *mellitus*) ou não modificáveis (idade, história familiar, etc.).

Existem, em Portugal, 42,1% de indivíduos com valores de pressão arterial acima de 140/90 mmHg. Destes, cerca de 39% têm tratamento instituído e, dos tratados, apenas 28% têm valores de pressão arterial abaixo de 140/90 mmHg³. Uma avaliação do perfil lipídico em Portugal demonstrou um valor médio de colesterol total na população portuguesa de 210,7 mg/dL (\pm 42,9 mg/dL), sendo a taxa de indivíduos com valores de colesterol total \geq 190 mg/dL de 68,5% e de colesterol-LDL \geq 115 mg/dL de 71,2%.⁵ Dados de 2003 a 2005 estimam que a obesidade tem em

Portugal uma prevalência de 13,8%, tendo o excesso de peso uma prevalência de 38,6%. O total de indivíduos com índice de massa corporal superior a 25 Kg/m² é, assim, superior a 50%¹³. Estes dados demonstram que a prevalência, em Portugal, de alguns dos principais factores de risco modificáveis é muito elevada. A sua prevenção, detecção precoce e controlo constitui, assim, um desafio para todos os indivíduos em geral e, em particular, para os profissionais de saúde.

Avaliação do risco cardiovascular

A determinação global do RCV, baseada na identificação e avaliação dos

Outros factores que influenciam o prognóstico	Pressão arterial (mmHg)		
	PAS 140-159 ou PAD 90-99	PAS 160-179 ou PAD 100-109	PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem outros factores de risco	Risco BAIXO	Risco MÉDIO	Risco ALTO
Com 1-2 factores de risco	Risco MÉDIO	Risco MÉDIO	Risco ALTO
Com 3 ou mais factores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou doenças clínicas associadas (DCAs)	Risco ALTO	Risco ALTO	Risco ALTO

PAS – Pressão Arterial Sistólica;
 PAD – Pressão Arterial Diastólica
 Risco baixo – probabilidade inferior a 15%
 Risco médio – probabilidade entre 15-20%
 Risco alto – probabilidade superior a 20%

Tabela 1: Estratificação do Risco Cardiovascular²

factores de risco cardiovascular, permite estratificar os doentes em grupos de risco e implementar medidas de intervenção farmacológicas e não farmacológicas que contribuam para a redução ou controlo do referido risco. Sob o ponto de vista de aproximação à quantificação do risco, os métodos podem ser qualitativos ou quantitativos.

Os métodos qualitativos baseiam-se na identificação da presença ou ausência de factores de risco e definem como alta, média ou baixa, a probabilidade do indivíduo vir a sofrer um evento cardiocerebrovascular (enfarte do miocárdio ou acidente vascular cerebral, fatal ou não fatal) nos próximos 10 anos².

O factor de risco obesidade, em particular a obesidade abdominal (associada ao Síndrome Metabólico), é dos mais importantes factores de risco modificáveis. A determinação do Índice de Massa Corporal, e ainda mais importante, a determinação do

Factores de Risco de Doença Cardiovascular <i>major</i>	Lesões nos Órgãos Alvo	Doenças Clínicas Associadas (DCAs)
<ul style="list-style-type: none"> – Hipertensão arterial – Idade (> 55 anos nos homens; > 65 anos nas mulheres ou pós-menopausa) – Tabagismo – Dislipidemia – História familiar de doença cardiovascular prematura (familiares em 1º grau com idade < 50 anos) – Obesidade (Índice de massa corporal ≥ 30 Kg/m² e/ou Perímetro abdominal ≥ 102 cm nos Homens e ≥ 88 cm nas Mulheres) – Sedentarismo 	<ul style="list-style-type: none"> – Hipertrofia do ventrículo esquerdo (por ECG, ecocardiograma) – Microalbuminúria (20-300 mg/dia) – Ultra-som, evidência radiológica ou TAC indicando placa arteriosclerótica (carótida, artérias femoral e ilíaca, aorta, coronárias) – Retinopatia hipertensiva (grau III ou IV) 	<ul style="list-style-type: none"> – Diabetes mellitus – Doença cerebrovascular (AVC isquémico, hemorragia cerebral, acidente isquémico transitório) – Doença cardíaca (enfarte do miocárdio, angina, revascularização coronária, insuficiência cardíaca congestiva) – Doença renal (creatinina plasmática > 1,4 mg/dL nas mulheres e > 1,5 mg/dL nos homens ou albuminúria > 300 mg/dL) – Doença vascular periférica

Tabela 2: Factores a considerar para a Estratificação do Risco Cardiovascular²

perímetro abdominal constitui uma mais-valia na avaliação do risco cardiovascular global.

Seja qual for o nível de intervenção farmacêutica este deve abranger de forma integrada todos os factores de RCV, tanto ao nível da determinação dos parâmetros, como ao nível da gestão da terapêutica e da avaliação do risco cardiocerebrovascular global. Uma descrição pormenorizada desta intervenção pode ser encontrada no Guia CheckSaúde, distribuído a todas as farmácias em Outubro de 2005.

Campanha “Obesidade e Risco Cardiovascular”

De 14 a 19 de Maio, as farmácias vão, uma vez mais, honrar os compromissos assumidos, sendo palco de uma campanha que tem como grandes objectivos reforçar o papel da farmácia como centro de cuidados de saúde, promovendo testes de vigilância na área cardiovascular e informar a população sobre a importância da obesidade abdominal como factor de risco cardiovascular.

A intervenção consiste em identificar os utentes com uma prescrição de, pelo menos, 1 anti-hipertensor ou 1 antidiabético e na avaliação dos

parâmetros relacionados com o risco cardiovascular e outros considerados pertinentes, com particular enfoque no perímetro abdominal, sendo os utentes informados sobre o seu risco cardiovascular global, sobre estilos de vida saudáveis e, caso seja necessário, encaminhados para uma consulta médica. A intervenção junto dos doentes diabéticos vai ser alvo de uma campanha específica em Novembro de 2007.

As farmácias que aderirem a esta campanha receberão todo o apoio técnico e logístico para a pôr em prática, nomeadamente no que diz respeito a materiais promocionais e de informação para o doente e para a equipa da farmácia.

Todas as farmácias participantes serão devidamente identificadas, por forma a que o público saiba onde se dirigir e terão um folheto institucional, com a mensagem da ANF e das sociedades médicas envolvidas, para distribuir à população.

Cada farmácia receberá folhetos Informação Saúde sobre a Obesidade e sobre como tomar correctamente os medicamentos anti-hipertensores e antidiabéticos, bem como os habituais cartões CheckSaúde para registo dos parâmetros determinados. Será ainda disponibilizado um Guia prático para os profissionais da equipa da farmácia. Do “kit” de ma-

teriais fará ainda parte uma matriz, para registo da intervenção e que permitirá a avaliação da campanha e a atribuição de créditos por parte da Ordem dos Farmacêuticos.

Esta é mais uma iniciativa de relevo da intervenção farmacêutica no âmbito cardiocerebrovascular, que vem dar continuidade à campanha de Novembro de 2005 e que se pretende que seja contínua no tempo, prosseguindo a prioridade das farmácias na excelência dos cuidados e na disponibilização de serviços essenciais a prestar à população que serve.

Objectivos Terapêuticos

Os objectivos terapêuticos ideais para os principais factores de RCV modificáveis – Hipertensão Arterial, Dislipidemia e Obesidade, encontram-se descritos na tabela 3.

Estes objectivos são definidos pelo médico e devem ser do conhecimento do farmacêutico e reforçados por este em cada visita do doente à farmácia.

Poderão ser alcançados através da instituição de medidas terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas, de um plano de vigilância e de um programa de educação adaptada a cada doente.

Pressão Arterial	População hipertensa em geral	< 140/90 mmHg
	Diabéticos	< 130/80 mmHg
	Insuficientes renais	< 130/80 mmHg
	Hipertensos com PA na categoria normal – alta e 3 ou mais factores de risco <i>major</i> , lesão dos órgãos alvo ou doença/ eventos CV	< 130/80 mmHg
	Insuficientes renais com proteinúria > 1g/dia	< 125/75 mmHg
Parâmetros Lipídicos	Colesterol Total	< 190 mg/dL
	Colesterol LDL	< 115 mg/dL
	Colesterol HDL	> 46 mg/ dL (mulher) > 40 mg/ dL (homem)
	Triglicerídeos	< 150mg/dL

Tabela 3: Objectivos terapêuticos ^{4,6,8}

Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de comorbilidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
Varição Normal	18,5 - 24,9	Médio
Pré-obesidade	25,0 – 29,9	Aumentado
Obesidade Classe I	30,0 – 34,9	Moderado
Obesidade Classe II	35,0 – 39,9	Grave
Obesidade Classe III	≥ 40	Muito Grave

Tabela 4 – Classificação da Obesidade ⁸

Obesidade

A obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde (Organização Mundial de Saúde). ⁸

A prevalência desta doença crónica é tão elevada que é considerada a epidemia global do século XXI, sendo hoje a 2ª causa de morte passível de prevenção. ⁸

Fisiopatologia

O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia consumida é superior à quantidade de energia despendida.

Uma dieta hipercalórica, rica em lípidos, hidratos de carbono e álcool, associada a comportamentos sedentários e também a factores genéticos, metabólicos e ambientais predis põem para o excesso de peso. ⁸

Diagnóstico

O diagnóstico da pré-obesidade e da obesidade faz-se através da determinação do Índice de Massa Corporal - $IMC = \text{peso (Kg)} \div \text{altura}^2 \text{ (m)}$ - parâmetro com boa correlação com a quantidade de gordura corporal.

Classificação

A classificação da obesidade no adulto em função do IMC está associada a um determinado grau de risco de comorbilidades (tabela 4).

Perímetro Abdominal (cm)		Risco de complicações metabólicas
Homem	Mulher	
≥ 94	≥ 80	Aumentado
≥ 102	≥ 88	Muito aumentado

Tabela 5 – Relação entre o Perímetro Abdominal e o Respetivo Risco de Complicações Metabólicas ⁸

Aumento		
Elevado (RR>3x)	Moderado (RR 2-3x)	Ligeiro (RR1-2x)
<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes tipo 2 - Doença vesicular - Dislipidemia - Insulinorresistência - Dispneia - Apneia do sono 	<ul style="list-style-type: none"> - Doença coronária - Hipertensão arterial - Osteoartrose (joelho) - Hiperuricemia e gota 	<ul style="list-style-type: none"> - Cancro da mama - Cancro do endométrio (pós-menopausa) - Síndrome do ovário poliquístico - Redução da fertilidade - Lombalgia - Risco anestésico - Malformações fetais (associadas à obesidade materna)

Tabela 6 – Riscos relativos (RR) de doenças associadas à obesidade ⁸

Dieta	Redução da ingestão calórica entre 500 a 1000 Kcal por dia, relativamente à ingestão habitual, com alterações graduais e permanentes visando a adopção de uma alimentação saudável de acordo com as necessidades do doente
Actividade física	Adaptada à condição física, gosto e estilo de vida do doente, que deve ser implementada gradualmente de forma a atingir cerca de 30 min/dia de exercício de intensidade moderada
Terapia comportamental	Para promover a adesão ao tratamento
Cirurgia	Aplicável apenas em doentes com obesidade classe III ou classe II com comorbilidades graves

Tabela 7 - Obesidade –Terapêutica não farmacológica

A obesidade abdominal (acumulação de tecido adiposo na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen) está mais associada a complicações metabólicas (diabetes tipo 2 e dislipidemia) e doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, doença coronária e doença vascular cerebral) do que a obesidade ginoide (acumulação de tecido adiposo sobretudo na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas). ⁸ Por este motivo, além da determinação do IMC, importa a determinação do perímetro abdominal que se relaciona com o risco de complicações metabólicas (tabela 5).

Comorbilidades associadas à obesidade

A obesidade e um perímetro abdominal elevado têm normalmente consequências para a saúde e estão associados a um aumento do risco de determinadas patologias (tabela 6).

Obesidade Abordagens terapêuticas

A perda intencional de peso mantida a longo prazo traduz-se em benefícios para o obeso em termos da saúde em geral, melhoria da qualidade de vida, redução da mortalidade e melhoria das doenças crónicas associadas. ⁸

Substância Activa	Posologia recomendada	Indicação terapêutica	Mecanismo de acção
Sibutramina	10 mg/dia no início tratamento Pode aumentar a dose ao fim de 4 semanas para um máx de 15 mg/dia, no caso de resposta insuficiente	Tratamento de doentes obesos com IMC ≥ 30 Kg/m ² ou em doentes com excesso de peso (IMC ≥ 27 Kg/m ²) com factores de risco associados, como terapêutica adjuvante de um programa de controlo de peso	A sibutramina e seus metabolitos activos actuam como inibidores da recaptação da serotonina, da noradrenalina e menos extensamente da dopamina, com conseqüente redução do apetite
Orlistato	120 mg antes, durante ou até uma hora após as principais refeições Máximo 360 mg/dia (3 tomas/dia) Se a refeição não tiver gordura ou for omitida, deve ser omitida essa dose	Tratamento de doentes obesos com IMC ≥ 30 Kg/m ² ou em doentes com excesso de peso (IMC ≥ 28 Kg/m ²) com factores de risco associados, em associação com uma dieta moderadamente hipocalórica	Inibidor específico, potente e de acção prolongada das lipases gástrica e pancreática no tracto gastrointestinal, por ligação covalente com o local activo destas enzimas. As lipases inactivadas ficam indisponíveis para hidrolisar a gordura proveniente dos alimentos sob a forma de triglicéridos, em ácidos gordos livres e monoglicéridos absorvíveis.

Tabela 8 – Terapêutica Farmacológica da Obesidade 7, 10, 11, 12

Pequenas perdas de peso (cerca de 5 a 10% do peso inicial) melhoram o controlo glicémico, da pressão arterial, reduzem os níveis de colesterol e o risco cardiovascular.⁸

O tratamento dos doentes obesos passa pela avaliação individual e implementação da abordagem terapêutica adequada.⁹

Avaliação:

- Do grau de obesidade (determinação do IMC e perímetro abdominal),
- Das comorbilidades e factores de risco associados,
- Da prática de actividade física e da motivação do obeso para perder peso.

Obesidade – terapêutica farmacológica

O tratamento farmacológico da obesidade destina-se sempre a complementar um programa de perda de peso que inclua dieta, exercício físico e terapia comportamental do doente obeso, com qualquer classe de obesidade, ou pré-obeso com comorbilidades associadas.⁹

Os medicamentos actualmente autorizados em Portugal para tratamento da obesidade são a sibutramina, o orlistato e o rimonabant (embora este último não esteja ainda disponível no mercado).

As características destes fármacos encontram-se descritas nas tabelas 8 e seguintes.

Conclusão

Uma vez que a hipertensão arterial, a dislipidemia e a obesidade são factores de risco que contribuem para o risco cardiovascular, o papel do farmacêutico nesta área reveste-se de particular importância pela sua participação, tanto ao nível da prevenção, como ao nível da contribuição para a detecção precoce e da vigilância dos doentes já diagnosticados, em colaboração com o médico assistente do doente.

informação terapêutica

Substância Activa	Posologia recomendada	Indicação terapêutica	Mecanismo de acção
Rimonabant	20 mg em jejum	Tratamento de doentes obesos com $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ou em doentes com excesso de peso ($IMC > 27 \text{ Kg/m}^2$) com factores de risco associados, como adjuvante na dieta e no exercício físico.	Antagonista selectivo dos receptores canabinóide-1 (CB1). O sistema endocanabinóide é um sistema fisiológico presente no cérebro e nos tecidos periféricos (incluindo adipócitos) que afecta o balanço energético, o metabolismo lipídico, glucídico e o peso corporal, e que regula o apetite e a ingestão de alimentos altamente saborosos, açucarados ou gorduras.

Tabela 9 – Terapêutica Farmacológica da Obesidade ^{7, 10, 11, 12}

Principais Reacções Adversas	Contra-indicações e Precauções	Interacções
<ul style="list-style-type: none"> • Cardiovasculares: Alterações do ritmo cardíaco (taquicardia), aumento da pressão arterial e prolongamento do intervalo QT • Gastrointestinais: Anorexia, obstipação, xerostomia, náuseas, vómitos, dispepsia e dor abdominal • Sensoriais: Disgeusia • Hematológicas: Trombocitopenia reversível e hemorragias • Neurológicas: Insónia, tonturas, parestesias, cefaleias e convulsões • Psiquiátricas: Ansiedade, episódio de mania (doentes bipolares) • Hepáticas: Aumento das transaminases • Dermatológicas: Hiperidrose 	<ul style="list-style-type: none"> • História de anorexia ou bulimia nervosa • Doença bipolar (pode induzir um episódio de mania) • Síndrome de Gilles de la Tourette • Antecedentes convulsivos • Patologia cardíaca • Hipertensão arterial não controlada • Hipertiroidismo • Insuficiência hepática e renal grave • Hiperplasia benigna da próstata com retenção urinária • Feocromocitoma • Glaucoma de ângulo fechado • Antecedentes de abuso de drogas ilícitas, medicamentos ou álcool • Obesidade de causas orgânicas • Gravidez e aleitamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Inibidores dos isoenzimas do citocromo P450 CYP3A4 (ex. cetoconazol, itraconazol, eritromicina, claritromicina e ciclosporina) – aumentam as concentrações plasmáticas da sibutramina e dos seus metabolitos activos • Indutores dos isoenzimas do citocromo P450 CYP3A4 (ex. rifampicina, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital e dexametasona) – podem reduzir as concentrações plasmáticas da sibutramina • Fármacos que aumentam os níveis de serotonina no cérebro Ex: inibidores selectivos da recaptção da serotonina, IMAO's, triptanos, derivados ergotamínicos, lítio e certos opiáceos (fentanilo e dextrometorfano) – podem provocar síndrome da serotonina • Fármacos que podem aumentar a pressão arterial (ex. fenilpropanolamina, efedrina, pseudoefedrina, xilometazolina) • Uso concomitante ou nas últimas semanas de inibidores da monoaminoxidase (ex. selegilina, moclobemida, linezolid, rasagilina), outros antidepressivos, antipsicóticos, supressores do apetite de acção central e de triptofano • Uso concomitante de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários

Tabela 10 – Perfil de Segurança da Sibutramina ^{7, 10}

Principais Reações Adversas	Contra-indicações e Precauções	Interacções
<ul style="list-style-type: none"> •Gastrintestinais (os mais comuns, relacionados com a inibição da absorção de gordura): Dor abdominal, diarreia, flatulência (com ou sem descarga), fezes oleosas, aumento da defecação, sensação de urgência em defecar, síndrome de mal-absorção de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K e betacaroteno) •Cardiovasculares: Hipertensão e edema do pé •Metabólicas: Hipoglicemia •Hepáticas: Aumento das transaminases e da fosfatase alcalina 	<ul style="list-style-type: none"> •Colestase •Síndrome de mal-absorção crónica •Doença gastrintestinal •Diabetes <i>mellitus</i> •Obesidade de causas orgânicas •Nefrolitíase (cristais de oxalato de cálcio) •Risco de deficiência em vitaminas lipossolúveis •Gravidez e aleitamento 	<ul style="list-style-type: none"> •Ciclosporina – redução das concentrações plasmáticas e da eficácia imunossupressora •Antiacoagulantes orais – o orlistato pode reduzir a absorção de vitamina K, aumentando o risco de hemorragia •Amiodarona – redução pouco relevante das concentrações plasmáticas da amiodarona •Vitaminas lipossolúveis – redução da absorção de vitamina A, D, E, K e betacaroteno

Tabela 11 – Perfil de Segurança do Orlistato ^{7,11}

Principais Reações Adversas	Contra-indicações e Precauções	Interacções
<ul style="list-style-type: none"> •Gastrintestinais: Náuseas, diarreia, vómitos, xerostomia e anorexia •Neurológicas: Vertigens, perda de memória e letargia •Psiquiátricas: Ansiedade, depressão, perturbações do sono, sintomas de pânico, raiva, disforia, perturbações emocionais e alucinações •Musculosqueléticas: Câibras, espasmos musculares e tendinite •Dermatológicas: Prurido, hiperidrose e suores nocturnos 	<ul style="list-style-type: none"> •Depressão <i>major</i> •Insuficiência renal e hepática •Gravidez e aleitamento 	<ul style="list-style-type: none"> •Inibidores dos isoenzimas do citocromo P450 CYP3A4 – Ex: cetoconazol, itraconazol, eritromicina, claritromicina, telitromicina, ritonavir e ciclosporina – aumento das concentrações plasmáticas de rimonabant •Indutores dos isoenzimas do citocromo P450 CYP3A4 – Ex: rifampicina, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital e hipericão – podem reduzir as concentrações plasmáticas do rimonabant

Tabela 12 – Perfil de Segurança do Rimonabant ^{7,12}

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Despacho n.º 16415/2003 (II série) – D.R. n.º 193 de 22 de Agosto.
2. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension. Journal of Hypertension, 2003; 21:1983-92.
3. Macedo, ME et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. Journal of Hypertension, 2005; 23: 1661-66.
4. Chobanian AV et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report. JAMA, 2003; 289:2560-72.
5. Instituto de Alimentação Becel, com o apoio da Fundação Portuguesa de Cardiologia e da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose - Estudo Epidemiológico de Caracterização do Perfil Lipídico da População Portuguesa - 2001
6. Cholesterol Education National Institutes of Health; National Heart, Lung, and Blood Institute. Third Report of the National Program (NCEP) – Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). National Institutes of Health Publication N° 02-5215 September 2002
7. Klasco RK (Ed): DRUGDEX®System. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado (Edition expires [3/2007]).
8. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa. 2005
9. The Practical Guide Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. National Institutes of Health. USA. 2000
10. Resumo das Características do Medicamento, Reductil®10 e 15 mg cápsulas
11. Resumo das Características do Medicamento, Xenical®120 mg cápsulas. 2005
12. Resumo das Características do Medicamento, Acomplia®20 mg comprimidos. 2006
13. CARMO, I; et al - Prevalência da obesidade em Portugal Continental (EPOP) - Estudo transversal. Arquivos de Medicina. Porto. ISSN 0871-3413. 15: supl. 2 (2001) 12-32

Doenças oculares em pequenos animais: sintomas e tratamento



Prevenção é a palavra-chave no que toca a patologias oculares em cães e gatos. Os proprietários deverão fazer o rastreio de eventuais doenças, sobretudo no caso de ser conhecida a genealogia do animal. As doenças oculares mais comuns são mesmo as transmitidas por via hereditária.

Mais importante do que um tratamento atempado das patologias nos olhos, são a prevenção e a detecção precoce, através de exames oftalmológicos nos pequenos animais, sobretudo em cães. Apesar de existir predisposição para o surgimento de doenças oculares em gatos, estas não têm a mesma incidência e frequência que nos cães.

É essencial fazer um despiste precoce nas raças em que se conheçam problemas hereditários, como por exemplo no Golden Retriever, que apresenta tendência para o aparecimento de cataratas. O despiste precoce é fundamental, não só para se poder actuar

mais rapidamente, como também, uma vez que grande parte das doenças são transmitidas hereditariamente, para o aconselhamento do proprietário sobre as medidas a adoptar em relação ao animal, nomeadamente afastá-lo da reprodução, que pode resultar no nascimento de animais com deficiências nos olhos. Nesta detecção, existe a possibilidade de determinar, em certas raças, se existe algum gene portador de uma anomalia. As patologias mais comuns transmitidas por via hereditária são as cataratas, em que o cristalino ou lente apresenta opacidade, o glaucoma, que representa um aumento da

pressão dentro do olho, e as doenças da retina. Estas patologias, se não forem diagnosticadas atempadamente, podem provocar a cegueira.

Por esta razão, o despiste apresenta especial relevância na definição da patologia em causa e na adopção do tratamento indicado. Muitas doenças apresentam sintomas idênticos, mas a terapêutica pode ser substancialmente diferente, quer se trate de uma ou outra doença.

Exemplos deste caso são a uveíte e a conjuntivite, ambas provocando inflamações nos olhos, que podem culminar em epifora ou dor ocular. São doenças com sintomas semelhantes, mas cujo tratamento é diferente. Não é, por isso, recomendável tratar apenas pelos sintomas nem recorrer a princípios activos utilizados nos seres humanos, sendo fundamental a consulta de um veterinário.

Os animais geriátricos, com idades compreendidas entre os seis e os oito anos, devem ser alvo de especial atenção, sendo aconselhável a realização de um exame oftalmológico. Existem certas doenças, como a queratoconjuntivite, característica do cão, cuja prevalência aumenta com a idade.

Doenças afectam mais os cães

O cão apresenta mais comumente doenças do foro ocular. As mais fre-

quentes, e não transmissíveis aos humanos ou outras espécies, são, por um lado, a queratoconjuntivite seca, a queratite ulcerativa e a uveíte infecciosa, e, por outro lado, as doenças hereditárias atrás mencionadas.

A queratoconjuntivite seca corresponde a uma secura muito prolongada de ambos os olhos, que pode conduzir à desidratação da conjuntiva e da córnea. Já a queratite ulcerativa é uma inflamação e uma ulceração da córnea, que piora a visão, aumenta a sensibilidade à luz e provoca a sensação de que um corpo estranho está retido no olho. A uveíte significa uma inflamação dentro do olho, muitas vezes ligada a problemas mais generalizados no animal. Uma uveíte forte, e não tratada imediatamente, pode levar, por exemplo, ao desenvolvimento de cataratas.

Estas doenças, que surgem no ciclo de vida do animal, manifestam-se com sinais clínicos de dor ocular: o animal pestaneja mais, esfrega os olhos nos objectos, numa tentativa de coçar o olho, apresenta corimento ocular ou mesmo perda de apetite.

No gato, as doenças oculares são menos prevalentes. A herpes virose ocular é a mais comum, apresentando sinais de conjuntivite e úlceras recorrentes da córnea.

Esta patologia não é transmissível ao ser humano nem a outras espécies, uma vez que o herpes vírus felino tipo 1 é específico da espécie.

Quase tão comuns como a herpes virose são as conjuntivites por clamídias. Clinicamente não se diferenciam das outras conjuntivites, sendo, por isso, importante fazer um exame clínico, no sentido de se adoptar o tratamento adequado.

Nenhuma das patologias anteriormente descritas é transmissível ao ser humano. As únicas passíveis de serem transmitidas são as conjuntivites bacterianas secundárias, mas que podem ser facilmente evitadas mantendo os normais cuidados de higiene em animais com a doença.

Prevenção como determinante

Não é excessivo repetir que os factores fundamentais no tratamento das doenças oculares são a prevenção e a detecção precoce. Mais relevante se torna o despiste no caso de o animal ser portador do gene da patologia e não ter a manifestação sintomática da doença.

Em Portugal, a prevenção e a detecção destes problemas não são comuns nem, tão pouco, divulgadas.

As patologias manifestam-se tardiamente e a reprodução faz-se indevidamente.

No sentido de diminuir a prevalência destas doenças e na prescrição do tratamento adequado quando surgem os primeiros sinais clínicos é essencial consultar o veterinário.



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 IMPORTÂNCIA DE SER SINCERO

É preciso ser sincero com o património. Uma atitude que vai para além da mera posse de documentos e outros objectos históricos. Que implica investir na sua conservação, de modo a assegurar aquela que é a sua mais-valia: a transmissão de conhecimentos.



Esta atitude de sinceridade para com o património é preconizada por João Neto, director do Museu da Farmácia. É a atitude que prevalece na sua intervenção como museólogo, ao serviço da preservação e transmissão do conhecimento das Ciências Farmacêuticas e da Saúde.

Entende que não basta possuir património e que a mera função de depositário não cumpre o objectivo mais amplo de salvaguardar esse património e assegurar que as gerações vin-

douras o recebem e dele usufruem. A existência de documentos e artefactos do passado deve, sim, constituir uma plataforma a partir da qual se investe na sua conservação, estabelecendo prioridades e identificando o que, realmente, é valioso, do ponto de vista da História e da Civilização.

Em muitos casos – infelizmente – o património tem sido votado ao abandono, por força de uma atitude que transformou a Cultura num produto de consumo imediatista, traduzido

em eventos que, sejam eles pequenos ou maiores, por vezes escondem o essencial – a necessidade de conservar a longo prazo a nossa herança patrimonial.

Numa leitura retrospectiva, João Neto recorda como a Cultura foi afectada pela revolução de 1974, sujeita a um gradual desinvestimento de recursos humanos e financeiros e – mais grave – a um forte desinteresse político por parte de governos sucessivos. A Cultura passou a ser contabilizada

como uma despesa, a adiar, ou até como uma carolice tolerada.

Nestes últimos 30 anos, as entidades privadas que assumiram projectos museológicos ou que possuem património móvel e imóvel de valor cultural acabaram por ficar isoladas, no meio do desinteresse promovido pelo Estado.

Uma reflexão sobre o património científico permite concluir quão gravosa é a situação. Em Portugal, o conceito de elevado valor cultural e patrimonial muito raramente tem sido aplicado ao património associado à Ciência e à Tecnologia. Mesmo entre os próprios profissionais destes domínios do conhecimento poucos serão os que conhecem a história, sabem identificar instrumentos e documentos marcantes da sua profissão. Dificilmente saberão, pois, como salvaguardar esse património. E o que acaba por perdurar é utilizado como meros apontamentos culturais em ambientes privados.

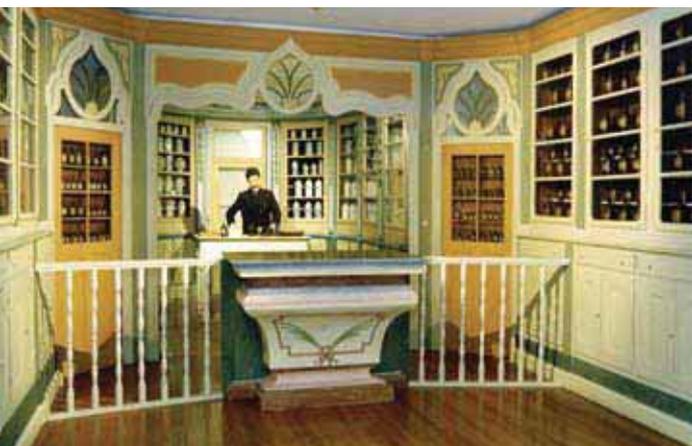
Neste contexto, os farmacêuticos portugueses distinguem-se. A título individual, preservando o espólio que nas suas farmácias faz eco do passado, ou a título institucional, através da Ordem e da ANF, que apostam na manutenção, valorização e divulgação do património colectivo. O Museu da Farmácia é, porventura, o exemplo mais evidente, mas outras iniciativas, como a recente mostra de livros antigos organizada no âmbito do Congresso Nacional dos Farmacêuticos persegue o mesmo objectivo.

Da responsabilidade de José Damas Móra, com o contributo de Maria Armanda Ramos e Maria Celina Parente, a mostra trouxe à luz do dia, de 8 a 10 de Março últimos, 43 testemunhos escritos dos saberes de outros tempos. Remonta a 1570 a obra mais antiga exposta no Centro de Congressos de Lisboa – “In Disocorides Anazarbei de Medica Matéria”. No outro extremo das balizas tempo-

Livros no Museu

O espólio do Museu da Farmácia tem pouco de bibliográfico. Essa não foi, admite o seu director, uma valência explorada, na medida em que outras instituições asseguravam já a guarda dos principais documentos da História das Ciências Farmacêuticas. Possui, contudo, alguns escritos do passado, valiosos pela antiguidade e pelo que testemunham. Significativa é a tábua suméria, do terceiro milénio antes de Cristo, com uma receita medicinal em escrita cuneiforme (pictogramas riscados no barro com utensílios em forma de cunha e apresentados em sequências verticais). Ou os pergaminhos do Código de Hamurabi, um dos mais antigos conjuntos de leis que se conhecem e que herdou o nome de um rei babilónio que viveu no segundo milénio. E também o manuscrito de Avicena, filósofo e médico árabe que viveu na transição entre os séculos XI e XII e cujas obras são contemporâneas da distinção entre medicina e farmácia. Em breve, também obras da biblioteca da Ordem dos Farmacêuticos terão lugar no Museu da Farmácia, ao abrigo de uma exposição conjunta ainda em concepção. Uma exposição que valerá, não pelo número de obras, mas pelo que conseguir transmitir. Porque – sustenta João Neto – “o importante é transmitir conhecimentos. E isso passa por retirar a inércia dos objectos e catapultá-los para o imaginário das pessoas”.

museu da farmácia



rais desta iniciativa encontrava-se “Pharmacopeia Geral para o Reino de Portugal” – data de 1794 e assinada por Francisco Tavares. É a primeira farmacopeia oficial no país.

Todos os livros expostos, bem como boa parte do espólio bibliográfico da Ordem dos Farmacêuticos, foram herdados da biblioteca da Sociedade Farmacêutica Lusitana e dela doados no contexto da extinção das ordens religiosas em Portugal. Vivia-se o ano de 1834 e o reinado de D. Maria II e foi por intercepção directa junto desta que a antecessora da Ordem almejou tal património.

Política de conservação precisa-se

É um acervo significativo, mas, como se reconhece no catálogo da mostra, padece de “vetusta idade”. João Neto sabe que esta biblioteca tem sido sempre acarinhada, mas alerta precisamente para o facto de correr o risco

de desaparecer sob a acção inevitável da natureza: lombadas que vão perdendo a cor, folhas que o manuseio intenso faz soltar, manchas com que a humidade encobre as letras, páginas que os insectos vão corroendo. Afinal, os livros são objectos orgânicos...

Mas, porque são, acima de tudo, repositório de conhecimento é fundamental preservá-los. Daí que o director do Museu da Farmácia considere urgente a criação de uma política de preservação do património da Ordem dos Farmacêuticos. “Tem de haver uma consciencialização das instituições e uma sensibilização dos farmacêuticos para a necessidade de conservar um património que a Ordem vem guardando desde o século XIX. Chegou a altura de se tomar medidas, por forma a que esse património possa chegar às gerações futuras”.

É necessário investir, naturalmente, na constituição de um fundo que permita suportar as despesas agregadas ao restauro. Esta é – reconhece – uma intervenção dispendiosa.

Porque o trabalho é minucioso, feito página a página. Daí que advogue a necessidade de fazer um inventário de prioridades, cruzando o estado de degradação de cada livro com a sua importância para a História das Ciências Farmacêuticas e com o seu valor patrimonial. Primeiras edições ou exemplares únicos são, naturalmente, preciosos, mas outros critérios podem ser contemplados.

Paralelamente, há que investir num programa de conservação a prazo, criando condições para conservar as obras em reserva.

O que implica “um investimento considerável”, que porventura fundos ou subsídios europeus poderão ajudar a suportar. O restauro propriamente dito ficará então a cargo dos especialistas, que Portugal possui e com qualidade.

O director do Museu da Farmácia reconhece que a tarefa é complexa e exigente. Mas acredita que o investimento será recompensado pela mais-valia dos conhecimentos contidos no espólio bibliográfico da Ordem.

Bayer Schering Pharma

Fruto da integração da Schering Luitana no Grupo Bayer, nasce em Portugal a **Bayer Schering Pharma**, a nova Divisão de Produtos Farmacêuticos da Bayer Portugal, que tem o seu arranque no dia 02 Abril 2007.

Ao aliar os conhecimentos de duas grandes companhias a nível mundial, juntando pessoas, know-how, recursos e produtos, a **Bayer Schering Pharma**, com sede em Berlim, vê aumentar significativamente a capacidade de Investigação & Desenvolvimento de terapêuticas inovadoras.

Na Indústria Farmacêutica, acreditamos que a investigação é a chave do sucesso a longo prazo. Por isso mesmo, a **Bayer Schering Pharma**

investirá anualmente uma parte muito significativa das suas vendas na pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos (em 2006 os investimentos em I & D do Grupo Bayer a nível mundial foram próximos a Euro 2.000 milhões).

Como resultado da integração da Schering, a Bayer ocupará o sétimo lugar no ranking mundial do sector farmacêutico especializado. **Em Portugal, será a empresa número um do mercado farmacêutico, em unidades vendidas (*)**.

Contribuir activamente para o avanço da Medicina e ajudar a melhorar a qualidade de vida de milhões de pessoas. Esta é a missão da **Bayer Schering Pharma**.

(*) Fonte: IMS Health (análise proforma com base nos resultados do ano 2006 – mercado de farmácias)

Bayer Portugal, S.A.
Bayer Schering Pharma
Rua Quinta do Pinheiro, 5
2794- 003 Carnaxide
Telefone: 21 417 21 27
Fax: 21 417 20 64



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Eu, Colaborador de Farmácia

Jaime Ferreira da Silva *



Em homenagem ao Dia do Trabalhador, colocámos algumas questões concretas a profissionais de Farmácia Comunitária. São personagens fictícios saídos da nossa imaginação mas as respostas são bem reais, recolhidas ao longo dos anos junto de quem nos serviu de inspiração neste artigo.

1. Como é hoje trabalhar em Farmácia Comunitária?
2. Quais os aspectos mais e menos interessantes do seu trabalho?
3. O que é que gostaria de sugerir à sua entidade patronal com vista à melhoria das condições de trabalho na Farmácia?
4. Quais são os seus projectos para o futuro?

Luis A., Farmacêutico 1º ano, 25 anos Farmácia no distrito de Lisboa

1. Durante o curso não ponderava a possibilidade de vir a trabalhar em Farmácia Comunitária. Achava que seria um trabalho monótono e muito limitado nas aprendizagens. Via a Farmácia mais como uma empresa comercial do que como uma unidade de cuidados de saúde.

Tive a sorte de estagiar na Farmácia onde me encontro agora e aí pude descobrir um exercício farmacêutico estimulante. Fiz a formação na área da diabetes e estamos a seguir 3 doentes no âmbito dos cuidados farma-

cêuticos.

2. O que gosto mais na Farmácia é o atendimento/aconselhamento ao balcão, o ambiente de trabalho e as possibilidades de formação que me têm sido proporcionadas. A Direcção Técnica (D.T.) é dialogante, não faz as coisas em cima do joelho e gere a Farmácia como qualquer outra empresa. Tem implantado um sistema de avaliação de desempenho, toda a gente sabe quais são os parâmetros da avaliação e trabalha-se numa óptica de equipa e de excelência.

me confesso

Não gosto do horário de trabalho, de trabalhar aos sábados. O esforço físico é considerável ao trabalhar-se em pé. Acho que deveria contratar-se mais uma pessoa porque nas horas de ponta é um verdadeiro sufoco.

3. Proporia um alargamento das instalações, o reforço da formação e reuniões periódicas de toda a equipa em que se pudesse falar das necessidades da Farmácia e conhecer mais de perto o que é que cada pessoa pensa sobre isso. É curioso, eu acho que já percebi qual a abordagem da D.T., o que valoriza e o que não valoriza no relacionamento com os fornecedores e clientes mas até ao momento, ninguém falou connosco. E viver com *fe-elings* é um pouco escasso, não acha? Ah, e também gostaria de propor um sistema de *roulement* ao Sábado assim como prémios anuais em função do desempenho individual e da equipa.

4. Em relação ao futuro, pelo menos para já, não faço grandes planos. Contrariamente ao que pensava antes de terminar o curso, a área de Farmácia Comunitária é muito vasta e existe muito a aprender. Pelo menos para já é o que pretendo fazer. Mas não recuso a possibilidade de ir trabalhar para fora por uns tempos, correr mundo e um dia voltar para montar a minha própria Farmácia (risos).

Paula E., Farmacêutica Adjunta Substituta, 52 anos Farmácia no distrito de Setúbal

1. Nestes últimos 25 anos as coisas mudaram radicalmente. De actividade pouco interessante para os Farmacêuticos (era o que se pensava na época), a Farmácia tornou-se atraente por via do reforço da valência técnico-científica do aconselhamento e dos cuidados farmacêuticos.

2. Em tempos tive a minha própria Farmácia mas acabei por descobrir que não era essa a minha vocação. Possivelmente, por causa da minha inaptidão para os negócios, ou então falta de preparação na época. Acabei por vendê-la. Na realidade gosto mais de trabalhar por conta de outrem. Um Director Técnico é 50% Farmacêutico, 50% Gestor e eu prefiro concentrar-me só na vertente farmacêutica. Não há aspectos que considere desinteressantes no meu trabalho. Gosto da variedade de tarefas e do facto de não andarmos com a “casa às costas” como os nossos colegas da informação médica (risos).

3. Sugeriria à Direcção Técnica que

estivesse mais atenta ao modo como organiza internamente o trabalho e distribui tarefas. Ainda há uma certa sobreposição entre Ajudantes Técnicos e Farmacêuticos, sobretudo no atendimento mas essa função deverá estar cada vez mais, cometida a estes últimos. Ah, e gostaria que a D.T. tivesse alguma formação em gestão, por forma a saber melhor o que fazer com todos nós (risos). Ah, e já agora, porque não a instalação de um sistema de avaliação de desempenho (acho que é assim que se diz mas não sei)?

4. Tenho 52 anos, poderei ter mais 13 a 18 anos de profissão. Ainda falta muito tempo para nos encostarmos. Tenciono prosseguir a minha carreira, não me estou a ver sair daqui porque gosto muito de aqui estar e do que faço. Prevejo uma evolução na continuidade. Este ano começámos uma parceria com uma escola perto da Farmácia e dentro de 2 meses, iniciarei uma Pós-Graduação em Gestão Farmacêutica que creio me será muito útil. A ver vamos!



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

“O que conta é a prática que se adquire ao balcão e com os utentes.”

“Estou inscrito num curso de atendimento, espero poder ir porque o saber não ocupa lugar.”

António B., Ajudante Técnico, 35 anos Farmácia no distrito de Faro

1. Comecei a trabalhar aos 15 anos, levo 20 de profissão. Nem dei pelo passar do tempo. A Farmácia mudou muito, primeiro foram os computadores e depois tudo o resto até aos robots. Dantes quase não se viam Farmacêuticos nas Farmácias, eram os Ajudantes que controlavam as coisas.

Agora é diferente!

2. O que gosto mais é fazer balcão e manipulados. Os doutores não sentem muito gosto pela área galénica e então sobra para nós. A Farmácia é a minha vida, não há assim nada que não goste mesmo.

E mesmo que não gostasse, o serviço

tinha de se fazer, não é verdade?

3. Gostava que a minha patroa instalasse computadores novos porque estes já estão a dar muitos problemas. E já agora, gostava de ter um Sábado livre de vez em quando.

4. Não tenho grandes projectos nem pequenos projectos.

Gosto do que faço portanto é para continuar. E acho que aquilo que sei e aprendi nestes 20 anos vai-me chegar até à reforma.

Não vejo grande sentido em estar a tirar mais formações como alguns colegas meus. Isso é só teoria e o que conta é a prática que se adquire ao balcão e com os utentes!

Joaquim F., Ajudante Técnico, 60 anos Farmácia no distrito de Beja

1. Desde que comecei aos 12 anos, a Farmácia mudou da noite para o dia. Hoje são os Farmacêuticos que mandam e assim é que está bem. Eu amo a minha profissão mas os doutores têm um saber que nós não temos.

2. Assim o aspecto que agora gosto menos é ter de fazer as noites. Os anos vão pesando e custa-me mais a recuperar.

3. Seria bom que a doutora investisse mais na formação do seu pessoal. Estou inscrito num curso de atendimento, espero poder ir porque o saber não ocupa

pa lugar e é sempre bom voltar à escola (risos). E também que falasse mais ao pessoal sobre o negócio. Não sabemos bem para onde vamos, uma palavrinha ajudava.

4. Tenho um filho a acabar Farmácia e depois virá para aqui. Espero trabalhar ainda mais uns tempos até para lhe dar acompanhamento mas estou um pouco saturado. Talvez meta os papéis para a reforma mas não é para ficar sem fazer nada. Talvez vá tirar um curso qualquer na universidade dos velhinhos (risos).



Aurora C., Empregada de limpeza, 41 anos Farmácia no distrito de Braga

1. Trabalhei 15 anos como operária fabril até um dia em que me despedi dizendo ao meu chefe que ia aprender outra arte. Fui eu quem limpou a Farmácia antes da sua abertura ao público.

2. Gosto muito de tudo o que faço, estou a tirar a carta de condução para fazer mais coisas além das limpezas. É sempre bom quando vemos que os patrões acreditam em nós e querem que

vamos mais longe.

3. Gostava de participar num curso de atendimento e de visitar um armazém, acho que me ia fazer bem, é sempre muito importante vermos mais longe do que os nossos olhos alcançam.

4. Passar no exame de condução e assim passar a fazer alguns serviços externos mais as limpezas. E também retomar os estudos e fazer o 9º ano.

“Gostava que a Direcção Técnica criasse um balcão específico para dermocosmética. Já propus isso e foi aceite.”

Fátima D., Técnica de Dermocosmética, 29 anos Farmácia no Funchal

1. Já fui Delegada Comercial de uma marca de dermocosmética junto do canal Farmácia. Nunca tinha pensado passar para o lado de dentro do balcão. Fizeram-me o convite e acabei por aceitar. Estou muito satisfeita com a mudança.

2. Nesta Farmácia há clientes que vêm de propósito comprar dermocosmética enquanto fazem o aviamento dos medicamentos noutros locais. É muito gratificante sentirmos que é o nosso conselho e a relação que estabelece-

mos e mantemos com os clientes que faz a diferença. Sinto-me estimulada a aprender mais e mais, atendo igualmente muitos cidadãos estrangeiros e com isso comecei a “desenferrujar” o meu inglês.

3. Esta Farmácia tem muito potencial, gostava que a Direcção Técnica criasse um balcão específico para dermocosmética. Já propus isso e foi aceite. As obras começarão este mês. Quanto tudo estiver pronto vou passar a assumir uma responsabilidade mais directa

pelas compras e isso é um sinal claro que estão a investir em mim.

4. Os meus projectos para o futuro passam pelo aprofundamento dos meus conhecimentos. Nesta área parar é morrer, temos de apostar permanentemente na nossa valorização profissional por via do conhecimento e da diferenciação no serviço. Quem não fizer isso arrisca a sua empregabilidade. Os clientes são cada vez mais exigentes e não estão para perder tempo com quem estagnou “a ver passar os comboios”!



Ajudas de custo e subsídios de refeição, viagem e marcha

Rogério M. Fernandes Ferreira *

Foi publicada a Portaria n.º 88-A/2007, de 18 de Janeiro (Diário da República, Série I-B, n.º 13), onde se procede à revisão anual das remunerações e pensões dos funcionários e agentes da Administração central, local e regional, bem como à actualização das tabelas de ajudas de custo, subsídios de refeição e de viagem.

Os montantes revistos, concretamente os limites legais estabelecidos para a não tributação das compensações atribuídas, em sede de IRS, têm aplicação generalizada no sector privado, em decorrência de uma remissão do próprio Código do IRS (no seu artigo 2.º, n.º 3, alínea d)), e compensar, ou reembolsar, o trabalhador pelas

despesas em que teve de incorrer, nomeadamente, na sequência de deslocações em benefício da sua entidade patronal ou por mudança de instalações desta. São, portanto, os limites em análise de aplicar, também, ao sector farmacêutico.

Detenhamo-nos, pois, sobre a actualização dos referidos valores, concretamente no que respeita à atribuição de ajudas de custo e de subsídios de refeição e de viagem:

Subsídio de refeição

O subsídio de refeição diário, que estava fixado em € 3,95, foi agora actualizado para € 4,03 (cf. cit. Portaria n.º 88-

A/2007, de 18 de Janeiro, n.º 6.º), o que corresponde a um aumento de 2,1% (1% inferior ao aumento registado no ano anterior).

Lembra-se que os subsídios para refeição, por dia útil, são considerados excluídos de tributação em IRS, quando se processarem dentro dos limites (a que se refere o ponto 2) da alínea b) do n.º 3 do artigo 2.º) do Código do IRS, nos termos do qual *“Consideram-se ainda rendimentos do trabalho dependente: (...) b) As remunerações acessórias, nelas se compreendendo todos os direitos, benefícios ou regalias não incluídos na remuneração principal que sejam auferidos devido à prestação de trabalho ou em cone-*

xão com esta e constituam para o respectivo beneficiário uma vantagem económica, designadamente: (...) 2) O subsídio de refeição na parte em que exceder em 50% o limite legal estabelecido, ou em 70% sempre que o respectivo subsídio seja atribuído através de vales de refeição. Sendo assim, o limite, para o ano de 2007, da não sujeição a IRS, corresponde ao do valor do subsídio diário agora fixado multiplicado por 1,5, ou seja, a € 6,05 (€ 4,03 x 1,5), quando no ano anterior era de € 5,92. No que respeita ao pagamento efectuado através de “vales de refeição”, o limite já será o de € 6,85 (€ 4,03 x 1,7), quando, no ano passado, foi de € 6,71 (nos termos do citado artigo 2.º, n.º 3, alínea b), ponto 2 do Código do IRS). Há que ter em atenção, porém, que se estabelecem algumas regras que devem ser respeitadas pelas entidades emitentes dos vales de refeição e pelas entidades utilizadoras (artigo 126.º do Código do IRS). Assim, “as entidades emitentes de vales de refeição devem possuir registo actualizado do qual conste, pelo menos, a identificação das entidades adquirentes bem como dos respectivos documentos de alienação e do correspondente valor facial”, sendo “obrigadas a enviar à Direcção-Geral de Impostos, até ao final do mês de Maio de cada ano, a identificação fiscal das entidades adquirentes de vales de refeições, bem como o respectivo montante, em declaração de modelo oficial”. Quanto às entida-

des utilizadoras de vales de refeição, estas devem também “possuir registo actualizado do qual conste, pelo menos, a identificação das entidades emitentes, bem como dos respectivos documentos de aquisição, e ainda registo individualizado dos beneficiários e dos respectivos montantes atribuídos”, sendo que “a diferença entre os montantes dos vales de refeição adquiridos e dos atribuídos, registados nos termos dos números anteriores, deduzida do valor correspondente aos vales que se mantenham na posse da entidade adquirente, fica sujeita ao regime das despesas confidenciais ou não documentadas”.

Ajudas de custo

A citada Portaria n.º 88-A/2007, de 18 de Janeiro, veio ainda fixar os novos valores das ajudas de custo dos membros do Governo e dos funcionários e agentes do Estado e entidades equiparadas (cfr. n.º 7.º e n.º 10.º), nos termos que a seguir se seguem.

Conforme decorre da sua própria designação, visam as ajudas de custo compensar, ou reembolsar, o trabalhador pelas despesas em que teve de incorrer, na sequência de deslocações em benefício da sua entidade patronal ou por mudança de instalações desta. Não sendo este o intuito da compensação, os montantes atribuídos pela entidade patronal serão considerados remuneração.

Atente-se nos limites em análise:

a) Nas deslocações em Portugal

- Membros do Governo – € 65,86 (anteriormente € 64,89);
- Funcionários, agentes do Estado e entidades a eles equiparadas:
 - Com vencimentos superiores ao valor de € 1 323,34 (índice 405) - € 59,73 (anteriormente € 58,85);
 - Com vencimentos que se situam entre os valores de € 1 323,34 (índice 405) e € 849,55 (índice 260) - € 48,59 (anteriormente € 47,87);
 - Outros - € 44,60 (anteriormente € 43,94).

b) Nas deslocações para fora de Portugal

- Membros do Governo - €159,02 (anteriormente € 156,67);
- Funcionários, agentes do Estado e entidades a eles equiparadas:
 - Com vencimentos superiores ao valor de € 1 323,34 (índice 405) - €141,73 (anteriormente €139,64);
 - Com vencimentos que se situam entre os valores € 1 323,34 (índice 405) e € 849,55 (índice 260) - € 125,20 (anteriormente € 123,35);
 - Outros - € 106,49 (anteriormente € 104,92).

Considerando a doutrina administrativa (decorrente da Circular n.º 12/91, de 29 de Abril, da DGCI) e o disposto no Código do IRS (artigo 2.º, n.º 3, alínea



Rogério M.
Fernandes Ferreira,
Departamento
de Direito Fiscal da PLMJ
e-mail: rff@plmj.pt

d)), não constituem rendimento de trabalho dependente – assim sujeito a este imposto – as atribuições a título de ajudas de custo até aos limites de € 59,73 e de € 141,73, respectivamente, nas deslocações em território nacional e para o estrangeiro. Com efeito, nos termos desta doutrina administrativa, nas ajudas de custo abonadas por entidades não públicas aos seus trabalhadores e membros dos órgãos societários, pode tomar-se como referência o valor das ajudas de custo atribuídas a membros do Governo, sempre que as funções exercidas e/ou o nível das respectivas remunerações

dos seus trabalhadores e membros de órgãos societários, não sejam comparáveis ou reportáveis à das categorias e/ou remunerações dos funcionários públicos, ou seja: € 65,86 ou € 159,02, consoante se trata de deslocações nacionais, ou para o estrangeiro. Salienta-se que o Decreto-Lei n.º 106/98, de 24 de Abril, estabelece ainda as condições gerais em que os funcionários públicos têm direito a ajudas de custo e define deslocações “diárias” e “por dias sucessivos”, regulamentando os correspondentes abonos, a efectuar nos termos dos quadros seguintes:

Ora, conforme acima indicado, os limites enunciados serão de aplicar ao sector farmacêutico (em decorrência da remissão constante do artigo 2.º, n.º 3, alínea d), do Código do IRS).

Subsídios de transporte

A citada Portaria n.º 88-A/2007, de 18 de Janeiro, fixa, por último, como também se deixou indicado, os novos quantitativos dos subsídios de transporte (cfr. n.º 9.º), nos seguintes termos:

Deslocações Diárias (percentagens da ajuda de custo diária) (*)	
Se a deslocação abranger, ainda que parcialmente, o período compreendido entre as 13.00 e as 14.00 horas	25%
Se a deslocação abranger, ainda que parcialmente o período compreendido entre as 20.00 e as 21.00 horas	25%
Se a deslocação implicar alojamento (**)	50%
<p>(*) <i>Atendendo a que estas percentagens correspondem ao pagamento de uma ou duas refeições e alojamento, não haverá lugar aos respectivos abonos quando a correspondente prestação seja fornecida em espécie</i></p> <p>(**) <i>As despesas de alojamento só são consideradas nas deslocações diárias que se não prolonguem para o dia seguinte, quando o funcionário não dispuser de transportes colectivos regulares que lhe permitam regressar à sua residência até às 22 horas.</i></p>	

Deslocações por dias sucessivos (*)		
DIA DE PARTIDA	Até às 13.00 horas	100%
	Depois das 13.00 horas e até às 21.00 horas.....	75%
	Depois das 21.00 horas	50%
DIA DE REGRESSO	Até às 13.00 horas	0%
	Depois das 13.00 horas e até às 20.00 horas	25%
	Depois das 20.00 horas.....	50%
RESTANTES DIAS	100%
<p>(*) <i>Atendendo a que estas percentagens correspondem ao pagamento de uma ou duas refeições e alojamento, não haverá lugar aos respectivos abonos quando a correspondente prestação seja fornecida em espécie</i></p>		

Subsídio de viagem e de marcha (por Km)			
Transporte em automóvel próprio		€ 0,38	
Transporte em veículos adstritos a carreiras de serviço público		€ 0,12	
Transporte em Automóvel de aluguer	Um funcionário.....	€ 0,36	
	Funcionários transportados em comum	Dois funcionários	€ 0,16 (cada)
		Três ou mais funcionários	€ 0,12 (cada)
Transporte em veículo motorizado não automóvel		€ 0,15(*)	
Percurso a pé		€ 0,15	
<p>(*) <i>Sobre este ponto - que, na Portaria, não vem referido - parece manter-se o entendimento da Circular n.º 19/93 da DGCI, segundo o qual, para o caso de transporte em veículo motorizado não automóvel, é considerado rendimento de trabalho dependente a parte excedente a 40% do limite legal fixado anualmente para os subsídios de viagem e de marcha pelo transporte em automóvel próprio.</i></p>			

Importa acentuar que, nos termos do disposto no (artigo 2.º, n.os. 3, alínea d)) Código do IRS, englobam-se na categoria dos rendimentos de trabalho dependente, sujeitos, portanto, a este imposto, as importâncias auferidas pela utilização de automóvel próprio ao serviço da entidade patronal, na parte que exceda os limites legais, sendo estes “os anualmente fixados para os servidores do Estado”.

Assim, e de acordo com a sua própria designação – de subsídios de transporte – a atribuição de determinados montantes com vista, designadamente, a compensar a utilização de automóvel próprio ao serviço da entidade patronal, se superiores ao limite legal estabelecido são tratados fiscalmente como remuneração.

Interessará salientar, em particular, o subsídio para transporte em automóvel próprio, também para vigorar des-

de 1 de Janeiro de 2007, agora fixado em €0,38 por quilómetro, quando era de €0,37 (cfr. artigo 9.o, alínea a), da Portaria n.o 229/2006, de 10 de Março).

Deve observar-se que a redacção (da alínea f) do artigo 42o) do Código do IRC determina que não são dedutíveis para efeitos de determinação do lucro tributável “as despesas com ajudas de custo e com compensação pela deslocação em viatura própria do trabalhador, ao serviço da entidade patronal, não facturadas a clientes, escrituradas a qualquer título, sempre que a entidade patronal não possua, por cada pagamento efectuado, um mapa através do qual seja possível efectuar o controlo das deslocações a que se referem aquelas despesas, designadamente os respectivos locais, tempo de permanência, objectivo e, no caso de deslocação em viatura

própria do trabalhador, identificação da viatura e do respectivo proprietário, bem como o número de quilómetros percorridos, excepto na parte em que haja lugar a tributação em sede de IRS na esfera do respectivo beneficiário”.

A Administração tributária verifica, pois, se o seu processamento se baseia em deslocações reais, comprovadas ou comprováveis em documentos justificativos, indicando itinerários percorridos, com tudo o mais que possa auxiliar a efectiva existência e prova do encargo.

E lembra-se, ainda, que estas despesas são também tributadas autonomamente à taxa de 5% (cf. artigo 81.o, n.os 3 e 9, do Código do IRC).

As alterações introduzidas por esta Portaria n.o 88-A/2007, de 18 de Janeiro, produzem efeitos desde o passado dia 1 de Janeiro de 2007.



Prestação de trabalho suplementar nas farmácias de oficina

Filipe Nuno Azoia *

O Decreto-Lei n.º 53/2007, de 08 de Março, que veio regular o horário de funcionamento das farmácias de oficina, estabelece no seu artigo 4.º que o período de funcionamento semanal das farmácias de oficina tem o limite mínimo de 55 horas⁽¹⁾.

A fixação deste período de funcionamento semanal mínimo das farmácias de oficina pode determinar a prestação de trabalho suplementar, pelo que importa proceder a uma breve análise do seu regime.

Assim, considera-se trabalho suplementar todo aquele que é prestado fora do horário de trabalho⁽²⁾.

No entanto, não se compreende na noção de trabalho suplementar⁽³⁾ o trabalho prestado por trabalhador isento de horário de trabalho em dia normal de trabalho⁽⁴⁾; o trabalho prestado para compensar suspensões de actividade, independentemente da causa, de duração não superior a 48 horas seguidas ou interpoladas por um dia de descanso ou feriado, quan-

do haja acordo entre o empregador e o trabalhador⁽⁵⁾; a tolerância de 15 minutos para as transacções, operações e serviços começados e não acabados na hora estabelecida para o termo do período normal de trabalho diário; e a formação profissional, ainda que realizada fora do horário de trabalho, desde que não exceda 2 horas diárias.

O trabalhador é obrigado a realizar trabalho suplementar, salvo quando, havendo motivos atendíveis, expressamente solicite a sua dispensa⁽⁶⁾.

Porém, a determinadas categorias de trabalhadores é reconhecido o direito à não prestação de trabalho suple-

mentar, sem que para isso tenham de solicitar qualquer dispensa. É o caso das trabalhadoras grávidas ou com filhos menores de um ano e dos trabalhadores que tenham gozado a licença por paternidade em substituição, total ou parcial, da licença de maternidade (artigo 46.º, do Código do Trabalho), dos menores (artigo 64.º, do Código do Trabalho) e dos trabalhadores com doença ou deficiência crónica (artigo 76.º, do Código do Trabalho). O trabalho suplementar só pode ser prestado quando a empresa tenha de fazer face a acréscimos eventuais e transitórios de trabalho e não se justifique a admissão de trabalha-

¹ O artigo 16.º, do Decreto-Lei n.º 53/2007, de 08 de Março, estabelece que o artigo 4.º entra em vigor 60 dias após a publicação do presente Decreto-Lei.

² Artigo 197.º, n.º 1, do Código do Trabalho.

³ Artigo 197.º, n.º 4, do Código do Trabalho.

⁴ Em consequência, considera-se trabalho suplementar o trabalho prestado

por trabalhador isento de horário de trabalho em dia de descanso semanal complementar ou obrigatório.

⁵ Esta situação corresponde às designadas "pontes".

⁶ Artigo 198.º, do Código do Trabalho.

⁷ Artigo 199.º, n.º 1, do Código do Trabalho.

dor⁷); o trabalho suplementar pode ainda ser prestado havendo motivo de força maior ou quando se torne indispensável para prevenir ou reparar prejuízos graves para a empresa ou para a sua viabilidade⁸). No caso das farmácias de oficina, o trabalho suplementar prestado para fazer face a acréscimos eventuais e transitórios de trabalho fica sujeito, por trabalhador, aos seguintes limites: 175 horas de trabalho por ano⁹), 2 horas por dia normal de trabalho¹⁰), um número de horas igual ao período normal de trabalho diário nos dias de descanso, obrigatório ou complementar, e nos feriados¹¹), e um número de horas igual a meio período normal de trabalho diário em meio dia de descanso complementar¹²). No entanto, estes limites não se aplicam ao trabalho suplementar prestado para assegurar o funcionamento dos turnos de serviço das farmácias de oficina, os quais serão objecto de regulamentação em legislação especial¹³). No que respeita ao acréscimo remuneratório

devido pela prestação de trabalho suplementar, a cláusula 47.^a, n.º 1, do Contrato Colectivo de Trabalho celebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos, estabelece que nos dias normais de trabalho em que as farmácias estiverem de serviço permanente, os farmacêuticos receberão pelas horas prestadas, após 8 horas de trabalho, as remunerações seguintes: na 1.^a hora – o valor/hora¹⁴) acrescido de 25%; nas horas seguintes, até às 22.00 horas, o valor/hora acrescido de 50% e mais 25% se for hora nocturna¹⁵); e das 22.00 horas até às 09.00 horas do dia seguinte, o serviço permanente será remunerado por taxa fixa. Por outro lado, o trabalho suplementar prestado até às 22.00 horas aos domingos¹⁶), nos períodos de descanso semanal complementar e em dias feriados é remunerado com um acréscimo de 100% sobre os valores/hora obtidos nos termos das alíneas a) e b), do n.º 1, da cláusula 47.^a, do Contrato Colectivo de Trabalho ce-

lebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos, ou seja, na 1.^a hora é remunerado com um acréscimo de 100% sobre o valor/hora acrescido de 25% e nas horas seguintes, até às 22.00 horas, é remunerado com um acréscimo de 100% sobre o valor/hora acrescido de 50%¹⁷).

Os farmacêuticos que trabalhem nos domingos e feriados em que as farmácias estejam de serviço permanente deverão obrigatoriamente descansar num dos três dias seguintes¹⁸).

No que respeita ao acréscimo remuneratório devido pela prestação de trabalho suplementar por parte dos Ajudantes Técnicos de Farmácia, Ajudantes de Farmácia e Praticantes, a cláusula 27.^a, n.º 1, do Contrato Colectivo de Trabalho celebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato dos Profissionais de Farmácia, estabelece que, em dias de semana¹⁹), das 19.00 às 20.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 25%, das 20.00 às 24.00 horas, recebe-



Filipe Nuno Azóia,
Advogado da PLMJ

⁸ Artigo 199.º, n.º 2, do Código do Trabalho.

⁹ Artigo 200.º, n.º 1, alínea a), do Código do Trabalho.

¹⁰ Artigo 200.º, n.º 1, alínea c), do Código do Trabalho.

¹¹ Artigo 200.º, n.º 1, alínea d), do Código do Trabalho.

¹² Artigo 200.º, n.º 1, alínea e), do Código do Trabalho.

¹³ Artigo 200.º, n.º 3, do Código do Trabalho.

¹⁴ O valor/hora é calculado segundo a seguinte fórmula: (retribuição mensal x 12): (52 x período normal de trabalho semanal) – cláusula 40.^a, do Contrato Colectivo de

Trabalho celebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos.

¹⁵ O Contrato Colectivo de Trabalho celebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos não estabelece o período de trabalho nocturno. Assim, nos termos do disposto no artigo 192.º, n.º 3, do Código do Trabalho, considera-se período de trabalho nocturno o compreendido entre as 22.00 horas de um dia e as 07.00 horas do dia seguinte. Em consequência, nenhuma das horas de trabalho suplementar prestadas

até às 22.00 horas é hora nocturna.

¹⁶ O domingo é o dia de descanso semanal – cláusula 13.^a, do Contrato Colectivo de Trabalho celebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos.

¹⁷ Cláusula 47.^a, n.º 3, do Contrato Colectivo de Trabalho celebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos.

¹⁸ Cláusula 47.^a, n.º 4, do Contrato Colectivo de Trabalho celebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos.

rão o valor/hora, acrescidos de 75%, e das 00.00 às 09.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 50%; aos sábados⁽²⁰⁾, das 13.00 às 19.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 100%, das 19.00 às 20.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 125%, e das 20.00 às 24.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 175%; aos domingos⁽²¹⁾ e feriados, das 00.00 às 09.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 150%, das 09.00 às 19.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 100%, das 19.00 às 20.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 125%, das 20.00 às 24.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 175% e das 00.00 às 09.00 horas (segunda-feira ou dia seguinte ao feriado), receberão o valor/hora, acrescidos de 50%. A prestação de trabalho suplementar em dia útil, em dia de descanso semanal complementar⁽²²⁾ e em dia feriado

confere ao trabalhador o direito a um descanso compensatório remunerado correspondente a 25% das horas de trabalho suplementar realizado, o qual se vence quando perfizer um número de horas igual ao período normal de trabalho diário e deve ser gozado nos 90 dias seguintes⁽²³⁾. Nos casos de prestação de trabalho em dia de descanso semanal obrigatório⁽²⁴⁾, o trabalhador tem direito a um dia de descanso compensatório remunerado, a gozar num dos três dias úteis seguintes⁽²⁵⁾. Na falta de acordo, o dia do descanso compensatório é fixado pela farmácia de oficina⁽²⁶⁾. No entanto, importa ter presente que os descansos compensatórios supra referidos não resultam da prestação de trabalho suplementar para assegurar o funcionamento dos turnos de serviço das farmácias de oficina, pois, estes serão objecto de regulamentação em legislação especial⁽²⁷⁾.

Por último, importa ter presente que a farmácia de oficina deve possuir um registo de trabalho suplementar onde, antes do início da prestação e logo após o seu termo, são anotadas as horas de início e termo do trabalho suplementar, o qual deve ser visado pelo trabalhador imediatamente a seguir à sua prestação⁽²⁸⁾. No registo de trabalho suplementar deve constar sempre a indicação expressa do fundamento da prestação de trabalho suplementar, bem como a anotação dos períodos de descanso compensatório gozados pelo trabalhador⁽²⁹⁾. Nos meses de Janeiro e Julho de cada ano a farmácia de oficina deve enviar à Inspeção Geral do Trabalho uma relação nominal dos trabalhadores que prestaram trabalho suplementar durante o semestre anterior, com discriminação do número de horas prestadas ao abrigo dos n.ºs 1 ou 2 do artigo 199.º, do Código do Trabalho⁽³⁰⁾.

¹⁹ No caso de o descanso semanal complementar ser a segunda-feira todo o dia, nos termos previstos na cláusula 16.ª, n.º 4, alínea b), do Contrato Colectivo de Trabalho celebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato dos Profissionais de Farmácia, caso trabalhem neste dia, os trabalhadores, das 09.00 às 19.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 100%, das 19.00 às 20.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 125%, e das 20.00 às 24.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 175%.

²⁰ No caso de o descanso semanal complementar ser o sábado todo o dia, nos termos previstos na cláusula 16.ª, n.º 4, alínea a), do Contrato Colectivo de Trabalho celebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato dos Profissionais de Farmácia, caso trabalhem neste dia, os trabalhadores, das 09.00 às 19.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 100%, das 19.00 às 20.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 125%, e das 20.00 às 24.00 horas, receberão o valor/hora, acrescidos de 175%.

²¹ O domingo é o dia de descanso semanal obrigatório – cláusula 16.ª, n.º 2, do Contrato Colectivo de Trabalho celebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato dos Profissionais de Farmácia.

²² O dia de descanso semanal complementar pode ser gozado, pode determinação da farmácia de oficina, em qualquer das modalidades seguintes: sábado todo o dia, segunda-feira todo o dia, sábado à tarde mais meio período de trabalho que será gozado de segunda a sexta-feira - cláusula 16.ª, n.º 4, do Contrato Colectivo de Trabalho celebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato dos Profissionais de Farmácia.

²³ Artigo 202.º, n.ºs 1 e 2, do Código do Trabalho.

²⁴ O domingo é o dia de descanso semanal obrigatório – cláusula 16.ª, n.º 2, do Contrato Colectivo de Trabalho celebrado entre a Associação Nacional das Farmácias e o Sindicato dos Profissionais de Farmácia.

²⁵ Artigo 202.º, n.º 3, do Código do Trabalho.

²⁶ Artigo 202.º, n.º 4, do Código do Trabalho.

²⁷ Artigo 202.º, n.º 5, do Código do Trabalho.

²⁸ Artigo 204.º, n.ºs 1 e 2, do Código do Trabalho.

²⁹ Artigo 204.º, n.ºs 3 e 4, do Código do Trabalho.

³⁰ Artigo 204.º, n.º 6, do Código do Trabalho.



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.menariniag.pt | mdportugal@menariniag.pt



multiCare®
Colesterol sob Controlo



Os serviços de saúde avaliados pelos portugueses

As farmácias são as estruturas mais bem vistas pelos utentes portugueses, conclui um estudo das empresas Barómetro/Sondagem e Ysaúde/Aximage/«Tempo Medicina», que avalia mensalmente o índice de satisfação dos portugueses em relação aos serviços de saúde, públicos e privados. O estudo permitiu aferir que 85,2% dos entrevistados tem uma boa opinião dos serviços prestados pelas farmácias, 12,6% considera os serviços como “assim-assim” e apenas 1,6% os classificam de maus. Os portugueses confiam mais nos hospitais públicos do que nos privados, embora

a diferença não seja expressiva (37,1% face a 33%). Quanto aos centros de saúde, 46,5% dos inquiridos considerou “assim-assim” a qualidade dos serviços prestados, face a 29,5% que os consideram de boa qualidade e 21,2% que os classificam como sendo de má qualidade.

Relativamente aos profissionais de saúde, os portugueses têm boa opinião da sua actuação, com 46,6% dos inquiridos a considerar o serviço prestado pelos médicos bom, 55,6% a qualificar a actuação dos enfermeiros como boa e 61,1% a preferir os serviços dos dentistas.

Alliance UniChem assume nova identidade

A Alliance UniChem Farmacêutica, empresa de distribuição farmacêutica que resulta, em Portugal, da parceria entre a Alliance Boots, a ANF e a José de Mello Participações II, alterou a sua denominação para Alliance Healthcare.

Com a alteração do nome da empresa, iniciou-se também um processo de “rebranding” da Alliance Healthcare, que, segundo o director de marketing e desenvolvimento da companhia, Joaquim Fausto Ferreira, estará concluído dentro de um ano e apresentará custos na ordem dos 70 mil euros.

O responsável adiantou ao Jornal de Negócios que Portugal marcará o início do processo de “rebranding” de todo o grupo, com actividade em 14 países.

Joaquim Fausto Ferreira acrescentou que, apesar de a actividade principal se manter na distribuição de medicamentos, a Alliance Healthcare irá alargar o leque de serviços prestados às farmácias e aos laboratórios, com o objectivo de, por exemplo, de melhorar o acesso da população aos medicamentos. Com a mesma perspectiva de alargamento dos serviços prestados, irá desenvolver uma plataforma de dados úteis aos parceiros.

Taxas de serviço nocturno deixam de ser cobradas

As farmácias vão deixar de cobrar uma taxa pelos medicamentos vendidos durante a noite, desde que estes sejam adquiridos mediante a apresentação de uma receita médica datada do próprio dia ou do dia anterior. Esta medida, que entrará em vigor em Maio, resulta de um Decreto-lei que determina que o funcionamento da farmácia por turnos não deve originar o pagamento de qualquer taxa nos medicamentos com receita médica, pondo fim, desta forma, à cobrança dos 50 centimos habituais nestas situações.

O diploma adianta que, no caso dos medicamentos sem receita médica, e para os quais as farmácias cobram 1,5 euro, deve ser mantida a cobrança da taxa, embora limite o valor cobrado, valor este que será estabelecido posteriormente por uma portaria do Ministério da Saúde.

Brasil edita livro “Boas Práticas em Instalações e Projectos Farmacêuticos”

O livro “Boas Práticas em Instalações e Projectos Farmacêuticos” foi recentemente editado no Brasil, traduzido e adaptado para língua portuguesa o original francês “Guide pratique pour les projets d’installations pharmaceutiques”, publicado em 2005. Para além da tradução, o compêndio inclui uma referência ao estudo realizado pelo farmacêutico Jordi Botet, que analisou as Boas Práticas de Fabrico em vigor no Brasil e as comparou com as vigentes nos EUA e União Europeia. No livro, composto por 14 capítulos, Jordi Botet define, com base em critérios científicos e tecnológicos, o que é exigido e como se cumprem as boas práticas de fabrico relacionados com as instalações farmacêuticas, constituindo um manual importante para os profissionais que actuam no fabrico de medicamentos.

Clube de Golfe Farmacêutico elege novos órgãos sociais

O Clube de Golfe Farmacêutico (CGF) elegeu, no passado mês de Janeiro, os órgãos sociais para o triénio 2007-2009, tendo escolhido para a presidência da Direcção Rui Peres e para a presidência da Mesa da Assembleia-Geral António Paula de Campos. Para a presidência do Conselho Fiscal foi eleito Rui Ginja Duarte. O CGF é responsável pela realização anual de diversos torneios inseridos na “Ordem de Mérito CGF”, promovendo o encontro saudável entre farmacêuticos e convidados, bem como a prática da modalidade. Para este ano estão agendados os torneios Madeira, entre 25 e 29 de Abril, Cofanor 40 anos, a realizar a 27 de Maio, Mepha, a 15 de Julho, Brinçal, a 16 de Setembro, e o de Natal, a 2 de Dezembro. A admissão ao Clube está aberta a todos os farmacêuticos inscritos na Ordem e aos seus familiares, aos estudantes de Ciências Farmacêuticas e a todos aqueles de alguma forma estejam ligados ao sector farmacêutico.

Aranda da Silva lança novo livro

O Bastonário da Ordem dos Farmacêuticos lançou recentemente o livro “Saúde Pública, Farmacêuticos e Medicamentos”, na Sala Luís Freitas Branco, no Centro Cultural de Belém, a quinta obra literária publicada por José Aranda da Silva na área da farmácia e do medicamento.

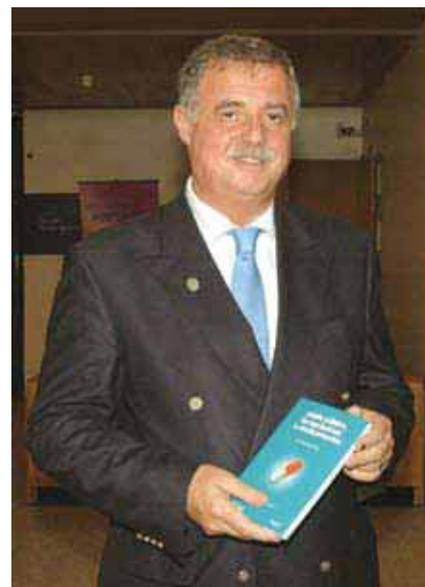
O livro reúne um conjunto de artigos de opinião publicados em diversos órgãos de informação nacionais, tratando temas

como a intervenção dos farmacêuticos na produção do medicamento, a importância dos genéricos como medida de contenção da despesa pública em Saúde, a segurança dos medicamentos e a sustentabilidade do SNS.

Na apresentação do livro, Aranda da Silva defendeu que as medidas governamentais para a área da Saúde “não estão a ser baseadas no bom senso, na evidência científica e não estão a ser tomadas com o rigor adequado”, numa altura em que o país atravessa “um momento de grandes mudanças na área farmacêutica”.

A cerimónia de lançamento do livro contou com as presenças e intervenções de António de Almeida Santos, autor do prefácio da obra, e de Paulo Mendo, antigo ministro da Saúde.

Aranda da Silva já tinha lançado “Falando de Medicamentos”, em 1994, “Medicamentos, Riscos e Benefícios”, em 1996, “Medicamentos – Farmacoterapia”, em 1997, e “A Europa do Medicamento”, em 2000.



Plataforma Saúde em Diálogo Eleitos primeiros órgãos sociais



Plataforma Saúde
em Diálogo



A Plataforma Saúde em Diálogo elegeru, a 20 de Março último, os primeiros órgãos sociais desde a sua institucionalização como entidade jurídica em Setembro de 2005. Do escrutínio dos associados, resultou a direcção que irá suceder à comissão instaladora. Esta é constituída pela Associação Nacional das Farmácias, representada por Maria da Luz Sequeira, a Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas, na pessoa de Maria Irene Domingues, o Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva, representado por Isabel Machado, a União Geral de Consumidores, através de Mário Beja Santos, e a Associação Portuguesa de Asmáticos, através de Ana Maria Quintas. Foi igualmente eleita a Mesa da Assembleia Geral, presidida pela Associação dos

Doentes com Lúpus, representada por Rosa Maria Gonçalves, sendo vice-presidente a Associação para a Promoção da Segurança Infantil, através de Sandra Nascimento. A Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson, na pessoa de Maria de Lourdes Gaudich, assume o cargo de secretário deste órgão social. Das eleições resultou ainda o Conselho Fiscal da Plataforma, integrado pela Associação Portuguesa das Doenças do Lisosoma, representada por Francisco Beirão, pela Myos – Associação Nacional contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica, através de Maria João Sande Freire, e pela Associação Coração Amarelo, de que é representante Maria Manuela Alves.

Os órgãos sociais agora eleitos têm um mandato de três anos, cabendo à direcção propor as actividades a desenvolver nesse período. Iniciativa pioneira centrada na solidariedade, a Plataforma Saúde em Diálogo nasceu de uma necessidade de mais e me-

lhor diálogo entre associações de doentes, consumidores, promotores de saúde e farmacêuticos. Ao longo da sua existência tem procurado intervir ao nível do sistema para que a saúde se vá progressivamente centrando na cidadania e na busca de soluções que melhor sirvam os anseios da sociedade. E fá-lo tentando dar voz aos que têm menos capacidade de impor os seus pontos de vista e defender os seus interesses legítimos, assumindo as carências de uns como objectivos de todos. A 30 de Setembro de 2005 foi assinada a escritura pública que a oficializou, ganhando a designação de Plataforma Saúde em Diálogo – Associação para a Promoção da Saúde e Protecção na Doença. Os propósitos que presidiram à sua formação conduziram já à realização de dois congressos, o segundo dos quais realizado já com a Plataforma oficialmente constituída: foi em Novembro de 2005 e a saúde e qualidade de vida da criança e do adolescente foi o tema que suscitou o debate.

Nova edição de Martindale já disponível em Portugal

A Farmacopeia está a comercializar a 35ª da enciclopédia "Martindale: The complete drug reference", uma obra que, há mais de 120 anos, é uma fonte de informação completa sobre medicamentos para os profissionais de saúde.

Esta enciclopédia do medicamento reúne monografias de mais de 6300 medicamentos, de 149 mil manipulados, de

40.700 referências e 14.700 fabricantes. Também contém sinopses de tratamentos para mais de 660 doenças, bem como referências a ervas medicinais, excipientes farmacêuticos, toxinas e venenos. Martindale é uma obra com cobertura universal e tem-se constituído como a espinha dorsal para o sector dos medicamentos.

Farmacêuticos moçambicanos especializam-se em Portugal



Proporcionar a farmacêuticos moçambicanos a frequência de estágios profissionais em Portugal é o objectivo do protocolo assinado em Maputo entre a Ordem dos Farmacêuticos e o Ministério da Saúde de Moçambique. Ao abrigo deste acordo, subscrito pelo bastonário José Aranda da Silva e pelo ministro Paulo Ivo Garrido, a 6 de Março último, estarão disponíveis, numa primeira fase, estágios em três áreas de intervenção farmacêutica: distribuição e logística, assuntos regulamentares e informação de medicamentos e farmácia hospitalar.

A assinatura deste protocolo enquadra-se no espírito de colaboração existente entre as instituições portuguesas e moçambicanas visando promover e desenvolver o ensino e a prática farmacêutica naquele país africano de expressão lusófona.

Uma colaboração activa que passa, em concreto, pelo apoio científico e pedagógico à licenciatura em Farmácia ministrada pelo ISCTEM – Instituto Superior de Ciência e Tecnologia de Moçambique. Foi, aliás, no âmbito de um simpósio comemorativo dos dez anos desta licenciatura que se assinou o protocolo que vai permitir a farmacêuticos moçambicanos especializarem-se em Portugal.

Subordinado ao tema “Valor acrescentado da intervenção farma-

cêutica”, o evento contou com as presenças do ministro da Saúde de Moçambique, da vice-ministra da Educação, do bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, do vice-presidente do Infarmed, do embaixador de Portugal em Moçambique, e dos presidentes dos Conselhos Directivos das Faculdades de Farmácia de Lisboa, Porto e Coimbra. Esteve ainda presente o vice-presidente da ANF João Silveira, bem como representantes da Apifarma e, naturalmente, o reitor do ISCTEM. Organizado pela Ordem dos Farmacêuticos e pelo ISCTEM, em parceria com a PharmaPortugal, o simpósio pretendeu efectuar um balanço desta primeira década de ensino das Ciências Farmacêuticas em Moçambique, na perspectiva do seu contributo para a evolução e desenvolvimento do país. Para o efeito, ex-alunos – hoje profissionais no activo - deram o seu testemunho, tendo abordado as diversas vertentes em que exercem a profissão.

À cooperação foi dedicado um segundo painel, em que se abordaram temas como a segurança e a qualidade ao longo do circuito do medicamento, da produção à distribuição.

Um terceiro painel, moderado por Aranda da Silva, versou a temática da regulação, tendo sido dada uma perspectiva europeia, a cargo do

vice-presidente do Infarmed Hélder Mota Filipe, após o que a responsável pelo departamento de Farmácia do Ministério da Saúde de Moçambique apresentou a realidade moçambicana. De seguida, José Morais, da Faculdade de Farmácia de Lisboa, falou sobre os critérios de avaliação na garantia de qualidade.

Ao valor acrescentado da intervenção farmacêutica foi reservado o último painel do simpósio, com moderação a cargo de João Silveira e intervenções de Adriano de Sousa, da Faculdade de Farmácia de Coimbra, que abordou as valências do farmacêutico e a intervenção na sociedade, e de Sousa Lobo, da Faculdade de Farmácia do Porto, que se pronunciou sobre o farmacêutico como especialista do medicamento. A sessão encerrou com uma abordagem dos grandes desafios que a farmácia enfrenta em Moçambique.

Instituição privada de ensino superior, o ISCTEM forma mais de dois terços dos farmacêuticos moçambicanos. Quando iniciou a actividade, há dez anos, havia apenas sete farmacêuticos no país, número que entretanto ultrapassou os 40. Actualmente, são mais de 100 os alunos que frequentam a licenciatura, finda a qual poderão candidatar-se aos estágios em Portugal agora protocolados.

reunioes e simpósios

Internacionais

DATA	EVENTO
29 Junho de 2007 Viena/ Austria	I Conference 2007 Österreichische Akademie der Wissenschaften Festsaal Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) Stubenring 6, 1010 Vienna, Austria Tel: +43 1 515 61-0 Serie, Fax: +43 1 513 84 72; E-mail: ppri@oebig.at http://ppri.oebig.at
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
9 a 12 de Maio de 2007 Estoril	17 ^a Conferência Alzheimer Europe Contactos: APFADA Av. de Ceuta Norte, Lote 1; Lojas 1 e 2 - Quinta do Loureiro - 1350-410 Lisboa/ PORTUGAL Tel: +351-21-361 04 60 Fax: +351-21-361 04 69; Email: Alzheimer@netcabo.pt; www.alzheimer-conference.org
4 e 5 de Maio de 2007 Ilha Horta	Fórum Hepatite B e C e HIV Preço da inscrição é de 25€, devendo o nome, Hospital, contacto telefónico e e-mail ser enviado para: Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (D. Adelina/217520570); secretariado@spmi.webside.pt; Rua Tobis Portuguesa, nº 8 - 2º Sala 9; 1750-292 Lisboa
24 e 25 de Maio de 2007 Centro de Congressos de Lisboa	Congresso: " Feridas: da Investigação à Prática" Workshops em paralelo ao longo do congresso: (com duração entre 1h a 1.30 h dependendo do tema) - Limpeza da ferida - Desbridamento cortante - Avaliação de Doppler - Terapia compressiva - Avaliação /medição de feridas Contactos: Grupo Associativo de Investigação em Feridas; Apartado 1 – 3320 – 999; Pampilhosa da Serra; Telf: 235 594 598/ Fax: 235 598 013; E-mail: gaif@gaif.net / site: www.gaif.net
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

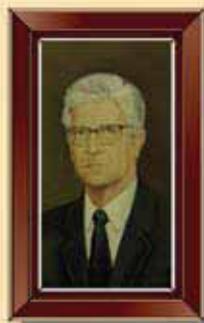
O MISTÉRIO DA MOLDURA VAZIA

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS

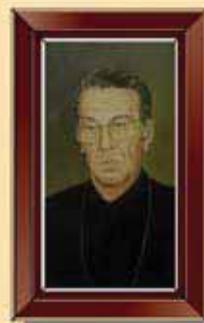
Parede
dos
Bastonários



Cavalleiro Soares
1972 - 1978



Alberto Kaltha
1980 - 1981



Alfredo Albuquerque
1985 - 1989



Carlos Silveira
1989 - 1995



João Silveira
1995 - 2001



ARANDA DA SILVA
2001 - 2007



ILUSTRAÇÃO: EDUARDO PERESTRELO. LEGENDAS E MONTAGEM: CARLOS CRESPO

QUEM IRÁ OCUPAR UM DIA, A PRÓXIMA MOLDURA?
CONVIDAMOS OS NOSSOS LEITORES A ENVIAREM-NOS OS SEUS PALPITES.

ficheiro mestre

Instalação de Farmácia

Farmácia Melo
Estrada Regional, 27
9950-125 CANDELÁRIA MAD
Dra. Dionísia Luciana Machado
Goulart de Melo
Farmácia Melo, Unipessoal Lda.

Alteração à Denominação

Farmácia De Joane
Av. Pedro Hispano, 21
4770-206 JOANE
Dr. Álvaro Miguel Castro de Oliveira

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

Alteração à Propriedade

Farmácia Estefânia
Rua Pascoal de Melo, 92
1000-236 LISBOA
Dra. Teresa Palmira Fialho Broco
M.C.Teodoro-Sociedade Farmacêutica Lda.

Farmácia Normal do Sul
Praça do Bocage, 135
2900-276 SETÚBAL
Dra. Patricia Isabel Mendes Leal
Fernandes Gouveia
Fernandes Unipessoal, Lda.

Farmácia Rodrigues
Rua Conselheiro Augusto Castro, 7
7860-127 MOURA
Dra. Maria de Fátima Fialho
Rodrigues Zorrinho Cardoso
Farmácia Rodrigues Lda.

Farmácia Homeopática de Santa Justa
Rua de Santa Justa, 6
1100-485 LISBOA
Dra. Vera Maria Neto Luz Rodrigues
Vera Maria Neto Luz Rodrigues
e Ernesto Silveira

Farmácia Carmo
Lugar da Ramoa,
4700-860 SÃO PEDRO MERELIM
Dr. Manuel Joaquim Soares da Silva Ferreira
Manuel Ferreira & Júlio Ferreira Lda.

Farmácia Castanheira
Estrada Nacional 16, 34
6370-221 FORNOS DE ALGODRES
Dra. Maria do Céu Castanheira Barata
Farmácia Castanheira, Unipessoal, Lda.

Farmácia Abreu
Rua Dr. José Assis e Santos, 12
3450-123 MORTÁGUA
Dra. Elisa Maria S. N. Lopes de Almeida
Elisa Nobre Almeida, Unipessoal Lda.

Farmácia Tavares
Rua Dr. Mendes Correia (Pai),
3840-443 VAGOS
Dra. Maria Luísa dos Santos Tavares
Farmácia Tavares Unipessoal, Lda.

Farmácia Antiga da Porta do Olival
Campo Mártires da Pátria, 122
4200-000 PORTO
Dra. Maria Clara S. N. S. Vieira Coelho
Farmácia Antiga Porta do Olival, Unipessoal, Lda.

Farmácia Moderna
Rua Bulhão Pato, 60-62
2870-257 MONTIJO
Dra. Maria Manuela Martins Oliveira
Cola Marques
Farmácia Manuela Cola, Unipessoal, Lda.

Farmácia Oliveira
Largo da Misericórdia, 10-12
2900-502 SETÚBAL
Dra. Cidália Almeida da Silva
Fórmula Eficaz Unipessoal, Lda.

Farmácia Maria Aboim
Rua Liberdade, 65
8800-399 TAVIRA
Dra. Ana Isabel Carola Faria Pereira
Ana Isabel C. F. Pereira
- Soc. Farmacêutica, Unip. Lda.

Farmácia Libia
Avenida da Igreja, 4-B-C
1700-236 LISBOA
Dra. Maria Gabriela Coutinho Simões
Ferreira Lopes
Dra. Maria Gabriela Coutinho Simões
Ferreira Lopes

Farmácia Vitalis
Rua Moraes Soares, 69-C
1900-342 LISBOA
Dra. Marta Sofia Vitorino Abreu
L. F. Teodoro - Sociedade Farmacêutica, Lda

Farmácia Almeida Araújo
Rua D. Duarte, 7-B
2810-199 ALMADA
Dra. Maria de Lurdes Almeida Araújo
Cardoso Fiadeiro
Farmácia Almeida Araújo, Unipessoal Lda.

Farmácia Albergariense
Praça da Igreja Velha,
3100-081 ALBERGARIA DOS DOZE
Dra. Teresa Maria Rodrigues Guapo
Farmácia Albergariense, Lda.

Farmácia da Madorna
Av. Francisca Lindoso, Lt.Hm, BLA, Lj.A,
2785-452 SÃO DOMINGOS DE RANA
Dra. Antónia Maria Sousa Chitas Martins
Farmácia da Madorna - Unipessoal, Lda.

Farmácia Barbosa Ferreira
Lugar de Eiro,
4630-671 SOALHÃES
Dra. Daniela Maria Ramos Cabanelas
Dra. Daniela Maria Ramos Cabanelas

Farmácia Codivel
Praceta João de Lemos, N.º 1
2675-233 ODIVELAS
Dra. Maria de Lurdes Borges Baptista Rêgo
Farmácia Codivel Unipessoal, Lda.

Farmácia São Mamede
Alameda Futebol Clube Infesta, 15
4465-141 SÃO MAMEDE DE INFESTA
Dra. Marina Tavares Junqueira
Moreira Serrano
Marina Serrano Sociedade
Farmacêutica Unipessoal, Lda.

Farmácia Diogo
Rua Comendador António Joaquim
Ferreira, LOTE 18-A
5340-241 MACEDO DE CAVALEIROS
Dra. Filomena de Jesus Outor Monteiro
Diogo
Farmácia Diogo Unipessoal Lda.

Farmácia de Roriz
Avenida de Coutada, LOTE 2
4795-256 RORIZ STS
Dra. Maria Dulce Ferraz da Silva Guimarães
Maria Dulce Guimarães - Soc.
Farmacêutica Unipessoal, Lda.

Alteração ao Pacto Social

Farmácia Miranda
Largo do Campo Pequeno, 36-B-C
1000-080 LISBOA
Dr. Anibal David de Oliveira Miranda
Farmácia Miranda, Unipessoal, Limitada

Farmácia Conceição Lda.
Calçada D. Gastão, 30-32
1900-194 LISBOA
Dra. Maria Dulce Antunes Luz
Conceição Lda.

Farmácia Avis
Avenida de Roma, 56-B-C
1700-348 LISBOA
Dr. José Duarte de Oliveira Carmo
Botelho de Medeiros
Sociedade Farmacêutica Avis Lda.

Farmácia Central
Avenida Carneiro Gusmão, 6
6400-337 PINHEL
Dr. André Luís Cabral Martins
Farmácia Central de Pinhel, Lda

Farmácia Soares
Rua Auta da Palma Carlos, 15
2685 - 026 SACAVÉM
Dr. Fernando Teixeira Pinto
Bernardes Soares

Farmácia Cruz Pires
Rua António Bernardo Teixeira, 5
5385 - 096 TORRE DE DONA CHAMA
Dra. Paula Maria Pereira N. Lopes Garcia
Farmácia da Torre de Paula Lopes,
Sociedade Unipessoal, Lda.

Farmácia Guilherme F. Dias
Largo 1º de Dezembro, 30
8500 - 538 PORTIMÃO
Dr. Pedro Miguel Jesus Santos
Fonte do Elixir - Farmácia,
Unipessoal Lda.

Farmácia Carmo
Lugar da Ramoa
4700 - 851 SÃO PEDRO MERELIM
Dr. Manuel Joaquim Soares
da Silva Ferreira
Manuel Ferreira & Júlio Ferreira, Lda.

Farmácia Gomes
Rua 1º Dezembro, 18
ESPOSENDE 4740 - 226 ESPOSENDE
Dra. Daniela Jorge Antunes
Gomes dos Santos

Farmácia Abreu
Rua Dr. José Assis e Santos, 12
MORTÁGUA 3450 - 123
Dra. Elisa Maria S. N. Lopes
de Almeida
Elisa Nobre Almeida, Unipessoal Lda.

Farmácia Matos
Largo da República, 39-43
TONDELA 3460 - 532
Dra. Carla Almeida Nobre Marques
Tondefarma, Unipessoal Lda.

Farmácia Freixedas
Rua Bartolomeu Álvares da Santa, 92
CASTELO DE VIDE 7320 - 117
Dr. André Alexandre Ladeiro Barrigas

Farmácia Ferreira do Vale
Largo 5 de Outubro
3050 - 082 BARCOUÇO
Dra. Joana Matos de Almeida

Farmácia Higiene
Rua Direita, 169
2080 - 329 BENFICA DO RIBATEJO
Dr. Pedro Miguel Vivaldo Peres dos
Santos Silva
Héstiafarma Lda.

Farmácia Pimentel
Rua Nova do Jardim, 12
6040 - 125 GAVIÃO
Dra. Virginia Correia de Oliveira Pires
Jabuticaba - Sociedade
Farmacêutica Unipessoal, Lda.

Farmácia Higiene
Rua Tenente Valadim, 29
2410 - 190 LEIRIA
Dra. Maria Violante Hinga Ferreira
Maria Violante, Unipessoal Lda

Farmácia Manaia
Avenida 1º de Maio, 61
6270 - 479 SEIA
Dra. Ana Paula F. P. Cardoso Fernandes
Farmácia Dra. Ana Paula Fontes C.
Fernandes, Unipessoal Lda.

Farmácia Brito
Avenida da Liberdade, 777
4710 - 251 BRAGA
Dra. Ana Gabriela Fernandes
Pereira Gomes
Farmácia Pereira Gomes,
Unipessoal Lda.

Farmácia Albergariense
Praça da Igreja Velha,
3100 - 081 ALBERGARIA DOS DOZE
Dra. Teresa Maria Rodrigues Guapo
Farmácia Albergariense, Lda

Farmácia Sá da Rocha
Largo da Gandara, 3
4905 - 604 GERAZ LIMA (STA MARIA)
Dra. Ana Maria Marques Sá
Farmácia Sá da Rocha,
Unipessoal, Lda

Farmácia Mendes
Bairro 678 Fogos, Banda 3, EDIFÍCIO 2
7500 - 000 VILA NOVA DE SANTO ANDRÉ
Dr. Fernando Magro Pereira Mendes
Mercimonium, Lda.

Farmácia Mira Sintra
Av. 25 de Abril, Nº 94 LJ A1
2735 - 418 AGUALVA-CACÉM
Dra. M. Eugénia Trindade S. A. da Silva
Mª Eugénia Trindade S. Aranda Silva
- Farmácia Unip., Lda.

Farmácia Solanja
Sítio do Pico António Fernandes
9230 - 107 SANTANA
Dra. Maria Solanja Rodrigues Vasconcelos
Farmácia Solanja - Sociedade Unipessoal
Lda.

Farmácia Almeida Sousa
Pontão
5430 - 236 SANTA VALHA
Dra. Sylvia Soares
de Almeida Sousa
Farmácia Almeida Sousa Unipessoal, Lda

Farmácia S. Tiago
Rua Direita, 34-A
2460 - 492 ALCobaça
Dr. Humberto Jorge
da Costa Marques
Farmácia São Tiago, Unipessoal Lda.

Farmácia Vaz Carmona
Rua de Vale de Flores, 105 B, LJ 3
2810 - 366 ALMADA
Dra. Maria Irene Vaz Carmona
Farmácia Vaz Carmona Unipessoal, Lda.

Farmácia Barral
Rua Augusta, 225
LISBOA 1100 - 051 LISBOA
Dr. Rui Tiago Cardoso Simões Gil
Jaime Alves Barata, Lda.

Farmácia Lima da Silva
Av. Gonçalo Rodrigues Caldeira, 19
6100 - 732 SERTÁ
Dra. Cristina Maria Domingues Lourenço
Marques, Sociedade Unipessoal, Lda
Farmácia Ostende
Rua de Espinho, 1-B
2765 - 409 ESTORIL
Dra. Ana Catarina Perdigão Antunes
Farmácia Ostende, Lda.

Farmácia Moderna
Bairro Social, LOTE 31-C
8950 - 000 CASTRO MARIM
Dra. Sónia Domingues de Sá da Luz Felício
Farmácia Moderna Castro Marim,
Unipessoal, Lda.

Farmácia Silva Junior
Avenida 25 de Abril, 9
2800 - 300 ALMADA
Dra. Helga Cristina Correia Ramos Branco
Farmácia Silva Junior, Lda.

Farmácia Central
Avenida Carneiro Gusmão, 6
6400 - 337 PINHEL
Dr. André Luís Cabral Martins
Farmácia Central de Pinhel, Lda

Farmácia Paes
Rua Abade Faria, 22-A
1900 - 007 LISBOA
Dra. Joana Patricia Santos Silva
Farmácia Mendes da Rosa Lda.

Cessão de Exploração

Farmácia Cândido Barbosa
Rua Serpa Pinto, 50
2040 - 249 RIO MAIOR
Dra. Ana Catarina Gerales
Góis Nascimento
Ana Góis - Farmácia, Unipessoal
Lda. - Cessionária

Farmácia Rodrigues da Silva
Rua Ferreira Borges, 26
3000 - 179 COIMBRA
Dra. Celina Gomes de Sousa
Ramos
Farmácia R.S. - Sociedade
Unipessoal, Lda. - Cessionário

Farmácia Gastão Fonseca
Avenida Bombeiros Voluntários, 114
3600 - 140 CASTRO DAIRE
Dra. Maria Adelaide Almeida da Silva
Maria Adelaide Silva, Unipessoal
Lda - Cessionária

Desvinculação de Farmácia

Farmácia Sousa
Av. Dr. Francisco Sá Carneiro, 23-A/B
4520 - 164 SANTA MARIA DA FEIRA
Dra. Daniela Valente Casimiro

Farmácia Teles
Largo da Feira dos Dez, 97
4535 - 011 LOUROSA
Dr. João Manuel Resende Coelho

Farmácia Pombeiro
Campo dos Mártires da Pátria,
151/154
4050 - 368 PORTO
Dra. Maria Teresa Curvaceira
Gomes

Farmácia Garantia
Rua Fernandes Tomás, 696
4000 - 212 PORTO
Dra. Maria Paula Fernandes Costa
Sociedade Andaluza de Farmácia Lda.

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

Farmácia Magalhães Suc.
Rua de Trás, 157-T
4400 - 328 VILA NOVA DE GAIA
Dr. José António C. Fidalgo de Matos
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.

ficheiro mestre

Passagem a Herdeiros

Farmácia Confiança
Praça das Flores, 59-60
1200 - 192 LISBOA
Dra. Maria Luciana Coelho da Cruz
Dra. Maria Luciana Coelho da Cruz
B. da Costa - Herdeiros

Farmácia Parente
Rua de Almacave, 90-94
5100 - 109 LAMEGO
Dr. João Paulo Teixeira de Matos
P. G. Parente - Soc. Unipessoal Lda.

Farmácia Ala
Rua Dr. Joaquim Melo Freitas, 8
3800 - 158 AVEIRO
Dr. José Carlos de Sousa Tavares
João Machado Alves - Herdeiros

Farmácia Diana
Portas de Moura, 36
7000 - 647 ÉVORA
Dra. Lucinda de Matos
Dra. Lucinda de Matos - Herdeiros

Farmácia Lima
Av. de Sá Carneiro, LOTE 7
2350 - 536 TORRES NOVAS
Maria José Vieira Lino Pontes da Luz
Dr. Manuel de carvalho Pontes - Herdeiros

Farmácia Barreto do Carmo
Praça da República, 45
2080 - 044 ALMEIRIM
Dr. Gonçalo Manuel Amaral da Silva
Dra. Maria do Rosário B. Carmo
Cordeiro - Herdeiros

Farmácia Lobel
Rua Infância, 16, 98-B
1350 - 171 LISBOA
Dra. Ana Margarida Silva Mateus
Mourão da Fonseca
Dra. Maria Natália B.C. Santos
Pereira - Herdeiros

Farmácia Moderna
Avenida 25 de Abril, 142
3830 - 000 ÍLHAVO
Maria do Rosário Borralho Rego Cabral
José Nascimento Rego Cabral - Herdeiros

Farmácia Freitas
Rua de Vale Formoso de Baixo, 23-A
1900 - 829 LISBOA
Dra. Patricia Ribeiro dos Santos
Dra. Arminda C. M. Varela Barrocas
- Herdeiros

Farmácia Andrade Ribeiro
Avenida Infante Santo, 66-B
1350 - 180 LISBOA
Dra. Carla Maria Frazão
Gonçalves Costa
Dra. Agostinha do Céu de Andrade
Ribeiro - Herdeiros

Farmácia Santa Luzia
Rua da Saudade, 2-B
1100 - 583 LISBOA
Dra. Maria do Rosário de Fátima
Valente Ribeiro
Dra. Maria do Rosário de Fátima
Valente Ribeiro - Herdeiros

Farmácia Tovar Chaves
Rua Dr. António Elvas, 109
2810 - 169 ALMADA
Dr. João Maria de Tovar Chaves
Ivone Maria Tovar Almeida Salvador
Chaves - Herdeiros

Transferência de Local

Farmácia Santa Ana
Rua José Inácio Castelo Branco, 70
3090 - 803 SANTANA FIG
Dra. Maria Inácia Chaves Teles Grilo
Maria Inácia Chaves Teles Grilo
Unipessoal Lda

Farmácia Progresso
Av. 5 de Outubro, 174 B
8700-000 OLHÃO
Dra. Ana Paula Martins Jorge

Farmácia Alto do Lumiar
Alameda da Música, 7-A
1750-044 LISBOA
Dra. Maria Angélica Marques Rosa

Farmácia Garcia
Praça Luis de Camões, 11
3080-067 FIGUEIRA DA FOZ
Dra. Sandra Marina P. Oliveira Silva
Sandra Oliveira e Silva Unipessoal, Lda.

Farmácia Castro
Rua do Barão, 1567
3720-069 LOUREIRO OAZ
Dra. Maria Teresa Guedes Barbosa
Santos Reis

Farmácia Moderna
Largo General Humberto Delgado, 23-25
3620-322 MOIMENTA DA BEIRA
Dra. Alda Beatriz Caseiro Branco Gama
A. B. C. G. Farmácia Unipessoal Lda.

Farmácia Serra da Luz
Rua Padre Américo Monteiro
de Aguiar, Lt. 77
1675-056 PONTINHA
Dra. Nina Cruz Correia
Nina Cruz Correia Unipessoal, Lda.

Farmácia Marília Fonseca
Rua D. Afonso Henriques, Lote 5
7580-649 COMPORTA
Dra. Marília Luz Ferreira
G. M. B. Fonseca

Farmácia do Largo
Av. Sérgio Vieira de Melo, 21-BLA/LJ5
1750-246 LISBOA
Dra. Maria Teresa Paiões Lourenço
Abreu Ferreira e Lourenço, Lda

Farmácia do Campo Alegre
Rua do Campo Alegre, N.º 676 R/C
4150 - 171 PORTO
Dra. Carla Maria Rocha Silva Q. Sanches
Farmácia Campo Alegre Lda

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

Transferência provisória de Local

Farmácia Moura
Rua Montenegro, 157
4820-280 FAFE
Dra. Maria Helena G. M. S.
Rocha Barros

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

Farmácia Miramar
Rua Ernesto Silva, N.º 81-83
1495 - 057 ALGÉS
Dr. João Pedro Parreira
de Gouveia
Farmácia Miramar,
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.



A inauguração do LEF

Foi inaugurado no passado dia 14 de Março, pelo Senhor Primeiro-Ministro, Eng.º José Sócrates, o novo Laboratório de Estudos Farmacêuticos da ANF, um investimento de 10 milhões de euros, integralmente suportado pelo sector, sem subsídios estatais ou fundos europeus de qualquer natureza.

Este acontecimento merece reflexão. Em 1989, quando o Governo publicou a primeira legislação sobre a introdução de medicamentos genéricos no mercado português, teve início uma

polémica que durou vários anos, sobre a qualidade dos medicamentos em Portugal.

Aqueles que eram contrários aos medicamentos genéricos procuraram fazer passar, então, a mensagem de que tinham qualidade inferior, quando comparados com os medicamentos de marca.

O objectivo estratégico era, obviamente, protelar o crescimento do mercado de genéricos no nosso País. Foi no meio desta polémica que a ANF decidiu criar o LEF - Laboratório

de Estudos Farmacêuticos, com o objectivo primordial controlar a qualidade dos medicamentos.

A nossa decisão foi, então, violentamente atacada.

Acusaram-nos de interferir numa área que, segundo os nossos críticos, pertencia exclusivamente às empresas produtoras de medicamentos e ao Ministério da Saúde.

Acusaram-nos, também, do risco de apropriação, utilização e divulgação de segredos industriais e da prática de concorrência desleal.

A contradição era evidente. Ao mesmo tempo que se criticava a ausência de controlo da qualidade dos medicamentos, criticava-se a criação do LEF, que tinha precisamente essa finalidade. Foi-nos mesmo exigido que terminássemos de imediato as actividades do LEF.

Porém, a legitimidade e a necessidade da intervenção dos farmacêuticos de oficina, no domínio do controlo da qualidade dos medicamentos, era evidente.

Com efeito, as farmácias, enquanto responsáveis pela dispensa de medicamentos à população, tinham e têm a estrita obrigação de garantir essa qualidade.

É não apenas um direito, mas também um dever.

Apesar de ter sido criado em circunstâncias tão adversas, o LEF é hoje uma instituição de sucesso.

Foi o primeiro laboratório em Portugal a divulgar os resultados das suas investigações, junto das farmácias, dos profissionais de saúde e dos laboratórios da indústria farmacêutica.

Desde a sua criação, em termos médios anuais, analisou cerca de 150 princípios activos de medicamentos,

produtos à base de plantas, outros produtos de saúde e matérias primas. Em 2003, procedeu à análise de todos os medicamentos genéricos disponíveis no mercado nacional, comparando-os com os medicamentos de marca, do mesmo princípio activo. Em 2004, repetiu integralmente essa análise.

Os estudos do LEF foram decisivos na demonstração de que não existe diferença de qualidade entre os medicamentos genéricos e os medicamentos de marca.

A sua intervenção tem sido, também, importante para que os farmacêuticos tenham nas suas farmácias a informação de que necessitam sobre aspectos de tecnologia farmacêutica, farmacocinética e farmacodinâmica, que sustentem uma decisão informada e independente no acto da dispensa de medicamentos ao público.

Decorridos treze anos sobre a criação do LEF, concluímos que as instalações onde funcionava já não eram adequadas ao seu nível de actividade, nem permitiam o seu desenvolvimento.

O novo laboratório simboliza a responsabilidade profissional dos farmacêuticos de oficina que, para além

dos seus interesses económicos, têm deveres de saúde pública perante os doente e perante o País.

O LEF é hoje um laboratório com credibilidade nacional e internacional.

No próprio dia da inauguração, celebrou com a Fundação Sommer Champalimaud um Protocolo para a realização de estudos sobre a qualidade dos medicamentos disponíveis nos países africanos de língua portuguesa. O Senhor Primeiro-Ministro, na cerimónia de inauguração, proferiu palavras muito elogiosas para os farmacêuticos de oficina. Vemos nessas palavras um acto de justiça em relação ao nosso passado e um sinal de esperança em relação ao nosso futuro.



João Cordeiro



Tensoval® duo control

INOVAÇÃO
2007

A dupla opinião que o deixa mais seguro.



Tensoval® duo control. Sente e ouve.



A medição da tensão arterial, tão fiável
como no consultório médico!



FARMÁCIA MOURA CARNEIRO

(Fogueteiro-Seixal)

Um Projecto Global Consiste

Projecto de Arquitectura, Obra, Robótica, Mobiliário, Equipamentos e Merchandising.



Consiste

www.consiste.pt